

**ROSITA EMILIA PEREIRA FODRA**

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA  
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:**

**Análises dos Discursos e das Práticas  
no Contexto da Reforma Psiquiátrica  
e Atenção Psicossocial**

**ASSIS  
2008**

**ROSITA EMILIA PEREIRA FODRA**

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA  
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:**

**Análises dos Discursos e das Práticas  
no Contexto da Reforma Psiquiátrica  
e Atenção Psicossocial**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis — UNESP para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

**ORIENTADOR:  
PROF. DR. ABÍLIO DA COSTA ROSA**

**Assis  
2008**

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

F653c Fodra, Rosita Emilia Pereira  
Centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e  
outras drogas: análises dos conceitos e das práticas no con-  
texto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial / Rosita  
Emilia Pereira Fodra. Assis, 2008  
167f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Le-  
tras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

1. Drogas. 2. Saúde pública. 3. Saúde mental. 4. Reforma  
psiquiátrica. I. Título.

CDD 615.788  
616.89

**ROSITA EMILIA PEREIRA FODRA**

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS  
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:  
Análises dos discursos e das práticas no contexto  
da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis — UNESP para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

**ORIENTADOR:  
PROF. DR. ABÍLIO DA COSTA ROSA**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

*Prof. Dr. Abílio da Costa Rosa*

**ORIENTADOR  
FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS — UNESP - ASSIS**

*Prof. Dr. David Roberto do Carmo*

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**

*Prof. Dr. Sílvio Yasui*

**FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS — UNESP – ASSIS**

Assis, 30 de janeiro de 2008.

## *Dedicatória*

Dedico este estudo à minha querida família,  
minhas filhas Isabela, Fernanda e Flávia  
e ao meu esposo Antonio,  
pela compreensão desse tempo  
escasso de convivência.

## *Agradecimentos*

*Na construção do meu percurso pela saúde mental, o grande impulsionador desta longa caminhada foram as pessoas que conheci na vivência diária dos serviços de saúde mental, os profissionais, os usuários e outros atores sociais, juntos caminhamos nessa longa estrada de imprevisibilidades. Este trabalho é resultado dessa experiência incomum, e é para essas pessoas que dirijo minha gratidão:*

*Aos profissionais do CAPSAd, pelo carinho, afeto, abertura e disponibilidade para compartilhar e contribuir com o desenvolvimento desta pesquisa, mostrando-me a importância do trabalho que desenvolvem no CAPSAd e que permitiram-me momentos de reflexão e aprendizado, além de muitas saudades.*

*Aos usuários do CAPSAd, por aceitarem compartilhar e generosamente dividir suas diversidades, suas dúvidas, suas alegrias e seus momentos difíceis.*

*Ao Dr. Paulo Amarante, pela capacidade teórica e pela disposição afetiva, ao incentivo na busca do conhecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em seu nome agradeço a todos os autores que permearam meus dias de busca.*

Aos meus colegas de trabalho e de  
percurso na Saúde Mental,  
pelo apoio e incentivo.

Aos amigos Carlos Eduardo, Édna e Silvana  
pela disponibilidade em ajudar na elaboração  
deste trabalho.

Aos Profs. Drs. Silvio Yasui, David Roberto do Carmo,  
pela valiosa contribuição teórica.

Às Profs. Dras. Cristina Amélia Luzio e Solange Mezzaroba  
pela aceitação em compor as mesas de  
qualificação e defesa.

Ao meu orientador Prof. Dr. Abílio Costa Rosa,  
pela capacidade teórica e preocupação com a  
qualidade do desenvolvimento acadêmico.  
Agradeço a colaboração na minha iniciação  
como pesquisadora.

FODRA, Rosita Emilia Pereira. **Centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas**: análises dos discursos e das práticas no contexto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial. 2008, 167f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Assis, 2008.

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral a leitura das configurações e a análise dos discursos e das práticas de um Centro de Atenção Psicossocial, destinada a atenção e cuidado de pessoas usuárias de álcool e outras drogas, em um município de médio porte, no estado do Paraná. O estudo levou em consideração o campo dos profissionais e da população usuária do serviço. Utilizamos como pautas para a investigação as prerrogativas do Ministério da Saúde, as perspectivas da Reforma Psiquiátrica e os princípios da Atenção Psicossocial. Para o processo investigatório utilizamos duas técnicas de investigação: a Observação Participante e o Grupo de Discussão, que utiliza o recurso da comunicação e expressão de um campo dialético, para obter o conhecimento e desenvolver a reflexão crítica sobre os saberes e as práticas existentes. Os resultados das análises, revelam que o CAPSad ainda está sem uma *identidade* que o possa definir mais claramente, dentro de um eixo teórico norteador para as práticas psicossociais e para as novas diretrizes nacionais. Apresenta uma relação fraca com o *território* e uma rede intersetorial pouco integrada, apontados como dificultadores de seu funcionamento. Os profissionais não conseguem articular os fundamentos psicossociais à prática. Para os usuários, o serviço funciona como fator de proteção e são emocionalmente dependentes da instituição, apresentam dificuldade em viver fora do ambiente institucional. O perfil social da maioria dos usuários se caracteriza por pessoas excluídas, marginalizadas socialmente e sem cidadania.

**PALAVRAS-CHAVE:** Centro de Atenção Psicossocial. Reforma Psiquiátrica. Álcool e outras Drogas.



FODRA, Rosita Emilia Pereira. **Psychosocial attention center for users of alcohol and other drugs: analyses of the speeches and practices in the context of the psychiatric reform and psychosocial attention.** 2008, 167f. Dissertation (Master's degree in Psychology and Society). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Assis, 2008.

## **ABSTRACT**

The general objective of this study is the reading of the configurations and the analysis of the speeches and practices at a Psychosocial Attention Center destined to the attention and care of users of alcohol and other drugs, in an average city, of the state of Paraná. The study regarded the field of the professionals and the population using the service. We used as guidelines for the inquiry the prerogatives of the Health department, the perspectives of the Psychiatric Reform and the principles of Psychosocial Attention. For the investigating process we used two techniques of inquiry: the Participant Comment and the Group of Discussion, which uses the resource of communication and expression of a dialectic field, to obtain the knowledge and to develop the critical reflection on the existing knowledge and practices. The results of the analyses, disclosed that the CAPSad is still without an identity that could define it more clearly, inside of a guiding theoretical axle for the psychosocial practice and for the new national guidelines. It presents a weak relation with the *territory* and a poorly integrated inter-sectorial net, elicited as obstacles to its functioning. The professionals can not articulate the psychosocial fundamentals to the practice. For the users, the service works as a protection factor and they are emotionally dependent of the institution, they present difficulty in living outside of the institutional environment. The social profile of the majority of the users is characterized by excluded people, kept out of society and without citizenship.

**KEY-WORDS:** Psychosocial Attention Center. Psychiatric Reform. Alcohol and other Drugs.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1 O CAMPO TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
<b>1.1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>1.2 A REFORMA SANITÁRIA .....</b>	<b>28</b>
1.2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A REFORMA SANITÁRIA E A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE .....	28
1.2.2 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: A CORRENTE CONTRA-HEGEMÔNICA NA SAÚDE .....	32
<b>1.3 CONTEXTUALIZANDO A HISTÓRIA DO MOVIMENTO DA         REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ATENÇÃO         PSICOSSOCIAL .....</b>	<b>35</b>
<b>1.4 A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA PARA A         ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: O MODO PSICOSSOCIAL .....</b>	<b>39</b>
<b>1.5 A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA USUÁRIOS         DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS .....</b>	<b>44</b>
1.5.1 ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: HISTÓRICO .....	44
1.5.2 A POLÍTICA PÚBLICA PARA A ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS APÓS 2002 .....	55
1.5.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSad): AS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE .....	57
1.5.4 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS .....	60
<b>2 METODOLOGIA — O CAMPO DIALÉTICO DAS RELAÇÕES SOCIAIS     E DA REALIDADE .....</b>	<b>63</b>
<b>2.1 O MÉTODO DIALÉTICO MATERIALISTA: A PRÁTICA         SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO .....</b>	<b>68</b>

2.2	VARIAÇÃO DO MÉTODO DIALÉTICO: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO PELA PRÁXIS .....	72
2.3	SUJEITOS SOCIAIS DA PESQUISA: O ENCONTRO DA SOCIABILIDADE COM O CONHECIMENTO .....	73
2.4	O MÉTODO NA PRÁTICA E A PRÁTICA DO MÉTODO: A ESCOLHA DOS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO .....	74
2.4.1	A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: A CRIAÇÃO DE UM CAMPO VIVENCIAL .....	75
2.4.2	O GRUPO DE DISCUSSÃO: A EXPERIÊNCIA DA INTERCESSÃO E A REFLEXÃO SOBRE A PRÁXIS .....	78
3	CONFIGURAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISES CONJUNTURAIS .....	80
3.1	A INSTITUIÇÃO .....	81
3.1.1	UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A INSTITUIÇÃO .....	82
3.2	A INSTITUIÇÃO VISTA PELA VIRTUALIDADE DO PROJETO INSTITUCIONAL .....	87
3.3	DADOS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE .....	97
3.3.1	DA VISIBILIDADE DA OBSERVAÇÃO À VIVÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO .....	97
3.4	DADOS OBTIDOS NOS GRUPOS DE DISCUSSÃO .....	113
3.4.1	O GRUPO DOS PROFISSIONAIS: CONSTRUINDO O CONHECIMENTO COLETIVO INSTITUCIONAL .....	113
3.4.2	OS DISCURSOS CONSTRUTIVOS DO CAPSad .....	114
3.4.3	O GRUPO DOS USUÁRIOS DO CAPSad: O SENTIDO DO SABER OU O SABER DO SENTIDO .....	128
4	ANÁLISES: O CAMPO DO CONHECIMENTO .....	133
4.1	O CONHECIMENTO DA INSTITUIÇÃO CAPSad: A SÍNTESE DOS FENÔMENOS IDENTIFICATÓRIOS .....	134

4.1.1 A LÓGICA INSTITUCIONAL: O SOCIAL, O PEDAGÓGICO E O RELIGIOSO .....	135
4.1.2 O CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CAPSad .....	138
4.1.3 Os PRINCÍPIOS DO MODO PSICOSSOCIAL NO CAPSad .....	139
4.1.4 O CAPSad E AS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE .....	141
<b>4.2 CONHECENDO O PERFIL SUBJETIVO E SOCIAL DOS USUÁRIOS E A POSIÇÃO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>145</b>
<b>5 CONSIDERAÇÃO FINAIS .....</b>	<b>149</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>155</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO A — DELIBERAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>166</b>
<b>ANEXO B — TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO LIVRE .....</b>	<b>167</b>

# Introdução

A idéia de uma pesquisa, sobre os novos serviços públicos de saúde mental denominados de Centro de Atenção Psicossocial, nasceu da reflexão sobre as atividades profissionais da pesquisadora realizadas nesses serviços, como psiquiatra membro de equipe, ou como participante de equipe de criação e implantação destes serviços. Outro fator de relevância para o aparecimento do desejo do estudo: minha trajetória por diversos outros serviços, públicos e privados, de orientação tradicional, isto é, baseados no modelo psiquiátrico clássico. A reflexão a respeito de uma prática socialmente estabelecida como é o caso dos serviços tradicionais nesse momento do meu percurso profissional denunciava uma ação estagnada e perniciosa para a Saúde Mental.

A reflexão sobre a Atenção Psicossocial e como ela é difundida como um discurso e uma prática dentro dos novos serviços de saúde mental, nos motivou a pretender analisar o cotidiano dessas instituições. Pensamos que a crítica reflexiva, possibilita o reconhecimento dos acontecimentos concretos e os atravessamentos presentes, muitas vezes invisíveis para aqueles atores sociais que convivem diariamente na instituição.

Durante a orientação para a organização da pesquisa, decidimos que o objeto deste estudo, seria um Centro de Atenção Psicossocial para Usuário de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) por ser, dentre os CAPS formalmente organizados pelo Ministério da Saúde, o mais novo e por ter uma especificidade diferenciada e particular e, acima de tudo, por não se terem ainda difundido estudos e pesquisas direcionadas para a complexidade desses serviços. Embora os estudos sobre drogas, classificação, efeitos e outros aspectos interessantes existam.

A pesquisadora por meio deste estudo empenhou-se em apresentar outras dimensões: a função do CAPSad; as propostas de atenção que são oferecidas à população; suas práticas no cotidiano, o discurso institucional, a importância para a Saúde Mental, em particular da população usuária da instituição e para a Saúde Pública. Pensamos que a importância desta pesquisa, também poderá estar em se abordar o assunto a partir das particularidades de um

destes dispositivos: analisar concretamente o tipo de relação social presente, a presença (ou não) de mudanças efetivas na assistência e que podem fazer a diferença entre eles e os serviços tradicionais oferecidos à população.

A escolha por um dispositivo institucional concreto, em funcionamento e credenciado pelo Ministério da Saúde, possibilitou o empreendimento que nesta pesquisa pretendeu-se realizar e ainda contribuir para a visibilidade social deste CAPSad e para as possíveis transformações nas políticas, nas práticas e nos saberes a respeito deste tema altamente relevante para a Saúde Pública e para a sociedade.

Na pesquisa realizamos a leitura institucional, com análise da teoria e das práticas adotadas pelo CAPS para usuários de álcool e outras drogas, num município de médio porte populacional no Estado do Paraná. A investigação pautou-se na perspectiva da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE) e nos princípios do Modo Psicossocial (COSTA-ROSA) e Atenção Psicossocial, como propostas de mudanças do paradigma assistencial na Saúde Mental. Também levamos em conta as diretrizes do Ministério da Saúde, que definem por meio de portarias, o funcionamento desses serviços públicos, incluindo a estratégia de Redução de Danos, a noção de Território, da Integralidade e Intersetorialidade. Na observância destes contextos analisamos os discursos e as práticas concretos, no local.

Algumas questões levantamos neste contexto, a partir de observações ocorridas dentro desses novos serviços de saúde mental e de leituras feitas pelos diversos estudiosos do assunto, que estimularam a busca de respostas. Elas assim consistem:

Será possível tratamento para usuário de álcool e outras drogas sem a utilização do recurso da internação hospitalar, já que esse é um recurso da assistência tradicional e que se encontra socialmente difundido?

Como fazer o enfrentamento da abstinência ao uso de drogas se nesses novos serviços não é uma questão final, decisória para o sucesso e conclusão do tratamento?

Qual é a estratégia de tratamento nesses novos serviços? Como se dá a gestão do poder e do saber dentro da instituição?

É possível para um serviço de saúde mental tratar de toda a problemática que envolve a vida das pessoas que fazem uso *disfuncional* de álcool e outras drogas?

Pretendemos também com a pesquisa, conhecer que tipo de relação os usuários mantêm com a instituição, qual a sua importância na vida deles e como se constitui o perfil social e subjetivo dessas pessoas que procuram atendimento no local.

Nessa direção, este estudo apontou como proposta geral a leitura das configurações institucionais, a análise da teoria e das práticas adotadas pelo CAPSad, levando em consideração o campo dos profissionais, da população usuária e do Projeto Institucional.

Partindo para algumas particularidades que este estudo pode proporcionar, consideramos as seguintes especificidades:

- ▶ Conhecer o Projeto Terapêutico e o plano de ação institucional, praticado pelos profissionais.
- ▶ Conhecer a relação do CAPSad com o Território.
- ▶ Conhecer e analisar os conceitos e as práticas que definem uma instituição de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a partir deste CAPSad em estudo.
- ▶ Conhecer a compreensão dos profissionais sobre o CAPSad.
- ▶ Conhecer a compreensão dos usuários sobre o CAPSad.
- ▶ Procurar identificar facilitadores e dificultadores do funcionamento deste CAPSad.
- ▶ Conhecer o perfil social e subjetivo da população usuária do serviço.



Segundo o Ministério da Saúde, que é o órgão que define as ações e organiza o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPSad destinam-se ao tratamento das pessoas que apresentam uso prejudicial de álcool e outras drogas, funcionar como serviço aberto, espaço de livre convívio, “devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial que não demandem atenção clínica hospitalar” (BRASIL, 2004b, p. 24), com observância da cidadania e respeito às subjetividades. Recomenda que a internação em hospital psiquiátrico ou em serviços de “atenção alternativa, de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência” (BRASIL, 2004c, p. 5), devem ser evitadas por ter práticas de tratamento contrárias com as estabelecidas pelo MS.

Esses novos serviços fazem parte da rede de atenção à saúde mental, como todos os CAPS, estabelecidos pela política pública de Saúde Mental atualmente vigente no país. Essa política foi amplamente reivindicada durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental — que aconteceu em Dezembro de 2001 — expressou no seu relatório final, reivindicações da sociedade ali representada: por uma política nacional para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, até então ainda inexistente no país. Em Fevereiro de 2002 é publicada a Portaria GM/336, que define as normas e diretrizes dos serviços de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. O texto da Portaria define o CAPSad: “Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000” (BRASIL, 2004b, p. 35)

O Ministério da Saúde reconhece o atraso histórico na elaboração de políticas adequadas para o enfrentamento da problemática e, diante da necessidade de superação deste atraso, por meio de tomada de responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece a Política de Atenção Integral ao Uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004c). As diretrizes dessa política serão apresentadas no próximo capítulo.

Direcionamos esta pesquisa à Atenção Psicossocial praticada nas novas instituições, denominadas de CAPS (Centro de Atenção psicossocial), especificamente aos destinados ao tratamento e cuidado das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, de forma indevida ou em dependência química, que podem constituir-se em problemática pessoal, na Saúde Mental e na Saúde Pública.

Esses novos estabelecimentos de saúde recebem financiamento adicional do governo federal e devem organizar-se a partir dessas novas práticas denominadas de Atenção Psicossocial. Esta foi resultado de mudanças teóricas e técnicas no campo da Saúde, provocadas pelos movimentos políticos e sociais, como: a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Luta Antimanicomial e de novos direcionamentos da Reforma Sanitária e na Saúde Mental. Todos esses movimentos de indicação de mudanças e transformações estão em contraposição ao modelo asilar, ainda dominante no país.

A construção da nova práxis para a Saúde Mental denominada Atenção Psicossocial pretende compor uma nova epistemologia e a sua efetivação nos novos serviços de saúde mental é necessário e depende do conhecimento adquirido pelos profissionais e o uso deste nas práticas do cotidiano. Ela pretende assegurar um inaugural processo de mudança de paradigma assistencial (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Entretanto, convivendo-se com as práticas diárias nesses novos serviços, observa-se a existência de ações do modelo tradicional e ações da Atenção Psicossocial, provocando conflitos ideológicos e paradigmáticos (FODRA, 2002).

A co-existência dos dois paradigmas da saúde mental convivendo em contradição, nos leva a refletir sobre a transitoriedade dos paradigmas e na contradição do dominante e do emergente, construído por Boaventura de Sousa Santos (2000) diz que a transição de um paradigma dominante, para um paradigma emergente, caracteriza-se por crise sócio-cultural e transcorre em ritmos desiguais. Podemos remeter essa reflexão para o que está ocorrendo no campo da saúde mental, embora as direções apontam para um novo saber e fazer, as ações no cotidiano das instituições ainda estão bastante impregnadas

das tradicionais, e isso provoca grandes tensões e conflitos, além de provocar equívocos assistenciais.

Partindo das considerações do autor citado, a ciência moderna, com suas leis, com sua moral e com sua ética, criou o campo do conhecimento epistemológico e as regras metodológicas para este conhecimento. A racionalidade moderna direcionou o conhecimento para um modelo totalitário e positivista. No entanto, no Século XXI, a ciência pós-moderna mesmo tendo suas bases na modernidade, permite uma construção menos totalitária e positivista, com condições de dar visibilidade aos nós críticos e às fragmentações do contemporâneo, que de alguma maneira poderá ser captado por essa outra visão.

Podemos considerar a compreensão de outros autores pós-modernos sobre o assunto, citamos como exemplo Agnes Heller (2004) que nos informa sobre uma possível ruptura epistemológica, em consequência dos rígidos princípios modernos não estarem mais em conformidade com as transformações sociais, pelas quais o mundo pós-moderno passa, pela expansão do conhecimento, pela revolução de idéias, pelas transformações e incertezas da atualidade. Considera que, para a emergência do novo será necessário romper com o conhecimento tradicional e o seu uso. O ponto das incertezas pós-modernas convoca o homem, a sociedade e as instituições representadas, à tentativa de retrocesso ao tradicional, conhecido e supostamente previsível.

No campo da saúde mental temos convivido com novos serviços que estabelecem novos modelos de atenção ou convivem simultaneamente com modelos tradicionais, não chegando os dois paradigmas vigentes — o psiquiátrico clássico e o psicossocial — a provocar grandes conflitos ou movimentos de rupturas capazes de constituir uma radicalidade. Os CAPSad como pretensa instituição aberta, destinada a Atenção aos usuários de álcool e outras drogas, nos convoca a compreender seu funcionamento a partir de seu ajustamento e compromisso com o novo, e a ruptura com o tradicional.

Considerando as transformações sociais e o conhecimento na atualidade, falar de uma instituição de tratamento é considerar o objeto de suas ações, no caso, o uso de substâncias psicoativas, estas vem adquirindo

características diferentes das encontradas, por exemplo, no Século XIX e a partir da metade do Século XX, em que o uso de drogas, principalmente as ilícitas, estava associado com os movimentos de contestação social e motivações pessoais existencialistas. Atualmente, o uso de substâncias ilícitas e o alcoolismo, além da motivação pessoal, inserem-se numa dimensão social, econômica e política ampla e, em grande parte, carrega uma visibilidade social negativa, como a associação com sistemas de violência, a criminalidade, a infração, a indignação e a toda sorte de empobrecimento social e cultural, e também a transtornos psíquicos.

Além das transformações sociais da modernidade, há também transformações psicológicas, novas mentalidades, novas subjetividades, o homem adquire nova consciência e concepção de mundo e de si. Antes da era moderna, os fatos e eventos humanos eram explicados por determinações divinas, que de alguma forma assegurava um conforto diante do finito e do tempo de espera. Com a privação dessa determinação, o homem busca outras maneiras de superar as perdas, as expectativas, as tensões, os conflitos e as angústias.

Nesse contexto, o uso de álcool e outras drogas adquirem significados sociais diversificados e particulares, como também motivações individuais e singulares, exigindo gestões variadas para a problemática.

Como reflexão à subjetividade do indivíduo usuário de substâncias psicoativas, recorreremos aos autores da psicanálise, Freud (1974) refere-se um mal-estar na civilização que remete o homem a uma falta, a uma busca de satisfação que possa diminuir seu desprazer. Uma dessas satisfações é o uso de substâncias tóxicas que, segundo ele, torna as pessoas que as usam insensíveis às suas desgraças, ao seu sofrimento e, ao mesmo tempo, dá vazão a sua pulsionalidade para o encontro de sensações prazerosas. Essa busca por satisfação do desejo, pode direcionar o homem para uma escolha equivocada de produção de prazer, muitas vezes danosa para sua corporeidade, para sua subjetividade e sociabilidade, pois como comenta Gurfinkel (1996, p. 21), “a transposição do registro do desejo para o da necessidade e sua complexa

imbricação com o prazer e a realidade, é um sustento para um investimento, estratégia de sobrevivência diante do desamparo”.

Joel Birman (2000) refere-se ao mundo pós-moderno como convocando o homem ao mal-estar, a uma condição trágica, onde seus desejos se manifestam numa direção exibicionista, narcisista e pelo culto de si. Há o esvaziamento das relações inter-pessoais, a vivência na sociedade é centrada no particular, no privado; a vida pública, as sociabilidades parecem estar em falência e o uso de drogas no contexto atual cultua esse individualismo e insere a questão como novos modos de subjetivação do sujeito. Assim, a droga, pode dizer muito, ou tudo, para quem a usa, ou quem com ela não podem deixar de viver.

As drogas passaram a servir para mitigar as desesperanças das individualidades, para apaziguar as angústias e as tristezas daquelas no desamparo provocado pelo mal-estar da atualidade (BIRMAN, 2000, p. 239).

No mundo contemporâneo, o capitalismo é uma forma de política econômica difundida e globalizada, e carrega um apelo social voraz pelo consumo e aquisição de bens, pessoais e sociais. A voracidade com que as pessoas e a sociedade investem em determinadas formas de consumo pode constituir-se em necessidades que, de alguma forma, gera grande impacto sobre o homem e a sociedade.

Nesse contexto, pode-se observar a crescente escalada ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. Como consequência direta do aumento do consumo, há o aumento na produção, distribuição, comercialização e oferta destas substâncias, levando a uma importante fonte de enriquecimento lícito e ilícito. O enriquecimento ilícito segue o modelo globalizado de produção, comercialização e consumo e é uma das maiores fontes de renda do planeta.

Da condição inicial de signo emblemático de uma visão de mundo underground, as drogas se inscreveram no circuito do comércio e das finanças internacionais. Enfim, as drogas se deslocaram do campo regulado pela economia dos signos para o campo da economia política (BIRMAN, 2000, p. 222).

Na busca pela construção da fundamentação teórica, que contextualizasse esta pesquisa, escolhemos os estudos de Amarante sobre a Reforma Psiquiátrica, os estudos de Costa Rosa sobre o Modo Psicossocial e outros autores que complementarão o conjunto da referência bibliográfica.

Escolhemos uma metodologia qualitativa, seguindo o raciocínio dialético, pela visualização da presença da contradição envolvida no estudo, e por se tratar de uma investigação cuja abordagem é dialética e na Observação Participativa e Discussão em Grupo do cotidiano da instituição, cujos atores sociais da pesquisa foram constituídos por profissionais e usuários do serviço.

Com os resultados obtidos pela investigação pretendemos contribuir para a visibilidade da instituição, visando as transformações da realidade institucional necessárias às mudanças paradigmática que a nova atenção à Saúde Mental requer. Pretendemos ainda apresentar nosso método de Discussão em Grupo, na pesquisa denominado de “Grupo de Interação”, como um possibilitador de reflexões críticas capazes de produzir conhecimento e transformações nas novas práticas de saúde mental.

Este trabalho está organizado em seu relatório final nos seguintes capítulos que destacamos a seguir.

A Introdução que acabamos de concluir, visa situar o leitor quanto aos aspectos gerais da pesquisa, os propósitos e sua estrutura de organização, a problemática geral do estudo e a motivação pessoal da pesquisadora com o tema.

O primeiro capítulo é abordado o campo teórico, que fundamentam os discursos e as práticas que embasam os serviços de Saúde Mental na atualidade. Partimos do histórico dos pensamentos que embasaram as instituições tradicionais e as alternativas. Apontamos os pensamentos dos movimentos políticos e sociais que proporcionaram o desenvolvimento da crítica reflexiva possibilitadora das transformações na assistência. Abordamos também a vigência da Legislação Brasileira de Saúde Mental e o Centro de Atenção Psicossocial, como dispositivo formal do Ministério da Saúde para as questões de saúde mental e para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

O segundo capítulo é metodológico, abordamos o método utilizado para a pesquisa qualitativa e os recursos utilizados para os procedimentos de investigação. Realizamos uma reflexão sobre os principais temas que direcionaram teoricamente a metodologia escolhida.

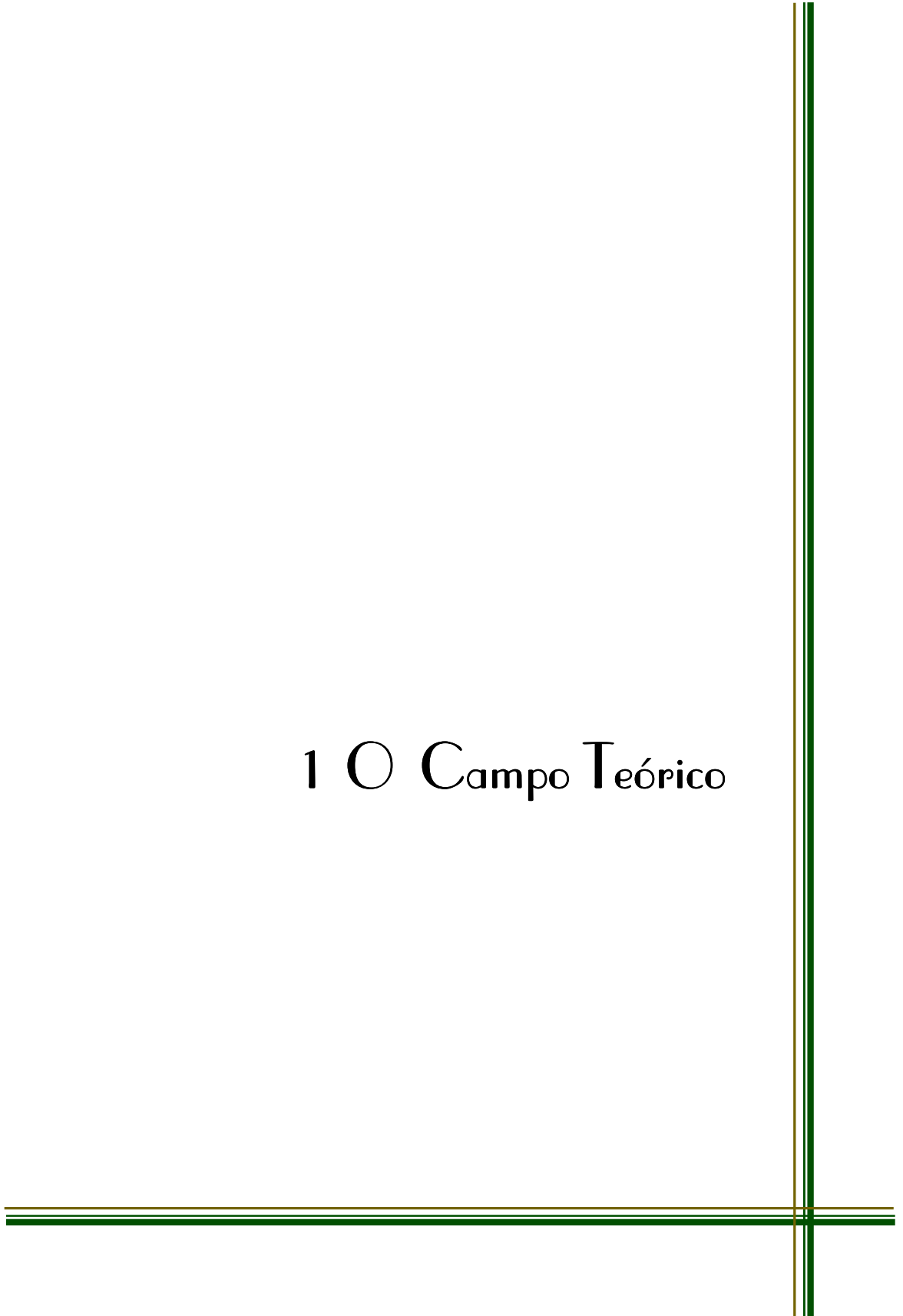
O terceiro capítulo contém os dados obtidos no levantamento do documentário da instituição e processo de investigação com o levantamento do documento institucional (Projeto Institucional), com a Observação Participante e com o Grupo de Discussão. Configuramos os dados e interpretamos como análises das conjunturas encontradas no local.

O quarto capítulo aborda o encontro dos objetivos da pesquisa, a análise geral da instituição pesquisada, as lógicas dominantes, a identidade que o Centro de Atenção Psicossocial para usuário de álcool e outras drogas define com seus enunciados e suas práticas.

Finalizamos com a apresentação das conclusões, com relevância as considerações finais realizadas com os atores sociais da instituição pesquisada e as possíveis transformações a serem empreendidas.

As Referências Bibliográficas documentam a concretização da pesquisa.

# 1 O Campo Teórico





## 1.1 INTRODUÇÃO

A Saúde Mental no país, em seu cenário atual apresenta como um ponto de partida, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB). Para alguns autores esse processo vem possibilitando uma ruptura com o modelo tradicional de assistência, denominado Modelo Psiquiátrico ou Paradigma Psiquiátrico. As transformações na assistência embasado por esse movimento pode construir um novo senso comum para a Saúde Mental, na tentativa de superar o paradigma dominante construído pela psiquiatria e pela ciência moderna. Podemos refletir sobre esse domínio com a citação,

É interessante constatar que o modelo clássico da psiquiatria foi tão amplamente difundido que influencia a prática psiquiátrica até os nossos dias – apesar de terem surgidos outros tantos modelos; o que talvez sugira a confirmação de que sua validação social está muito mais nos efeitos de exclusão que opera do que na possibilidade de atualizar-se como modelo pretensamente explicativo no campo da experimentação e tratamento das enfermidades mentais (AMARANTE, 1995, p. 27).

Esse novo projeto para a Saúde Mental visa a interrupção da continuidade do paradigma dominante e perante novas práticas se estabelecer como um conhecimento científico e social emergente. As mudanças provocadas por esse paradigma emergente, amplia a visão do “ser doente mental como sujeito, como cidadão respeitado em sua alteridade” (GUIMARÃES; MEDEIROS; SAEKI; ALMEIDA, 2001, p. 11). Podemos acrescentar, o ser humano como sujeito e cidadão, independente de ser considerado ou não doente mental.

Abordando um contexto mais amplo das transformações na Saúde como um todo, referimos o Movimento da Reforma Sanitária que é considerado também por vários autores, como um movimento de mudança de paradigma no modelo sanitário, por se constituir em um direcionamento contra-hegemônico aos moldes tradicionais da assistência em saúde geral, por ser, acima de tudo, uma construção social (MENDES, 1993, 1996).

Esses movimentos — RP e RS — configuram-se para os diversos autores como reformas revolucionárias, por desconstruir teorias e transformar as práticas de saúde. A partir desses novos direcionamentos, podem-se inferir transformações sobre os atuais serviços de Saúde Mental, denominados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e apontar os novos caminhos para essas mudanças e transformações.

O redirecionamento técnico-teórico na saúde mental brasileira, nas últimas décadas, tem provocado questionamentos muito importantes que, de alguma forma, possibilitaram mudanças de mentalidades, principalmente as que associavam tratamento de problemas psíquicos a isolamento ou exclusão do convívio sociocultural. Hoje, a forma mais emblemática do tratamento psiquiátrico tradicional, a internação em sistema asilar se tornou anacrônica, embora ainda extremamente utilizada.

Outros desafios surgem, contudo, e estão relacionados ao cotidiano desses estabelecimentos, neles se apresentam conflitos e tensões que geram maneiras variadas de enfrentamento. As maneiras como se realiza o enfrentamento, podem aproximar ou afastar os CAPS do seu eixo considerado fundamental — ser o dispositivo estratégico para as práticas em saúde mental, baseadas no referencial da Reforma Psiquiátrica, que implica diversidades nas ações, conceitos emergentes e outros parâmetros éticos condizentes.

Embora, a internação asilar, nos moldes da Instituição Total (GOFFMAN, 2001) tenha tornado-se desacreditada nos últimos anos do Século XX, as internações em hospitais psiquiátricos, públicos ou privados conveniados ou não com o Sistema Único de Saúde (SUS) ou com planos de saúde privados, continuam e, em muitos casos, como a primeira escolha em determinados momentos. Observamos que não é raro ser esta uma decisão da equipe multidisciplinar do Centro de Atenção psicossocial.

Muitos autores da atualidade como Amarante (2001), Birman (2000) e Costa-Rosa (2000), alertam para a ocorrência de condutas terapêuticas, próprias de hospitais psiquiátricos, dentro dos CAPS, ou outras condutas próprias da psiquiatria tradicional. Exemplo são as altas doses de medicação, utilizadas

rotineiramente, como contenção química e de controle sobre os usuários, ou mesmo a equipe interprofissional considerar a medicação como o principal recurso técnico, que possibilita a operacionalização das outras terapias indicadas.

Observamos nos CAPS, outras atitudes mantenedoras de práticas tradicionais, como certas formas de abrigamento e maternagem por longo tempo, que podem dificultar a autonomia dos usuários e transformar esses recursos em tutela, muito utilizada na assistência clássica e que marcaram as relações de desigualdade entre assistentes e assistidos instituídos por Pinel (FOUCAULT, 2002).

A ocorrência de medidas terapêuticas, que algumas vezes perde o sentido terapêutico porque foge aos interesses e desejos dos usuários, como exemplo: atividades nas oficinas terapêuticas, atividades sociais, recreativas, esportivas ou artísticas, são determinadas pelos profissionais que consideram o que seja melhor para os usuários. Essas condutas são impeditivas da participação efetiva deles nas transformações sociais, na criação, na “produção desejanste” e social e no seu modo de subjetivação (RAUTER, 2002, p. 273).

Dentro das práticas psicossociais, efetuadas nos novos serviços, teoricamente está incluída a participação dos usuários na construção da atenção diária, mas na observação dessas práticas, isso não acontece comumente, o que encontramos é o conhecimento distanciando-se do seu uso. A efetiva participação dos usuários, já é um direito, uma conquista, mas é preciso resgatá-los para que se torne um fato social.

As novas experiências em Saúde Mental, surgidas com base na Reforma Psiquiátrica, concretizaram-se em várias cidades brasileiras, de norte a sul, cada uma com suas particularidades, com seus momentos históricos de construção teórica e de práticas, que confirmam e legitimam um novo cuidado, uma nova atenção às pessoas em sofrimento psíquico e em situação de crise, seja ou não provocada por uso de substâncias psicoativas.

Nesse processo, podemos situar os vários momentos das discussões teóricas, os direcionamentos conceituais e os empreendimentos que

concretizaram as construções das práticas, até o momento da criação de Legislação própria pelo Ministério da Saúde, na qual estabeleceu um direcionamento, em termos administrativos e organizacionais, aos serviços de Saúde Mental e também determina a forma de financiamento pelo setor público (BRASIL, 2004b).

Os serviços de Saúde, inclusive os da atenção básica (UBS, PSF), perante o Ministério da Saúde, devem seguir as diretrizes do SUS e da legislação própria. Assim, a Política de Saúde Mental, adota a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial como direcionadoras das ações, no que diz respeito ao seu contexto geral, teórico e prático. Será neste contexto que os novos serviços de saúde mental deverão desenvolver suas ações (BRASIL, 2004b).

Alguns estabelecimentos de Saúde Mental, criados com o referencial da Reforma Psiquiátrica, foram implantados a partir 1987, antes mesmo da legislação do Ministério da Saúde e alguns serviços destacaram-se desde essa data, ora por serem um dispositivo de transição importante entre os paradigmas, tradicional e psicossocial (CAPS Luiz Cerqueira – São Paulo), ora por serem dispositivos de ruptura radical com o modo tradicional (os NAPS de Santos – SP.), ou mesmo por construírem, em seu cotidiano práticas inovadoras, possibilitando novos arranjos institucionais, novas alternativas para a assistência, como os CERSAMs em Belo Horizonte (ANAYA, 2004; NICÁCIO, 1994; YASUI, 1999; AMARANTE; TORRE, 2001).

As novas práticas desenvolvidas nessas instituições estão construindo o Modo Psicossocial. Este, considerado como um novo paradigma em construção, e contrapõe-se ao Paradigma Psiquiátrico já consolidado e instituído socialmente (COSTA-ROSA, 2000).

A elaboração de um novo modo de atenção à Saúde Mental, no Brasil, é um processo e, como tal vem acontecendo a alguns anos, por meio da construção de idéias, de conhecimentos e de práticas. Porém como processo, encontra-se ainda inacabado, sobretudo pela comumente observada disparidade

entre o ideário e as ações. Essa disparidade, entretanto, depende muito das conjunturas locais, uma vez que as ações são municipalizadas, nesse estudo procuraremos analisar também esse aspecto.

A construção do Paradigma Psicossocial vem consolidando-se nos CAPS, qualquer que seja sua especificidade, a medida que sua equipe técnica desenvolva as práticas psicossociais diariamente em seu cotidiano. A participação ativa dos usuários e familiares, da sociedade civil e uma política pública capaz de direcionar de modo claro uma atenção para coletividade, também é um fator direcionador da atenção psicossocial. A execução dessa política acontece necessariamente numa conjuntura complexa que envolve a relação tensa entre os valores e interesses do paradigma instituído e dominante, e os interesses e valores do paradigma emergente (COSTA-ROSA, 2006). Para Santos (2005, p. 68), vivemos ainda uma “transição paradigmática, entre o dominante e o emergente”. Essa transição apresenta a dimensão epistemológica e a social, e é alimentado pelas contradições e dilemas que o poder social produz.

## **1.2 A REFORMA SANITÁRIA**

### **1.2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A REFORMA SANITÁRIA E A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE**

O processo da Reforma Sanitária no Brasil, como um Movimento Sanitário se caracteriza pela mudança na assistência e no sistema de saúde. Desenvolveu-se segundo Mendes (1993), em vários momentos, com variados atores em sua articulação, na concepção teórica e metodológica. O princípio fundamental desse movimento é a *Descentralização* e a *Municipalização*, desta forma, as ações em saúde seriam redefinidas em função dos papéis da União, dos estados e dos municípios.

Para Silva (2001), a *Descentralização* apresenta duas dimensões: a política e a econômica. Na dimensão política ela é considerada estratégia de

democratização das ações em Saúde; na econômica como estratégia de redução do déficit público, adequando e racionalizando os recursos públicos. Ela contém valor ideológico e pode configurar as diretrizes de uma política neoliberal ou democrática. É a partir da descentralização do poder decisório, que se estendem as participações sociais e institucionais no território. Teoricamente aproximam a população do poder público, em termos práticos, quando observamos a realidade, vemos que há um desencontro entre essas duas esferas — sociedade e poder local. Por ter um caráter ideológico, ela pode ocorrer diferentemente nos diversos municípios e também em tempos diferentes. O autor comenta ainda que, a *Municipalização* está associada ao poder local, à distribuição do poder, ao território e ao controle social. Nesse aspecto, teoricamente a municipalização é uma estratégia para a concretização das ações descentralizadas em saúde.

Ao pesquisarmos os aspectos históricos da Reforma Sanitária brasileira, verificamos que ela tem seu desencadeamento no período de 1985 a 1988 (PAIM apud SILVA, 2001). Ela aconteceu em consequência da crise estrutural da saúde, constituída pela ineficiência, ineficácia e pela insatisfação da população, manifestada por meio de opinião pública. A proposta da RS refere-se à reformulação do sistema de saúde pública, da firmação do papel do Estado nas questões socialmente legitimadas, mas acima de tudo pela construção de um novo paradigma para a atenção à Saúde.

Mendes (1996, p. 58, 59) descreve o contexto do sistema de saúde no Séc. XX, da seguinte forma:

- ▶ Modelo Sanitarista Campanhista, do início do século até 1965, a concepção de saúde baseada na teoria dos germes, indicava uma relação direta entre o germe e o hospedeiro e as ações eram de combate das doenças em massa. Foi um modelo repressivo de intervenções sobre a população e de inspiração militarista.
- ▶ Modelo Médico-assistencial privatista se instala com o esvaziamento das ações campanhista e criação do INPS em 1966. Esse modelo privilegia as ações curativa, individualizada e especializada, com lucratividade para o setor médico.

- ▶ O modelo plural atual vigente, inicia a partir do final dos anos de 1980 e inclui no sistema público de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os anos 70 foram propícios para criação de serviços de saúde privados com contratos e convênios públicos. Mendes (1996), em suas considerações sobre o modelo médico-assistencial privatista, ele era composto de três subsistema: na base, o estatal representado pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que exercitava uma medicina simplificada; o segundo representado pelos serviços privados contratados e conveniados com a Previdência Social, esse subsistema cresceu em função de políticas públicas de terceirização dos serviços médicos e criação de um mercado crescente subsidiado pela Previdência Social, tanto que no período de 1969 a 1984 os leitos privados tiveram crescimento em torno de 500%; o terceiro é o de atenção médica supletiva destinadas as grandes empresas para atrair mão-de-obra qualificada. Este subsistema não teve massa significativa de beneficiários.

Os anos de 1980 foram marcados por mudanças políticas, sociais e econômicas. O país passa por redemocratização e propicia os movimentos empreendidos pela sociedade em prol da Reforma Sanitária. Neste cenário, duas correntes de pensamento político sanitário sobressaem: o alternativo, não hegemônico que embasou a Reforma Sanitária, e o hegemônico, chamado projeto neoliberal de fundo conservador (SILVA, 2001).

Essas duas correntes preconizam a descentralização, contudo com leituras distintas, o neoliberal questionava a intervenção pública na economia, submetendo-a as leis de mercado, e à intervenção mínima do Estado. A *descentralização* estaria associada à privatização. Em contra partida, o pensamento alternativo não hegemônico preconiza reformas econômicas e sociais sem desconstruir o Estado, este garantindo os direitos sociais e a saúde. A *descentralização* vista como um processo de democratização e construção da cidadania.

Em março de 1986 aconteceu o evento político-sanitário mais importante da década, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, com a participação de todo movimento das forças representativas da saúde e constituiu o ponto principal do Movimento da Reforma Sanitária no país (MENDES, 1996).

Em 20 de julho de 1987, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o qual substitui as Ações Integradas de Saúde (AIS), que já preconizavam as principais premissas da transformação da Saúde. O SUDS representou um avanço e contribuiu definitivamente para as mudanças nas políticas públicas nesse setor.

A Constituição Federal de 1988 consolida definitivamente a proposta de mudança no sistema de saúde no Brasil, incorpora conceitos fundamentais da reforma sanitária: saúde entendida na perspectiva de uma articulação entre política social e econômica e como um direito, o Estado considerado de relevância pública para as ações e serviços de saúde e a criação de um Sistema Único de Saúde — SUS — (MENDES, 1996).

A década de 1990 foi o período da consolidação do SUS. Por intermédio das Leis nº 8.080 e nº 8.142 (Leis Orgânicas da Saúde) e das Leis Orgânicas Estaduais e Municipais, o arcabouço jurídico-legal do SUS fica instituído, como uma vitória do movimento sanitário (CARVALHO; MARTIN; CORDONE JR; LUZIO, 2005; MENDES, 1993; SILVA, 2001).

O SUS consolida-se como modelo assistencial, de prevenção de doenças e promoção de saúde, agindo em conformidade com os princípios *da universalidade, da integralidade, da igualdade, da hierarquização, da equidade, da descentralização e da participação social* com direito à informação.

Os princípios do SUS assim devem ser entendidos:

- ▶ **UNIVERSALIDADE** → atendimento a todos que necessitam do SUS.
- ▶ **INTEGRALIDADE** → atenção completa às pessoas e as suas demanda de saúde.



- ▶ **IGUALDADE** → atender a todos os cidadãos com igualdade e respeito às diferenças.
- ▶ **HIERARQUIZAÇÃO** → organizar os serviços de modo a evitar oferecer diferentes ações e unidades para um mesmo objetivo.
- ▶ **EQUIDADE** → prestar assistência igualitária a todas as pessoas, independente de suas condições sociais e demandas pessoais.
- ▶ **DESCENTRALIZAÇÃO** → dos recursos, implantação dos serviços próximos à moradia das pessoas, e sob a gestão municipal ou estadual.
- ▶ **PARTICIPAÇÃO SOCIAL** → garantir a participação da comunidade, nas decisões das ações em saúde. Essa comunidade é representada pela população usuária dos serviços, seus familiares, profissionais de saúde e os gestores de saúde. Os Conselhos de Saúde participam nas decisões das ações locais de saúde, nas prioridades na agenda da área e também são responsáveis por fiscalizar e fazer as cobranças devidas ao bom desenvolvimento das ações (BRASIL, 2004c).

### **1.2.2 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: A CORRENTE CONTRA-HEGEMÔNICA NA SAÚDE**

Consideramos pertinente a colocação deste tópico para esclarecimento e conhecimento do momento em que a Saúde Pública no Brasil toma um rumo diferente em termos sanitário, da até então vigente no país. Foi esse movimento que possibilitou as atuais transformações no campo da Saúde e conseqüentemente da Saúde Mental.

É interessante destacar que o Movimento da Reforma Sanitária possibilitou o desencadeamento do Movimento da Reforma Psiquiátrica, pela

incorporação do discurso, pela conjuntura de reflexões e críticas ao modelo hegemônico e dominante de saúde existente no país.

Destacam-se como pontos de referência desse Movimento:

- a) É um Movimento contra-hegemônico ao da assistência à saúde vigente.
- b) Desenvolve-se em vários momentos, possui vários atores sociais em sua articulação, diferencia-se na concepção teórica, metodológica e nas ações ao do modelo vigente.
- c) As Ações de Saúde para terem eficácia precisam ser descentralizadas.
- d) O planejamento em saúde deve levar em conta as problemáticas apresentadas pelos grupos sociais e a participação da população, no controle social.
- e) O *território* como o local das ações, considerando o seu movimento e sua construção permanente.
- f) O Distrito Sanitário é o dispositivo da Reforma Sanitária, é o *locus* central da saúde (MENDES, 1999).

Como ressaltamos, o movimento inicia-se dentro de um contexto de crise econômica e política devido à redemocratização do país e também de crise no sistema de saúde. E que a Oitava Conferência de Saúde (1986) referiu-se amplamente à Reforma Sanitária como movimento sanitário, político e social em vigência a partir daquele momento no país.

A Reforma Sanitária apresenta três aspectos fundamentais, conforme resume Mendes (1993):

- a) A saúde é resultado das condições gerais de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, liberdade,

lazer, cultura, acesso aos serviços de saúde e aos espaços da cidade. Dentro de um contexto mais amplo, social e político, ideológico, ético, econômico.

- b)** Saúde: direito de todos e dever do Estado, assim como a oferta de serviços públicos adequados à necessidade da população e a garantia de cidadania.
- c)** Reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e instalação do Sistema Único de Saúde (SUS). A participação social como atitude fundamental na organização da assistência, do direcionamento das ações à população, a garantia do serviço e a fiscalização dos recursos financeiros destinados à manutenção desses serviços, por intermédio dos Conselhos de Saúde.

Mendes (1996) apresenta em sua agenda para a saúde, três categorias de análises que direciona o processo de mudanças na assistência e que constituirá um novo paradigma sanitário: mudança na concepção do processo saúde-doença, mudança do paradigma sanitário e a mudança da prática sanitária.

Em nosso sistema de saúde atual, a concepção sobre a saúde e a doença, envolve um conjunto de noções e que têm evoluído para uma articulação com as condições de vida e produção social. O paradigma envolve cultura, conhecimentos, que são assegurados pela comunidade científica. A mudança paradigmática implica na produção social da saúde, para isso será necessária à inscrição no campo do conhecimento pela interdisciplinaridade, e o uso desse conhecimento por uma prática social de intersectorialidade. As novas ações em saúde comportam novas formas de respostas sociais para a questão.

O processo contra-hegemônico da reforma sanitária ainda não é total, seu discurso teórico nem sempre é representado por uma prática ou uma ação em saúde. Apresentam em seu corpo conceitual e prático, momentos críticos importantes de questionamentos e debates na esfera das políticas

públicas, no que se refere à assistência à Saúde e as transformações sociais e políticas.

A Reforma Sanitária foi importante para os avanços da Reforma Psiquiátrica e teoricamente, oferece novas possibilidades no campo das práticas psicossociais e nas ações no território, dentre outras. Os dispositivos atuais de saúde mental podem ser construídos a partir desse novo referencial teórico-prático estabelecido pela RS e pela RP. Constitui-se em um campo de possibilidades, na prática a efetivação desses movimentos contam com as ações dos atores sociais, representados pelos profissionais da saúde, a sociedade e os gestores públicos, para se estabelecer dentro do sistema de saúde.

### **1.3 CONTEXTUALIZANDO A HISTÓRIA DO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Desde o final da década de 1970, o Brasil vem empreendendo importantes discussões no campo social e político, facilitadas pelo movimento de abertura política que culminou com a chamada Nova República, e também pelo processo de luta pela descentralização da Saúde, que configurou o Movimento da Reforma Sanitária, comentadas no tópico anterior.

Neste contexto social e político surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), inicialmente protagonizada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, (MTSM). Segundo Amarante (1995, p. 113) “é o ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras”. O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Movimento da Reforma Sanitária possuem “uma estreita vinculação, ambos tratam a saúde como uma questão revolucionária, no eixo da luta pela transformação da sociedade” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2002, p. 13).

Precisamente na década de 1970, os movimentos de contestação, de críticas ao sistema de Saúde e os anseios por mudanças foram

muito fecundos, a sociedade brasileira clamava por reformas na assistência à Saúde Geral e na Saúde Mental. Havia muitas críticas a respeito da assistência psiquiátrica pública e privada, baseada exclusivamente no tratamento hospitalar e uma grande parte deles, ainda atuando como herança da era alienista, e funcionando de forma indigna (AMARANTE, 2003).

O Movimento da Luta Antimanicomial juntou os trabalhadores da saúde mental e pessoas da sociedade civil simpatizantes com a causa e exerceu também grande importância no processo da Reforma Psiquiátrica, mantendo um constante diálogo na luta contra o modelo manicomial de tratamento vigente (ANAYA, 2005).

A Lei Federal proposta pelo deputado federal Paulo Delgado (Projeto de Lei nº 3.657/89) foi um marco no avanço da Reforma Psiquiátrica, propôs o debate, discussões e medidas legais que asseguravam os direitos das pessoas com sofrimento psíquico, e dava vários direcionamentos de ruptura definitiva com o modelo asilar, por meio da redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos, tendo como consequência o seu fechamento definitivo e proporcionava outras providências na assistência psiquiátrica.

Oteve aprovação como Lei Federal nº 10.216 em 06 de abril de 2001, após sofrer várias modificações em seu texto original. Mesmo assim, foi considerada pelo Ministério da Saúde como “marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde e possibilitou uma nova estratégia de atenção chamada a Atenção psicossocial” (BRASIL, 2004c, p. 6).

A Declaração de Caracas, aprovada em 14 de novembro de 1990, durante a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, constitui-se em um documento privilegiado de forças das organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas, no empenho de reestruturar a assistência em saúde mental, referendada pela Organização Pan-americana de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OPAS, 1990).

O documento contém em seu texto, recomendações sobre a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade, com internações psiquiátricas realizadas pelo hospital clínico e compartilhamento com as redes sociais. Estabelecem como forma de cuidado e tratamento, o respeito à dignidade pessoal e os direitos humanos e civis.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica apresenta um percurso nos eixos teóricos de discussões críticas, Amarante (1995, p. 59) traça esse percurso e enfatiza o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como “ator e sujeito político” no projeto da RP explicitado abaixo:

- a) Movimento para a transformação da assistência psiquiátrica, crítica ao modelo oficial vigente, *hospitalocêntrico* (o hospital como o centro de tratamento). Denúncia aos maus-tratos a quem eram submetidas às pessoas em sofrimento psíquico.
- b) Criação de assistência alternativa, substitutiva à internação psiquiátrica: proposta de desospitalização.
- c) Crítica ao saber da Ciência moderna e do saber psiquiátrico, que penalizou o homem com a loucura.
- d) Construção do processo de cidadania para as pessoas em sofrimento psíquico.
- e) Os conceitos de *desinstitucionalização*, como processo de desconstrução e rupturas com a instituição psiquiátrica e sua lógica.

A partir dos momentos conceituais estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica, pela Reforma Sanitária e pela noção de “processo social complexo”<sup>1</sup> de Franco Rotelli (1990, p. 18). Amarante (2003, p. 48, 53) situa quatro

---

<sup>1</sup> Um processo social complexo tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais, tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições e produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico.

dimensões conceituais do processo da RP, considerando as transformações e mudanças que ela indica em seu momento atual.

- a) A primeira dimensão refere-se ao campo *epistemológico* ou *teórico-conceitual*, situado no campo da produção do saber sobre a loucura, produzido pela psiquiatria e pela Ciência. Enfoca a desconstrução desses saberes, embasados nos conceitos de alienação, normalidade, anormalidade, degenerescência e doença mental, e conceitos de isolamento terapêutico, tratamento moral e cura. Essa dimensão vai além dos conceitos da psiquiatria e dos conceitos fundamentais no campo das ciências como produtoras de Verdades. O sujeito, fora deste saber produzido e incompreensível, pode aflorar em sua alteridade.
- b) A segunda dimensão *técnico-assistencial* propõe a construção de uma nova forma de atenção substitutiva à da assistência asilar baseada no isolamento, na tutela, na custódia, na vigilância e na suposta periculosidade dos ditos doentes mentais. A construção da atenção nesses novos dispositivos terapêuticos deve proporcionar a construção da cidadania e a possibilidade de um olhar não alienante sobre o sujeito.
- c) A terceira dimensão diz respeito ao campo *jurídico-político*, redefinição de noções que associam a doença mental, à incapacidade, irracionalidade e irresponsabilidade civil. Para tal, é necessária revisão da legislação que enfoque os direitos civis, garantias sociais, políticas, de trabalho. Produção de relações sociais e civis tendo como base a cidadania.
- d) A quarta dimensão é a *sociocultural*, expressão maior do processo da reforma psiquiátrica e visa transformar o imaginário social referente à loucura. É o campo dialético para as transformações no processo histórico e social, o qual transformou a loucura num defeito, num desvio, em periculosidade social. Esta dimensão convoca a construção de uma outra relação social entre a loucura e a sociedade.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, segundo o mesmo autor é um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual. Segundo Rotelli (1990, p. 89) “a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura”. É importante que a sociedade tenha conhecimento das transformações no campo da Saúde Mental, para evitar o desvirtuamento de sua essência por forças de interesses opostos dominantes e instituídos no corpo social.

## 1.4 A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: O MODO PSICOSSOCIAL

Na composição dessa fundamentação recorreremos aos textos de Costa-Rosa, sobre o Modo Psicossocial e os textos de Costa-Rosa, Luzio e Yasui, sobre o campo da Atenção Psicossocial.

Esses autores procuram estabelecer a diferença entre o *termo* e o *conceito psicossocial*. Eles traçam uma breve história sobre o termo psicossocial, o qual surgiu a partir das transformações provocadas por reformas dentro da medicina que, abrindo seu leque de ações, integra as noções de Medicina Integral, Preventiva e Comunitária, na tentativa de integrar a dimensão social encontrada na produção das enfermidades clínicas, e assim diminuir as fragmentações do indivíduo atribuídas ao trabalho médico e também decorrente dos especialismos.

Antes das reformas no campo médico, a dimensão social da medicina ainda não incorporava à idéia do indivíduo como objeto social em suas práticas. É por intermédio das mudanças ocorridas a partir das décadas de 40 e 50, para uma visão global do objeto, que é elaborada a idéia do indivíduo visto em sua “totalidade biopsicossocial” (DONNANGELO apud COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 15). A partir dessa visão, organiza-se o trabalho multiprofissional com a diferenciação dos aspectos orgânicos e psicossociais, possibilitando novas relações entre o paciente, sua família e a comunidade (COSTA-ROSA, 1987).

O *conceito psicossocial* vem constituindo-se como designação para os novos dispositivos de atenção à Saúde Mental e nas reformulações da teoria e das práticas, significando mudanças paradigmáticas nesse campo.

A partir do conjunto de transformações que se convencionou designarem como Reforma Psiquiátrica, abriu-se um campo para novos conhecimentos e novas ações, um campo fecundo para formulação de novas considerações sobre a Atenção à Saúde Mental dentro dos novos serviços



designados como Centro de Atenção Psicossocial, cujas práticas operadas nesse sentido elabora no cotidiano realidade psicossocial.

Relembrando que, as diversas concepções teóricas, os movimentos de reformas, os movimentos sociais, e a reorganização da atenção à saúde, contribuíram para que as atitudes práticas se encaminhem para um novo modelo de Atenção, em oposição ao psiquiátrico.

A construção psicossocial ocorre com a criação dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial na segunda metade da década de 1980. Partindo do referencial teórico da Reforma psiquiátrica, os novos serviços, que contam com a iniciativa dos profissionais de saúde, buscam realizar em seu cotidiano, ações de ruptura com o paradigma psiquiátrico e com todos os conceitos e práticas a ele ligados.

Costa-Rosa (2000, p. 152-163; 2006, p. 11-14) considera que, para a construção do Modo Psicossocial, o conhecimento e o uso deste devem sempre estar em contradição dialética ao modo asilar, essa é uma exigência para uma “alternatividade”. A negação do paradigma psiquiátrico e a lógica asilar como forma de tratamento, acontece quando ocorre à ruptura com os conceitos e práticas que os embasaram. O modo como se dão as novas relações de trabalho nos serviços de Saúde Mental, as novas práxis, os novos conceitos, acontecem em dois campos distintos, no “político-ideológico” e no “teórico-técnico”.

O autor considera a necessidade de transformações radicais nesses dois campos, pois não havendo essa radicalidade não haverá contrato com uma nova Atenção. Para uma análise ele define quatro parâmetros para que as ações se caracterizem como um novo paradigma em saúde mental:

**1. CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E DOS MEIOS TEÓRICO-TÉCNICO:** modificação do objeto (processo saúde-adoecimento) e dos objetivos da atenção (cura). A visão da doença não está tão somente no campo da organicidade, como acontece no Modo Asilar, mas num complexo sócio-cultural da problemática. Os conflitos, as contradições, o sofrimento, em certa medida, serão considerados como constitutivo do sujeito, assim como

contingentes à situação apresentada e não devem ser necessariamente removidos como um efeito terapêutico, esperado dentro do princípio doença-cura que opera no modelo tradicional. Espera-se aqui um reposicionamento do sujeito (*implicação subjetiva*) para a problemática apresentada; significa dizer que, quando se trata do sofrimento psíquico, o sujeito volta à cena da vida cotidiana por meio do tratamento; e com o trabalho de reposicionamento, ajudá-lo a se comportar como um dos agentes produtores de mudanças necessárias.

A demanda é valorizada pela escuta (contribuição da psicanálise) e os sintomas não serão organizados como anormalidade mental ou doença, mas como uma condição subjetiva a ser reposicionada no sujeito, espera-se o investimento na produção de subjetividade desejante, o cuidado visa à tomada do sujeito como sujeito produtor de si e não como objeto que serve à intervenção do outro, no caso, do especialista.

No Modo Psicossocial, é necessário conhecer fatores que são determinantes no processo de subjetivação e fatores que são desencadeantes da problemática subjetiva. Esse conhecimento leva em conta fatores biopsicossocioculturais e fatores políticos e econômicos.

A reinserção social é importante no processo de recuperação da cidadania, no retorno à circulação social do indivíduo. A desospitalização, a desmedicalização e a implicação subjetiva, como forma de reposicionamento do sujeito são metas fundamentais no Modo Psicossocial.

**2. CONCEPÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES INTRAINSTITUCIONAIS:** leva em consideração a instituição como intermediário necessário aos tratamentos em saúde mental coletiva. Neste parâmetro os modos de organização arquitetônicos, e o mobiliário, a distribuição e a utilização destes equipamentos são importantes e podem manifestar expressão de privilégios e caracterizar jogo de forças dominantes, locais e sociais. Horizontalização das relações intrainstitucionais, (não a verticalização, encontrada no modo asilar) e, desse modo, também horizontal deve ser a relação com os usuários. As relações não devem constituir-se de poder-saber centralizado em figuras como o médico, o psicólogo, o coordenador ou o gestor.

Na equipe multiprofissional, as relações de poder-saber devem passar por processo de democratização, um atravessamento nas relações de poder para redistribuí-lo entre seus componentes. Isto tudo quer dizer participação, não exclusão, co-gestão e não gestão por delegação e *transdisciplinaridade* como um processo de mudanças nas relações dentro da equipe. O poder de coordenação deve ser um poder representativo da coletividade, da execução das decisões tomadas no coletivo, incluídos aqui a participação da população, dos usuários e familiares e, claro, da equipe de profissionais. Essas participações determinam o poder decisório da instituição. A participação, autogestão e a transdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, quanto à organização institucional.

**3. MODOS DE RELAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COM A POPULAÇÃO USUÁRIA E COM A SOCIEDADE:** as instituições de Saúde Mental devem constituir-se como exterioridade em relação ao Território<sup>2</sup> de referência, ter porosidade, abertura para possibilidade de entrada e saída da população e de usuários, ser um ponto de visibilidade no Território. As relações não devem ser entre doentes e sãos, mas de interlocução, de reposicionamento e encontro com as subjetividades. A escuta da Demanda Social<sup>3</sup> representada pelo usuário por intermédio de suas queixas e pedidos, pode redimensionar essa Demanda para outros espaços, não necessariamente da saúde, mas de instâncias sociais. A instituição deve, no Modo Psicossocial, representar em termos de recursos oferecidos a possibilidade de cumprimento de suas promessas quanto à capacidade de interferir na Demanda Social. Esta ressalta o autor, chega aos serviços de saúde, como parte do individual e do coletivo. Essa junção é operada no conceito e nas práticas do Território, nesse âmbito é que a resposta então será dada.

Os serviços de Saúde Mental, que embasam suas ações nos conceitos psicossociais, precisam constituir-se em serviços de referência para

---

<sup>2</sup> Atualmente há várias definições de Território, escolhemos a de Godelier (1984, p. 112) citada por Haesbaert (1997): “[...] espaço sobre o qual determinada sociedade reivindica e garante a todos ou a parte de seus membros direitos estáveis de acesso, de controle e de uso com respeito à totalidade ou parte dos recursos que aí se encontram e que ela deseja e é capaz de explorar”.

<sup>3</sup> Sobre Demanda Social e Encomenda Social existe nota a respeito no texto do Capítulo 3.

ações realizadas fora destes. Nesse caso, a circulação do serviço no território será sempre de dentro para fora.

A interlocução, entre a população usuária do serviço, seus familiares a comunidade, a territorialização, a integralidade, são metas radicais a serem estabelecidas pela instituição. Do percurso na aquisição e avanço sobre essas metas depende a pertinência ou não do Modo psicossocial.

**4. CONCEPÇÃO EFETIVADA DOS EFEITOS DE SUAS AÇÕES EM TERMOS TERAPÊUTICOS E ÉTICOS:** nesse parâmetro a implicação com a particularidade, com a singularidade, com a subjetividade, com o sócio-cultural, com o reposicionamento do sujeito será a ética da atenção psicossocial, e não somente a supressão sintomática, a cura e a adaptação como meta final encontrada no modelo tradicional. É para os profissionais de saúde mental quem cabe essa tarefa, ter esse olhar especial, não para buscar um óbvio pensado, mas para ir ao encontro do impensável, além do aparente.

O sujeito, em termos de efeito terapêutico e ético no modo psicossocial, precisa alcançar o seu reposicionamento subjetivo e sociocultural. Este reposicionamento e a singularização do ato terapêutico são condições éticas que estão em oposição à adaptação que caracteriza a ética do modo asilar e precisa ser diariamente construídos (COSTA-ROSA, 2000).

Percebemos uma multiplicidade e diversidade de ações que serão empreendidas pelas novas instituições de saúde mental — os CAPS, e a responsabilidade na construção do novo Modo de Atenção. E para que as ações não se percam em seu conjunto apenas referidas ao universal do discurso, será necessária a construção de um projeto próprio, que contemple os objetivos da Atenção, a discussão coletiva das práticas empreendidas localmente e a crítica reflexiva ao projeto em construção. A avaliação, como uma prática freqüente do que se está construindo, nunca pode deixar de fora os principais interessados — a população e os usuários diretos da instituição.

A Política de Saúde Mental do SUS, a partir das ações do Ministério da Saúde, pela Portaria 336/2002, estabelece as modalidades de

serviços denominados CAPS, para ser um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, como principal estratégia da Reforma Psiquiátrica e Atenção psicossocial, estabelece como lógica institucional a mudança do modelo de atenção à saúde mental, seguindo as determinações da Lei nº 10.216/2001 e III Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004c; 2007).

## **1.5 A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

### **1.5.1 ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: HISTÓRICO**

O uso de álcool (no caso a cachaça) é conhecido no Brasil há muitos anos. Os índios, na época da colonização, já faziam uma aguardente de mandioca usada em seus rituais. Logo, os portugueses aprenderam a fazer a cachaça com a cana-de-açúcar. Seu uso faz parte da cultura ocidental, as bebidas alcoólicas são sempre usadas nas festividades, comemorações, eventos sociais e, por isso, está associada a momentos de alegria e descontração (BRASIL, 2006a).

O uso de maconha no Brasil vem desde os tempos da escravatura, foi introduzida pelos escravos africanos durante os Séculos XVIII e XIX e foi difundida também entre os índios. Inicialmente foi usada com propósito medicinal (o mesmo que na Europa) e em atividades de lazer, nos encontros de pesca e nas rodas de conversas. A maconha e principalmente a cachaça, desde o início do Século XX ficaram conhecidas como as substâncias mais usadas pela classe mais pobre e desfavorecida socialmente devido seus custos serem mais baixos, isso permanece no imaginário social, independente das mudanças sociais ocorridas mais recentemente. Essas substâncias ainda imperam nas periferias das grandes cidades, dividindo a preferência com as substâncias inalantes

usadas por crianças e adolescentes em condições de vida menos favorecidas como a situação de moradia de rua e toda sorte de privações vividas (BRASIL, 2006a).

O tabaco foi introduzido em nossa sociedade pelos índios na época da colonização portuguesa. Porém, nas Américas, de onde o arbusto *Nicotina tabacum* é originária, já era conhecida há 7.000 mil anos e usada no cotidiano e nas solenidades, como casamentos e rituais religiosos como também para afugentar a fome ou maus espíritos, pois alguns grupos indígenas acreditavam que fosse remédio. O ato de fumar tornou-se muito difundido em nossa sociedade capitalista e como consequência, desencadeou grande investimento industrial e altos lucros em sua comercialização. Vê-se frequentemente propagandas explorando as condições de investimentos e interesses humanos, como exemplo a sexualidade, trabalho e a própria saúde, com negação de todos os seus efeitos nocivos. O álcool e o tabaco são as drogas mais consumidas no mundo, são drogas lícitas que tem seu uso, compra, venda e propaganda liberadas (BRASIL, 2006a).

A coca é utilizada pelos povos andinos há milênios, eles mascam suas folhas em suas rotinas de vida para vencer a fadiga e o cansaço nas longas jornadas de trabalho, esse uso não teve aceitação na Europa como o café, o tabaco e casca do quinino, originários da mesma região (Peru, Colômbia e Bolívia).

A cocaína, alcalóide derivada da folha da coca, foi isolada no Séc. XIX sob forma de pequenos cristais e a partir destes cristais foi elaborada sua fórmula química e observada suas propriedades anestésicas locais sendo utilizada via subcutânea. Considerada substância com efeito euforizante foi utilizada como antídoto dos depressores do sistema nervoso, no cansaço, fadiga e no tratamento do alcoolismo, teve sua comercialização livre no mercado da indústria farmacêutica, no final do Séc. XIX. A cocaína obteve bastante sucesso na farmácia popular, como uma panacéia era utilizada em forma de comprimidos, ungüentos e também em forma de cigarros e nas bebidas como a coca-cola e o vinho *Mariani*. Essa difusão, desenvolveu uma “epidemia de uso de cocaína, por

via nasal, preocupando as autoridades que acabaram por regulamentar seu uso” (BERGERET; LEBLANC, 1991, p. 41).

No Séc. XX houve a difusão do uso de cocaína nos Estados Unidos e na Europa, inicialmente pelas classes mais abastadas, depois para o restante da população e para o restante do mundo, inclusive para o Brasil. Na década de 70, o tráfico da cocaína pelos países produtores da América do Sul, já era intenso e o Brasil tornou-se importante rota do tráfico para Europa e Estados Unidos. A partir da década de 90, o uso da substância e seus derivados (crack) tornou-se epidêmico nas grandes cidades brasileiras, principalmente entre pessoas pobres que vivem nas ruas. Ela representa uma fonte de renda importante no mercado paralelo do tráfico de drogas na atualidade.

Para Birman (2000, p. 238) os processos sociais ocorridos nas primeiras décadas do Séc. XX até a sua segunda metade, ordenaram o uso de drogas, que “passaram a representar uma via de acesso para um novo mundo”, representando uma ideologia existencialista nas quais as drogas alucinógenas eram as principais via privilegiada para esse encontro. A partir dos anos 70 as drogas são tomada pelo narcotráfico e “perde a relação ordenadora do desejo, para assumir um gozo em estado puro” e em larga escala.

Em nosso mundo contemporâneo, surgiram novos fenômenos sociais de importância para mudanças na sociedade, destacamos a supervalorização da estética corporal, a busca pela forma perfeita, a cultuação de um corpo que possa aparecer bonito e saudável, o narcisismo e o consumo exagerado. Na linha desses exageros contemporâneos, encontramos os esteróides anabolizantes, os energéticos, os orexígenos e os anorexígenos que são substâncias que respondem a esses apelos sociais, tidos como necessidades da vida ativa. (COSTA, 2004; BIRMAN, 2000; ARENDT, 2005).

Atualmente podemos perceber uma grande perturbação social, envolvendo o uso de substâncias químicas psicoativas, mesmo naquelas largamente difundidas na indústria farmacêutica e que são usadas como medicação para alívio de dores físicas e psíquicas. Essas substâncias são muito

utilizadas como automedicação de abuso e para satisfazer uma necessidade individual, subjetiva. As implicações sociais do uso de substâncias provocadoras de alterações corpóreas e psíquicas no homem, fizeram com que a sociedade, por intermédio das políticas públicas, e outros meios, estabelecessem controle social sobre seus usuários, embora saibam que esse controle não se reflete como indicador de redução do uso.

A sociedade atual vive um processo de globalização, isto significa dizer que os valores sociais vão sendo difundidos pelo mundo, e as comunidades buscam maneiras diferentes de se relacionarem com o aporte de novos valores, na maioria das vezes advindo das sociedades capitalistas, na qual o consumo de drogas, principalmente as lícitas como o tabaco e o álcool, se apresentam como mercadorias de alto valor comercial e econômico. Em vista disso, presenciamos o grande investimento empresarial nas propagandas de divulgação desses produtos. A expansão do uso em massa dessas substâncias, num contexto globalizado leva a busca da compreensão da função social que elas adquirem nas diversas sociedades pós-moderna. É um campo fértil para futuros estudos.

As substâncias psicoativas agem no sistema nervoso central, provocando modificação em seu funcionamento e, como consequência de um uso compulsivo, contínuo e abusivo, pode ocorrer alteração no comportamento, além de induzir aos fenômenos de dependência. As ciências médicas classificam essas substâncias em três grupos, conforme a ação que exercem no cérebro: **depressoras**, lentificam o funcionamento cerebral e reduzem a atividade psíquica, (ex. álcool e os benzodiazepínicos); **estimulantes**, aumenta o funcionamento mental, inibem sensação de fome (ex. cocaína e derivados, anfetaminas); **perturbadores**, alteração na senso-percepção e no pensamento, (cogumelos, LSD).

O maior problema de Saúde Pública no Brasil e também no mundo relacionado com uso de drogas é o alcoolismo. A dependência acomete cerca de 10 a 12% da população mundial, e é mais encontrada entre os homens que nas mulheres e nas populações mais jovens, que em nosso país começa muito cedo, muitos iniciando em torno dos 10 a 12 anos. O álcool é responsável



por grande parte dos acidentes de trânsito, muitas vezes fatais, por doenças clínicas (cirrose hepática, câncer, desnutrição etc.) faltas ao trabalho, desemprego, desestruturação familiar e social (BRASIL, 2004d e 2006a).

A Política Pública para álcool e outras Drogas no Brasil é recente esse fato aponta um vazio histórico, que foi ocupado por entidades que mesclaram medidas de combate, repressão, controle e assistência. Para compreendermos essa trajetória de combate e assistência ao alcoolismo e as outras drogas desenvolveremos a seguir as concepções da **Liga Brasileira de Higiene mental** com sua linha de combate e a **Comunidade Terapêutica** com o ordenamento assistencial e os grupos de auto ajuda como facilitadores.

A **LBHM** entidade civil, foi fundada no Rio de Janeiro em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, tinha como objetivo inicial melhorar a assistência aos doentes mentais. “Distanciando-se de seus propósitos iniciais, tornou-se um movimento psiquiátrico de inspiração eugênica alemã e tinha como tarefa fundamental o controle e a correção dos hábitos sociais das pessoas e o saneamento moral do país” (COSTA, 1989, p. 31). Essa Liga, através de seus psiquiatras, intervinha nas questões sociais e morais da população. O trabalho era feito no sentido de promover a higiene mental da população e para isso via-se a necessidade de combate a tudo que pudesse enfraquecer a camada *superior* da sociedade. “O combate às *anormalidades*, de caráter e mental dava sentido à idéia de higiene social” (COSTA, 1989, p. 32).

Abrindo um parêntese na história dessa Liga, evocamos Foucault, (2004, p. 97) ele fala do surgimento de uma medicina voltada para o “controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”. Referia-se a intervenção da psiquiatria sobre os *alienados* mentais e seu isolamento da sociedade, na época da criação dos grandes asilos, no qual também eram internados os *vagabundos*, *bêbados* e os indigentes. Apontou que a prevenção de doenças mentais e transtornos afins, objetivava a preservação de gerações futuras das doenças de seus antecedentes e as medidas eram bem mais sociais que médicas, foi instituída vigilância policial mais severa aos delinqüentes, usuários de

drogas, alcoólatras e marginais, construindo uma racionalidade social sobre esse tema, “é o corpo da sociedade que se torna o princípio [...] que será preciso proteger” (FOUCAULT, 2004, p. 145).

A psiquiatria na época da LBHM, definia o alcoolismo como uma doença hereditária devendo ser tratada e prevenida por meio de medidas eugênicas, isso incluía providências quanto a esterilização para controle da prole, acreditando com isso diminuir a degeneração geneticamente transmitida (aqui, a idéia era da noção de degenerescência difundida pelo psiquiatra Morel) e também medidas de isolamento e segregação social, porque os alcoólatras eram considerados nocivos, uma *praga* social. Os psiquiatras entendiam que, os alcoolistas estando reprimidos e segregados socialmente, ocorreria a correção da qualidade moral deles e a conseqüente regeneração da sociedade.

O Departamento Nacional de Saúde aderiu às idéias de combate ao alcoolismo proposto pela LBHM, com ações de repressão e prevenção. As campanhas de Higiene mental, especialmente as antialcoólicas, eram verdadeiras “cruzadas moralizadoras as quais objetivavam acabar com os vícios e a devassidão, que os psiquiatras da Liga acreditavam existir na sociedade brasileira” (COSTA, 1989, p. 85).

O moralismo fundamentou as atividades da LBHM faziam distinção entre alcoolismo das pessoas respeitáveis, abastadas, que eram aceitáveis, do alcoolismo dos pobres, os que não eram aceitáveis, para os quais eram intolerantes, “a LBHM mostrava-se incapaz de compreender que seu anti-alcoolismo era uma pura defesa dos padrões morais do grupo social a que pertenciam a maioria dos psiquiatras” (COSTA, 1989, p. 32). Essa moralidade foi também dirigida para a sexualidade das pessoas, ao ponto de prescreverem esterilização aos “degenerados” alcoolistas (COSTA, 1989).

A eugenia racista da LBHM também influenciou as medidas de controle do alcoolismo na raça negra, por considerar que apresentavam herança racial e representar um perigo para a eugenia do Brasil, da mesma forma que agiam em relação a sífilis. Esse fundamento hereditário fez parte da psiquiatria

organicista da época. Os programas da Liga disseminavam idéias de “raças inferiores e superiores” e de “pureza racial” (COSTA, 1989, p. 112). A história da Liga, os direcionamentos da psiquiatria e da medicina e o sistema de saúde da época, representavam um modelo totalitário, que defendia uma racionalidade de controle sobre os corpos como verdades absolutas, sem comprovação científica, porém, com a assertiva social. Mas o que temos hoje de racionalidade sobre os corpos? O discurso totalizante da ciência não mantém o controle sobre o corpo social e o corpo físico dos indivíduos?

A **Comunidade Terapêutica** (CT) tem em seus princípios, os fundamentos de uma organização religiosa evangélica denominada Oxford iniciada em 1860 na Inglaterra, essa organização realizava uma crítica à Igreja Anglicana. Originalmente foi chamada Associação Cristã do I Século, em 1900 mudou o nome para Moral Rearmement. Ficou conhecido como Grupo de Oxford e “buscavam um estilo de vida mais fiel aos ideais cristãos”, reuniam-se várias vezes na semana para ler e comentar a Bíblia e a se comprometerem entre si em serem honestos e manter a abstinência. Nos Estados Unidos, participantes desse grupo se reuniam para partilhar o empenho e o esforço que faziam para permanecer sóbrios, desta forma surgiu o primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos (AA), em 1935 (BRASIL, 2006a, p. 28).

Os grupos de auto-ajuda como os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (AN) apresentam fundamentos religiosos em suas origens que permaneceram assim até hoje.

Esses grupos cresceram rapidamente em todo mundo e formaram grupos paralelos e similares para amigos e familiares dos dependentes químicos, são denominados Al-Anon (AA) e Nar-Anon (NA). O objetivo do grupo é atingir e manter abstinência e para isso utilizam a filosofia dos Doze Passos. Relatamos sucintamente os princípios dos Doze Passos:

- ▶ **1º PASSO** — a pessoa assume sua dependência, se rende à condição de dependente.

- ▶ **2º E 3º PASSO** — procura um Poder Superior, que pode ser Deus ou outro objeto que tenha a função de cuidar de suas vidas e devolver a sanidade.
- ▶ **4º AO 10º PASSO** — é relativo à moral, a pessoa faz um inventário de suas vidas relacionado às falhas, erros, danos cometidos à outros, imperfeições e defeitos de caráter pessoal.
- ▶ **11º E 12º PASSO** — é dedicado a espiritualidade, por meio da meditação, preces, procuram contato com Deus para um despertar espiritual e transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar os princípios em todas as atividades da vida.

Esses grupos são “auto-sustentáveis, as pessoas apresentam liberdade para entrar e sair, por isso alguns grupos se formam e logo desaparecem, porém não impedem de seu crescimento em escala mundial”. A sede internacional desses grupos estão localizadas nos Estados Unidos, AA em Nova Iorque e NA na Califórnia (BRASIL, 2006a, p. 21-23).

Em 1958, na Califórnia foi fundada a 1ª Comunidade Terapêutica por C. Dederich, médico, alcoolista que, juntamente com outros alcoolistas em “recuperação” decidiram viver juntos em abstinência, buscar um estilo alternativo de vida com direcionamento educativo, espiritual e disciplinar, se chamou Synanon. Nessa comunidade aplicavam o trabalho em grupo e conceitos de auto-ajuda e suas ações eram bastante autoritárias. Acolhiam não somente alcoolista como foi o propósito inicial, mas usuários de outras drogas em abstinência. A CT de Synanon tornou-se modelo para todas as outras que surgiram posteriormente e que se estenderam pelo mundo.

A CT Day Top Village fundada em 1963 nos Estados Unidos por William O’Brien e David Deitch, teve influência da Synanon, mas seu tipo de abordagem terapêutica, a sua metodologia, se tornou o mais significativo exemplo para as diversas CTs que foram criadas a partir de então. “Essa comunidade

juntamente com a Synanon e os grupos de Oxford e AA, são os precursores desse movimento difundido no mundo que prioriza a convivência em grupo, a disciplina, o trabalho compartilhado, a honestidade, a espiritualidade e a auto-ajuda” (BRASIL, 2006a, p. 29, 30). No Brasil a CT chega no final da década de 70 do século passado. Esses fundamentos essenciais estão presentes na maioria das comunidades distribuídas em todo mundo na atualidade.

Existem vários e diferentes tipos de proposta de comunidades terapêuticas atualmente, algumas definem em suas propostas além das tradicionais, acrescentam características de modelos que se caracterizam ou caracterizaram como reformas psiquiátrica, entre essas, citamos a Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones<sup>4</sup> ou a reforma mais paradigmática em Saúde Mental, como o modelo da Atenção Psicossocial. Essas comunidades brasileiras, se baseiam em definições oficiais, a ANVISA na resolução nº 101/2001 define:

Serviços de Atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA) em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que tem por função a oferta de um ambiente protegido[...] aos usuários abusivos e/ou dependentes (FEBRACT — FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS).

Essa resolução foi elaborada antes da Portaria que define os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas e da Política Nacional de Álcool e outras Drogas.

Observamos que as Comunidades Terapêuticas apresentam uma origem em comum, uma ação terapêutico-educativa fundamentada nos grupos, na auto-ajuda, nos discursos de solidariedade, de afeto, de vínculo, mas também

---

<sup>4</sup> A Comunidade Terapêutica consagrada por Maxwell Jones, na Inglaterra, constituiu-se como um movimento da Reforma Psiquiátrica (não religiosa) desenvolvida no período pós- guerra, com a finalidade de transformação da estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora. A idéia era que comunicação e a troca de experiência do trabalho em grupo facilitaria um “aprendizado ao vivo”, a terapêutica baseava-se na dinâmica dos grupos e envolvia os pacientes, os familiares e a comunidade. Para Rotelli “a experiência inglesa da comunidade terapêutica foi importante na modificação dentro do hospital, mas não consegui colocar na raiz o problema da exclusão [...] e ir além do hospital psiquiátrico” (AMARANTE, 1995, p. 32, 33).

com elaboração de regras morais e éticas de acordo com as necessidades da CT e que são cobradas com punições ou recompensa, a hierarquia institucional é rígida, proclamam recuperação pela abstinência, preocupação com a espiritualidade e na mudança de estilo de vida dos seus dependentes químicos.

As regras fundamentais de uma Comunidade Terapêutica:

- ▶ Não fazer uso de substâncias psicoativas.
- ▶ Não à violência e ao sexo (BRASIL, 2006a, p. 32).

Há ainda duas solicitações temporárias que precisam ser respeitadas para criar o ambiente terapêutico:

- ▶ Renúncia total à liberdade de sair da CT sem falar com o grupo e com a equipe.
- ▶ Respeitar o contrato de auto-ajuda, participando sempre de todas as atividades propostas (BRASIL, 2006a, p. 33).

A partir das considerações acima à respeito dessa instituição tão difundida no planeta, mas nos voltando para a realidade brasileira, o que podemos tomar como reflexão sobre esta instituição denominada Comunidade Terapêutica? Será que resgata alguns dos princípios da Liga Brasileira de Higiene Mental dos primeiros anos do Século XX? Não nos referimos a eugenia, pois ela está ofuscada pelo discurso pós-moderno, mas ao controle que tem sobre o outro, embora em um outro contexto: a anuência do controlado; a moralidade estruturante e a espiritualidade como reintegração subjetiva. As regras imposta pode se constituir como defesas de um campo altamente minado — o das toxicomanias — não estaria aí a sobrevivência da instituição e sua multiplicação no planeta? Mas quanto aos resultados reais para as pessoas envolvidas com drogas, o que de fato muda em suas vidas como uma radicalidade (aqui como permanente) ou para essas pessoas, o que vale não seria a transitoriedade?

O tratamento para as pessoas com uso de álcool e outras drogas sempre se constituiu uma problemática muito grave, no campo social, econômico, na Saúde Pública e no que concerne a própria questão individual, somados a ausência de políticas pública apropriadas, neste sentido podemos perceber a dimensão do problema. Pelo breve levantamento de uma conjuntura histórica realizado por este estudo (um levantamento mais amplo ultrapassa os objetivos deste estudo) a respeito da assistência ao usuários de substâncias psicoativas podemos dizer que as ações iniciais foram de campanhas de combate, seguindo o modelo de saúde existente para a época.

A partir da década de 70 com as mudanças no sistema de saúde houve crescimento de serviços privados conveniados e contratados com o sistema público. Com isso houve a “privatização da psiquiatria e aumento significativo dos leitos privados psiquiátricos” (AMARANTE, 2002, p. 79). O tratamento hospitalar para os usuários de substâncias psicoativas serão nesses locais fechados, tendo o isolamento e a abstinência como meta, como acontece nas CT. Mesmo existindo nesses locais de tratamentos equipe de profissionais de diversas especialidades, a assistência continuava no modelo médico, com a problemática vista como uma questão apenas orgânica (doença) e as questões sociais envolvidas consideradas um problema social que deveria ser duramente combatido. Os usuários de álcool e outras drogas continuam sendo internados em hospitais psiquiátricos e CT até hoje, nada mudou neste cenário, mesmos contrariando as novas disposições do Ministério da Saúde.

Em texto recente publicado pelo do Ministério da Saúde nos informa:

A saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas (BRASIL, 2007, p. 35).

Continua o texto falando da ausência do Estado e o quanto isso

possibilitou a disseminação no país de “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, com práticas predominantemente medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso, cujo objetivo principal era o alcance da abstinência, geralmente reforçando o isolamento e o estigma social (BRASIL, 2007, p. 35).

### **1.5.2 A POLÍTICA PÚBLICA PARA A ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS APÓS 2002**

A partir dos avanços da Reforma Sanitária da Reforma Psiquiátrica e das discussões a respeito das mudanças na atenção, a problemática dos efeitos do uso de álcool e outras drogas entram na pauta do Ministério da Saúde, enfocado como uma questão de Saúde Pública. O MS propôs a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, aproveitando o redirecionando da política de Saúde Mental determinada pela Portaria No. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. A partir de 2003 se inicia as discussões mais sistemáticas sobre a questão álcool e drogas, foi criado um grupo de trabalho que elaborou a Política do Ministério da Saúde para a atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras drogas. O texto informa: “Tendo os CAPSad como a principal estratégia de tratamento [...] e utilizando as estratégias de redução de danos como ferramentas também nas ações de prevenção e promoção da saúde, este documento é a diretriz oficial do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2007, p. 35).

O direcionamento da nova política de saúde está embasado nas ações comunitárias e no território. As principais diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas estão assim resumidas em seu texto:

- ▶ Atenção integral, a visão sobre o usuário deve ser de forma geral e não apenas em seu aspecto clínico, específico da saúde.
- ▶ Base comunitária, o cuidado do usuário na comunidade, em seu território social onde vive se possível perto da família.



- ▶ Territorialização, cada unidade de serviço deve atender um espaço determinado, para facilitação das ações e do vínculo.
- ▶ A lógica da redução de danos, cujo objetivo não seja unicamente a abstinência, mas as ações de tratamento que visa melhorar a qualidade de vida dos usuários de drogas.
- ▶ Intersetorialidade, o tratamento não é visto somente como uma demanda da Saúde, para isso é preciso formação de parcerias para inclusão do usuário em outros espaços sociais. É necessária a construção de rede de suporte social, como os setores de trabalho, promoção social, cultura, educação, esporte e outras redes para suporte à promoção da Saúde e à prevenção do uso de drogas.

O Ministério da Saúde considera de um modo geral que o consumo de álcool e outras drogas *é uma questão de saúde pública e não de segurança pública ou de polícia*. Considera seu caráter multifatorial e que a problemática não deve ser reduzida somente ao campo da atenção à saúde.

O objetivo central da política para álcool e outras drogas é ampliar o acesso ao tratamento com mudança do antigo modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico (hospitalocêntrico), reduzindo a exclusão e a falta de cuidados, evitando as internações desnecessárias (BRASIL, 2004c, 2007).

### **1.5.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSad): AS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

A Portaria nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002, institui o CAPSad como serviço que se destina à atenção às pessoas cujo problema principal está relacionado ao uso e dependência de álcool e outras drogas, e também define normas e diretrizes para a sua organização.

A oferta de atendimento nos CAPSad deve ser diária, numa perspectiva individualizada, priorizando intervenções precoces. Necessita possuir uma rede de serviços comunitários e ter o apoio da rede de saúde como as Unidades Básicas de Saúde, o Programa Saúde da Família, para suprir necessidades da população-alvo. O serviço precisa possuir condições para o repouso, bem como para a desintoxicação nos usuários que a necessitam.

As ações preventivas serão elaboradas e planejadas visando o território, e com a colaboração de todos os seguimentos sociais disponíveis, objetivando o impedimento do uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedir uma *escalada* do uso e minimizar as conseqüências. No planejamento das ações estão contempladas a lógica da Redução de Danos, com práticas que visem diminuir as conseqüências globais do uso de álcool e outras drogas, nas estratégias combinar elementos como: informações sobre os danos de álcool e outras drogas, alternativas de lazer que sejam livres de drogas, identificar problemas pessoais e promover o acesso ao suporte de tais problemas, buscar fortalecimentos de vínculos sociais e afetivos, melhorar a autonomia e a auto-estima das pessoas.

Exigem-se nos CAPSad, pelas novas práticas de saúde, que os profissionais coloquem-se em condição de acolhimento das diversas expressões de vida e de subjetividade. Nesses novos direcionamentos, o desafio da Atenção é a promoção, tratamento e a reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas. Como o assunto é considerado um problema de Saúde Pública, é necessária estruturação e o fortalecimento de rede de assistência centrados na atenção

comunitária e na rede de serviços de saúde e social, dentre outras. Leva-se em consideração que os dispositivos de atenção à saúde serão extra-hospitalares e os CAPSad devem estar devidamente articulados à rede de saúde existente.

O compromisso do Ministério da Saúde é assim posto: criar e manter equipamentos, qualificar seus profissionais, formular políticas de saúde em articulação com outras áreas afins e avaliar o desenvolvimento das políticas instituídas. A observação dessas premissas depende de um conjunto articulado, que envolve a responsabilização do MS em tornar visível suas diretrizes nos CAPSad, o compromisso com essas diretrizes pela política local com oferta de serviços públicos adequados e o empreendimento pessoal e coletivo dos profissionais de saúde, no que diz respeito às transformações da saúde.

Tendo em vista este contexto de ações, cabe ao SUS fortalecer seu caráter de rede, garantir a acessibilidade aos serviços e a participação dos usuários em seu tratamento e garantir esses direitos por intermédio dos Conselhos de Saúde.

A política do MS indica estratégias que deverão ser utilizadas pelos CAPSad no direcionamento de suas ações:

**REDUÇÃO DE DANOS** é uma estratégia (forma de intervenção), importante a ser valorizado, pois se oferece como um outro caminho, uma outra direção ao tratamento, aumentando as possibilidades de enfrentamento do problema. É uma ação no território, que possibilita a construção de redes sociais de suporte, e as ações podem ser em qualquer lugar de circulação dos usuários, outros serviços de saúde (Unidade Básica de Saúde como exemplo), setores da educação, trabalho etc. Ela sinaliza um caminho, um eixo de abordagem, porque reconhece cada usuário em sua singularidade e traça com eles estratégias de enfrentamento voltadas não para a abstinência como um objetivo a ser alcançado, mas para a defesa da vida. A abordagem implica no aumento da liberdade e co-responsabilidade dos usuários em seu tratamento e na (re)construção de suas vidas, por outro lado também estabelece a formação de vínculos com os profissionais que passam a ser co-responsáveis por essa nova construção de vida dos usuários.

**REDE DE SAÚDE COMUNITÁRIA – A REDE DE ATENDIMENTO DO SUS**

para a atenção a saúde integral dos usuários de álcool e drogas inclui os CAPS, os leitos psiquiátricos em hospital geral, internação domiciliar, as Unidades básica de Saúde (UBS) e o Programa Saúde da Família (PSF) com suas equipes que já estão desenvolvendo algumas ações em Saúde Mental. É urgente a integração de uma forma mais sistemática de ações direcionadas para questão do uso e dependência de álcool e outras drogas. As participações comunitárias nas discussões do serviço são importantes, pois estes devem levar sempre em conta as necessidades dessa população nas ações oferecidas.

**AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL** precisam ser diferenciadas em cada território, porque muitas vezes o uso de substâncias psicoativas vem relacionado a diferentes subsistemas sociais, como grupos organizados para o tráfico, crimes, gangues, além de pobreza, abandono escolar, violência doméstica etc. Levando em consideração essas complexidades, faz-se necessária a articulação com a rede intersetorial.

**PREVENÇÃO** é definida como um processo de planejamento de estratégias para a redução de fatores de vulnerabilidade e de riscos específicos e fortalecimento dos fatores de proteção, está incluído, nesse processo, as ações comunitárias de saúde, de inclusão social, de educação, habitação e de economia.

**INTERSETORIALIDADE** é necessária pela complexidade das ações, pelo atravessamento em outras áreas da saúde, da educação, da justiça, do social, e também pela articulação com a sociedade civil, movimentos sociais, sindicatos, organizações e associações comunitárias e as universidades. Os CAPS-ad devem construir articulações consistentes com os Hospitais Gerais, para que as pessoas tenham acesso ao tratamento clínico quando necessitarem.

A política pública atual para atenção aos usuários de álcool e outras drogas, como podemos observar envolve vários setores públicos, setores privados, setores sociais e educacionais, a condução das práticas requer investimentos contínuos e de longo prazo, temos uma grande questão a refletir,

mais ainda quando a problemática do uso de álcool e drogas, como pudemos observar, se encontra também, num patamar de uma exterioridade política, social e de saúde. Maiores impactos e reflexões surgem, no momento em que nos havemos com o sujeito e sua interioridade direcionada para o uso de tais substâncias. O trabalho concreto realizado no CAPSad informou em termos de amostra como a as diretrizes nacionais estão se estabelecendo (ou não) nos serviços públicos de saúde.

O Ministério da Saúde, em seus textos sobre as diretrizes políticas para a atenção à saúde mental reforça a premissa de que os CAPS, seja qual for sua especificidade, são os dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica, e devem construir suas ações nos princípios desse movimento. Recomenda que o centro do cuidado seja progressivamente deslocado para fora do hospital, em direção à comunidade e que a “rede básica de saúde seja o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais” (BRASIL, 2004b, p. 25).

#### **1.5.4 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS**

O Brasil possui também uma política pública sobre drogas, que se baseia em três estratégias: na **REDUÇÃO DA OFERTA**, na **REDUÇÃO DA DEMANDA** e na **REDUÇÃO DE DANOS**.

- a) A **REDUÇÃO DA OFERTA** se caracteriza pelo desenvolvimento de ações de erradicação de plantações e destruição de princípios ativos; de repressão à produção, ao refino e ao tráfico de substâncias precursoras e de drogas; de combate à lavagem de dinheiro e de fiscalização e controle da produção, da comercialização e do uso de drogas.
- b) A **REDUÇÃO DA DEMANDA** visa ações, esforços e recursos para desestimular ou diminuir o consumo — em especial à iniciação e também para tratar usuários e dependentes de drogas.

c) A **REDUÇÃO DE DANOS** consiste na execução de ações para a prevenção das conseqüências danosas à saúde decorrentes do uso de drogas sem interferir necessariamente na oferta ou consumo (BRASIL, 2004c e 2006a).

Em Junho de 1998, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), ligada diretamente ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República que é o órgão responsável pela articulação, pela coordenação e pela integração das ações intersetoriais do governo na área de redução da demanda de drogas. Em Dezembro de 1998, foi realizada em Brasília o I Fórum Nacional Antidrogas, com a finalidade de elaborar a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Em Dezembro de 2001, durante o II Fórum Nacional Antidrogas, essa política foi elaborada e formalizada. Em 26 de Agosto de 2002, por meio do Decreto nº 4.345, ela foi instituída.

Durante o Fórum Nacional sobre Drogas que aconteceu em 2004, o PNAD passou por um realinhamento e chegou-se a novas definições, passando a se chamar Política Nacional sobre Drogas, com a retirada do termo antidrogas o qual era bastante criticado pela sociedade. Em Outubro de 2005 as deliberações das discussões sobre a adequação do texto da política foram aprovadas pelo Conselho Nacional sobre drogas (CONAD).

Toda legislação brasileira referente a drogas foi atualizada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo governo Federal em 23 de Agosto de 2003. Em 2006 foi sancionada nova lei sobre drogas no país, Lei nº 11.343/06 que institui:

Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas com o propósito de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico, estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2006a, p. 36; 2007, p. 37).

Um dos pontos a ser destacado nessa legislação é a distinção clara e definitiva entre usuários/dependentes de drogas e traficantes. A nova lei

não descriminaliza qualquer tipo de droga ilícita, o seu porte continua sendo crime, porém os usuários e dependentes não estão mais sujeitos à pena de restrição de liberdade, mas a medidas sócio-educativas aplicadas pelos juizados especiais criminais.

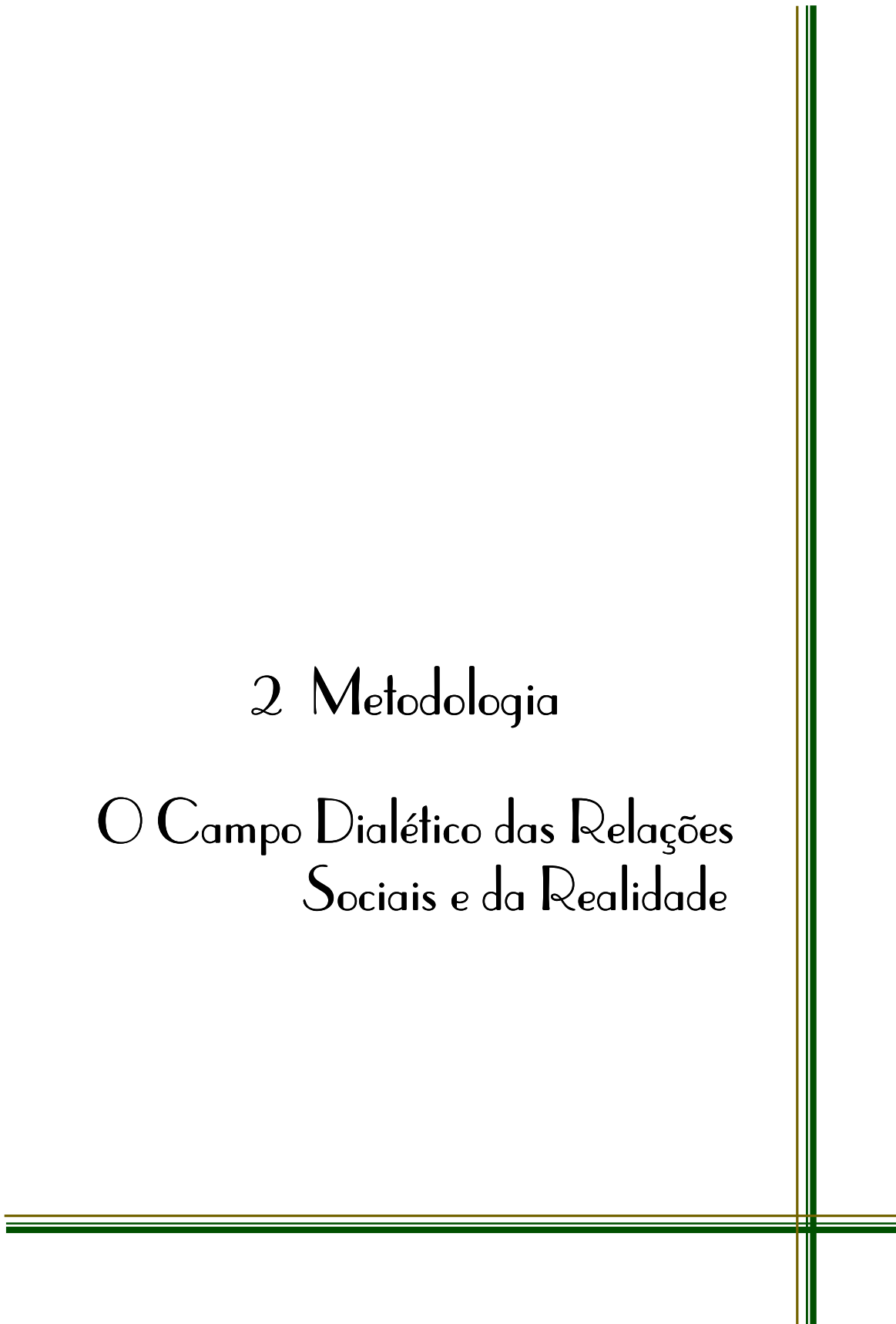
O texto ainda prevê o aumento do tempo de prisão para os traficantes, cujo julgamento continua sendo realizados pelas varas criminais comuns. A pena passou de três a quinze anos, para cinco a quinze anos de detenção. Para o crime de financiador do tráfico, a pena vai de oito a vinte anos de prisão.

Um dos aspectos inovador dessa política é o fim do tratamento obrigatório para os dependentes de droga. Ela instaura a concessão de benefícios fiscais para a iniciativa privada que se propõem a investir na prevenção, no tratamento e na reinserção social dos usuários de drogas, e também na repressão ao tráfico (BRASIL, 2006a).

No “âmbito internacional, foi aprovada uma resolução proposta pelo Brasil sobre redução de danos”, pela *Commission on Narcotic Drugs*, órgão da ONU responsável por discutir diretrizes relacionada ao uso de drogas. (BRASIL, 2007, p. 37).

## 2 Metodologia

### O Campo Dialético das Relações Sociais e da Realidade





Metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade...ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria...inclui as concepções teóricas de abordagens, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2004).

Esta pesquisa tem por objetivo propor uma leitura das configurações institucionais, por meio da análise da teoria e das práticas adotadas pelo Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad), em um município de médio porte no estado do Paraná.

A investigação pauta-se na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, nos princípios do Modo Psicossocial e nas Diretrizes do Ministério da Saúde, levando em consideração o campo dos profissionais e da população usuária. Escolhemos dois métodos qualitativos para investigação do campo, a Observação Participativa, o Grupo de Discussão, além disso, faremos a análise do documentário da instituição, representado pelo Projeto Institucional.

O campo da Saúde Mental, considerando seus moldes e contornos atuais, está constantemente atravessado pelo social. A escolha por um método qualitativo, seguindo o raciocínio da dialética, representou para esta pesquisa, a possibilidade de investigação desse campo complexo, por intermédio da apreensão e conhecimento da realidade existente nessa instituição específica de Saúde Mental. O processo saúde-adoecimento, como fenômeno social, é passível de investigação, de análise e interpretação por essa metodologia, que contempla também a especificidade da dinâmica social envolvida no processo.

Pretendemos desenvolver - antes de expor o trabalho participativo que se realizou em campo — uma reflexão sobre os principais temas que embasaram teoricamente a metodologia escolhida.

Na base de toda dinâmica social complexa está o homem com sua própria existência e suas relações com o mundo, com o outro, com os grupos e com os fenômenos de abrangência social como a saúde e a doença. Além destas, estão incluídos outros, como os fatos culturais, os políticos, os

econômicos, etc. Esses fatos sociais atravessam as sociedades provocando constantes movimentos. Esse dinamismo social faz com que as sociedades humanas sejam transitórias, mutáveis, provisórias e passíveis de transformações, (MINAYO, 2004). A pesquisa qualitativa consegue apreender essa dinâmica.

As sociedades humanas se constituem por grupos sociais diversificados, que existem e podem ser apreendidos num determinado tempo e numa determinada realidade. Essa dinâmica social dos grupos gera correntes de pensamentos e visões de mundo, as quais influenciam os fenômenos e significados sociais existentes em tais sociedades.

Pensando nessa dinâmica e complexidade social, a pesquisa qualitativa, por suas próprias características, permite que o sujeito - do saber empírico e o pesquisador desenvolvam uma relação ativa própria no processo dela, na qual os questionamentos, a busca do conhecimento, as construções, as transformações da realidade sejam resultado dessa relação interativa entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos.

Para uma pesquisa, no campo da Saúde Mental, em que se pretenda conhecer a realidade de uma determinada instituição, a sua organização, a relação existente entre os profissionais e a população que utiliza os serviços oferecidos é necessária uma metodologia que permita a participação mais estreita do pesquisador com todo o universo concreto da instituição. A inserção pessoal, no campo a ser investigado, é uma estratégia participativa importante para captação do movimento e da realidade, assim como para produção de conhecimento (MINAYO, 2004).

Na pesquisa pós-moderna, a construção do conhecimento, parte de novos pressupostos alternativos. A busca de um novo senso comum na ciência ensaia novos saberes e novas formas de obtê-los. A noção divisória entre sujeito-objeto do positivismo vai se distanciando nas novas pesquisas, que instauram um novo paradigma epistemológico, este não apenas científico, mas também social. No qual, o conhecimento também é auto-conhecimento e é emancipatório. A subjetividade, os valores humanos e comunitários fazem parte

da explicação científica, o conhecimento alternativo une o pesquisador à pesquisa e ao estudo que empreende (SANTOS, 2005; VASCONCELOS, 2002). Nessa transição, entre o ensaiar do novo e a permanência do moderno, surgiram outras maneiras de vivenciar uma determinada realidade as quais permitem também transformá-la.

Neste aspecto, os atores sociais e o pesquisador durante a pesquisa estabelecem uma relação de horizontalidade, de aproximação, na construção do conhecimento, saindo, assim, do campo epistemológico moderno. Neste, as relações estabelecidas são verticais, demarcando bem as relações de poder e saber, centralizada na figura do pesquisador. Quando se pensa em relações horizontais, leva-se em conta a produção do conhecimento como resultado do saber e do trabalho de construção compartilhado entre os sujeitos que estão envolvidos na pesquisa. (FOUCAUL, 2003; MACHADO, 2006).

Com a metodologia escolhida neste trabalho de pesquisa, pretendemos contemplar a complexidade do campo de estudo, que envolve os diversos profissionais como atores sociais que apresentam diversas formações teóricas e práticas, conseqüentemente, compartilhando visões diversificadas sobre a práxis institucional.

No contexto da instituição, considera-se a multiplicidade de valores socialmente instituídos, quer representando valores subordinados (os retratados pela comunidade, pela população usuária do serviço ou quem represente uma demanda institucional), quer representando valores dominantes (aqui referenciados pelos gerenciadores da política pública de saúde); assim como, detendo uma significação social e política própria, construída no contexto histórico do processo de mudanças no eixo teórico-prático da Saúde Mental.

No que diz respeito ao processo de transformações, a instituição pode agregar na sua forma de atenção, princípios e valores da Reforma Psiquiátrica, como exemplo, a desinstitucionalização. Pode ainda representar valores da população usuária da instituição, que traz consigo a experiência do conflito e da problemática da prática de consumo de drogas, pode representar o

significado social e os valores dominantes da ciência médica e as formas de subjetividade, as quais permeiam a vida de todos.

A instituição pesquisada, o CAPS-ad, possui um discurso, uma ação e um valor social e político concretos, que se pretende apreender por meio da pesquisa em campo e pela relação estabelecida com os atores sociais na concretude do cotidiano do serviço.

A diversidade e pluralidade proporcionada pela complexidade do campo de estudo poderá conduzir à produção de conhecimento *interdisciplinar e complexo* (VASCONCELOS, 2002). A proposta deste estudo visa à leitura das configurações institucionais, o conhecimento da teoria e das práticas adotadas pelo CAPS-ad, tendo como referência o campo dos profissionais e dos usuários, esta diversidade direciona o tipo de produção de conhecimento ali estabelecida. A especificidade do estudo leva em consideração o dinamismo da relação entre os sujeitos que dão significado e vida a este serviço, ou seja, profissionais e usuários. Estes se encontram em constante movimento e geram conflitos e contradições, resultantes da subjetividade e da atividade humana ali existente, entretanto dão sentido à instituição.

Tendo em vista o conjunto das condições especiais e a ética que comporta o estudo e o cumprimento dos objetivos da pesquisa, escolhemos uma metodologia qualitativa, porque entendemos que seja propícia ao trabalho participativo do pesquisador dentro desse campo, o qual envolve subjetividades e organização institucional, contempla também a participação ativa dos pesquisados como produtores de pensamentos e construtores de conhecimento (REY, 2002).

A pesquisa qualitativa convoca a pretensão de sair do domínio positivista e optar pela busca de novas essências e percepções, numa tentativa de *subversão* à ordem estabelecida em todos os sentidos: epistemológico, metodológico e das técnicas de investigação, porém, respeitando os limites e havendo-se com os obstáculos que se apresentam quando se entra no campo investigatório. Nesta área, há o confronto com as particularidades e diversidade

dos atores sociais envolvidos num espaço de vitalidades interacionais e de conflitos. Essas particularidades dão sentido à complexidade, ao mesmo tempo em que permitem a democratização do saber e a produção do conhecimento. Dessa forma, a responsabilização pelos resultados obtidos com a pesquisa, passa pelos envolvidos, ou seja, pesquisador e atores sociais.

A investigação científica no campo da Saúde Mental requer um trabalho participativo na apreensão da realidade institucional, a partir da objetividade, subjetividade, da interação intersubjetiva entre os envolvidos, do universo dinâmico e material no qual o pesquisador também está incluído, isso amplia a construção do conhecimento (MINAYO, 2004).

A metodologia dialética possibilita a apreensão dos fenômenos na realidade concreta, a história social, o conhecimento, a prática operante na instituição e o sentido da realidade, resultantes da interação intersubjetiva desenvolvida no local. Toda essa abrangência explicita a riqueza da inter-relação humana, do homem em si e das relações existentes naquele universo institucional que nos propomos a conhecer, a partir da inserção do pesquisador na instituição e de seu trabalho de investigação participativa.

## **2.1 O MÉTODO DIALÉTICO MATERIALISTA: A PRÁTICA SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO**

O raciocínio dialético contemporâneo compreende a teoria, os conceitos, que se utilizam para a compreensão do mundo como verdade relativa e absoluta e da vida em sociedade; compreende o caminho empreendido para o conhecimento desse universo real o qual se encontra em constante movimento. O conhecimento se dá por meio da apreensão desse dinamismo, que tem conotação relativa e absoluta, contradições e conflitos da realidade (TRIVIÑOS, 1987).

Segundo Minayo (2004, p. 65), “o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a

dialética refere-se ao método de abordagem deste real”. A dinâmica de determinada realidade contém o entendimento histórico, as transformações e as práticas sociais que ali ocorrem. A dialética busca a verdade pela vivência humana na realidade, dessa forma, toda experiência humana é um acontecimento histórico à medida que ultrapassa os limites da individualidade e atinge a vida social.

Para Costa-Rosa (2007), o materialismo histórico se refere à ética, a visão de mundo como realidade concreta, e a dialética se refere à apreensão dessa realidade, que tem sempre um caráter histórico e ao mesmo tempo sincrônico e diacrônico dentro dos fenômenos humanos e sociais. Ela, em sua lógica diferenciada do positivismo, não separa o sujeito do objeto, supera essa dicotomia, pois a relação sujeito-objeto possui sua própria especificidade, não havendo preponderância de um sobre o outro. O sujeito e o objeto estão em constante movimento e isso irá possibilitar a transformação da realidade a qual o sujeito transforma, e também, é transformado por ela.

Na perspectiva dialética, o conhecimento é um processo dinâmico que exige sempre acompanhamento, análise e síntese. Num primeiro momento, temos a análise das contradições da realidade concreta e, num segundo momento, a elaboração de nova síntese. Esta como atividade criadora final conteria a realidade concreta em sua totalidade de conflitos e contradições. Será neste contexto que o pesquisador e o pesquisado encontrarão o caminho para as transformações necessárias do fato real (LUZIO; COSTA-ROSA, 2007).

O método dialético oferece os pressupostos teóricos e os instrumentos de investigação necessários para focalizar um campo complexo como é o objeto deste estudo, nesse caso, o CAPSad, como instituição de saúde pública, destinada ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas. Pretendemos com este método informar sobre os fenômenos históricos dessa determinada particularidade da Saúde e seus correlatos sociais, políticos, econômicos, administrativos, organizacionais, institucionais, e o próprio processo de trabalho e de relacionamento interpessoal que, na visão dialética, supõe-se que se revele sempre pela contradição, pelo conflito e pela tensão.

As atuais questões de Saúde, no seu sentido coletivo, vão adquirindo cada vez mais importância devido às transformações que vêm ocorrendo no campo da política, do social, da economia e da Saúde Coletiva. As preocupações da coletividade representam dentre outras, demandas de saúde não satisfeitas pelas instituições de saúde oficiais oferecidos pelo Estado. A forma de abordar essa complexidade, leva em consideração a contradição, o conflito, a totalidade, a unidade e os fenômenos da mudança e da transição epistemológica. (DEMO apud MINAYO, 2004).

A abordagem dialética é fundamental quando se trata de pesquisa no campo da saúde. Minayo (2004) assegura que o processo saúde-doença está além do fator corpo individual e corpo social; atinge um complexo de totalidade advinda de particularidades e especificidades. Este processo na ótica do conhecimento da pós-modernidade, não se constitui como um construto de verdades absolutas, contudo, carregam em seu conteúdo, as verdades temporais que foram construídas historicamente nesse campo.

A autora afirma que, em pesquisa, os *conceitos* são unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma determinada teoria e estão relacionados etimologicamente com o termo *concepção*, vinculando-se assim, à subjetividade, como também à noção que se tem de determinada realidade, percebendo também *noção* como elemento de uma teoria. Os conceitos mais importantes dentro de uma teoria são as *categorias*, as quais se distinguem em *analíticas* e as *empíricas*.

As categorias analíticas são as que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais, comportam graus de abstrações, generalizações, aproximações e interpretações. Em um estudo sobre Saúde e suas especificidades como é o objeto deste estudo, elas se apresentam nas teorias relativas à saúde, nas políticas públicas, nas transformações na assistência, na representação social sobre esse campo específico da Saúde e como essas dimensões estão assinaladas na instituição pesquisada. A função desta categoria na pesquisa é possibilitar a reflexão crítica e criar novos

momentos de construção teórica, a partir de redimensionamentos, interrogações e elaborações dos conceitos gerais socialmente construídos.

As categorias empíricas são construídas com finalidade operacional, visando o trabalho de campo ou a partir dele, têm como propriedade a apreensão das determinações e especificidades que se expressam na realidade empírica do CAPSad, oferecem as condições para a compreensão teórica dessa realidade e a expressão de sua especificidade. Nesta pesquisa, utilizamos o recurso da Observação e do Grupo para a construção das categorias empíricas que têm a função de possibilitar a análise da realidade institucional.

O CAPSad, objeto desse estudo, contém em seu espaço de relações, um contingente humano e de especialidades diversificadas, além de conter todo o estrato histórico e social que o determinou e que pôde convergir para que se apresente como uma realidade específica. Assim, uma estrutura, que hoje opera numa atenção denominada psicossocial carrega em seu contexto de formação, elementos típicos da instituição médica clássica, cuja sustentação é baseada no desenvolvimento de ações curativas e de adaptação do sujeito. Este, segundo o pensamento marxista representa o modo capitalista de produção, diferente da atenção psicossocial cuja base funcional tem a ver com a implicação subjetiva e com o reposicionamento do sujeito. (COSTA-ROSA, 2006).

A pesquisa dialética não deve perder esse movimento institucional, nem tão pouco o modo de funcionamento interprofissional, a implicação terapêutica, nem os movimentos dos sujeitos que recebem a atenção. Esses fatos representam a práxis institucional e nela devemos observar os contrastes entre a teoria e a prática. Os conflitos das relações subjetivas e sociais são particularidades que informarão a totalidade real e concreta que pretendemos apreender com a pesquisa.

Os novos serviços de saúde mental, denominados de CAPS, têm se autorizado, em seu discurso, a se dizer psicossocial, porém, somente com a investigação, um estudo em campo sobre suas práticas, pode-se chegar à configuração do discurso e da prática concreta. Neste sentido, com esta pesquisa



que tem como objeto o estudo do CAPSad, pretendemos saber, entre outras questões se, no contexto de seus conceitos e de sua práxis, há avanço no processo de transformação da assistência tradicional para o psicossocial.

## **2.2 VARIAÇÃO DO MÉTODO DIALÉTICO: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO PELA PRÁXIS**

A proposta de Costa-Rosa (2006) para pesquisa em ciências humanas e sociais, como uma variante do método dialético é por ele designado como *método clínico de pesquisa* ou *método intercessor*, consiste em propor à produção de conhecimento sempre a partir de uma intercessão espontânea ou criada num determinado processo da práxis social.

Segundo o autor, há uma vertente de pesquisa em psicanálise utilizada na Análise institucional, utilizando essa epistemologia e essa dialética. Nesta pesquisa, consideramos apenas a vertente dialética. O método intercessor como dispositivo específico de produção de conhecimento deriva da indissociabilidade entre visão de mundo e a prática; entre o método de conhecimento e a práxis. Propõe que os processos de produção de conhecimento no método intercessor remetem prioritariamente à práxis; desse modo, não há separação entre o fazer e o pensar. Há um diálogo dessas instâncias de saber, que deve operar para o desenvolvimento da práxis.

O método intercessor oferece um diálogo com o saber compartilhado. A operacionalidade do procedimento ocorrerá a partir da distinção entre dois modos, dois processos de produção de conhecimento: o saber da práxis para a práxis, por meio dos sujeitos da práxis — no qual está incluído o intercessor-pesquisador — e o saber como práxis, que toma o saber da práxis como objeto, aqui também os sujeitos (incluído o intercessor-pesquisador) se beneficiam da produção do saber pela práxis. Esse método promove uma intercessão, uma mediação entre os sujeitos, convoca a diluição dos especialismos para evidenciar as especificidades do campo de pesquisa, sempre

colocando a práxis teórica a serviço da operatividade da práxis e do saber sobre ela. A evidência e a importância da práxis aqui colocadas fazem jus às ciências modernas e à filosofia contemporânea que fazem dela o “seu grande conceito” (KOSIK, 2002, p. 217).

### **2.3 SUJEITOS SOCIAIS DA PESQUISA: O ENCONTRO DA SOCIABILIDADE COM O CONHECIMENTO**

Ao planejar uma pesquisa qualitativa que utiliza o campo institucional como o lócus de investigação, deve-se ter o cuidado de não estratificar os sujeitos envolvidos com o trabalho de campo. Parte-se da noção de que toda pessoa participante de uma instituição de saúde, seja como usuário, seja como operador das ações em saúde apresenta um saber empírico, um saber concreto sobre a instituição, contudo, pode também apresentar um suposto saber que pode gerar no conjunto, novos saberes sobre a instituição.

Presumimos que o campo de pesquisa que envolve pessoas - os sujeitos sociais e a pesquisadora, como é o caso do presente estudo - não seja neutro, mas, leve em consideração especificidades e complexidades dele. Logo, o cuidado e as preocupações éticas e científicas devem fazer parte de cada passo ou momento da pesquisa.

Todos os profissionais do CAPSad foram convidados a participar da pesquisa, não houve recusa, e sim empenho real de participação. Partimos da noção que esses sujeitos detêm conhecimento sobre o serviço, sobre a práxis local e, ao se envolverem num processo interativo de reflexão, amplia as possibilidades de contribuição para as possíveis mudanças na atenção oferecida na instituição, legitimada pela pesquisa, pela pesquisadora e pelo saber desses profissionais.

A população usuária da instituição também constituiu os sujeitos da pesquisa. O critério para escolha dos partícipes foi à inserção regular deles no serviço e o desejo de participar dela. Lembramos que demos importância a livre

escolha pessoal, e consideramos também que eles têm muito a dizer sobre a função do serviço, sobre o tipo de atenção que recebem, sobre sua problemática, seu sofrimento, suas condições de vida e, principalmente, sobre os conflitos e as contradições da instituição. Obtivemos previamente a informação que essa população apresentava grande rotatividade. Porém, para a participação na pesquisa, isso não se constituiu um problema. O critério de convidar a todos os presentes no período superou esse fato e deu sentido a outros.

Os usuários do CAPS-ad têm muitas características em comum. A maioria é morador de rua ou de casa abrigo, outros moram sozinhos em condições precárias e alguns moram de favores de terceiros, os que moram com a família é a minoria. Fora do ambiente institucional, mantêm contatos informais ou mesmo vínculos de amizade.

Na observância dos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, nos pautamos pelas normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, da Resolução no. 196 de 1996, na qual regulamenta que toda pesquisa envolvendo seres humanos, as informações obtidas deverão ser validadas por meio de Termo de Consentimento e Esclarecimento Livre (Anexo B). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” de Assis-SP, sob Processo nº. 1734/2006, Protocolo nº. 028/2006, tendo sido aprovado em 31 de Maio de 2007. No Anexo A do trabalho existe uma cópia da aprovação desta pesquisa.

## **2.4 O MÉTODO NA PRÁTICA E A PRÁTICA DO MÉTODO: A ESCOLHA DOS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO**

Com investigação em campo pretendemos dar visibilidade ao modo de produção do conhecimento do CAPS-ad; suas práticas de Atenção às questões do uso e dependência de álcool e outras drogas, assim como, promoverem mudanças teóricas e práticas necessárias à produção de novos conhecimentos e emancipação.

Para Kosik (2002, p. 28, 29), o conhecimento representa um dos modos de “apropriação do mundo pelo homem através do sentido subjetivo e sentido objetivo, essa atividade de conhecimento sensível (subjetivo) ou racional (objetivo) é baseada na práxis humana”. A compreensão e o conhecimento do mundo das coisas acontecem pela atividade, no caso desse estudo, pelo trabalho do pesquisador e dos pesquisados. Estes são reconhecidos como sujeitos da práxis.

Para conduzir o caminho investigatório, escolhemos duas técnicas de investigação que possibilitaram o encontro da teoria e da prática, do pensamento e da ação: a Observação Participante, um método dialético bem conhecido e utilizado em pesquisa qualitativa e o Grupo de Discussão, aqui adaptado para este processo de investigação em campo, chamado *Grupo Intercissor*, baseado no método intercessor, proposto por Costa-Rosa, como uma variação do método dialético.

#### **2.4.1 A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: A CRIAÇÃO DE UM CAMPO VIVENCIAL**

A Observação Participante é uma prática de pesquisa dentro da metodologia dialética, que permite a observação pelo pesquisador - de forma vivencial e ativa - dos acontecimentos do cotidiano da instituição. As ocorrências nem sempre podem ser percebidas de forma clara e objetiva pelos sujeitos que as estão vivenciando, mas que, durante a pesquisa, vão adquirindo visibilidade e formatam o contorno institucional (BENELLI, 2006).

O modo de observação que estabelecemos para a apreensão da realidade foi a informal, livre e ativa. Assim, podemos captar os comportamentos dos grupos dos profissionais, da clientela, as relações sociais e de trabalho existentes, o tipo de atenção oferecida e também observamos elementos mais concretos como o espaço físico, o mobiliário e recursos de materiais permanentes. Para o registro das observações, contou-se com um diário de

campo, no qual foram anotados os acontecimentos da vivência da pesquisadora no local.

O recurso da observação livre e ativa permitiu uma relação dialógica da pesquisadora com os sujeitos da pesquisa, uma comunicação ampla verbal, o mapeamento das ações dos sujeitos envolvidos, o empreendimento coletivo e o material necessário para a análise. A prática da observação de campo como participante — e não como simples expectadora — se fez necessária para que empreendêssemos com os sujeitos pesquisados, o movimento institucional. O resultado dessa aparente harmonia foi à possibilidade de formação de vínculos de sociabilidade e confiabilidade.

A entrada no campo de pesquisa aconteceu após contato prévio com o coordenador da instituição e como o diretor geral, ao qual o CAPSad está diretamente subordinado. O contato com essas pessoas, que autorizariam a pesquisa, foi muito positivo e de aceitação imediata frente aos argumentos apresentados sobre a proposta da pesquisa, os objetivos, a importância que esse tipo de estudo pode ter para os profissionais, para a população e para aqueles que se preocupam com a Saúde Pública. Damos ênfase à possibilidade de mudanças como benefício, que a pesquisa poderia proporcionar ao serviço, a partir da oferta de um espaço de discussão compartilhado.

Em seguida a esse primeiro contato, fomos apresentados para a equipe de profissionais, durante uma reunião em que apresentamos novamente a proposta de trabalho, a qual foi aceita por todos os presentes, por considerarem o projeto interessante para a instituição. Podemos observar naquele primeiro momento com os profissionais, que o que mais agradou a todos foi a possibilidade de mudanças. A convicção na transformação como situação possível já era visível na pesquisa.

Num terceiro momento de formalização, apresentamo-nos para os usuários do CAPSad. Estes se encontravam em atividade nas oficinas terapêuticas, os próprios funcionários falaram da proposta do trabalho e enfatizaram os benefícios da pesquisa para o serviço. Complementamos com os

esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e do valor da participação deles para o estudo. Ficou acordado que a duração da participação, nesta atividade, seria em torno de seis meses, uma vez por semana, com encontros por cerca de uma hora e meia e que, alguns desses encontros, aconteceriam dentro dos grupos já existentes no CAPSad. Neste acordo de participação democrática, fomos autorizados freqüentar com os usuários as oficinas terapêuticas, os grupos terapêuticos assim como os grupos de psicoterapia. Nas oficinas terapêuticas, além de realizarmos a Observação Participante, participávamos na convivência diária com os usuários e com os profissionais instrutores das oficinas. Nas oficinas terapêuticas integrávamos à equipe na condução das discussões à medida que fosse necessário. No grupo de psicoterapia, a participação foi como co-terapeuta. As participações dos usuários foram sempre negociadas junto aos profissionais, os quais intermediaram os encontros com a pesquisadora.

Da mesma forma, realizamos os acordos de participação com todos os profissionais do serviço, evitando assim a preponderância de categorias e especialismos. Ficou acordado a duração da pesquisa em torno de oito meses. Neste tempo, estariam incluídos a Observação participante e o Grupo de Discussão, e sinalizados o tempo que durariam os encontros — uma hora e meia para as reuniões — e para a observação de campo, o tempo que achássemos necessário para a convivência e a observação junto com os usuários e profissionais em seu cotidiano.

A participação na instituição foi ampla: vivenciamos atividades gerais, encontros festivos, reuniões, momentos das refeições dos usuários e dos profissionais, chegadas e saídas dos usuários, alguns conflitos, discussões, reclamações, elogios, manifestação de alegria e tristeza. Obtivemos a liberdade e a confiança de transitar livremente pelos espaços da instituição, empreender conversas informais e estabelecer perguntas individuais que acrescentaram dados à pesquisa.

O processo de participação em pesquisa de campo implica na criação de redes de sociabilidades e confiança. Isso faz com que o resultado do “conhecimento seja profundamente marcado pelas características do processo de

interação entre investigador e a realidade pesquisada” (VASCONCELOS, 2002, p. 182).

#### **2.4.2 O GRUPO DE DISCUSSÃO: A EXPERIÊNCIA DA INTERCESSÃO E A REFLEXÃO SOBRE A PRÁXIS**

O Grupo de Discussão foi utilizado como estratégia metodológica que utiliza o recurso da comunicação e expressão grupal para a construção do conhecimento da realidade que se deseja pesquisar. A prática grupal possibilita a criação de um campo dialético para o desenvolvimento das diversas formas de discussões e reflexões sobre a teoria e a prática existente.

Durante a realização dos grupos de discussão, foram feitas anotações, na maioria das vezes do conteúdo principal das discussões, porém, sempre pedíamos permissão e explicávamos que esse recurso evitava possíveis falhas de memória na transcrição posterior. Em nenhum momento, percebemos constrangimento ou inibições por parte dos participantes, diante do fato da transcrição necessária no procedimento da investigação. Notamos que quando se cria um campo dialético, essas questões são vistas pelo grupo também dialeticamente.

O horário e o dia da semana destinados ao encontro do grupo de pesquisa, fora o mesmo que antes estavam destinados às reuniões semanais dos profissionais. Acreditamos que esse fato foi importante para a facilitação dos encontros e adesão dos profissionais à pesquisa. As reuniões decorriam quase sempre dentro de uma condição amistosa, permeados por momentos de conflitos, contradições, desarmonias e questionamentos, que nos remetiam ao papel de investigadores e ao sentido dialético ao qual o grupo espontaneamente convocava. Outro fator importante, decorrente do primeiro foi à possibilidade de construção de um grupo com funcionamento e especificidade própria baseados na contradição de idéias, de conceitos estabelecidos previamente e reflexões dos conflitos surgidos durante as discussões. Saíamos de cada encontro com mais dúvidas de quando entrávamos. Contudo, no decorrer dos oito meses de

encontro, as inquietações foram-se abrandando e dando lugar às reflexões, a constatações, aos fatos concretos da realidade institucional, seu movimento ou aquilo que a mantinha estática.

Durante o processo de construção de uma estratégia que utiliza o grupo e a pesquisadora como vivenciadores de uma relação dialética, os papéis foram se delineando. O conjunto dessas pessoas agrupadas por um objetivo assegurou-se como um Grupo de Discussão que, a partir do momento da entrada na pesquisa, dialogando com as instâncias de poder e saber ali revelados foi se encaminhando para ocupar o lugar da possível intercessão, da reflexão crítica, da transformação e da produção de sentido.

Resolvemos chamar *Grupo de Intercessão* porque o processo metodológico foi se aproximando do método descrito por Costa-Rosa como *método intercessor* e, também, pautou-se pelas considerações sobre o *Grupo Intercessor* (COSTA-ROSA; STRINGHETA, 2006), este considerado como um grupo que funciona como produtor de conhecimento, cuja prática construtiva será evidenciada pelo relatório dos dados e análises construídas na pesquisa.

O Grupo de Intercessão se tornou um instrumento de investigação valioso e apropriado para investigação qualitativa em um contexto dialético. A escolha dessa técnica favoreceu a comunicação dos sujeitos entre si, facilitou o livre curso do pensamento, a capacidade reflexiva do grupo e a investigação dos objetivos desta pesquisa.

A investigação por meio do grupo permitiu uma participação mais informal e democrática, de abrangências diversificadas, porém, muito enriquecedoras para a pesquisa, para a pesquisadora e acreditamos que para o grupo e para o CAPSad.

Com análise do documentário da instituição, representado pelo Projeto Institucional, obtemos as normas, os programas, seu objetivo como instituição de saúde que nos revelaram sua universalidade e a práxis institucional, reveladoras de particularidades e singularidades.



### 3 Configuração dos Dados e Análises Conjunturais

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir (FOUCAULT apud MAGNO; AMARANTE, 2000, p. 41).

## 3.1 A INSTITUIÇÃO

Realizaremos neste momento da pesquisa, a leitura e a análise das configurações do CAPSad em estudo, a maneira segundo a qual ele se organiza como uma instituição pública de saúde e se funciona ou não em acordo com as novas diretrizes e propostas estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Mental, pela Reforma Psiquiátrica e pelo Modo Psicossocial. Para tal definição e entendimento, recorreremos inicialmente à análise dos documentos existentes sobre a instituição, que contém o fluxo histórico, o programa organizacional, os conceitos e as noções mais representativas do local. De posse dessas informações, procuramos configurar a expressão dominante da instituição CAPSad.

No tocante à metodologia, utilizamos, no trabalho de campo, a Observação Participante para apreensão do movimento do cotidiano institucional e Discussão em Grupo realizada com os profissionais e com os usuários, para conhecermos os conflitos, as contradições e as tensões que se movimentam em direção a pólos não dominante e dominantes e (conseqüentemente) constituem os saberes e fazeres do CAPSad. Esses dispositivos metodológicos possibilitaram a aquisição do conhecimento dos discursos e das práticas, como eles se produzem, reproduzem-se e se transformam no local, assim como o movimento dialético presente nestas ações.

Para Luz (1986, p. 33, 64) “o discurso institucional pode se exprimir em normas, mas nelas não se esgota. Ele é o *saber* que as suporta: conhecimento e técnica, ciência e arte, ideologia materializada em práticas específicas”. As instituições articulam saberes e práticas e expressam o “pólo dominante” e “hegemônico” e podem ocultar as contra-normas, as práticas

desviantes e normas paralelas, que se processam como oposições ou contradições ao discurso institucional dominante. Costa Rosa (2006, p. 3) refere que “um discurso pode manter uma universalidade institucional por muito tempo, sem, contudo, articular uma prática que possa se constituir por dispositivos capazes de intervir em determinados *objetos*”. Dessa forma, as instituições operam como *lógicas*, seguindo um discurso racional, universal e dominante. Porém, no momento em que se formam dispositivos, isto é, práticas ou ações, podem configurar particularidades e intervir nos *objetos*.

É neste campo de particularidades que esta pesquisa atua, com a proposta de conhecer, analisar e refletir sobre o CAPSad como um dispositivo público de atenção e cuidado clínico para os usuários de álcool e outras drogas.

#### **3.1.1 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A INSTITUIÇÃO**

Em 1994, por iniciativa da Secretaria de Assistência Social, iniciam-se no município ações destinadas ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco social e pessoal. Uma dessas situações de risco era o uso de substâncias psicoativas.

No final de 1995, mediante acordo de cooperação técnica e financeira entre o Instituto de Ação Social do Paraná (IASP), o Conselho Estadual de Defesa da Criança e Adolescente (CEDCA), o Fundo Estadual para Infância e Adolescência (FIA) e o Município destinam recursos para a construção da Unidade de Internamento Comunidade Terapêutica, para tratamento de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas.

Com a construção concluída em 1997, a proposta de atuação seria nos moldes de uma comunidade terapêutica, tendo como objetivo principal a abstinência e o internamento prolongado dos pacientes. O município já contava, na época, com dois Centros de Atenção Psicossocial. As propostas da Reforma Psiquiátrica avançavam e alguns profissionais desses CAPS, junto com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente, contestaram a forma

de internamento prolongado e as discussões estenderam-se a outros seguimentos sociais e da gestão pública. Em consequência dessas novas discussões, a implementação foi adiada.

Em 1999, com os novos direcionamentos na gestão pública, o município fez parceria com a Associação Metodista de Assistência Social (AMAS), pertencente à Igreja Metodista, para iniciar o atendimento às crianças e adolescentes. Foi contratado o Projeto Quixote (UNIFESP-SP), para realizar supervisão e capacitar os profissionais para o atendimento dentro dos preceitos daquele Projeto. No ano 2000, iniciou-se efetivamente o funcionamento, com a denominação Comunidade Terapêutica — Usina da Esperança.

Em 2001, sob nova gestão municipal, firmou-se a parceria entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Assistência Social do Município, com a finalidade de revitalizar o espaço, passando a ser chamado de Comunidade Terapêutica — Espaço Vida. Embora não houvesse internação no local, o serviço continuou funcionando como comunidade terapêutica, com normas rígidas, tendo a abstinência como meta e a espiritualidade como prática diária. Essas questões provocavam grandes conflitos e mobilizavam uma parte da equipe técnica e alguns seguimentos do poder público, que tentavam organizar, naquela instituição, um eixo de tratamento que seguisse os novos preceitos da Saúde Mental e que pudesse responder de modo mais efetivo à problemática do uso de álcool e outras drogas no município.

A implantação de uma Comunidade Terapêutica como instituição pública municipal, não somente provocou um retrocesso, mas interrompeu o avanço do modelo psicossocial, que vislumbrava mudanças na Atenção à Saúde Mental. Essa contradição provocou desgaste na equipe e divisão na orientação teórico-prática, para o funcionamento institucional e, como consequência, trouxe pouca efetividade nas ações terapêuticas oferecidas e o esvaziamento institucional.

No ano de 2003, por determinação da Secretaria de Ação Social, a equipe da instituição foi designada para prestar atendimento à população de rua, envolvida com uso de álcool e outras drogas. Essa população era constituída

quase exclusivamente por adultos e resultou na ocupação gradativa e abrigamento dessa população no local, descaracterizando a finalidade inicial de tratamento a crianças e adolescentes, exclusivamente. Os profissionais atendiam aos adultos e aos menores durante o dia, e revejavam o pernoite com os adultos abrigados. Foi assim que a equipe, em estado de constrangimento, conviveu sem um plano terapêutico preciso, com adultos usuários de substâncias psicoativas (muitos em conflito com a lei), apenas com prescrições sociais para calar por algum tempo, a sociedade local e atender às determinações dos gestores.

Em 2004, a parceria com a Secretaria de Ação Social é desfeita. Isso ocorreu devido aos impasses na gestão, provocados por conflitos ideológicos e éticos entre as secretarias, devido a relação entre tratamento e controle social. A Ação Social considerava o uso de álcool e de outras drogas como um assunto da responsabilidade da Saúde. A Saúde entendia que a questão era muito mais ampla e defendia parcerias para o enfrentamento. A administração da instituição, partir desse ano, ficou exclusivamente sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde. Esta secretaria considerava que questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas atingiam diversas instâncias de infra-estrutura, financeiras e de recursos humanos, requerendo respostas sociais, jurídicas e políticas. Em função desses impasses, a Secretaria de Ação social se retirou do projeto.

Em 2005, os adultos na condição de abrigados deixaram de ser da responsabilidade da instituição, que retomou sua função original. Em 1º. de julho deste mesmo ano, passou a atuar como um Centro de Atenção Psicossocial para atendimento a pessoas menores de 12 anos com dependência de álcool e outras drogas. Embora estivesse cadastrado no Ministério da Saúde, o seu credenciamento sofreu atrasos, até que se resolvessem pendências que impediam seu pleno atendimento às normas de funcionamento. Os requisitos pendentes relacionavam-se à organização e às práticas de Comunidade Terapêutica existentes no local e aos poucos avanços práticos e teóricos da Atenção Psicossocial.

Posteriormente, a instituição foi credenciada formalmente. Antes de seu cadastramento, entretanto, o espaço do CAPSad era pouco habitável

pelos usuários. Esse fato gerou muita polêmica por parte da equipe, que se esforçava por manter um funcionamento satisfatório e também pela administração da Secretaria de Saúde, a qual recebia muitas críticas de outras secretarias, dos poderes locais e da sociedade, a respeito do funcionamento da instituição.

A comunidade, por sua vez, mantinha uma relação ambivalente e preconceituosa com o CAPSad, do ponto de vista de uma instituição de saúde. Aprovava a iniciativa da Saúde, porém criticava a presença de usuários infratores e moradores de rua no local, considerava aquelas presenças péssimos exemplos para os seus filhos que ali iriam se tratar. A idéia partilhada era de um local de aprendizagem do uso de drogas e de infração, disseminando a representação social negativa que pairava sobre os sujeitos nessa condição.

O perfil de idade dos usuários do CAPSad passou por modificação. Desde o ano de 2005, a população de adultos vem aumentando, em detrimento da população dos adolescentes. Atualmente, dentre o total dos atendimentos, mais de 90% compõem-se por maiores de 18 anos, constituindo uma população de adultos jovens, em fase produtiva e do sexo masculino. O álcool é a substância química mais usada, seguida pela maconha e pelo crack. Esses dados confirmam as estatísticas nacionais, já citadas na fundamentação teórica.

O espaço físico construído do CAPSad é de 1.358,66 m<sup>2</sup>, está localizado em uma área distante do centro da cidade, ocupada por chácaras, associações, conjuntos de moradia e uma grande empresa, e é protegido por muros e arames farpados. A estrutura física e a localização estão de acordo com o propósito inicial de Comunidade Terapêutica. A localização é, entretanto, questionada, sendo alvo de crítica da equipe, principalmente dos redutores de danos, que consideram que o CAPSad deveria estar em local central da cidade.

Existe uma proposta de mudança para uma região do centro da cidade, porém, num mesmo local onde funciona uma Comunidade Terapêutica. Esta mudança é uma decisão administrativa, que envolve a Secretaria de Saúde, o governo do município, a administração da Comunidade Terapêutica referida e

alguns interesses políticos locais. De um modo geral, a equipe não compartilha esta decisão, porém, não tem autonomia para algumas decisões políticas. As relações da equipe com as instâncias gestoras ainda se encontram, na maioria das vezes, verticalizadas. Durante o trabalho do Grupo de Discussão com os profissionais, foi realizada uma reflexão crítica a respeito de quanto compartilhar uma Comunidade Terapêutica de funcionamento tradicional e oposta ao modelo psicossocial será prejudicial para o CAPSad, que almeja o encontro com um novo paradigma de atenção em saúde mental.

O CAPSad conta com cinco salas para atendimento individual, que no projeto original estavam destinadas para o internamento dos usuários. Uma sala para atendimento de grupo, uma sala de reunião, cinco salas para as oficinas terapêuticas, dois banheiros masculinos e femininos, para uso coletivo dos usuários, um banheiro coletivo na recepção. Os profissionais utilizam os banheiros das salas de atendimento individual.

O espaço físico contém, ainda, sala para administração, cozinha, refeitório, despensa, lavanderia, corredor para circulação, cujas divisórias contêm vidros que dão claridade ao local e visibilidade aos cinco jardins internos. As paredes internas são adornadas por quadros feitos pelos usuários e sempre encontramos espaço de exposições de objetos artesanais, resultado dos trabalhos realizados nas oficinas. A área externa dispõe de um espaço que pode ser usado como garagem para até vinte e cinco carros, uma quadra de esportes, espaço gramado ao seu redor, pomar, uma horta desativada, bananeiras e bambuzais que servem como matéria prima para trabalhos artesanais.

O aspecto arquitetônico do CAPSad carece de conservação, tanto da parte interna como da externa, reparos nos imobiliários, compra de novos equipamentos de suporte para as oficinas, materiais para confecção de artesanatos e outros. É importante ressaltar que tais reparos e aquisições, já foram reivindicados pela equipe e pelos usuários à Secretaria de Saúde. Com respeito ao aspecto arquitetônico e de espaço geográfico chama a atenção nessa análise, o fato de que o CAPSad não se situa geograficamente em área central. Esse fato não só acomoda o olhar para o que poderia ser considerado descaso

para com um órgão público, como também dificulta a circulação de seus usuários nos espaços da cidade, na vivência comunitária e cidadã, proporcionadas por um ambiente aberto, de acolhimento, e acima de tudo possibilitador de acesso social. A questão levantada diz respeito muito mais à exclusão provocada pelos afastamentos geográfico e político, que às diversas tentativas de inclusão nos espaços sociais empreendidos pelos profissionais.

## **3.2 A INSTITUIÇÃO VISTA PELA VIRTUALIDADE DO PROJETO INSTITUCIONAL**

Neste tópico trataremos das potencialidades do projeto terapêutico do CAPSad, considerando-o como uma virtualidade, aqui entendida como a possibilidade de existir como tal, de acontecer ou de vir a ser, pois esta reflexão pode propiciar a elaboração de um documento de intenções, de propostas e de representatividade para um novo fazer em Saúde Mental, cuja base forneceu subsídios para a análise da realidade de nosso objeto.

O Projeto Institucional do CAPSad é fruto da construção coletiva da equipe e se pautou no entendimento sobre a política do Ministério da Saúde para a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. É denominado *Projeto Pedagógico*, e constitui o documento mais formal e organizador da instituição, que institui os eixos de orientação para os discursos e as práticas que definem o serviço para os profissionais, para os usuários e para a sociedade. Deste projeto constam as normas, os programas, o modo de organização, as regras de funcionamento, o regimento interno, o referencial teórico, etc. Este conhecimento foi o início investigatório desde nossa pesquisa. A denominação de Projeto Pedagógico para um projeto de CAPS, sendo ele uma instituição de Pública de Saúde, causa surpresa, principalmente porque o termo está social e formalmente relacionado a projetos educacionais.

O CAPSad é referência para toda população desse município, que possui em torno de 600 mil habitantes. Atende pessoas acima de 12 anos,



usuárias de álcool e outras drogas. Está localizado em uma região a cerca de 45 minutos do centro da cidade por meio de transporte coletivo. Funciona de segunda a sexta-feira, das 7h 30m às 17h. Conta com 19 funcionários no quadro funcional, a maioria contratada por serviço terceirizado pela prefeitura, com carga horária de 40 horas semanais, com exceção da terapeuta ocupacional, cujo regime de trabalho é de 30 horas e dos redutores de danos, com 42 horas.

Dentre os profissionais de nível superior estão dois psicólogos, um dos quais responde pela coordenação técnica; duas enfermeiras; uma terapeuta ocupacional; uma assistente social e uma pedagoga. Não há profissional médico no CAPSad. As funções de nível médio estão distribuídas entre um auxiliar administrativo, uma auxiliar de enfermagem, três redutores de danos, quatro instrutoras de oficina terapêutica, três auxiliares de serviços gerais. O fato de não haver médico na instituição seria um fator de não credenciamento pelo Ministério da Saúde, tendo em vista as determinações da Portaria nº 336/2002, porém, na época, o diretor geral dos serviços de saúde mental do município, sendo médico, assumiu o cargo perante o MS. Em agosto de 2005, foi institucionalizado no CAPSad, o Programa de Redução de Danos, que estava vinculado ao Programa Municipal de DST/HIV e AIDS.

Sobre a equipe, citamos o que consta no documento, (PROJETO PEDAGÓGICO, 2006-2007, p. 41) “estamos seguramente na passagem das equipes de multiprofissionais para interdisciplinares, É necessário porém que caminhemos para a transdisciplinaridade”. Essa característica de “passagem” está associada às mudanças pelas quais a instituição passa desde sua criação. De instituição fechada — Comunidade Terapêutica — para instituição aberta — Centro de Atenção Psicossocial. O funcionamento atual da equipe ainda segue essa transição, na busca de sua identidade. A contradição é uma característica dessa transição conflituosa desde seu início. CAPS ou Comunidade Terapêutica?

O CAPSad, como consta em seu documento, está organizado para exercer a função de porta de entrada para o tratamento de pessoas usuárias de *álcool e droga* e exercer a função de principal regulador do sistema. Os integrantes da equipe o definem como aberto e comunitário e priorizam suas

ações no *acolhimento*, no *cuidado* e no *vínculo*, este segundo o projeto é o “elo flexível que permite renovar os sentimentos e atitudes grupais e individuais quebrando preconceitos” (Projeto Pedagógico, 2006-2007, p. 49). O vínculo também é citado como criador de laços afetivos e sociais. A elaboração dos conceitos de acolhimento, de cuidado e de vínculo faz parte do discurso contemporâneo, para algumas das ações dos grupos sociais e comunitários. Bauman (1998, p. 209) os refere como um fenômeno da espiritualidade atual, uma “condição existencial humana, de dispositivos que informam os limites e aproximam os homens”.

Continuando a leitura do projeto institucional (PROJETO PEDAGÓGICO, p. 54) encontramos o tema espiritualidade, bastante desenvolvido no CAPSad e presente como prática diária observada no cotidiano. Trata-se de uma dimensão estratégica que dá significado à missão da instituição e ao trabalho das pessoas dentro do CAPSad. O foco da espiritualidade “é a busca de estados mais elevados de consciência dos funcionários e usuários, bem como o alinhamento de suas ações”. Ela é vista como forma de acolhimento, de ajuda, de autonomia pessoal e respeito às pessoas. O discurso religioso institucional enuncia “que as invocações de fé bem como as demonstrações de fidelidade aos valores espirituais/religiosos [...] permitem superar os dramas apresentados no universo da droga/álcool”. Seguindo a leitura do texto, “quando trazemos a espiritualidade ao nosso dia-dia de trabalho percebemos que a presença de *Deus ou Força Superior* se manifesta pela diversidade de dons e serviços [...] percebemos que a palavra chave [...] é FÉ”. Esses princípios estão contidos nos doze passos do AA comentados no capítulo 1.

O CAPSad, utiliza a espiritualidade como princípio de combate ao sofrimento e as dores humanas, como um princípio moralizador, reguladores das ações humanas que tem como consequência a melhoria na qualidade de vida. No projeto o CAPSad ele é citado “Como Instrumento de Regeneração e Reinserção Social na vida do Usuário” (PROJETO PEDAGÓGICO, p. 54). Não estaria a espiritualidade apresentada também como uma forma terapêutica? Como forma de interlocução com os usuários? Não estaria o CAPSad desenvolvendo um

estado terapêutico paralelo e assim comprometendo a efetivação de medidas terapêuticas condizentes com uma instituição de saúde?

Os profissionais são mencionados no projeto como *educadores* e, como tal, formadores de opinião, enquanto os usuários são referidos como *educandos*. Desta forma, o trabalho técnico da equipe deve basear-se no cuidado, no compromisso, na responsabilidade com estes educandos. Podemos inferir que a responsabilidade atribuída à equipe é marcante e radical, na medida em que ela é vista como uma forma de recurso à equipe para servir de espelho e referência aos usuários. Consta do texto: “O funcionário/cuidador passa a figurar-se como um espelho no qual o educando passa a se mirar para reconhecer a própria imagem” (PROJETO PEDAGOGICO, p. 57).

A pedagogia está muito presente nas ações do CAPSad. Escolhemos, para ilustrar essa presença, o relato textual do Projeto Pedagógico:

A relação com os usuários deve ser sentida e refletida, não permitindo repreensões do tipo gritar, ser indiferente, segurar com violência ou demonstrar qualquer ação agressiva, pois, estas posturas comprometem a ação educativa e a formação do vínculo. (p.57)

As construções pedagógicas seguem nos textos (p. 58):

A aprendizagem e a construção da autonomia do usuário acontece durante todo tempo de forma formal ou informal, de forma objetiva e subjetiva, ou seja, acontece nas mínimas ações do cotidiano, tanto quanto com as intervenções metodológicas, são sistematicamente planejadas semanalmente nas reuniões do CAPSad.(...)

Faz-se necessária a busca pelo embasamento teórico que é imprescindível para a condução das práticas nas oficinas terapêuticas e outras atividades desenvolvidas no CAPSad. As ferramentas do *educador* são os objetivos, o planejamento, as estratégias e ações pedagógicas, a metodologia, a avaliação contínua do planejamento e das intervenções.

As ações da pedagogia no interior de uma instituição de saúde, assim como vimos com a espiritualidade, não estará configurando uma prática

paralela à clínica, ou favorecendo o atravessamento desta clínica por práticas que podem desviar o processo de construção de novas ações em Saúde Mental?

No projeto, o trabalho terapêutico empreendido pelo CAPSad é realizado por meio de grupos abertos e utiliza recursos “diversificados” e como explicita o documento, essa grupalidade é o que constitui o principal diferenciador deste serviço em relação aos tradicionais (ambulatoriais e hospitais psiquiátricos). É do conhecimento de quem transita pela saúde mental pública que a atividade terapêutica em grupo é estimulada e priorizada como exercício de uma clínica ampliada e multidisciplinar. Não encontramos em nenhum documento de ordem ministerial a afirmação de que a pedagogia ou a espiritualidade faz parte do processo terapêutico empreendido pelos novos serviços de saúde mental. O simples fato da existência de um trabalho em grupo em um CAPS não constitui diferença dos serviços de saúde tradicionais. A diferença se dá pelas transformações que ocorrem no plano da tradicionalidade.

O *Técnico de Referência* (TR) tem função de responsabilizar-se por cada um dos usuários, dentro e fora do CAPSad, e estabelecer o projeto terapêutico individual. A equipe considera a presença efetiva do TR uma forma democrática de divisão do trabalho coletivo.

O Projeto Terapêutico Individual (PTI) é descrito como “um conjunto de ações propostas ao usuário, com o objetivo de incentivar o aumento de seu nível de autonomia, organizar a permanência/freqüência na unidade, e propiciar a melhoria na qualidade de vida” (PROJETO PEDAGÓGICO. P. 66). Deve ser fundamentado nos sonhos, desejos e aspirações dos usuários e também levar em conta as condições efetivas e os recursos disponíveis no local para a sua realização. Consideram ainda, no PTI, as queixas que originaram a procura pela instituição, as necessidades explicitadas e as dificuldades dos usuários em cumprir o proposto no contrato terapêutico. O descumprimento do contrato terapêutico não significa desligamento do CAPSad. Este projeto é considerado pelos profissionais como expressão maior do compromisso da instituição e da municipalidade, com os usuários e com os cidadãos na

construção de uma *sociedade livre de manicômios*. Essa é uma conquista fundamental para os novos serviços de saúde mental. Adiante veremos a existência de elementos práticos desta expressão dentro da instituição.

O CAPSad realiza o acolhimento diário das pessoas que procuram por atendimento, por meio do Plantão Diário de Acolhimento. O técnico responsável pelo plantão acolhe o usuário, escuta-o e toma as primeiras providências, além de fornecer informações sobre o CAPSad e o modelo de atenção oferecida, que denominam *psicossocial*. O técnico de plantão está também incumbido de levar os *casos* novos para as discussões em equipe, para a escolha do técnico de referência e a elaboração do plano terapêutico.

Outra atividade a serviço da atenção diária é o chamado *Plantonista de Corredor*, cuja função é atender aos usuários nas questões ligadas “à alimentação, à higiene, à guarda dos pertences, à supervisão dos usuários ficar atento a qualquer movimentação suspeita tanto em relação ao uso de drogas durante o atendimento/permanência no serviço ou em relação a brigas e confusões” (PROJETO PEDAGÓGICO, p.71). Dentre outras várias funções, organizam o horário do cigarro e, quando necessário, acompanhar os usuários para comprar cigarros ou outros objetos, intervir, acionar a equipe quando houver intercorrências e realizar a “ronda” nos arredores do CAPSad para verificação de presença de usuários fora de suas atividades ou em situações *suspeitas*. É o observador e mantenedor da ordem e da organização no local. Acompanha e encaminha os usuários para as atividades do cotidiano.

As atividades terapêuticas do CAPSad são realizadas pelas *Oficinas Terapêuticas* e pelos *Grupos Terapêuticos*. As primeiras são referidas no projeto institucional, como “ferramentas, os meios com os quais trabalhamos de forma interdisciplinar e transversalmente a pedagogia da autonomia”. Para o desenvolvimento da *autonomia* utilizam os princípios da metodologia de Piaget. Segundo esse autor, “a aprendizagem deve ser construída pelo próprio sujeito em sua interação com o meio e, quanto mais rico ele for, maiores serão as possibilidades de aprendizagem e desenvolvimento” (PROJETO PEDAGÓGICO,

p. 42,100). As oficinas terapêuticas são representadas pelas oficinas de chegada e oficinas de saída, que serão descritas posteriormente.

As oficinas de trabalhos manuais, de expressão corporal, artesanato, artes, costura, culinária, apoio pedagógico, de saúde, etc. apresentam objetivos diversos, entre estimular a criatividade, a motricidade, integração, cooperação, aumentar a auto-estima, a disciplina, melhorar as relações interpessoais. A oficina de velas e sabonetes artesanais, a de tear e de costura têm a finalidade também de geração de renda.

O grupo psicoterápico utiliza o referencial psicanalítico e a dinâmica de grupo. Tem como proposta esclarecer as dificuldades individuais e possibilitar a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento individual, entre outros. Há a prática da Terapia Comunitária<sup>5</sup> no CAPSad. Ela é citada no projeto institucional, como “fonte de autoconhecimento” e “ferramenta integradora de Políticas Públicas [...] com a finalidade de promover a Saúde Comunitária”. Além disso citam : “acreditamos que esta ferramenta diminui as tensões sociais e o estresse dos indivíduos” (PROJETO PEDAGÓGICO, p. 105). Utilizam o saber, que é produzido na vivência comunitária do grupo social representado ali pelos usuários, para ampliar a confiança do grupo. É um recurso de auto-ajuda, valorizado pela PNAD, como estratégia comunitária para otimização da redução da demanda e da oferta de drogas, pois leva em consideração a insuficiente rede de serviços existentes para atender as populações com menos recursos econômicos. (BRASIL, 2006b, p. 5.).

As ações de Redução de Danos têm como principal ponto a voluntariedade do tratamento. O foco não é a abstinência total, mas a transformação do padrão do consumo, com diminuição da quantidade e da

---

<sup>5</sup> Terapia Comunitária é um espaço comunitário onde se compartilham ou se dividem experiências de vida com os membros do grupo. Cada membro do grupo se torna um terapeuta, a partir da escuta das histórias de vida que são relatadas e refletidas no grupo. É um momento de transformação da crise e do sofrimento pela re-significação dos sentimentos que são expostos nesses grupos. A Política Nacional sobre Drogas – PNAD, alinha-se a esta perspectiva quando entende que fazer prevenção do uso indevido de drogas é promover inclusão social, especialmente das populações que estão mais expostas a fatores de risco pessoais e sociais. A Comunidade Terapêutica faz parte das redes sociais de prevenção construídas na comunidade (BRASIL, 2006, p. 17, 41).

frequência, além da incorporação de formas mais seguras desse uso; melhoria na qualidade de vida e a reinserção social como partes integrantes deste processo; o entendimento de que o processo é longo e que cada indivíduo tem seu *próprio tempo* de tratamento.

A estratégia de Redução de Danos está descrita no projeto institucional. Porém, na prática ela se apresenta restrita, dividida dentro do próprio CAPS. Os redutores de danos ainda se situam como profissionais à parte da equipe, que, embora considerem a RD importante na atenção ao usuário de álcool e outras drogas, ainda não impedem que ela seja pouco conhecida e entendida dentro e fora da instituição.

Os funcionários do CAPSad fizeram uma avaliação do trabalho realizado com os usuários. O resultado é visto como satisfatório quando há o retorno à escola, ao trabalho e à família. Não há dados específicos, no local, referentes a essas inclusões sociais. A equipe reservou um espaço no Projeto Pedagógico para fazer as seguintes reflexões:

- ▶ Desde seu cadastramento até os dias atuais, é possível dizer que o CAPSad ainda se encontra em processo de implantação em consequência das seguintes situações ainda não alcançadas:
- ▶ Pela necessidade de adequação em um local mais propício (central);
- ▶ Complementação do quadro funcional;
- ▶ Necessidade de capacitação e supervisão continuada;
- ▶ Aquisição de instrumentos elétricos/eletrônicos necessários ao serviço;
- ▶ Readequação salarial/cargos dos funcionários;
- ▶ Apoio logístico funcional;
- ▶ Estabelecimento de um fluxo de atendimento que supra a necessidade da população do município.

A instituição passou por diversos direcionamentos teóricos, práticos, políticos e éticos desde sua criação. Esses fatos de certa forma,

fragilizaram sua estrutura identificatória. A elaboração do projeto Institucional pela equipe, visa a superar as dificuldades apresentadas quanto à organização institucional. Os conceitos, as noções nele contidos, são frutos da experiência prática e teórica da equipe. Na leitura desse Projeto, podemos identificar todos os processos teóricos, técnicos e assistenciais diversificados pelos quais a instituição passou. Identificamos, inclusive, referenciais teórico-práticos que já deveriam ter sido superados, como as ações educativas e pedagógicas, as ações tradicionais como as encontradas na Comunidade Terapêutica e os grupos de auto-ajuda considerando a vigência das novas diretrizes ministeriais.

O Projeto Pedagógico é um documento administrativo e com finalidade organizacional. Contém ainda as diretrizes terapêuticas que orientam o fazer diário no CAPSad e atende aos objetivos institucionais atuais, determinados pelo setor público local como resposta a questão *álcool e drogas*.

A instituição, em seu momento atual, se organiza para atender, como acima citado, as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, porém, a equipe discute a respeito do que atender, se o usuário dependente, se o que apresenta um uso disfuncional, o uso abusivo, o uso eventual, o uso esporádico ou o uso iniciante. Essas classificações causam polêmicas e desgastes desnecessários na equipe.

Podemos nos reportar ao Relatório Sobre Saúde no Mundo (2001, p. 118). Dele, consta que “os problemas relacionados com o álcool não se limitam às pessoas que dependem do álcool, mas a toda população usuária”. No relatório, as ações não devem se limitar ao tratamento somente, mas a outras ações que envolvem diversos outros setores da sociedade, como segurança, medidas para controlar a venda de bebida alcoólica a menores, legislação específica, controle da publicidade etc. Da mesma forma, a atenção para o uso de substâncias ilícitas requer a compreensão da problemática de forma mais abrangente.

A portaria nº. 336/GM do Ministério da Saúde, define o CAPSad como “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas”. Há



nítida referência à prevenção e tratamento de transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas, seja qual for a classificação da forma do uso.

Outra questão pertinente no CAPSad e motivo de discussão e reflexão crítica é o atendimento de adultos e adolescentes no mesmo espaço físico. O Ministério da Saúde, por meio da portaria que organiza os CAPSad, não define a faixa etária<sup>6</sup>, e a equipe entende isso como falta de clareza nas diretrizes ministeriais.

Os profissionais consideram que não devem atender crianças e adolescentes no mesmo espaço dos adultos como estabelecido pelo projeto institucional. Chegaram a essa conclusão devido às especificidades no tratamento que esses grupos requerem. Comentam que crianças e adolescentes têm necessidades diferentes, são mais dependentes da família, estão em processo de desenvolvimento biológico, emocional, social e escolar. O trabalho terapêutico e social empreendido com eles será na observância desses aspectos.

A atenção oferecida aos adultos é diferente, segundo os técnicos, os usuários adultos chegam ao CAPSad já em processo de cronificação, moldados aos conceitos e preconceitos da sociedade sobre eles. O trabalho com eles partindo dessa cronificação é baseado na desconstrução desses moldes sociais impostos.

Os profissionais fizeram uma reflexão sobre o assunto: se tivessem autonomia para um tipo de decisão dessa magnitude, certamente não atenderiam adolescentes nesse CAPSad. O histórico da instituição indicou que o objetivo inicial foi o atendimento de crianças e adolescentes. Porém, no decorrer do processo de organização, viram-se, em determinado momento, direcionando o trabalho terapêutico para a população adulta e que, atualmente, representa as maiores preocupações da equipe quanto ao tratamento.

---

<sup>6</sup> Esta questão poderia desencadear uma futura discussão pelo MS a respeito da criação de um CAPSad exclusivamente para crianças e adolescentes, como aconteceu com os CAPS para infância e adolescência (CAPSi).

Os profissionais, principalmente os redutores de danos, referem-se ao CAPSad como uma instituição que funciona de *portas abertas*. Porém, há uma dificuldade nessa abertura, em alguns momentos, principalmente com os adolescentes, o impedimento para a inserção algumas vezes está bem visível. Para esses menores, as portas podem estar *fechadas*. É importante ressaltar um aspecto evidenciado nesta pesquisa, durante todos os meses do trabalho de campo, tempo em que houve a participação apenas de um adolescente e em um dia somente, pois na semana seguinte ele já havia abandonado o tratamento. Este fato pode dizer algo a respeito da pouca adesão ao tratamento que o serviço apresentava antes de seu credenciamento pelo Ministério da Saúde e a abertura para o atendimento aos adultos. Esse fato também nos leva a pensar: que novas estratégias de tratamento podem ser oferecidas aos adolescentes que têm dificuldades na adesão? Isto poderá ser um campo de reflexão da equipe.

Durante o período do trabalho de campo, constatamos as práticas pedagógicas e educativas nas ações terapêuticas dos profissionais, outras ações referentes a outros modelos como a psicanálise, realizados nos grupos de psicoterapia, alguns princípios do modo psicossocial e fundamentos de Comunidade Terapêutica. Por esse ângulo de leituras, observadas nas ações terapêuticas e nos discursos sustentadores e formalmente estabelecidas pelo projeto institucional, podemos inferir que a instituição orienta suas práticas em diversas correntes e práticas de conhecimento. Por qual delas este CAPS pode ser identificado? Há uma consequência, evidenciada por esta pesquisa, quanto à dificuldade na organização teórico-técnica e nas ações dos profissionais.

### **3.3 DADOS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

#### **3.3.1 DA VISIBILIDADE DA OBSERVAÇÃO À VIVÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO**

Para conhecer e analisar o CAPSad em estudo, recorreremos neste tópico à Observação Participante. A técnica da observação em nosso estudo viabilizou um trabalho participativo, interativo e ativo na busca dos elementos

relevantes para delinear as relações sociais presentes e o comportamento dos grupos sociais que habitam o ambiente institucional. Neste caso, o cotidiano, as ocorrências e o próprio CAPSad enquanto objeto deste estudo. A partir desses elementos, procedemos à análise desse campo. Para Alves-Mazzotti (2002, p. 166):

O tipo de observação característico dos estudos qualitativos, porém, é a observação não-estruturada, na qual os comportamentos a serem observados não são predeterminados, eles são observados e relatados da forma como ocorrem, visando descrever e compreender o que está ocorrendo numa dada situação.

A inserção da pesquisadora no ambiente institucional foi imediata e com boa aceitação pela equipe. Três fatores foram importantes nessa inserção: o conhecimento prévio da instituição; o conhecimento da maioria dos profissionais e de uma parte da população usuária; o fato de ser também uma profissional da Saúde Mental do município e manter uma boa relação com os sujeitos da pesquisa. Tivemos de empreender um caminho inverso, no sentido de neutralizar o conhecimento prévio sobre o movimento institucional.

Nos primeiros encontros, houve certo receio quanto ao exercício da nossa função de pesquisadora em um ambiente de amizade, pois um aspecto importante desta pesquisa é o desenvolvimento da reflexão crítica, sobre o processo institucional, ao mesmo tempo em que também era do nosso interesse a preservação das relações amistosas conquistadas. Após a superação deste impasse, percebemos que o vínculo previamente existente, facilitou o andamento da investigação.

O conhecimento de uma instituição por meio de uma pesquisa permite a observação em dimensões diversas, inclusive a captação de movimentos que se ocultam no cotidiano do trabalho, e que, por serem invisíveis, não constituem elementos de debates.

O CAPSad, segundo seu projeto institucional, (p. 39) “é um serviço de saúde mental, aberto e comunitário [...] é um lugar de referência para pessoas que apresentam sofrimento decorrentes do uso de substâncias que

altere seu estado de consciência”. Apresenta outros objetivos como: promover a atenção integral; a intersetorialidade; proporcionar espaço de acolhimento e de inclusão social; buscar, à luz da Reforma Psiquiátrica, a redução de leitos psiquiátricos; promover e proteger a saúde, partindo da necessidade de mudança no paradigma de “doentes” para cidadãos de direitos. Na pesquisa, investigamos as repercussões práticas desses objetivos no cotidiano do CAPSad. Embora descritos como importantes para o processo psicossocial, ainda não se constituem como uma realidade concreta no local.

O CAPSad é o terceiro e o mais novo do município. Por muito tempo o município manteve uma postura conservadora com relação a mudanças no paradigma da saúde e, no que diz respeito à saúde mental, não havia serviços públicos até meados de 1994. A assistência em Saúde Mental era realizada pelo hospital psiquiátrico local, um hospital-dia e um ambulatório, todos privados e credenciados pelo SUS. Mesmo com a criação dos CAPS, os serviços conveniados permaneceram e ainda são muito utilizados pela população da cidade e pelos profissionais do CAPSad e CAPSIII.

Pela Observação Participante, o CAPSad funciona de forma aberta para todos aqueles que para lá se dirigem em busca de tratamento para o uso de álcool e de outras drogas, com exceção de alguns procedimentos relacionados aos adolescentes, como, por exemplo, o fato de somente poderem passar pelo acolhimento inicial com a presença da mãe ou responsável e não poderem entrar no local se usaram droga naquele momento.

A equipe alega que há implicações legais referentes ao Estatuto de Criança e Adolescente. Essas crianças são abordadas pelos redutores de danos no território e pelo Sinal Verde, que é um programa da Ação Social destinado à abordagem das pessoas que estão em vivência de rua. Os menores, quando não fogem da equipe do sinal Verde, são encaminhados para o CAPSIII, onde há um pronto socorro psiquiátrico. A pesquisa captou estes fatos da realidade institucional, como fatores que dificultam o tratamento dos menores na instituição e justificam a pequena adesão.

A instituição tem uma base comunitária ainda deficiente para uma atenção psicossocial, levando em consideração as diretrizes ministeriais e os preceitos da Reforma Psiquiátrica. O trabalho diário está mais concentrado nas atividades da equipe dentro do CAPSad. A rede comunitária fraca e o fluxo da atenção ainda reproduzem relações sociais dominantes. A trajetória do CAPSad remete a um funcionamento baseado no modelo tradicional, conferido pelos fundamentos teóricos e práticos da Comunidade Terapêutica: instituição total, localizada longe dos centros urbanos, representativa dos interesses dominantes, sem representatividade coletiva e nem comunitária, cujo objetivo de tratamento é um estado de abstinência completa ao uso de drogas, a necessidade do isolamento e a aceitação dessa condição pelas pessoas que se submetem ao tratamento dentro da instituição.

No histórico, encontramos o relato da finalidade principal do tratamento no CAPSad enquanto denominado CT: internamento por um longo período, com a finalidade de atingir a abstinência, era a meta a ser alcançada. Esta é uma premissa do paradigma psiquiátrico e que está presente também nos hospitais e clínicas psiquiátricas. Nesses locais, a cura é a finalidade histórica do tratamento, seja para os transtornos mentais, seja para os decorrestes do uso de álcool e outras drogas. Sabemos o quanto esse paradigma influenciou e influencia a sociedade e o mundo *psi*.

Refletindo, ainda à luz de seu histórico, percebemos que a instituição abrigou moradores de rua, na tentativa de retirar essas pessoas dessa condição, naqueles quase dois anos nos quais o serviço operou como local de tratamento e abrigo. Este fato e os propósitos iniciais de recolher para o serviço crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social configurou o perfil da maioria da clientela do CAPSad. Atualmente, encontramos pessoas da comunidade que realizam tratamento no local e que não pertencem a essa categoria mais marginalizada pela sociedade. Porém, são poucos e a adesão é igualmente fraca. A realidade do CAPSad informa sobre a dificuldade de articular a diversidade presente e construir uma práxis de aproximação entre as diferentes pessoas usuárias de drogas.

Ao observar a arquitetura do CAPSad, deparamos com os muros que protegem o espaço interno, o excesso de concreto que compõe sua fachada, a distância do centro da cidade e sua localização próxima das chácaras, e pensamos que é um resquício, mais que um signo, de seu passado recente, e que, para apagar este vestígio, o único portão de entrada permanece aberto durante todo expediente. Lá dentro, atrás dos seus muros, conseguimos visualizar o CAPSad de fato, a sala de espera com o sofá coberto, para encobrir o desgaste causado pelo uso. O ambiente, ora descontraído, ora tenso, mostra em certas horas a mobilização maior das pessoas que sempre transitam pelos espaços. Profissionais sempre empreendendo uma tarefa destinada aos usuários, que, circulando pelo ambiente, ora realizando alguma atividade proposta pela equipe, ora não fazendo nada, numa reação de oposição ou mesmo de descaso às normas colocadas.

A participação nas oficinas de trabalhos manuais, trouxe-nos a percepção de que a maioria dos usuários exercem suas atividades com interesse, diferentemente do que ocorre nas outras oficinas, como exemplo, as oficinas de saída ou grupo social ou mesmo o grupo psicoterapêutico, quando víamos o desinteresse presente na grande maioria dos usuários, que sempre estão usando uma peça confeccionada nas oficinas de trabalhos manuais.

Este foi um fato particular observado: os usuários estão sempre usando adornos, dos mais diversos modelos e, algumas vezes, como no caso de colares, colocam todos no pescoço, expondo-os como resultantes da sua produção, que, numa observação em um campo mais dinâmico, podemos pensar que pode ser uma manifestação de identidade coletiva no local, já que, ao se apresentarem dessa forma lá fora, certamente serão alvos de discriminação e preconceitos. Na comunidade do CAPSad encontram espaço para a expressão pessoal.

Os objetos confeccionados nas oficinas de trabalhos manuais podem ser vendidos e o recurso é revertido em compras de novos materiais. A equipe acha que os usuários ainda não estão preparados para receber dinheiro, pois acham que podem utilizá-lo para comprar drogas e ser um facilitador de

recaídas. A equipe ainda mantém um comportamento de tutela, porém, visto por um ângulo legal, pode caracterizar apropriação indébita.

A questão de pagamento para os usuários está sendo discutida pela equipe e também com eles, dentro do Projeto Economia Solidária, em vias de consolidação e implantação no CAPSad. Esse projeto tem sua base na Lei de Cooperativas Sociais nº 9867, de 10 de Novembro de 1999. Com a implantação da Economia Solidária, os usuários poderão receber parte do dinheiro arrecadado com as vendas dos objetos confeccionados nas oficinas. Os usuários manifestam satisfação ao verem uma peça de sua confecção ser vendida, apesar de não receberem dinheiro com a venda. Alguns aceitam o argumento proposto no discurso institucional, de que a ausência de dinheiro pode significar fator de proteção contra as drogas. Porém não é uma noção compartilhada por todos os usuários, alguns não aceitam e argumentam:

Dou satisfação para os outros, quando não estou bebendo, mas quando recaio sinto vergonha, pois vejo que não dei conta. As pessoas estão sempre vigiando, desconfiadas da gente, até os profissionais (sic). Não compram nossos artesanatos para não comprarmos drogas.

No CAPSad, a prática de orações faz parte do cotidiano. São praticadas as orações clássicas da igreja católica e orações improvisadas, nos moldes das igrejas evangélicas. Há muita compenetração nessas horas por parte de todos os presentes. Durante a observação, também participamos desses momentos, embora o sentido religioso não estivesse na pauta da investigação, esse aspecto foi se contornando na pesquisa devido à importância que os atores sociais davam ao tema e à sua presença diária no local. O comportamento e a fala religiosa de conotação cristã presentes, algumas vezes até improvisadas nos momentos festivos e de descontração na instituição, suscitou uma reflexão crítica: o que faz um CAPSad, como instituição de Saúde Mental, agir em desacordo com a visão laica, normalmente presente nestas instituições? A contribuição desta pesquisa, neste sentido, foi colocar como pauta de discussão crítica pela equipe, qual a importância da religiosidade e esclarecer os motivos de sua prática no local.

O horário de saída dos usuários é às 16h. Eles manifestam diversos sentimentos: desagrado, por quererem permanecer mais; preocupação, principalmente pela insegurança que o mundo lá fora provoca. Porém, aceitam as determinações institucionais e aguardam o dia seguinte para o retorno. Nos finais de semana e feriados, esses sentimentos se acentuam e a insegurança aumenta. Este fato foi notório para a percepção de que a instituição funciona para os usuários como um fator de proteção ao uso de drogas.

Transitávamos pela instituição com liberdade para fazer perguntas individuais, tanto para os profissionais como para os usuários e isso facilitou a checagem das observações e a vivência da participação efetiva com os atores sociais.

Algumas vezes fomos convocadas a fazer alguma solicitação em nome da equipe, relacionada a alguma rotina do serviço, como opiniões, pareceres e, algumas vezes, servir de porta-voz para o profissional que tinha algum assunto ou questionamento a fazer durante o encontro com a equipe e não podia participar naquele momento.

É bom ressaltar que, na realização da função de porta-voz, foi enfatizada a posição de ausência de valor pessoal ao expor a situação solicitada. Não se trata de firmar a neutralidade do campo da pesquisa, mas de construção do campo vivencial para a sua realização e a percepção dos fenômenos que ocorrem no local. A participação ativa no cotidiano institucional, proporcionou a percepção do campo dialético provocado pelas relações sociais presentes. Durante as participações nas reuniões de equipe e nas reuniões com os usuários, as contradições e conflitos se tornaram visíveis e propícios aos objetivos desta pesquisa.

Os conflitos e contradições provenientes do tipo de relação social dos profissionais estão presentes nos saberes/poderes e nas práticas de cada um, como interpretam e manejam determinadas situações dentro da própria da instituição. Um exemplo desse conflito é a necessidade ou não de internação em hospital psiquiátrico para algum usuário. A resposta é geralmente positiva para a



internação, mesmo que haja a oposição de algum membro da equipe, que considera a decisão situação negativa para o usuário e/ou para a instituição. A decisão pela internação vem das concepções que o técnico de referência tem a respeito, ou de quem argumenta mais sobre os possíveis benefícios que a internação naquele momento trará ao usuário.

A internação psiquiátrica vem aumentando nos últimos meses no CAPSad. Esses dados foram apresentados pela equipe e podem representar a falta de debate da questão no local. O CAPSad não realiza a regulação da porta de entrada para o hospital psiquiátrico, o CAPSIII é quem mais encaminha os usuários para o HP. Essa questão se choca com os princípios colocados no projeto institucional: atenção psicossocial, à luz da Reforma Psiquiátrica — redução de leitos em hospital psiquiátrico — atenção diária no serviço e o compromisso com uma *sociedade sem manicômio*. Há contradição entre o discurso institucional de ruptura com o manicômio, como lugar de tratamento (nesse momento nem se cogita ainda a ruptura do manicômio como lógica) e a prática institucional de encaminhamento para o hospital psiquiátrico.

Com relação aos conflitos entre usuários e profissionais, os mais frequentes estão relacionados às normas, regras e regimes institucionais. Os profissionais assumem a função de cobrar dos usuários observância desses elementos organizacionais, que nem sempre são aceitos por eles. Alguns profissionais mantêm seu papel, outros o subvertem, à maneira dos usuários. A reflexão da questão pode ser feita no momento em que elas acontecem ou posteriormente com a equipe ou mesmo não acontecer nenhum tipo de reflexão com a equipe a respeito de decisões tomadas no plano individual envolvendo o profissional e o usuário. O jogo do poder/saber sobre os usuários está presente.

Os conflitos originados entre a pesquisadora e os profissionais, relacionaram-se com alguns supostos entendimentos que a nossa presença pudesse interferir diretamente no funcionamento do grupo de psicoterapia, ou que intencionasse dar valor pessoal, positivo ou negativo, às ações dos profissionais, enquanto trabalhadores de saúde. Traduzimos os conflitos como jogo de saber e poder dentro da instituição e o temor de perder esses “status”. Na verdade,

buscávamos junto com a equipe, subsídios concretos para obter o conhecimento institucional. Quanto às possíveis modificações na instituição se vierem a acontecer, serão resultados da reflexão e da participação entre os atores sociais da instituição, ou seja, os profissionais e os usuários.

A observação com participação de uma instituição formalizada como aberta, não totalitária, como é o caso do CAPSad, é necessária para aprender a captar as sutilezas do cotidiano, que informam diferentemente daquilo que se buscou, ou seja, a existência de ações tradicionais, nas quais se infiltram algumas ações de um novo paradigma alternativo, o Psicossocial (AMARANTE, 2004; COSTA-ROSA, 2000). Essas particularidades apareceram nas observações, nas participações e nos encontros, que no decorrer da pesquisa foram interpretadas e analisadas.

A Assembléia Geral, atividade descrita como espaço social representativo da coletividade dentro da instituição, estava suspensa e, não aconteceu durante os oito meses de pesquisa na instituição. No discurso institucional, essa atividade deve ser realizada obrigatoriamente toda semana, com o envolvimento de usuários, profissionais, familiares e comunidade. A ausência de Assembléia informa que ainda não construíram de forma efetiva, seu espaço político de “participação coletiva” e o “fórum deliberativo”, descrito no projeto institucional. Contudo, a observação e a participação foram realizadas em outros grupos, como a Oficina de Cidadania, o Grupo de Psicoterapia, a Reunião de Equipe e a Reunião de Saída.

A participação na Oficina de Cidadania, realizada com os usuários, deixou evidente que a maioria dos usuários coloca questões relacionadas ao uso de drogas e a superação delas, embora convivam com uma prática distante desse discurso de superação. Tomemos como exemplo suas falas: “posso me afastar das drogas”; “posso ser uma pessoa menos agressiva e com objetivos”; “o que faz uma pessoa ser saudável é não ser dependente de drogas para não ser dominado e por ela cometer roubos e enganar os outros para obter dinheiro”. Eles reproduzem o que a sociedade diz e espera deles, porque

ela julga e condena o que está fora da “universalidade do normativo” e concentra em seus diversos seguimentos o “poder normalizador” (FOUCAULT, 1997, p. 251).

Nessa vivência, ficou também evidente no discurso dos usuários o desfavorecimento pessoal, as vulnerabilidades e os fatores de risco pela condição de usuário de substâncias psicoativas. Nos casos dos fatores de risco, a própria clientela já incorpora os discursos técnicos e sociais que assinalam as situações negativas de vida e de comportamentos desviantes e indesejáveis, que usualmente estão associados com esse grupo social (CASTEL, 1987). Nesses casos, a própria droga vem com um significante de violência, de doença e de morte.

A participação no Grupo Psicoterápico foi importante para vivenciarmos com aqueles sujeitos ditos usuários da instituição, suas próprias “particularidades”, usando a própria expressão deles. Percebemos que essas pessoas chegam ao CAPSad, de alguma forma, já institucionalizadas, marcadas com o estatuto de *cronificado* pelas passagens por várias instituições de tratamento, de assistência social ou de grupos de auto-ajuda. O significante dessas instituições, como um valor cultural está emblematicamente presente nessas pessoas, ao ponto de influenciar o processo de tratamento.

Nesse grupo, observamos o quanto os discursos médico, psicológico e dos grupos dos AA, que consideram o alcoolismo doença, estão presentes na vida dos usuários. Eles se consideram “doentes do álcool” e buscam tratamento e cura. Vejamos um fragmento discursivo dos usuários para ilustrar o exposto: “No grupo do AA se fica até 10 anos sem beber e ainda não se está curado, pois o alcoolismo é uma doença”. Assim como continua presente o discurso das necessidades, a ausência de benefícios sociais, por estarem desprovidos de necessidades básicas, como casa, família, emprego, dinheiro. Essas necessidades foram apontadas como perdas pela psicóloga.

Podemos constatar que alguns usuários se referenciam como “alcoolistas e drogados”. Utilizam essa afirmação para falar de seus excessos ou de um princípio de identidade que está longe de ser em um sentido cultural.

Recorremos aos autores da psicanálise para procurar o entendimento dessa enunciação, “aqui há um engano, pois esse enganche, esse acoplamento entre forma e tóxico, entre a frase e a substância, confere ao toxicômano a ilusão de deter um saber sobre a causa de seu gozo”. (MIRANDA, *apud*: BENTES, 1998, p. 145). A idéia que se apreende com o enunciado é de uma toxicomania, na qual o gozo é somente a própria droga. Encontramos também em outros enunciados os que colocam a pulsão num jogo dialético, no qual outros objetos de necessidades podem causar satisfação. Como exemplo, fazemos uma citação textual:

Eu estou bem, consegui ganhar dinheiro e não fui beber como sempre faço, fui ver minhas filhas, comprei coisas para elas. Na despedida elas perguntaram: “pai, você vai demorar muito para vir nos ver de novo”? (Contou que o fato de ir ver as filhas ao invés de usar bebida, o deixou muito bem, calmo e tranquilo, sic.)

A idéia de remeter a esses dois exemplos de enunciados que apareceram no grupo psicoterápico, foi para dar visibilidade a esses dois tipos de uso de drogas: o primeiro, que se encontra no contexto das toxicomanias, uma radicalidade, uma totalidade do objeto de gozo, este, reduzido e fixo na droga; o segundo, sobre o qual podemos pensar nesse gozo como uma possibilidade de alternância ou mesmo de uma substituição de objeto do gozo. Não seria por esse entendimento que os tratamentos em instituições religiosas logram ser eficazes para algumas pessoas? Não seria uma orientação clínica para o tratamento no CAPSad? O grupo de psicoterapia não seria o lugar de fazer essa diferença?

Os usuários contam que buscam, no serviço, o acolhimento, a paz, serem ouvidos, sem estigma por serem usuários de drogas, mas como pessoas. Comentam sobre sua exclusão social, familiar, sentem-se desvalorizados e discriminados pela sociedade que não lhes atribui nenhum valor positivo. Consideram que a sociedade os trata como pessoas socialmente inúteis e geradores de muitos gastos para o governo. Falam que o CAPSad é um “lugar bom”, onde são vistos como pessoas amigas e capazes de fazer amizades. O contrário é o hospital psiquiátrico, um “lugar ruim” e quando estão internados querem sair de lá, mesmo que seja com o recurso da fuga. Essas falas nos

informam a presença de contradições e advertências: os usuários querem ser tratados como pessoas e não com estigma de usuários de drogas, eles advertem, a contradição de suas falas aparece quando dizem que o CAPS é “bom”, no entanto de lá são encaminhados para o hospital psiquiátrico, que dizem ser “ruim”. A instituição funciona de modo acolhedor, presenciado e assegurado no cotidiano. A pesquisa também captou o lado não acolhedor, nesse contexto contraditório, seria o encaminhamento para o hospital psiquiátrico.

Sobre a nossa presença enquanto pesquisadora no grupo psicoterápico: “uma pessoa a mais com sabedoria poderia acrescentar muitas coisas”. Nesse relato ficou claro que o suposto *saber* atribuído à pessoa da pesquisadora é o mesmo já instituído aos profissionais, e a coloca no mesmo lugar de *poder*. Este *poder* pode ser confrontado dialeticamente nos encontros posteriores, quando formamos com eles, os grupos de discussões. Em outra ocasião, chegando um adolescente, imediatamente perguntou: “quem é essa mulher”? A psicóloga a apresentou e disse que era médica psiquiatra, ele então disse: “médica de cabeça? É melhor fugir da sala”. No entanto ficou até o término do encontro, embora mantivesse uma atitude provocadora com todos os presentes. Podemos dizer, pelo exposto, que presenciamos duas posturas diferentes, contraditórias entre si dos adultos e do adolescente: a primeira, como uma atitude já subordinada a um enunciado instituído — o saber da posição dominante no caso representado pelos profissionais (e pesquisadora); a segunda uma oposição instituinte, um desafio ao domínio, a provocação de um conflito.

É interessante observar a dispersão inicial dos usuários quanto a se reunirem no grupo. Sabem do horário, mas ficam nas salas de atividades, esperando serem chamados, mesmo que a psicóloga os advirta que o grupo já está formado<sup>7</sup>. Mesmo depois de iniciado o trabalho em grupo, eles se retiram freqüentemente da sala, mas geralmente voltam em seguida. Durante a observação participante, em conversa fora do ambiente psicoterápico, eles dizem que existem no serviço muitas reuniões e que às vezes isso “enche a cabeça” e que “não leva a nada”.

---

<sup>7</sup> Conforme acordo de participação, os participantes devem levar em conta este chamado.

Segundo a equipe, os usuários têm dificuldades em assumir a co-responsabilidade no tratamento. Podemos assinalar o fato de que eles ainda não sabem sobre essa co-responsabilidade e que a instituição, por meio de sua equipe, pode desenvolver outras estratégias que consideram mais eficazes para atingir esse objetivo institucional. Por outro lado, podemos pensar que os usuários ainda não se deram conta desse espaço como um encontro psicoterápico, ou não o desejam como tal ou mesmo ele ainda não se concretizou. Acreditam que estão no grupo para falar de “problemas” representados pelas drogas, e é justamente isso que dizem querer esquecer. Parece dizer novamente, que não querem ser vistos apenas pelo uso de drogas, mas como sujeitos.

Mostramos a seguir fragmentos importantes extraídos desses encontros psicoterápicos, cujo objetivo para esta pesquisa naquele momento, detinha-se na escuta e nas possibilidades do conhecimento das relações sociais e das subjetividades presentes.

*A bebida modifica as pessoas, uns ficam chatos, às vezes irritados, outras vezes ficam mais calmos, conversam com as pessoas, mas o bom é que nos sentimos bem pela sensação de grandeza que ela provoca.*

*Eu me controlo e me conformo, o álcool não dá “fissura” (pessoa do sexo feminino).*

*A dependência química é pior, é mais danosa para a pessoa. Se for droga injetável pode levar a morte, eu me orgulho de nunca ter usado droga injetável.*

*O uso de outras drogas, que não é o álcool, as pessoas ficam isoladas, não conversam, ficam com medo de tudo, dá ‘paranóia’, querem se esconder dos outros.*

*Quando se está na ‘fissura’, se fica desesperado, se faz qualquer coisa para ter a droga, principalmente se a gente está na “vida torta”.*

Consideramos nessas falas a existência de dois momentos em oposição. No primeiro, a questão da bebida alcoólica vem como um modificador do estado psíquico, algumas vezes citada como provocadora de sentimentos e sensações agradáveis e que adquirem também a função de aumentar a auto-estima. São colocadas como facilitadoras das relações pessoais e seus usuários têm a possibilidade de desenvolver certo controle sobre o uso. No segundo

momento, a dependência química vem colocada como decorrente do uso de outras drogas, falta de controle sobre o uso e relatadas como um dano pessoal tanto da esfera psíquica como da social.

Nas declarações abaixo consideramos que elas contêm um discurso social alienante - o fato dos usuários estarem alienados e submissos a uma condição social de perdas, fracassos e dor. Percebemos ainda o discurso religioso como controlador de condutas pessoais e sociais. Esse alienismo social é bastante dominante e pode significar um modo de subjetivação ou apenas um refúgio, para qual o usuário recorre quando não conseguem corresponder ao apelo social.

*Vou ser internado novamente, é uma derrota, me propus a trabalhar, parar com as drogas, fui trabalhar em serviço braçal, na construção civil. Acordava cedo e ia a pé trabalhar até às dezenove horas, voltava para casa, bebia muito e pouco me alimentava, dormia 'chapado'. No outro dia, tentava trabalhar, agüentei cinco dias, agora estou triste e com medo de tudo. (Este usuário apresentava-se com aparência triste, deprimida e aguardava internação em hospital psiquiátrico e desta vez conseguiu ficar hospitalizado por quase trinta dias).*

*Eu estive em tratamento em uma comunidade religiosa e fiz abstinência, nem só das drogas, mas também da prostituição, da masturbação, foi muito bom viver longe da tentação do diabo.*

*A igreja ajuda muito no combate ao uso de droga.*

*Vivo com altos e baixos, meus pensamentos são instáveis, hoje penso uma coisa, e amanhã não sei o que vou pensar.*

*A rua é péssima, um "pepino", difícil de viver, até consigo construir alguma coisa, produzir algo, ter casa, trabalho e confiança de alguém, mas o difícil é manter e sustentar esses ganhos. Fico num dilema: ou paro com as drogas ou me enterro, esse dilema para mim é a dor.*

*Eu já estou com vontade de sumir, a gente tem dificuldade de entender a própria vida, sem família, sem casa.*

Consideramos essas falas, enquanto discursos subjetivos revelam a baixa auto-estima, a instabilidade, a desesperança, a dificuldade de viver e entender o próprio sentido de suas vidas, a tentativa de controle sobre os impulsos, a busca de produção de um sentido fora das drogas. Não podemos deixar de avaliar a importância da função do discurso social, na subjetivação

deles. Porém, quando remetemos as falas à dinâmica do sujeito, não podemos ignorar a existência do sujeito “alcoolista” e o sujeito “toxicômano”, definidas pela psicanálise como dinâmicas diferentes. Para ambas as situações a psicanálise indica um caminho: “do que se trata, poderíamos nos perguntar? Com certeza, não é de tirar o sujeito da droga, mas sim de extrair do ser o sujeito” (BENTES, 1998, p. 25). A psicanálise indica a busca do sujeito na drogadição, a subjetividade presente nas pessoas usuárias, esta será a questão maior que a instituição não pode perder de vista em seus espaços terapêuticos. Ao recorrermos aos princípios da Reforma Psiquiátrica e Modo Psicossocial, recordamos que na dimensão *técnico-assistencial* proposta por Amarante, os novos dispositivos terapêuticos devem proporcionar um olhar não alienante ao sujeito, e Costa-Rosa no parâmetro *teórico-técnico* recomenda um *reposicionamento* do sujeito observando os processos de subjetivação e os fatores desencadeantes da problemática subjetiva. A observância desses princípios, dentre outros fará o CAPAad se diferenciar das instituições tradicionais.

A Oficina de Saída foi outra forma de participação. Ela apresenta como objetivo a reflexão sobre as dificuldades enfrentadas durante a semana, e traça as orientações gerais para o fim de semana. Neste dia, a oficina teve um objetivo especial, houve uma série de intercorrências, situações desagradáveis, acontecidas durante aquela semana, que foram provocadas pelos usuários ou os envolveram. Tratava-se de regras não cumpridas ou manipulações utilizadas como forma de transgredir as normas da instituição. Houve uma grande cobrança por parte dos profissionais e os erros apontados foram feitos de forma enfática. Os usuários não gostaram da atitude dos profissionais, da forma como foram cobrados e responderam às cobranças e apontamentos dos erros da mesma maneira. Houve troca de acusações. Essa situação foi levada em seguida para as discussões em equipe, e estabeleceram-se novos parâmetros para manejar tais acontecimentos.

Situações, como a descrita acima, quebram a aparente tranquilidade que o serviço pode representar à primeira vista e isso nos leva a entender as relações de poder operadas nas estruturas e as lutas de oposição ao poder. Foucault, (2004, p. 75) adverte que “onde há poder, ele se exerce” e que o



poder não tem dono, sem a polarização, ele pode se manifestar também na classe “oprimida”. Constatamos o poder operando no contexto daquela reunião, tanto no polo dominante, representado pelos profissionais, como no polo “dominado” representado pelos usuários. Analisamos a situação como apresentação de um campo de tensão, dialético, contraditório e conflitante, da relação social presente. Sujeito e objeto se manifestam indistintamente. Isso pode acontecer em consequência de uma práxis forjada na realidade do CAPSad. À luz de novas reflexões, esses acontecimentos podem propiciar o crescimento da equipe e provocar mudanças na polarização do poder e do conhecimento.

O saber, em uma instituição pode se manifestar como um domínio de disciplinas. No caso do CAPSad, percebemos que está representado pela psicologia, contudo, o saber das ciências médicas, representado pelo psiquiatra é vigente na instituição, mesmo na ausência deste profissional. O saber em formato de poder pode interferir nas relações dos sujeitos e também na condução das práticas, caso não sejam problematizados em forma de relação dialética. O saber pode consistir-se em produção de verdades, que no entendimento de Foucault é “um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados” (2004, p. 14). O saber polarizado pode atualizar a tradicionalidade que os CAPS precisam combater.

Constatamos nas enunciações do CAPSad, a concepção de *risco e vulnerabilidade* como condição atribuída aos usuários. Essas concepções são bastante discutidas nos grupos e fazem parte das preocupações diárias dos profissionais e dos discursos dos usuários. Constituem verdades e valores — socialmente construídos — e já institucionalizados. Referem-se aos grupos minoritários e forjaram-se no discurso pós-moderno, nas ciências médicas, sociais, psicológicas, educacionais, econômicas e políticas (FOUCAULT, 2004; BAUMAN, 1998; CASTEL, 1987). O CAPSad, como instituição de saúde, cria dispositivos de tratamento em harmonia com seus enunciados.

A pesquisadora teve pouca participação Reunião de Equipe, visto que o horário desta ficou destinado aos encontros para as Discussões de Grupo que iríamos desenvolver no CAPSad. Participamos de algumas que ocorreram

quando da necessidade de discussão de assuntos urgentes da instituição. Esta reunião semanal representa o espaço coletivo em que as situações do cotidiano podem ser compartilhadas com todos os profissionais. Acontecia, quando necessária, durante o período da pesquisa, antes do encontro do Grupo de Discussão e era palco das tensões cotidianas.

## **3.4 DADOS OBTIDOS NOS GRUPOS DE DISCUSSÃO**

### **3.4.1 O GRUPO DOS PROFISSIONAIS: CONSTRUINDO O CONHECIMENTO COLETIVO INSTITUCIONAL**

A metodologia do Grupo de Discussão constituiu-se como mais um recurso utilizado para continuar nosso caminho investigatório. A idéia da constituição de um grupo surgiu no momento da construção do nosso caminho investigatório no campo dialético das relações coletivas, pensamos o Grupo como um procedimento metodológico a partir do qual o diálogo coletivo e participativo, pode contribuir para o conhecimento da realidade pesquisada e possibilitar as trocas e produzir crítica reflexiva a respeito da complexidade do campo de pesquisa. O trabalho em grupo evidenciou o discurso institucional e apontou as práticas e saberes locais.

Partimos dos objetivos da pesquisa, como impulsionadores para as discussões, isto é, a leitura e análise das configurações institucionais, considerando a sua finalidade de prestar serviço de saúde pública. Este modo de investigação no grupo valoriza o discurso e as opiniões de seus sujeitos-atores (MINAYO, 2004). Para a criação do campo de discussões recorreremos inicialmente ao nosso eixo investigatório direcionados nos princípios da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica, da Atenção Psicossocial e das diretrizes do Ministério da Saúde, esses princípios são os direcionadores dos discursos e das práticas das instituições de saúde mental na atualidade brasileira. Será interessante destacar que esse foco inicial foi-se diluindo na medida que a pesquisadora e os atores sociais foram construindo um espaço de intercessão no grupo.

Apresentamos a seguir resultados obtidos como processo reflexivo do discurso e da prática institucional desenvolvido no CAPSad.

#### 3.4.2 Os DISCURSOS CONSTRUTIVOS DO CAPSad

##### □ O DISCURSO DA REFORMA SANITÁRIA

No primeiro encontro do Grupo de Discussão, apresentamos os eixos teóricos norteadores da investigação desta pesquisa, como sendo os movimentos da REFORMA SANITÁRIA, da REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, O MODO PSICOSSOCIAL e as DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Destacamos, contudo, que as pautas investigatórias citadas, não seriam as únicas propostas de abordagens. Outras surgiriam no decorrer dos encontros, a partir do interesse coletivo do grupo.

O grupo manifestou a necessidade de construir um conhecimento reflexivo sobre os principais acontecimentos redimensionadores da saúde, no âmbito nacional e local, e de que maneira o CAPSad engloba esses eixos em seu funcionamento diário.

O que passamos a relatar a seguir resulta dessas discussões ocorridas no grupo, e a análise de algumas conjunturas realizadas durante este trabalho investigatório.

Durante as discussões sobre a Saúde e a Reforma Sanitária (RS), o grupo caracterizou as práticas e saberes médicos com o modelo higienista anterior à RS, no qual continham os princípios de controle social, pelas medidas higiênicas impostas à população, sem qualquer forma de participação social. Essas medidas eram tomadas de forma autoritária e imediatista, em função de problemas orgânicos e sociais que estavam sempre associados à pobreza e à sucessão de condições adversas a serem combatidas. As situações orgânicas relacionavam-se às doenças infecto-contagiosas, e ao modo de combatê-las para evitar *contaminação* da população sadia e considerada privilegiada.

Com o movimento higienista, as autoridades sanitárias exerciam também a função de controle sobre a sociedade. Definia os *guetos* e sua população como *indesejáveis*, e tratava de afastá-los da sociedade. Quanto mais longe estivessem do centro da cidade, maior o controle sobre eles, menor risco à população do centro. Desta forma, surgiram as periferias e com elas a separação dos que estavam em desvantagens econômicas, financeiras, de escolaridade e de saúde, dentre outras. O acesso às políticas por esta população discriminada ficava cada vez mais restrito, faltava conscientização e conhecimento sobre esses indivíduos e a complexidade social do que chamavam periferia.

A política de saúde, em seu discurso, muda com a RS. Passa a privilegiar a existência de novas relações e interfaces, entre as áreas da educação, da cultura, do social, do saneamento, do lazer, do esporte e etc. Porém, na prática, as mudanças têm sido poucas, principalmente nas questões sociais.

Para ilustrar as dificuldades nos avanços sociais da RS, resgatamos um período histórico sobre uso de drogas em Londrina: na segunda metade da década de 1990, em pleno processo de reforma sanitária, crianças e adolescentes, usuários de drogas, reuniam-se no centro da cidade, em torno de uma seringueira. Lá, eles desafiavam as autoridades com suas presenças indesejáveis, conviviam e compartilhavam suas desvantagens sociais e suas drogas.

As autoridades locais e a sociedade, não suportando aquela situação, resolveram cortar a árvore, enviar os adolescentes para tratamento, alguns para os serviços de saúde mental da cidade, outros para internação em comunidade terapêutica. Este é um exemplo de conduta imediatista, rápida resposta das autoridades à sociedade, mas que nada resolveu, pois logo os adolescentes voltariam para rua, em outro local da cidade. Alguns deles, já crescidos foram abrigados no CAPSad, naquele período em que teve essa função. Aqui, neste ponto de reflexão é pertinente acrescentar a enunciação de Franco Basaglia “é mais fácil eliminar as pessoas em desvantagens do que conviver com o conflito produzido por sua existência”.

Colocamos em discussão o *território*, para o grupo. Ele ainda é visto em contexto relativo, privilegiando pontos negativos da população: o usuário de drogas que só participa dele em função do uso de drogas. Como o Sistema Único de Saúde (SUS) recomenda a democratização da saúde, a população de um determinado território pode recusar-se a receber a ação programada ou mesmo ser a inserida nos serviços. Por exemplo, os redutores de danos narram experiências em que os dependentes químicos se recusam a freqüentar um serviço referenciado por eles (o CAPSad está incluído) porque as ações ou serviços estão impregnados com verdades preconceituosas sobre eles e seus problemas.

Outro exemplo citado: o CAPSad, desde o seu início, carrega o estigma social de que alguns de seus usuários podem sofrer a má influência de outros mais comprometidos com as drogas ou *vícios* sociais, como tráfico, delinqüência, mendicância. Citam o fato da instituição ainda funcionar de forma imediatista, como *apagar fogo* principalmente nas situações de demanda pessoal de determinado usuário. Quando isso acontece, a equipe toda se mobiliza para a resolução, e quando esta resolução chega por outro setor, como o judiciário, fica mais caracterizado o imediatismo, pois este setor exige respostas imediatas e não está preocupado com a problematização, mas com a resolução do problema. Algumas medidas exigidas pelos setores jurídicos e sociais estão em desacordo com a mudança assistencial preconizada pela RS.

Na reflexão do grupo, a política do SUS não dá conta das questões sociais que envolvem a saúde e sua diversidade. As instituições de saúde ainda hoje funcionam em grande parte fora dos princípios da RS, e não promovem mudanças sociais efetivas. Os outros setores com os quais a Saúde se articula, não conhecem os princípios da RS. Os profissionais acreditam que as ações dos serviços já nascem *contaminadas* culturalmente por velhos preconceitos estabelecidos socialmente. A RS veio para tentar resgatar a Saúde na época em que esta estava perdida, e também para fazer um corte epistemológico do entendimento sobre questões de Saúde. Este desafio ainda não se concretizou.

Por estas reflexões provocadas no grupo, a idéia construída é que o CAPSad carrega em suas bases a visibilidade negativa de uma instituição para excluídos socialmente, cuja oferta gera a forma de pedido dos usuários: benefícios sociais, moradia ou abrigo, alimentação, internação, remédio, banho, roupas limpas, sapatos, passe-livre para se locomoverem na cidade, emprego. Esses benefícios fundamentam-se sempre em uma necessidade imediata. A instituição gera o pedido e oferece a resposta à demanda, os profissionais perceberam o quanto isso contribui para a falta de adesão ao tratamento, porque não confronta o sujeito em suas necessidades. Entenderam que o discurso da inclusão social também passa pela escolha do sujeito.

Segundo Costa-Rosa (2006) a Demanda Social<sup>8</sup> aparece na encomenda solicitada à instituição. São os pedidos, os sintomas, os conflitos, as queixas, que serão interpretadas mediante um *não-sabido*. É importante mediar esses pedidos, transformá-los em demandas sociais e não oferecer resposta de imediato e na forma individualizada. A Reforma Sanitária constitui-se em um campo de transformações na saúde, cuja teoria busca nas ações práticas, ainda carentes, a sua efetivação.

#### □ O DISCURSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Esta discussão foi iniciada com a pergunta: por que ainda precisamos do hospital psiquiátrico? Para refletir sobre esta questão, consideramos os princípios da RP, a desinstitucionalização e a desospitalização.

*Precisamos do hospital em função de várias circunstâncias, que são decorrentes de fatores institucionais e extra-institucionais. Dentro dos fatores institucionais citamos: quando o próprio paciente solicita, porque deseja ficar por uns tempos longe das drogas e sem este recurso não consegue ficar abstinente. Algumas vezes, o pedido vem das famílias, por não suportar a condição de usuário de drogas e os conflitos decorrentes.*

---

<sup>8</sup> Conjunto das pulsações produzido pelo antagonismo das forças em jogo no espaço socioeconômico e cultural. A encomenda social é o modo como a demanda aparece nos pedidos, e dependem dos modos de representação do que seja o que falta e o que se deseja; da representação das ofertas à disposição no campo, capazes de responder; bem como o reconhecimento dessas ofertas à disposição no Território.

### 3 Configuração dos Dados e Análises Conjunturais

---

*A Própria equipe encaminha para internação quando considera um recurso necessário no momento, para a recuperação dos pacientes;*

*quando eles não conseguem evoluir no tratamento dentro do CAPSad; quando não têm perspectiva de vida, não estão inseridos socialmente, estão sem planos para a vida.*

Este discurso revela que os usuários são afastados quando eles mais precisam do serviço, persistindo a visão de que o hospital psiquiátrico, como instituição total, é mais efetivo na *recuperação* dos usuários e que o CAPSad não possui os recursos necessários para o atendimento à crise.

*A falta de alguns dispositivos institucionais que possam acolher o paciente na necessidade de internação, exemplo: médico para atendimento dos casos leves de abstinência ou na intoxicação aguda, falta de estrutura local para esses atendimentos; rede de saúde deficitária.*

*Os fatores extra-institucionais determinantes de internamentos: os hospitais clínicos do município não aceitam a internação de usuários de drogas quando os motivos são decorrentes do uso; o próprio sistema social do município exige a internação, ou eles mesmos encaminham; no caso de moradores de rua, para que consigam abrigo é necessário que passem antes por internamento.*

*A falta desses dispositivos retardam os avanços da RP no CAPSad e no município.*

Alguns aspectos da Reforma Psiquiátrica fazem parte do discurso no CAPSad, como a redução de leitos hospitalares e criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Porém, o grupo considerou que faltam políticas públicas municipais adequadas para efetivá-la, dispositivos capazes de sustentar essas políticas e pessoas empenhadas nas transformações necessárias, embora discussões a respeito desses assuntos estão presentes dentro da Secretaria de Saúde há algum tempo.

Os temas desospitalização e mais ainda o da desinstitucionalização carecem de discurso e de prática no CAPSad e no município. Embora se tenham registrado alguns avanços, eles ainda não provocaram impactos na transformação das ações em Saúde Mental. A desospitalização é vista como o não encaminhamento à internação psiquiátrica, e para que isso se concretize, faz-se necessária a criação de dispositivos capazes

de substituir os hospitais e conter esses encaminhamentos. Enquanto isso, esses procedimentos são necessários e fazem parte da rede de atenção em saúde. Ao contrário da desospitalização, a internação continua sendo uma prática freqüente e considerada ainda necessária pelos órgãos públicos, pela sociedade e por alguns profissionais do CAPSad.

A desinstitucionalização é o principal e atual eixo de discussões e práticas do processo da RP. Ela é entendida como

[...] transformações e desconstruções no paradigma da atenção às pessoas com sofrimento psíquico, nas relações institucionais e na forma de sua organização, e os principais atores desse processo são antes de tudo, os profissionais do serviço que mudam a organização, as relações e as regras do jogo (ROTELLI, 1990, p. 29-31).

As transformações partem do interior das instituições de saúde mental para o território e, evidentemente, para que isso ocorra, são necessários recursos diferenciados aos que são usualmente oferecidos pelo sistema tradicional de tratamento psíquico.

Esses aspectos não foram devidamente problematizados na instituição. A reflexão desse eixo de mudanças, empreendida pela equipe será importante para o entendimento da questão em seu fundamento e para criação de novos dispositivos de mudanças. Ela só aparece na forma de desospitalização ou mais precisamente na redução da internação ou redução de leitos. Contudo, percebemos a preocupação dos profissionais quanto ao avanço da RP no CAPSad e nos serviços de saúde mental do município.

#### □ O DISCURSO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A continuidade da discussão no grupo tomou rumo com a problematização do tipo de atenção definida pela instituição e oferecida aos usuários que a procuram. A sinalização do grupo foi para a atenção baseada no acolhimento, na escuta, no cuidado, no respeito às particularidades do sujeito e



sua subjetividade. Estes fundamentos foram considerados pela equipe como princípios psicossociais.

O usuário do serviço, sujeito das ações institucionais, ao chegar ao local, encontra uma equipe preocupada com suas questões, e utiliza estratégias já estabelecidas, com as quais irá iniciar a abordagem e estabelecer o tratamento. Explicitamos abaixo fragmentos de pontos de discussão do grupo:

*Inclusão Social – quando se fala em inclusão social, entende-se que seja uma inserção no contexto social, em que o psicótico, o deficiente mental e o usuário de drogas, comumente estão afastados. Na verdade trata-se de reinserção social, porque em algum momento de suas vidas já existiu uma inserção.*

*Os usuários de drogas sofrem bastantes discriminações, no momento da inserção social têm bastante dificuldade em “convencer” a sociedade de suas mudanças, de que voltaram a ser “bonzinhos” que saíram da condição de “marginalidade” e que agora podem ser incluídos de outra forma, não pela forma da delinqüência ou outras ações e atitudes socialmente proscritas.*

*O CAPSad oferece várias formas de inclusão: escolar, trabalho, família, porém os usuários passam por um processo de avaliação pela equipe, a qual acredita que para a inclusão, eles precisam ter aumentado a auto-estima, a autonomia para cuidar de si. Isto é necessário porque as exigências fora do CAPSad são grandes, e normalmente eles ficam de fora, se, por exemplo, concorrem com pessoas não usuárias de drogas.*

*Os usuários temem fazer as coisas. Em parte é por conta do excesso de cuidado da equipe, por querer sempre fazer por eles e acaba que eles não aprendem a andar sozinho e não constroem sua autonomia. Podemos citar três fatores impeditivos da conquista da autonomia pelos usuários: a equipe não construiu o espaço de liberdade deles, faz as coisas por eles, acomodação do usuário devido aos cuidados da equipe.*

*A inclusão pela cidadania é um campo complexo e amplo, é um processo reflexivo de conquista de autonomia, de olhar para o sujeito na busca de suas escolhas.*

Para alguns membros da equipe, a inclusão passa pelo *cuidado*, proteção, assessoramento, apoio, piedade, dó. Para outros, pela cidadania. Mas essa conquista não é uma tarefa fácil, quando se observa o relato acima. A proposta de tratamento estabelece o respeito ao usuário, seu tempo, seu percurso em busca da cidadania possível.

Algumas reflexões são cabíveis nesse momento de percepção do modo como produzem saúde dentro do CAPSad. A equipe entende que olhando

o sujeito, em sua subjetividade e em sua demanda, conduzirá melhor o tratamento que passa sempre pela *inclusão social*. Mas para onde definitivamente esta olhar será dirigido? Para o sujeito ou para o drogado ou o marginalizado?

O processo de tratamento com os usuários do serviço parte inicialmente desta demanda, e a leitura da equipe sobre essas demandas é de perdas sociais e conseqüentemente as ações para o tratamento serão no sentido do resgate dessas perdas, por meio do trabalho, da criação e da produção. A equipe acredita que dessa forma o usuário pode apoderar-se de suas capacidades e fazer o caminho inverso da alienação, à qual foi submetido pela sociedade. Encontramos neste ponto um nó contraditório, a alienação do sujeito é justamente a subjetividade apreendida que logo será submetida ao tratamento.

A equipe considera um bom resultado desse investimento no tratamento, quando os usuários adquirem auto-estima, afetividade, mudam a aparência física, tornam-se educados, melhoram a atenção e a concentração, aceitam regras e adquirem controle sobre o uso de drogas. Percebemos medidas pedagógicas e educativas na condução do tratamento e nas expectativas de melhora.

Por outro lado, apontam fatores que dificultam esse estado de melhora e que estão relacionados à subjetividade dos usuários, quando não desejam mudanças em suas vidas; são pessoas já *institucionalizadas*; apresentam condutas de risco; comportamentos auto-lesivos; são dependentes de drogas ilícitas; adaptados ao sistema de assistência social; vivem em condições familiares adversas; apresentam condições psiquiátricas como transtornos mentais.

Pelos resultados obtidos com o tratamento, a equipe avalia a coerência e a pertinência das ações em relação à demanda apresentada. Ressalta que os conceitos e os parâmetros da atenção na instituição são resultados do entendimento das políticas públicas de saúde mental, da convivência com a problemática dos usuários, da análise dos erros e acertos e do conhecimento da realidade dessa população.

Percebemos que não há um discurso de cura considerado pelo parâmetro da abstinência, como resultado final do tratamento, mas uma definição do usuário como sujeito social, pronto para se apresentar e conviver na sociedade. Contudo, uma relação verticalizada veladamente pode se produzir entre os profissionais e os sujeitos do tratamento. Há um saber sobre o outro, que determina quando ele está pronto para conviver socialmente. Isso pode caracterizar como um tratamento moral e/ou uma forma de subjetivação do sujeito.

Pelos dados obtidos nas discussões em grupo, o CAPSad, em seu discurso teórico, não se configura aparentemente como uma instituição de saúde tradicional, médico centrado, nem aparenta visão organicista. Porém, em suas práticas observamos contradições: o discurso médico existe por meio de outras disciplinas, da internalização desse discurso pelos profissionais e usuários; a visão organicista se faz presente nas práticas institucionais, o alcoolismo é ainda associado à doença e o encaminhamento para internação psiquiátrica ainda é freqüente, assim como as preocupações com a organicidade provocadas pelo uso das drogas.

A autonomia da equipe ainda é uma condição a ser conquistada. Percebemos, por exemplo, que ela não pode ainda interferir nas determinações da Ação Social e do Pronto Socorro do CAPSIII quanto aos encaminhamentos dos usuários de álcool e outras drogas para o hospital psiquiátrico, sendo que esses serviços são parceiros e fazem parte da rede de atenção municipal. Será necessária a conquista da autonomia dos profissionais, não só do CAPSad, mas de todos os outros que trabalham nos serviços de saúde mental do município, para que dessa forma possa ser criado um campo estratégico para as mudanças efetivas no paradigma da atenção à saúde mental.

A instituição segue a lógica de ofertas à necessidade do momento. Tais ofertas também são reguladas pelos saberes e as relações transferenciais dos profissionais para com os usuários, também pelo nível de comprometimento com as questões apresentadas pelos usuários e o nível do envolvimento pessoal com eles. Esse assunto foi largamente discutido pela

equipe e conclui-se que existe um fator transferencial e contratransferencial na relação profissional-usuário e que isto conta no momento de definir as ações, mas a problemática ficou “em aberto” para futuras considerações da equipe.

#### **□ O DISCURSO RELATIVO ÀS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

O grupo de Discussão (profissionais e pesquisadora) tece alguns comentários críticos e reflexivos a respeito das diretrizes do Ministério da Saúde e do funcionamento do CAPSad. Um ponto importante discutido: o MS não define com clareza a população a ser atendida nos CAPSad, os objetivos e o objeto da atenção. Existe uma definição da organização dos serviços de saúde mental por meio da Portaria no. 336/2002 (BRASIL, 2004b) ela referencia toda a organização e as estratégias que devem ser empreendidas pelos CAPS para operar como serviço de saúde mental dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Esta portaria também estabelece que estes serviços se constituem como um centro de atenção para as práticas psicossociais em saúde mental e que a rede básica de saúde é o lugar privilegiado para a construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de sofrimento psíquico. Esse discurso não tem se concretizado em práticas no município. Os CAPS estão praticamente isolados em seu especialismo e especificidade, a rede básica, quando tem conhecimento do serviço, na maioria das vezes, utiliza-o para encaminhamento especializado e não para compor com ele uma rede de atenção. Se há algum diálogo entre eles, ainda é fraco e sem resultado significativo.

Na reflexão do grupo a respeito dessas questões, muitas dúvidas afloram: de que forma atender adultos, crianças e adolescentes num mesmo espaço, já que apresentam demandas diferentes e específicas? Os objetivos da atenção incluem as políticas de saúde e de uma série de outras instâncias, que embora devessem fazer parte do amplo espectro da rede de atenção, na prática isto não se concretiza. De que forma o MS pode concretamente contribuir para o funcionamento dessa rede? O objeto da atenção segundo o MS, é o usuário e o

dependente de substâncias psicoativas. No caso do álcool, o que fazer com os usuários que ainda não são *dependentes*? As disciplinas da saúde organizaram várias categorias para o uso de álcool e cada uma delas requer abordagens diferentes. Se isto não se configura como um problema, no mínimo provoca uma confusão conceitual na equipe, que tenta não caracterizar os usuários com os discursos forjados no social e nas ciências médicas. Mas não é fácil escapar disso, pois existe um campo paralelo de forças contraditórias que estão “revestidas” de cientificidade e se compõem como conflitos a serem administrados dentro dos CAPS.

A Política de Saúde Mental diz o caminho a seguir. Porém, na construção das práticas, o serviço não conta com todos os subsídios necessários para o funcionamento de acordo com os preceitos do MS. Vê-se isso ocorrer com a ausência de dispositivos que tornariam o serviço substitutivo das internações psiquiátricas. Citamos como exemplo os equipamentos necessários para repouso e tratamento de abstinência leve, o profissional médico e a existência, no município, de hospital clínico disposto a atender essa população.

A seguir, as discussões tomaram o rumo para compor as diretrizes do MS, na medida em que estejam ou não, concretizadas no serviço:

A *prevenção*, como meta estabelecida pelo MS, ainda não se encontra concretizada no serviço e também nos serviços de saúde do município, embora algumas Unidades Básicas de Saúde possuam uma agenda direcionada para a prática. A equipe não tem clareza de como realiza-la, se no CAPSad, pelos redutores de danos, ou no território com a ajuda da rede assistencial. É mais uma questão para ser administrada pela equipe, pois ao CAPSad chegam pessoas já bem envolvidas com a problemática das drogas e a *prevenção* fica como uma ação distante, tanto do CAPSad, como do território.

O *controle social* é considerado uma necessidade, os espaços coletivos encontram-se em processo de construção, mas ainda não foram totalmente conquistados. Será preciso resgatar a assembléia geral em suas reais finalidades, com a participação efetiva dos usuários, da comunidade e dos

familiares. O trabalho com as famílias está sendo discutido na equipe, para que seja instaurado no serviço. No que tange ao município, há muitas carências. A Comissão de Saúde Mental foi desfeita e precisa ser resgatada de forma adequada; o debate social sobre saúde mental não existe, pelo menos de forma socialmente visível.

A gestão local, isto é, o espaço coletivo dos profissionais existe e acontece semanalmente em reunião de equipe, é um acontecimento democrático das relações entre os profissionais, porém também um local de conflitos tensões e de ocorrências de contradições. A equipe procura ajudar os usuários a conquistar esse espaço com participação na comunidade: com passeios, caminhadas, participação em feiras, aos domingos, no centro da cidade; cursos (redução de danos, primeiro emprego, manipulação de alimentos, cabeleireiro); esportes, competições entre bairros; etc. Salientamos que as participações na comunidade são acompanhadas na maioria das vezes pelos profissionais do CAPSad.

Para que as relações institucionais não se caracterizem por relações verticalizadas e tuteladas, comumente vistas no modelo tradicional, é preciso que esse campo democrático se estenda à comunidade. Essa conquista provoca as transformações nessas relações, que são necessárias à mudança paradigmática e saída da assistência tradicional para atenção psicossocial (COSTA-ROSA, 2006; YASUI, 1999).

Com relação à *intersectorialidade*, as conquistas estão aquém das necessárias para a efetivação de uma *atenção integral*. As redes de atenção de saúde do município não disponibilizam ações para usuários de drogas, o acesso à saúde geral e bucal é difícil (é constatação também dos usuários). O fato é que não há o cumprimento das determinações ministeriais quanto a ser a rede básica de saúde o lugar privilegiado para as mudanças de atendimento e de relação com a saúde mental. As redes sociais às vezes estão um pouco mais acessíveis desde que a equipe respalde os usuários, essas redes são articuladas com as Secretarias Municipais de Assistência Social, Esporte e Cultura, Secretaria da Mulher, com empresas privadas, representações sociais etc.

A política de saúde integral ao usuário de drogas ainda é um desafio para o município. Pensando a articulação com outras instâncias políticas e sociais, a situação pode melhorar um pouco, já que os usuários, por intermédio do trabalho da equipe junto às parcerias, podem participar de projetos oferecidos à população. Além disso, a equipe busca na comunidade outros recursos substitutivos. Porém, não é uma tarefa fácil, as portas normalmente estão fechadas e os profissionais precisam gerenciar a participação dos usuários para assegurar a permanência deles nos projetos e nos trabalhos da comunidade.

A Redução de Danos está contemplada no serviço. São os redutores de danos que vão ao *território*, fazem as intervenções e consideram que é uma estratégia pilar, sustentadora do trabalho realizado em um CAPSad. Aqui cabe relatar os resultados da discussão realizada com os redutores de danos e a supervisora deles no CAPSad.

*No território faltam estruturas que dêem conta da saúde, os serviços oferecidos não correspondem às necessidades da população, as Unidades Básicas de Saúde trabalham com agendas, e há pouca oferta de consultas.*

*Nós não temos acesso a serviços comunitários quando eles existem.*

*A relação com o território é difícil, sofre-se discriminação e exclusão pelo tipo de trabalho que realizamos. A comunidade não entende o que é redução de danos, muitos acham que é incentivo ao uso de drogas.*

*Há falta de valorização do trabalho do redutor, aqui dentro do CAPSad, como lá fora. Não temos espaço para atendimento dos usuários e temos de fazer a ponte do território com o serviço, acompanhar o tratamento das pessoas que encaminhamos aqui dentro, e o trabalho é sempre individual. Porém, podemos e fazemos, trabalho em grupo também, geralmente informação sobre redução de danos.*

*A internação psiquiátrica é um problema, vem aumentando no município, o CAPSIII encaminha, é só o usuário chegar lá e ter vaga no hospital.*

*Temos dificuldade em exercer nossas funções no território, falta transporte, médico para o atendimento das questões clínicas dos usuários que são da rua e precisam desse atendimento.*

*No CAPSad não tem seguranças e os funcionários são na maioria mulheres, às vezes nos sentimos inseguros com os usuários, que são de população de rua, egressos do 4º. Distrito policial, que cometem roubos, assaltos. Algumas vezes sofremos algum tipo de ameaça porque lidamos com eles em campo.*

### 3 Configuração dos Dados e Análises Conjunturais

---

*O CAPSad incorpora a estratégia de redução danos teoricamente, mas a prática precisa avançar. As ações em território se perdem no serviço, os profissionais têm idéia diversificada sobre ela. É preciso capacitação.*

Detectamos um problema a ser resolvido entre equipe de redutores de danos e equipe de CAPSad, pois esta é a impressão que passa ao ouvi-los. São equipes diversificadas dentro de um mesmo serviço e essa dicotomia na equipe dificulta o trabalho e impede transformações.

Os redutores de danos sentem-se também desvalorizados pela equipe do CAPSad. Necessitam do reconhecimento da importância do trabalho que realizam no território e na instituição. Reivindicam um diálogo com a equipe e expressam um desejo de pertencer a ela. Esta questão foi levada para a reflexão nos encontros da equipe.

Outro aspecto levantado nas discussões com os redutores de danos, refere-se ao funcionamento do CAPSad quanto à sua população adolescente e também às relações com os serviços que deveriam manter uma relação de parceria. Nesse aspecto, afirmam que é possível a atenção de adultos e crianças no mesmo espaço físico e a problemática deve ser unificada nessas populações. Comentam que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), parceiras no território, não encaminham usuários de drogas ao CAPSad, por não o conhecerem. Neste ponto, outra afirmação categórica surge dos redutores de danos: *se conhecessem o CAPSad, este não daria conta, pelo tamanho da demanda que geraria do território.*

Este relato nos revela que o CAPSad ainda não se constitui como uma instituição com visibilidade social definida. Os profissionais estão empenhados em propostas de informação à população sobre o serviço, mas não está sendo uma tarefa fácil. No CAPSad, tudo parece ser difícil.



### 3.4.3 O GRUPO DOS USUÁRIOS DO CAPSad: O SENTIDO DO SABER OU O SABER DO SENTIDO

Mas o que há de mais extraordinário neste estado excepcional do espírito e dos sentidos, que posso sem exageros chamar de paradisíaco, se o comparo às pesadas trevas da existência comum e cotidiana, é que ele não foi criado por nenhuma causa visível e fácil de ser definida. (BAUDELAIRE, 2005, p. 11).

Para a condução desse grupo, utilizamos a livre expressão verbal e comunicativa manifestada pelos usuários do serviço. Deixamos livre a condução dos temas por eles abordados. a nossa postura foi escutar e procurar dar sentido a essa escuta, como forma de participação.

No primeiro encontro com o grupo de discussão, os usuários utilizaram o tempo para compor uma série de reivindicações do que consideram direitos e que não foram contemplados no CAPSad, segue alguns relatos:

*A secretaria não dá passe- livre suficiente, dá um passe para a gente ir embora do CAPSad, mas para voltar no outro dia não tem. A CMTU (Companhia Municipal de Transportes Urbanos) não fornece passes suficientes. Os funcionários se reuniram com eles e estão negociando o aumento.*

*Nós somos pessoas desempregadas, sem dinheiro até para passagem de ônibus.*

*Existe uma "bolsa", ajuda de custo, mas só para os moradores de rua. O serviço social do Programa Sinal verde é quem cuida disso e eles "investigam" a vida das pessoas para ver quem pode ou não receber a bolsa. Às vezes achamos essa investigação ruim.*

*O que a gente gostaria é que esse benefício fosse para todos que estivesse em tratamento e que fosse transitório até que a gente tome um rumo na vida, conseguir emprego com registro. Para isso o CAPS teria que ofertar cursos profissionalizantes.*

*Não é fácil arranjar emprego, não querem dar para dependente químico, acham que vão sempre ter 'recaídas'. Se a gente fala que é daqui, aí é que não dão emprego. Não tem jeito mesmo, só resta pedir a Deus uma nova oportunidade, rezar, ter fé. Não queremos esmola, só emprego, casa, família.*

Discursos como esses podem revelar ambigüidade, não querem esmolas, querem emprego, ao mesmo tempo em que solicitam benefícios sociais destinados aos que estão na indigência. Percebemos as ambigüidades no discurso, que revela resignação e reivindicação, encontrados em populações segregadas, que buscam igualdade social.

Em outro encontro, os usuários falaram sobre o serviço, a busca por terapia e a satisfação das expectativas, geralmente satisfeitas pelos “funcionários” (é desta forma que denominam a equipe). Gostariam de ter mais horário de participação e, desta forma, acreditam, ficariam mais tempo longe das drogas. O CAPSad é visto como um local que lhes dá contenção e continência. E os profissionais são considerados muito dedicados e competentes em suas funções, mas estão sobrecarregados e a equipe precisa de ampliação.

Num dos encontros de discussão realizados, um usuário comenta:

*Não vejo a hora de acabar o fim de semana para voltar para as terapias no CAPSad. Aqui é como se fosse uma firma, não é fácil acordar às 06 horas da manhã e andar a pé até chegar aqui às 08 horas, e se a gente atrasa até perde o café, aí temos que esperar até o almoço para comer. É só gostando muito daqui para não faltar.*

*Aqui eu esqueço as drogas, a tristeza, é outra realidade, mas lá fora é diferente, a rua é perigosa para “usuário” em qualquer lugar tem droga e a gente consegue até sem dinheiro. Aqui temos os funcionários que nos tratam com amizade.*

Algumas vezes empreendem um discurso político e com críticas gerais sobre a política de saúde. Citamos abaixo alguns fragmentos dos relatos para ilustrar as idéias colocadas:

*O sistema de saúde está defasado, falta tudo, não corresponde às necessidades da população, que também não tem acesso, o povo fica esperando muito tempo pelo atendimento e se revolta, aí depreda o serviço.*

*Algumas regiões não têm UBS, as pessoas se deslocam para outras, em outros bairros e provocam acúmulo de atendimento.*

### 3 Configuração dos Dados e Análises Conjunturais

---

*A cidade está saturada, há muita necessidade de atendimento, muitos chegam de outros municípios porque aqui o sistema de saúde é mais completo.*

*Contam que a cidade não trata bem seu cidadão, mas chega muita gente de fora sem condições, para morar aqui e aí temos o aumento de morador de rua, de usuário de bebida alcoólica e drogas.*

*Faltam políticas públicas, falta ética na política e temos excesso de corrupção.*

*A prefeitura deveria voltar a ter a frente de trabalho, porque dava emprego para quem não tinha qualificação. Agora poderia fazer estudos para oferecer cursos de profissionalização, o suficiente e também ofertar empregos.*

Acreditam que o trabalho diminui o uso das drogas, os roubos, furtos, pois os usuários de drogas praticam infrações para conseguir a droga. Sentem a discriminação social e os preconceitos. Até a forma como se vestem é motivo para serem discriminados e até impedidos de participar de espaços públicos na comunidade, nesse aspecto eles comentam:

*Eu ando mal-vestido e com chinelos, porque não posso me vestir melhor, quando ando nas ruas, as pessoas me olham com desprezo, da cabeça aos pés, se vou passear na rodoviária, corro o risco de ser preso, confundido com marginais, somente pelo modo de me vestir. Eu então vou embora, para não ter mais constrangimento.*

*É duro para nós, não podemos participar como todo mundo dos espaços da cidade, nem nos conhecem e já discriminam, só porque somos pobres, não temos casa e nem roupas sociais. Vejo que nem é pelo uso de drogas, porque os ricos se embriagam, usam drogas fazem besteiras como todos nós, mas têm dinheiro e a sociedade não vê isso, até escondem e abafam os escândalos e até os crimes cometidos.*

*Os ricos, os que têm status social, eles dizem que são usuários de álcool social, nós também não poderíamos ser?*

*Os usuários da classe baixa são discriminados, até pela própria classe, somos mais vistos pelo negativo de nossas vidas.*

O lugar social para essas pessoas está associado à discriminação, ao preconceito e à exclusão. Isso determina uma visibilidade negativa perante a sociedade. Percebemos o moralismo social presente, os usuários sabendo fazer a distinção precisa do uso de drogas entre a classe social abastada e a pobre, de “baixa renda” ou “portadoras de necessidades”.

Destacamos alguns pensamentos emitidos no grupo, relacionados à vida e às drogas:

*É uma destruição em minha vida.*

*É um refúgio, um amenizante da dor do corpo e da mente.*

*Sou um usuário “clínico geral” uso de tudo um pouco.*

*É uma coisa que falta, mas também pode ser uma fuga.*

*Não tive nenhum benefício com a droga, só prejuízo.*

*Ao usar a droga, não vejo que me sinto mal, crio outra realidade, o delírio.*

*Manipulo as pessoas, eu mesmo e a vida.*

*As pessoas não param de usar drogas pelo amor, mas pela dor.*

*O mundo das drogas não é fascinante, o problema é que somos fracos para sair dele.*

Nos encontros com os usuários do CAPSad, fomos convocados à reflexões coletivas a respeito do tema vida contemporânea e droga, e reafirmou a complexidade desse conhecimento e o tanto que temos de transformá-lo nas práticas sociais.

Tivemos oportunidade de conviver com pessoas, cuja dimensão de vida ultrapassa a capacidade do saber e das ações das ciências políticas, sociais e de saúde. O entendimento da drogadição num contexto atual deve passar por várias instâncias do conhecimento, o diálogo perpassaria as instâncias

### 3 Configuração dos Dados e Análises Conjunturais

do processo de subjetivação, da problematização das demandas, do consumo e suas várias faces na contemporaneidade. Um campo inesgotável, confrontável com o tempo relativo desta pesquisa. Temos muito o que dialogar e aprender sobre esse tema em estudos futuros.

## 4 Análises: o Campo do Conhecimento

## 4.1 O CONHECIMENTO DA INSTITUIÇÃO CAPSad: A SÍNTESE DOS FENÔMENOS IDENTIFICATÓRIOS

Há entre o discurso e a prática institucional a mesma distância que entre palavra e gesto. Muitas vezes, não só não há coerência entre um e outro, como há nítida oposição (LUZ, 1986, p. 65).

No capítulo anterior, buscamos o conhecimento da realidade concreta institucional, de modo que pudéssemos configurar o conjunto dos fenômenos ali desenvolvidos, vivenciados e transformados. Captamos o discurso universal e as lacunas por onde as práticas se efetivam, diferentemente da universalidade instituída ao realizarmos um trabalho participativo. Tivemos a oportunidade de criar novos campos de produção e reflexão crítica e redimensionar o conhecimento instituído, com a construção de um espaço de intercessão a partir do Grupo de Discussão realizado com o envolvimento dos profissionais e dos usuários. Com o resultado dos procedimentos metodológicos, realizamos o confronto dos discursos como enunciados dos saberes e das particularidades práticas. Este resultado configurou a síntese institucional e definiu para a pesquisa a singularidade do CAPSad.

Os Centros de Atenção Psicossocial instituíram-se historicamente para operar práticas inovadoras dentro da Atenção à Saúde Mental e com isso romper com a lógica e com as práticas do modelo psiquiátrico clássico. Seria esta sua identidade histórica: constituir-se como estabelecimento que mantém uma lógica e uma prática institucional capaz de diferenciar-se da instituição psiquiátrica e do discurso hegemônico que opera nas instituições tradicionais de saúde mental. Nesse caminho, caracterizado por um saber e fazer diferenciado nos Caps, o movimento da radicalidade será pelo saber e por práticas radicalmente opostas ao instituído pelas instituições clássicas de saúde mental. A respeito dessas novas práticas, Barembliitt (1998, p. 30) nos diz,

Tudo isto, naturalmente, só adquire dinamismo através dos *agentes*. Nada disso se mobiliza, nada disso pode operar senão através dos agentes [...]. E os agentes protagonizam *práticas*. Práticas que podem ser verbais, não verbais, discursivas ou não,

práticas teóricas, práticas técnicas. Mas é nas ações que toda essa parafernália acaba por operar transformações na realidade.

No caminho investigatório da pesquisa neste campo institucional, encontramos a identidade do CAPS, suas influências, o que existe de instituído e instituinte, o que — nesse sentido — existe como consenso, ou mesmo, provoca uma “crise” ou “choque”. O compromisso da pesquisa, na busca da realidade institucional foi por manter a dialética do pensamento como discurso do saber e a práxis existente. A partir desse conhecimento conjunto, construímos as categorias que embasam e dão sentido ao capítulo e que representam a síntese, ou as singularidades encontradas no CAPSad. Essas singularidades definem um sentido captado nos momentos de revolução, de criatividade e de propensão para as transformações, ou contrariamente, de imobilidade e de conformismo nesse CAPSad.

No contexto de nossa pesquisa há parâmetros institucionais, como também extra-institucionais, que dentro de um novo pensar, no âmbito da Saúde Mental, adquirem uma importância fundamental. Entre eles podemos citar os campos social, político, econômico, clínico, etc.

Prosseguindo nosso caminho, revisamos nossa pauta investigatória sobre a atuação do CAPSad — estabelecimento de Saúde Mental destinado à atenção e cuidado a usuários de álcool e outras drogas — em conformidade com as perspectivas e princípios da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial e das diretrizes do Ministério da Saúde.

#### **4.1.1 A LÓGICA INSTITUCIONAL: O SOCIAL, O PEDAGÓGICO E O RELIGIOSO**

Buscando responder a uma questão inicial sobre a definição de uma instituição de atenção para usuários de álcool e outras drogas a partir do estudo deste CAPSad, realizamos no capítulo anterior o trabalho de análise da universalidade das ações, da leitura dos conceitos e suas práticas, num



empreendimento que se deu por meio da Observação Participante e discursiva com os profissionais e usuários do Grupo de Discussão. Também recorreremos ao documento formal institucional, representado pelo Projeto Institucional denominado de Projeto Pedagógico. Como síntese apontamos em seguida, as características fundantes do processo de identificação da instituição.

Em seu Projeto Institucional (documento formal do CAPSad) e no resgate histórico da origem, a implantação desse novo serviço de saúde mental no município é marcada pelo que o poder público local entendia como resposta social e de saúde para as crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas que viviam na rua em conflito como a Lei e com a sociedade local. A sociedade reivindicava e exigia uma solução para o problema. A implantação desse serviço aconteceu por esse viés social, para responder ao apelo da população. O resultado foi a criação de um serviço público de saúde mais preocupado com o controle social, do uso de álcool e outras drogas, que propriamente em desenvolver ações para uma assistência clínica em Saúde Mental.

Embora o serviço não tenha realizado internamento em regime fechado, devido a pressões de grupos opositores a essa forma de tratamento, funcionou como Comunidade Terapêutica, cujos fundamentos teóricos e práticos eram condizentes com a CT tradicional, baseados em programa terapêutico-educativo, formação de grupos para as atividades terapêuticas (que valorizam a atividade), a produção de trabalhos manuais dentro da instituição. Mantinham ainda um programa educativo com imposições de valores, idealização religiosa, assistencialismo e práticas de estímulo à espiritualidade.

O contexto terapêutico-educativo, social e religioso permanece nos discursos e nas práticas locais e está formalmente assegurado pelo projeto institucional do CAPSad (Projeto Pedagógico) cuja missão é ser referência para as questões relacionadas a álcool e drogas dentro de uma visão bio-psico-social e espiritual — como comentamos no capítulo anterior. Destacamos que os campos social e espiritual estavam bastante evidentes, no cotidiano, durante o período da investigação. O contexto das ações clínicas condizentes com uma instituição de

saúde foi o menos visível e só o encontramos representado no pequeno espaço terapêutico produzido nos encontros com o profissional psicólogo, até porque não existe o profissional médico no local. É importante ressaltar ainda a falta de um planejamento clínico terapêutico em conformidade com a realidade da população atendida, pois há uma grande preocupação em atender às pressões sociais que chegam como pedidos dos diversos seguimentos representativos.

As determinações do setor administrativo evidenciam as condições sociais adversas, presentes na população atendida e, em parcerias com entidades sociais assistencialistas, indicam ações a serem efetivadas pelos profissionais da saúde e da assistência social. Não há uma problematização das reais condições sociais, econômicas, políticas e de saúde que envolvem a população usuária da instituição. Os profissionais ainda permanecem envolvidos com as questões sociais, educativa e pedagógica e nesse contexto constroem suas práticas.

O CAPSad pesquisado apresenta um discurso universal direcionado para o aspecto social, captado como seu pólo dominante. Esta singularidade foi apreendida na dialética do cotidiano, embora, também tenhamos encontrado, fortemente instituído, o discurso da pedagogia e da espiritualidade. As práticas, de um modo geral, estão bastante articuladas com esses saberes instituídos e formalizados em documentos administrativos. A pesquisa também mostrou outro pólo, não dominante, emergente, instituinte, que configurou outro espaço, não hegemônico — a abertura para outro fazer, um novo pensamento que podemos pensar como possível articulador de uma práxis psicossocial futura, dentro da instituição, porque no momento da pesquisa, esses discursos inovadores estão dissociados das práticas.

Finalmente, quanto à identidade do CAPSad, podemos deduzir com a análise da instituição, que nela se articulam contradições e conflitos decorrentes dos vários conceitos, discursos, saberes e práticas que direcionam seu funcionamento para os dois paradigmas de saúde mental vigente, o Paradigma Psiquiátrico tradicional, este apontado como a vigência dominante e o Paradigma Psicossocial, presente, mas ainda pouco visível e pouco consistente

no local. A existência desses dois paradigmas funcionando dentro do CAPSad, não é surpresa, pelo que vimos nos textos teóricos apresentados no Capítulo I. O paradigma emergente (Psicossocial) coabita com o dominante (Psiquiátrico) tendo em vista que essa convivência caracteriza a transição paradigmática em Saúde Mental. O que causa surpresa é o avanço de medidas tradicionais embutidas nas ações terapêuticas-educativas e assistenciais praticadas no CAPSad.

A seguir demonstraremos o que elaboramos como síntese, do que esse estudo buscou como objetivo central (analisar os discursos e as práticas do CAPSad no contexto da Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial, do Modo psicossocial e das Diretrizes Ministeriais). O que encontramos como consequência do trabalho dialético produziu o conhecimento institucional, observando-se que este conhecimento aconteceu a partir de um movimento e não se efetiva na totalidade dos fatos e eventos da instituição.

#### **4.1.2 O CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CAPSad**

A RP e a AP são referidas no Projeto Pedagógico institucional como princípios que devem ser seguidos no CAPSad para uma atenção antimanicomial. Porém não foi detectada na pesquisa discussão a respeito da RP, nem dos princípios para uma atenção antimanicomial. A *desinstitucionalização* como eixo central conceitual e prático capaz de provocar rupturas na hegemonia tradicional, não foi encontrada como discurso e nem como práticas. Nas discussões em grupo, os profissionais falam da *desospitalização*, consideram o hospital psiquiátrico como instituição total provocadora de isolamento, de incapacidade, de exclusão, de violência e de falta de humanidade no tratamento. Entretanto, os profissionais encontram muita dificuldade em atingir o propósito de uma prática psicossocial. Essa dificuldade está associada a fatores relacionados à gestão pública, que ainda não assimilou nem assumiu de forma definitiva a proposta psicossocial; aos serviços públicos e privados que mantêm lógicas e práticas tradicionais; e à população que, no geral, orienta-se pela

tradicionalidade dos serviços de saúde oferecidos. Conclui-se, assim, que os princípios da RP e AP ainda não se constituem como um fato de consenso social, dentro e fora do CAPSad.

Em conseqüência da pouca difusão dos conceitos e práticas psicossociais, a hospitalização é bastante utilizada, inclusive pelos profissionais do próprio CAPSad, mesmo que levem em consideração a violência e a desumanidade provocada pela internação em hospital psiquiátrico. Nesse sentido, é necessário frisar a contradição entre o discurso e a prática, daquilo que para a RP é fundamental: a prática de uma atenção antimanicomial. Esta constatação indica que nesse CAPSad, ainda não é possível o tratamento de usuários de álcool e outras drogas sem o recurso da internação psiquiátrica. Em síntese, a equipe e a gestão pública, não estabeleceram estratégias de substituição do hospital psiquiátrico para tornar esse CAPSad um novo dispositivo de saúde totalmente atinente com os preceitos teóricos e práticos da RP e AP.

A RP é um “processo social e político, não apenas reforma na psiquiatria e nos serviços de saúde”, envolve profissionais, sociedade, usuários, familiares e gestores públicos (AMARANTE, 2007, p. 82). Os trabalhadores do CAPSad reconhecem a importância das discussões pertinentes ao movimento da RP como processo e a ausência dessa discussão impede seu avanço no local. Tivemos a oportunidade de desenvolver, durante o trabalho em grupo, reflexões sobre o tema e consideramos essa reflexão crítica impulsionadora de novas posições críticas surgidas no grupo.

#### **4.1.3 Os PRINCÍPIOS DO MODO PSICOSSOCIAL NO CAPSad**

O tema Psicossocial está associado ao da Reforma Psiquiátrica, no serviço pesquisado. Contudo, ele vem atravessado por outros saberes, principalmente, o social, o pedagógico e o religioso, como já comentamos em tópico anterior. O Modo Psicossocial, concebido por Costa-Rosa (2000, 2003, 2006), comentado no Capítulo I, está em oposição ao Modo Asilar. Caracteriza-se por novas estratégias de atenção em Saúde Mental, que pretende superar o

modelo psiquiátrico clássico. O modo psicossocial supõe o desenvolvimento de um novo paradigma, em contraposição ao paradigma dominante em Saúde Mental. No entanto, no CAPSad pesquisado, o Modo Psicossocial, não se encontra ainda estabelecido como discurso ou como prática.

Vejamos o por quê. O serviço foi criado para responder às necessidades da sociedade quanto às questões do uso de álcool e outras drogas. Os interesses dos usuários ficaram em segundo plano. Para o credenciamento no Ministério da Saúde, uma equipe multiprofissional foi instituída, a fim de organizar o projeto terapêutico da instituição e as atividades terapêuticas necessárias à situação clínica e social daquele grupo específico. Depois de várias reuniões, a equipe instituiu a forma de tratamento que seria adotada na instituição, porém, os profissionais não sabiam muito bem como deveriam estruturar o projeto terapêutico, destinado aos usuários, que envolvesse a produção de subjetividade, de vida e de saúde. E que também contemplasse as novas diretrizes do Ministério da Saúde quanto a promoção e reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas.

Ficou evidente, na pesquisa, que o trabalho terapêutico com os usuários visa à produção de saúde como oposição à doença, e é ainda conduzido em bloco, com várias terapêuticas alternativas, que nem sempre contemplam as particularidades e as singularidades de cada um dos usuários, mas oferecem uma resposta imediata aos pedidos e as às queixas apresentadas por eles. Neste caso, o trabalho terapêutico funciona como “apagar fogo” segundo definição da própria equipe. Porque está voltado para atender às questões imediatas. A equipe não tem clareza de como estabelecer um plano terapêutico individual que contemple as subjetividades de cada usuário, e de que maneira envolver o usuário nesse plano. Em suma, o plano terapêutico individual ainda obedece às terapêuticas pré-estabelecidas por um projeto institucional, que apresenta vários eixos teóricos, contraditórios, algumas vezes fora do contexto para uma instituição de saúde ou confusos para a sustentabilidade das práticas e por conhecimento técnico do profissional. O usuário tem pouca participação e autonomia em seu tratamento dentro da instituição.

Os profissionais aprenderam sobre os CAPS no cotidiano da instituição. Alguns membros da equipe iniciaram suas atividades profissionais em instituições tradicionais, como hospital psiquiátrico, Comunidade Terapêutica, instituições religiosas de tratamento ou instituição psicanalítica, e levaram ao CAPSad o conhecimento e a prática desses locais. A maioria não teve capacitação e nem supervisão para a qualificação profissional dentro dos preceitos psicossociais. Alguns profissionais participaram de cursos e capacitações específicas, mas que foram insuficientes para um aprendizado psicossocial. Em consequência, os saberes e as ações são variados e, na maioria das vezes, pautados no conhecimento adquirido em instituições de saúde tradicionais. A pesquisa indicou que a equipe apresenta um olhar e um discurso para a existência-sofrimento do usuário, mas, as ações estão, em geral, pautadas no tradicional. Na prática, a ruptura com o tradicional é um desafio.

O estudo indicou que a família dos usuários raramente participa de encontros com os profissionais e não há um trabalho familiar, nem elaboração de um plano de participação nas decisões institucionais. As decisões no CAPSad, de um modo geral, ainda são tomadas de maneira verticalizada, de cima para baixo. Há insuficiente participação social para que se faça presente o jogo dialético, diferenciador dos interesses da sociedade e dos usuários. Isso caracteriza um modo de funcionamento tradicional, uma hegemonia a ser rompida.

Podemos sintetizar como singularidade deste CAPSad pesquisado que as concepções psicossociais encontradas como discurso, como enunciados teóricos, não mantêm uma relação de proximidade com as práticas realizadas no cotidiano.

#### **4.1.4 O CAPSad E AS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Focamos nossa análise final a partir da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que é a diretriz oficial do MS para o tema. O CAPSad é um dispositivo de tratamento para usuários de drogas,

dentro da rede comunitária de atenção à Saúde Mental. A vigência dessa política elaborada pelo Estado possibilita a mudança do modelo assistencial e o desenvolvimento técnico-assistencial numa perspectiva psicossocial.

Os encaminhamentos das questões álcool e drogas estão diretamente articulados com essa política, a qual representa a lógica que deve ser construída nos CAPSad, por ele ser a “principal estratégia de tratamento para álcool e drogas” (BRASIL, 2007, p. 35). Quanto a esse enunciado, antes de prosseguirmos nossa síntese, apontamos uma contradição elaborada pelo MS, quando afirma que a rede básica de saúde “é o lugar privilegiado para as questões de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2004b, p. 25). Vejamos o efeito dessa contradição na construção de estratégias que visam à efetivação das diretrizes públicas na reorganização da atenção aos usuários de álcool e outras drogas dentro do CAPSad pesquisado.

Consideramos que o Ministério da Saúde por meio de suas Leis e Portarias possibilita a criação de experiências que podem ser inovadoras para a Atenção à Saúde Mental, baseadas em princípios psicossociais. Porém, podem também reproduzir experiências tradicionais que não rompem com o modelo de atenção tradicional. Os CAPSad, segundo a Política do MS, são dispositivos estratégicos de tratamento para usuários de álcool e outras drogas e devem assumi-los de modo integral e articulado com a rede básica de saúde e social para realizar ações de prevenção, tratamento e reabilitação. O MS exige a ruptura da lógica a qual associa álcool e drogas com comportamentos anti-sociais ou a criminalidade e a tratamentos que têm como único objetivo a abstinência. Estabelece que a Redução de Danos seja uma estratégia de tratamento dentro dos CAPSad e que a Intersetorialidade seja um fator de aproximação da rede de atenção comunitária constituída pela Rede Básica de Saúde e os CAPS e as redes sociais e de saúde presentes no Território. Estas, por sua vez, constituirão a rede de recursos extra-institucionais necessários para a construção das novas propostas em Saúde Mental.

A pesquisa indicou que as diretrizes ministeriais acima comentadas ainda se constituem como recomendações no município e no

CAPSad. A instituição ainda não se constitui como uma experiência transformadora e que reproduz em seu cotidiano ações tradicionais. Na instituição, as ações determinadas por essas diretrizes são insuficientes. Este foi um aspecto importante evidenciado pelo estudo e surpreende pelo fato do CAPSad estar formalmente credenciado pelo MS e manter, nesses dois anos de credenciamento, as dificuldades em estabelecer recursos e criar dispositivos para efetivar ações psicossociais.

O conhecimento deste CAPSad, proporcionado pela pesquisa, por meio do raciocínio dialético, trouxe visibilidade e possibilitou a reflexão a respeito de algumas questões levantadas no capítulo introdutório do estudo, sobre os novos serviços de Saúde Mental, o quanto ainda estão influenciados pelo modelo psiquiátrico tradicional, o quanto as ações dos trabalhadores ainda não são transformadoras ou inovadoras para o novo paradigma em Saúde Mental, denominado de Psicossocial.

Expomos, ao término da leitura institucional, os fatores que, de maneira direta, dificultam o funcionamento do CAPSad e são impeditivos para ele se constituir num Centro de Atenção Psicossocial nos princípios da Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial e nas diretrizes da política do Ministério da Saúde:

- ▶ Rede Intersetorial não integrada entre si, no Território ou com o CAPSad.
- ▶ Território com carências de políticas públicas e por isso fragilizado e sem diálogo com o CAPSad.
- ▶ Ausência de um eixo teórico e prático psicossocial, norteador da práxis institucional.
- ▶ Discurso Psicossocial fragmentado na instituição e que, por isso, não articula práticas psicossociais.



- ▶ Rede Básica de Saúde e Programa Saúde da Família, não articulada de forma consistente com o CAPSad e despreparada para participar da atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas, tal como preconiza o Sistema Único de Saúde.
- ▶ Ausência de recursos substitutivos ao hospital psiquiátrico.
- ▶ Convivência atualizada, no município, de ações do paradigma psiquiátrico tradicional, representado pela instituição fechada — o hospital psiquiátrico e suas diversas representações locais e de ações dos serviços abertos — , representados pelos CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde no município.
- ▶ Falta de capacitação e supervisão para a equipe dentro de um enfoque psicossocial.
- ▶ Ausência do profissional médico no local.
- ▶ Maior autonomia da equipe quanto a decisões políticas locais. Por exemplo: participar ativamente das decisões quanto a mudança do CAPSad para um local central, com aquisição de sede própria, decidir efetivamente na mudança do paradigma de atenção no local, dentre tantas outras decisões.
- ▶ Participações efetivas dos usuários da instituição, em seus planos terapêuticos individuais.
- ▶ Espaço de decisões políticas e assistenciais estendida aos usuários, familiares e aos componentes comunitários do Território.

- ▶ Maior integração entre os CAPS existentes no município, para que juntos empreendem estratégias de superação do paradigma psiquiátrico ainda muito vigente no município.

## **4.2 CONHECENDO O PERFIL SUBJETIVO E SOCIAL DOS USUÁRIOS E A POSIÇÃO INSTITUCIONAL**

O trabalho realizado com os usuários do CAPSad constituiu-se em uma experiência rica e singular, seja no contato direto informal, seja numa observação participativa, no cotidiano da instituição, ou no grupo de discussão que foram os elementos de nossa metodologia.

Nos momentos de observação, às vezes até contemplativa dessas pessoas, as quais, para muitas outras, podem causar inquietação e estranheza à primeira vista, para nós, significava compreender a realidade daquele grupo social, do qual víamos sobressair suas particularidades, suas dinâmicas e vivências de vida que, naquele ambiente, ressaltavam as questões sociais e, nas entrelinhas, as subjetividades.

Durante a convivência participativa, observamos, mesmo por estar muito visível, o relacionamento humano, as expressões faciais, o próprio estado físico, a indumentária, os adornos e o modo como eram colocados no corpo. Tudo isso tinha significados que eram compartilhados, talvez uma forma de identidade ou para indicar um grupo social.

Notamos, de um modo geral, que são alegres, contestadores, gostam de brincadeiras e, mais que tudo, gostam de manifestar ironia, principalmente, quando se referem a políticos, política pública e aos serviços públicos. Não expressaram, na maioria das vezes, tristeza, melancolia, raiva, hostilidade. Às vezes vinham de suas casas, abrigos ou rua, com alguma expressão de aborrecimento e mudavam o estado de humor, quando usavam droga. Detectamos, em dois usuários, sinais evidentes de processo depressivo.

Um deles decidiu internar-se no hospital psiquiátrico, a outra preferiu recolher-se na sua tristeza e recusou contato naquele dia.

Manifestações de agressividade, durante o tempo da pesquisa, foram raras, mas a equipe presenciou bem mais. De um modo geral, não detectamos um ambiente agressivo, não confirmando desta forma, a noção instituída socialmente, que associa o uso de drogas à agressividade. Há uma aparente passividade e sujeição às normas e programas institucionais. Essa passividade e sujeição desapareceram no momento em que criamos um campo dialético de reflexão, o que aconteceu por ocasião da criação do Grupo de Discussão com eles. Nesse grupo, houve liberdade de expressão e ficou evidente o quanto eles podem se apresentar ativos e contestadores, em harmonia com o campo dialético existente ou forjado no grupo.

Socialmente, são excluídos de uma vida cidadã, são marginalizados, estigmatizados, empobrecidos. Por toda exclusão sofrida, há um corte significativo nas vitalidades, nas potencialidades e possibilidades de realizações humanas. O que se apresenta para o cidadão como uma condição favorável de vida, para o cidadão usuário de droga está muito além do seu alcance social. Esse perfil social é emblemático, e define características dos usuários do CAPSad.

No trabalho desenvolvido durante o grupo de psicoterapia, tivemos oportunidade de perceber que a maioria dos usuários já estavam moldados socialmente, pelo discurso da incapacidade, da fraqueza psíquica e de caráter, de inabilidades e deficiências gerais para a vida. Em consequência das noções sociais internalizadas apresentam-se com baixa auto-estima, julgam-se vulneráveis e incapazes para cuidar da própria existência, a instituição nesse momento pode ocupar o lugar possível para a única possibilidade de existência de vida. O perfil subjetivo, no momento captado pela pesquisa, denuncia um assujeitamento institucional.

A clínica da drogadição, considerando seu contexto na saúde mental, esteve pouco visível durante todo o período investigatório da pesquisa. A

leitura dos aspectos clínicos e subjetivos que envolvem a problemática do uso de álcool e outras drogas, elaboradas com a finalidade de um trabalho terapêutico individual, estiveram pouco presentes. Acreditamos que isso acontece em função do discurso das práticas sociais dominantes. Analisando essa contradição, dentro de um serviço de Saúde Mental, sinalizamos com um alerta para o CAPSad: o fato de conduzir sua clínica voltada predominantemente para a condução das condições sociais, em detrimento das condições de saúde propriamente dita e da reflexão mais aprimorada sobre o sujeito e sua drogadição.

Entendemos que no novo paradigma Psicossocial de Saúde Mental, os fenômenos sociais, políticos, econômicos, financeiros e éticos se fazem presentes na condução da produção de saúde e essa produção deve levar em conta a individualidade para que se produzam novas subjetividades, desalienadas do discurso social (COSTA-ROSA, 2006). Nesse sentido, o CAPSad como intermediário na produção de saúde da população que lá procura tratamento, deve buscar se alinhar, assim como seus profissionais, a essas novas determinações, para que não se torne apenas uma instituição renovadora de antigas ações, mas que possa harmonizar os interesses institucionais, com os interesses dos sujeitos do tratamento.

Finalmente, o fenômeno contemporâneo da drogadição e do alcoolismo, não foram captados como parte das reflexões cotidianas dos profissionais do CAPSad. No entanto, evidenciamos a noção difundida no local por todos seus agentes (usuários e profissionais) de que a drogadição e o alcoolismo representam um fenômeno social de perdas, de indignância, de defeito de caráter e de doença. Ilustramos esse parágrafo com a citação de Birman sobre o alcoolismo e a moralidade contemporânea (1978, p. 304):

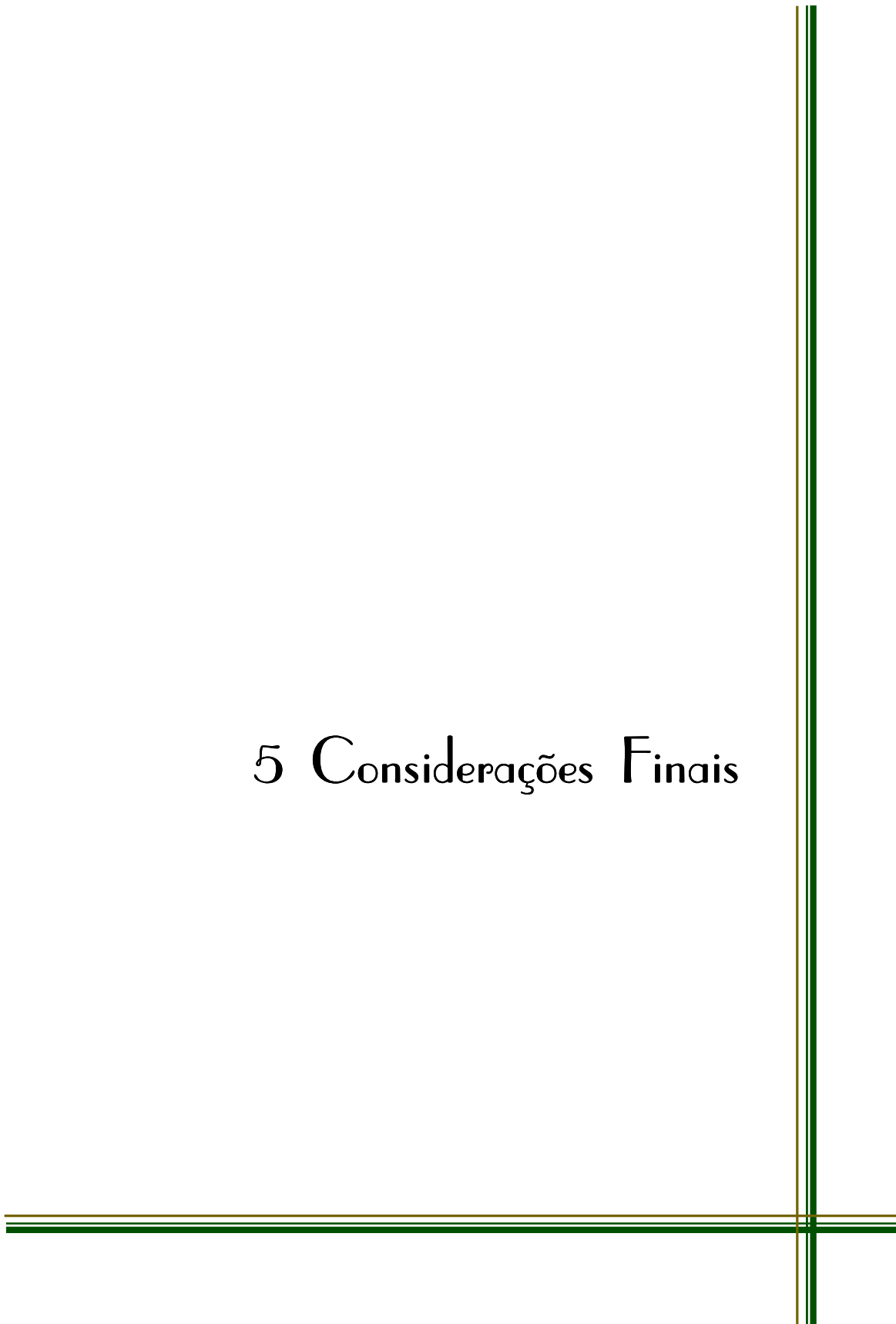
Intervir sobre o alcoolismo era uma medida de prevenção moral para os indivíduos e para a sociedade. Se ele se tornou um objeto de preocupações médicas, isto foi consequência das ameaças que representava para o sistema normativo.

De acordo com Santiago (2001, p. 9) o contemporâneo concebe o fenômeno da drogadição,

Segundo a visão normativa de um diagnóstico que torna a droga um dos responsáveis por grande parte dos flagelos por que passa o mundo contemporâneo. É inevitável não deixar de assumir uma visão crítica sobre a origem desse veredicto que condena a droga como um agente nocivo, veredicto que o próprio avanço da ciência vem corroborar. A supremacia dessa concepção repreensível, inclusive policial, da droga marca a convergência dos saberes médicos e jurídico, o que deve ser concebido como reflexo do que se pode designar *démanche* segregativa da ciência.

Podemos concluir que esses fenômenos vigentes na sociedade contemporânea, inscrevem-se na norma da ciência e da sociedade moralizante, e as instituições de Saúde Mental precisam dialogar com essas instâncias e promover reflexão crítica permanentemente. Será este um dos caminhos que poderá ser aberto para o CAPSad estudado. E porque não, para futuras pesquisas?

## 5 Considerações Finais



O vestígio é o aparecimento de uma proximidade, por mais distante que esteja daquilo que o deixou. A aura é o aparecimento de uma distância, por mais próximo que esteja daquilo que a suscita. No vestígio apossamo-nos das coisas; na aura, ela se apodera de nós (BENJAMIM apud COSTA, 2004, p. 11)

O estudo que empreendemos sobre uma instituição específica de Saúde Mental nos fez refletir que estudar e praticar a Saúde Mental em tempos pós-modernos, não foi uma tarefa fácil, porém nos conduziu, de alguma maneira, não a um fim, mas à reflexão dos fenômenos sociais que envolvem a problemática das drogas e das instituições de tratamento. No caso dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas, eles vêm se constituindo em um novo lugar de tratamento em vigência com os princípios da Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial e em conformidade com as novas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Quando pensamos em realizar uma análise dos discursos e das práticas efetuadas em um CAPSad, nossas questões partiram da inquietação provocada pelas dúvidas a respeito de como esses CAPS estariam desenvolvendo uma práxis que pudesse responder satisfatoriamente ao tratamento e à problemática que envolve o alcoolismo e as drogas na sociedade contemporânea. Convivemos com o fenômeno do aumento do uso de drogas pela população a cada dia e que, apesar das diversas tentativas de assegurar um “controle”, a experiência cotidiana nos diz que o controle está cada vez mais difícil e distante de nossa realidade.

Dentro desse cenário de escalada do consumo, o tratamento aos usuários de drogas, requer uma assistência numa visão de clínica ampliada, dada a complexidade do problema. Em função disso, os CAPSad adquiriu importância relevante no contexto das políticas públicas de saúde, precisamente porque o Ministério da Saúde em um dado momento assumiu politicamente a assistência dessa população e os CAPSad se tornaram o dispositivo principal de tratamento. A partir dessa proposta de assunção pelo MS, o enunciado desses novos serviços de Saúde Mental muda, no sentido de provocar rupturas nos enunciados

tradicionais que caracterizaram por muito tempo as instituições de tratamento para usuários de álcool e outras drogas. Foi nesse ponto que encontramos, no CAPSad pesquisado, os conflitos e as contradições pertinentes a esse discurso que não se encontra dominante e nem construiu de forma nem mesmo aparente, uma prática na instituição.

Nosso estudo pretendeu mostrar o CAPSad, seu enunciado como um discurso dominante e suas particularidades, assim como os diversos rumos da assistência, que permaneceram impressos e deram sua marca ao local, independentemente do que o Ministério da Saúde pretendeu imprimir com suas diretrizes. Os desvios teóricos e práticos das diretrizes propostas pelo MS são tentativas de assegurar seu lugar de cuidado e atenção, e constituíram-se como dimensão de sua singularidade. Esse desvio é importante, mais pela visibilidade que produziu nesse CAPSad, do que pela advertência que possa provocar.

Ao repensarmos nosso estudo, o início da nossa jornada no campo da análise, concluímos que nada pode se constituir como uma verdade absoluta, que não possa ser contestada. Esse campo dialético fez aflorar a reflexão sobre sociedade e as drogas e seus usuários na micropolítica do serviço pesquisado. Este campo teve pouca visibilidade e será importante que novos estudos surjam para dimensionar essas particularidades e produzir novas reflexões. Este é um dos aspectos que conferiram o caráter de continuidade a este estudo.

O alcoolismo e a drogadição no mundo contemporâneo estão situados no discurso da ciência social, médica e judicial. Numa normativa de doença e de danos físicos, tornou-se um importante alvo da Saúde Pública, que nesse campo inspira preocupações políticas para o tratamento clínico e para a prevenção. Outro fator de importância social, nacional e internacional refere-se às políticas públicas de combate, para as toxicomanias, que contextualizam combates especiais, envolve a polícia, o judiciário. Para o alcoolismo, as preocupações da sociedade e mesmo da medicina o inserem num contexto social e moral desde o início da história de seu tratamento.



Este estudo foi realizado no espaço intra-institucional. Os aspectos captados foram referentes à micropolítica dentro do CAPSad. O espaço extra-institucional, o comunitário e o Território como força política e social foram captados a partir do cotidiano do CAPSad. Tivemos a percepção de que outro estudo, paralelo e concomitante no território de abrangência seria muito importante para a apreensão de dados *in loco*, que com certeza traria contribuições pertinentes ao entendimento das possíveis causas de sua carência de políticas públicas e da falta do diálogo entre ele e o CAPSad.

Ao concluirmos esta pesquisa, algumas questões foram levantadas, como as que acabamos de citar e outras que desejamos compartilhar com os possíveis leitores desse estudo, e que suscitaram outras inquietações, diferentes daquelas com as quais iniciamos este estudo. Tais inquietações estão ligadas aos profissionais, aos usuários e mesmo ao setor administrativo.

Com respeito aos profissionais, embora de um modo geral, eles mantêm uma postura acolhedora e de disponibilidade para com os usuários, existem situações nas quais essa disponibilidade falha, por exemplo, quando o usuário comete um deslize pessoal envolvendo a justiça, o que presenciamos no local foi o abandono de quem praticou o deslize. Há uma alegação por parte da equipe de que há diálogo a respeito dessas situações e que há cobrança de bons princípios. Encontramos outras situações, como as dificuldades na atenção aos adolescentes e perguntamos, em que consistem tais dificuldades? É possível para esse CAPSad vencer esse impasse e desenvolver estratégias de superação?

Com relação aos usuários, é bastante inquietante o fato de estarem quase sempre submetidos ao discurso social. Porém, detectamos algo que chama a nossa atenção. Os usuários que apresentam essa postura são sempre os mais velhos em idade e com mais tempo de tratamento no local ou em outros estabelecimentos de saúde. Perguntamos então, será mesmo submissão ao discurso social, será uma forma de funcionamento subjetivo de sobrevivência ou oportunismo? Percebemos que os usuários falam pouco sobre seus envolvimento com furtos, contravenções ou prostituição e somente foram captados em momentos de sutilezas durante o encontro do grupo.

No que se refere às questões administrativas, a gestão pública tem convivência com a ressonância das diretrizes do Ministério da Saúde e com os princípios do SUS. Porém, não consolidam práticas nos serviços de saúde, inclusive no CAPS estudado, na proporção dessa ressonância. Esse fato ressalta uma fragilidade na construção de políticas consistentes, que geralmente mudam a cada mudança de gestor público. A Saúde Mental, no que diz respeito à assistência ao usuário de álcool e de outras drogas, não apareceu para esse estudo como uma prioridade de gestão.

As decisões das Conferências de Saúde, de Saúde Mental, referentes ao Álcool e às Outras Drogas, demoram a se tornar realidade no CAPSad. Encontramos um CAPSad de alguma forma isolado, não somente do seu Território, mas da Política Pública Municipal. Esta, evidentemente, submetida à Política Nacional.

É importante, para discussões futuras, destacar que a ausência do profissional médico ocorre quase sempre pela desistência em prestar assistência no CAPSad. A frustração provocada pelo insucesso no tratamento, aos moldes da atenção tradicional, baseado na cura, é um dos fatores que contribui para a desistência. A pesquisa também detectou a existência de discriminação entre os profissionais do CAPSad, até mesmo pelos colegas dos outros CAPS do município. Essas questões permaneceram intocadas, pois necessitaríamos de um tempo maior para a investigação mais consistente e reflexiva. Consideramos que essas questões dentre outras, mostraram nossa limitação na investigação, em função do tempo da pesquisa e por se tratar de um campo amplo e complexo.

Ao finalizarmos nossas considerações, ressaltamos que o trabalho de campo, mais especificamente o Grupo de Discussão no CAPSad, foi importante para a pesquisa, para a pesquisadora e para a equipe. Inauguramos no local o diálogo com a instituição por meio de seus atores sociais e produzimos com grupo, a intercessão possível para a produção do conhecimento. A equipe manifestou o desejo de apoderar-se desse recurso com a intenção de manter a continuidade das discussões dentro do CAPSad. Ressaltamos ainda, que, no final

deste trabalho de pesquisa, algumas das antigas reivindicações feitas pela equipe e usuários foram atendidas pelo gestor, como exemplo, a contratação de três médicos, um generalista com curso de extensão em saúde mental para atender aos adultos e um pediatra, especialista em hebiatria (adolescência) e em saúde mental, para o atendimento dos adolescentes, além de um psiquiatra que atenda também ao CAPSIII. As expectativas da equipe, quanto a esses profissionais, se dá na soma de conhecimentos para prosseguirem na busca das transformações.

Voltamos ao CAPSad alguns meses após o encerramento da pesquisa a pedido da equipe e, na oportunidade, falamos sobre o que a pesquisa encontrou a respeito das análises sobre a instituição. Assinalamos as análises quanto à identidade do serviço e os fatores que são impeditivos na construção psicossocial. A interlocução, como um diálogo social, foi a principal contribuição desta pesquisa, pois implica em continuidade e não se esgota no tempo da execução de uma pesquisa.

# Referências

- 
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida** – trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama – ENSP, 1995.
- AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE., P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica, In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- AMARANTE, P.; CARVALHO, A. M.T. Forças, Diferença, e Loucura; Pensando para Além do Princípio da Clínica. In: AMARANTE (Org.). **Ensaio**. Subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1998.
- BAUDELAIRE, C. **Paraísos artificiais, o haxixe, o ópio eo vinho**. Porto Alegre: L&PM. 1998.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BENELLI, S. J. **Pescadores de Homens a produção da subjetividade no contexto institucional de um seminário católico**. Dissertação de Mestrado. UNESP. Assis, 2003.
- BERGERET, J.; LEBLANC. J. **Toxicomanias uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- BIRMAN, J. **A Psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- BRASIL. Lei No.10.216, de 06 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**. 5ª ed. ampl. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Portaria No. 336/GM, de 19 de Fevereiro de 2002. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Portaria No.189, de 20 de Março de 2002. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

---

BRASIL. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 .

BRASIL. **A POLÍTICA do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2ª. ed. rev. e ampl. Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Portaria GM No. 816, de 30 de Abril de 2002. Ministério da Saúde, 2002. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5º. Ed. ampl. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Lei no. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Atualização de conhecimentos sobre redução da demanda de drogas**. Curso à Distância. Secretaria Nacional Antidrogas. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Brasília: SENAD, 2004d. (mimeo).

BRASIL. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas**: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento (SUPERA). Educação à Distância (EAD). Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília: SENAD, 2006a.

BRASIL. **A Prevenção do uso de drogas e a terapia comunitária**. Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília: SENAD, 2006b.

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

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; CORDONI JUNIOR, L.SOARES, D. A. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos**. Da Antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil** – Um corte Ideológico. Rio de Janeiro: Xenon. 4ª. ed., 1989.

COSTA-ROSA, A.; STRINGHETA, L.V.H.O. **O grupo intercessor**: saber e conhecimento da práxis “psi” na atenção básica de saúde. Assis 2006 (mimeo).

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASSUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

- 
- COSTA-ROSA, A. **A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade**. Assis, 2006 (mimeo).
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Conceitos de comunidade terapêutica**. Texto elaborado: Saulo Monte Serrat. Disponível em: <http://febract.org.br/comunidades.htm>  
Acessado em: 15/10/2007.
- FODRA, R. E. P. **Avaliação do CAPS III: Uma nova perspectiva na assistência à Saúde Mental no Município de Londrina**. Monografia de especialização. Unopar. Londrina, 2002.
- FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XXI.
- FOUCAULT, M. **Ditos e escritos IV, estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004. 19<sup>a</sup>. ed.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. História da Violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1997. 32<sup>a</sup>. ed.
- GOFFMANN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S. M.; SAEKI, T.; ALMEIDA, M. C. P. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. In: **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. V. 25. No. 58. Maio/Ago.
- HELLER, A. Uma crise global da civilização: os desafios futuros. In: **A crise dos paradigmas em Ciências Sociais e os desafios para o Século XXI**. Rio de Janeiro, 1999.
- KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- KODA, M. Y. Construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Editora Vozes, 1975.
- LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**. Instituição e Estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 3<sup>a</sup>. ed.

- 
- MELMAN, C. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania** – uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 2000. 2<sup>a</sup>. ed.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MENDES, E. V. (Org.) **Distrito sanitário** – o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- MENDES, E. V. (org.) **A organização da saúde em nível local**. São Paulo: Hucitec. 1998.
- MINAYO, M C. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MIRANDA, M. L. M. Toxicomanias: onde opera o analista? In: BENTES, L. (Org.). **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1998.
- NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, institucionais e culturais. São Paulo. 1994. Dissertação de Mestrado. PUC.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE DE SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Caracas, Venezuela. 11 a 14 de novembro de 1990. (mimeo).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001**. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Impresso: Gráfica Brasil, 2001.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA. **Projeto Pedagógico do CAPS-ad 2006-2007**. Londrina. SMS.
- RAUTER, C, Oficinas para Que? Uma Proposta Ético-Estético-Política para Oficinas Terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SANTIAGO, J. **A Droga do toxicômano**. Uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2001.
- SANTOS, B.S. **A crítica da razão indolente**. Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.



SAÚDE EM DEBATE. Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Rio de Janeiro. Ano XXV. v.25 n. 58. mai/ago. 2001.

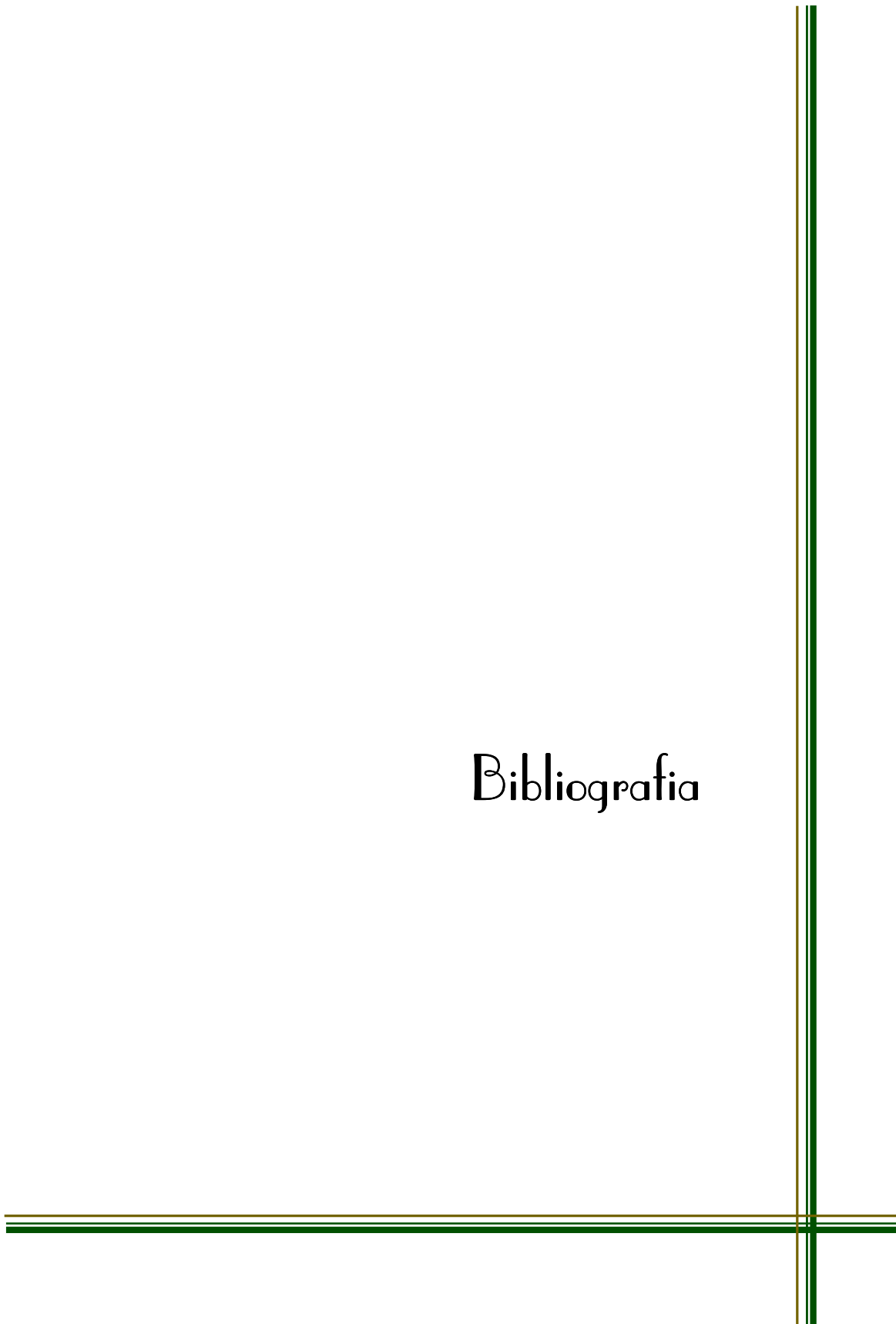
SILVA, S.F. **Municipalização da Saúde e poder local.** Sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1982.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

YASUI, S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico.** Assis. 1999. Dissertação de Mestrado. UNESP. SP.

# Bibliografia



- 
- AMARANTE, P. **Teoria & prática da reforma psiquiátrica**. Mimeografado.
- AMARANTE, P.; GOMES, A. C. M.; TORRE, E. H. G.; COSTA, J. A.; CRUZ, L. B.; CALIMAN, L. V.; VÉRAS, M. P. T.; MAGALHÃES, P. R.; LIMA, S. C.; OLIVEIRA, W. S. Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil. In: VILELA, A. M.; CERREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Org.). **Clio – Psyché HOJE** – fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente, outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ANAYIA, F. **Reflexão sobre conceito de serviço substitutivo em saúde mental**: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte - MG. 2004. Dissertação (Mestrado). ENSP. Rio de Janeiro, 2004.
- ANTONIAZZI, A. et al. **Nem anjos nem demônios**: interpretações sociológicas do Pentecostalismo. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- ARENDT, H. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.
- BASAGLIA F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BENTES, L.; GOMES, R. F. (Orgs.). **O brilho da Infelicidade**. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1998.
- BIANCO, B. F. (Org.). **Antropologia das sociedades contemporâneas – Métodos**. São Paulo: Global, 1987.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- BRASIL. Lei nº 9.867, de 10 de Novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos em desvantagens no mercado econômico. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5 ed. ampl. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

---

BRASIL. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2002. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5ª. ed. ampl. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos**. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil** – Um corte Ideológico. 4 ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA, J. F. **O vestígio e a aura**: corpo e consumo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

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

COSTA-ROSA. **Saúde mental comunitária**: análise dialética de um movimento alternativo. Dissertação (Mestrado). Inst. De Psicologia - USP. São Paulo, 1987.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A. **Metodologia dialética em saúde mental**. Assis, 2007 (mimeo).

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V, ética, sexualidade e política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Cora, instituto Franco Basaglia, 1996.

KODA, M. Y. Construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

LOBOSQUE. A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial**: e outros escritos. São Paulo: Hucitec, 1997.

---

LUZIO, C. A. **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes**: ressonâncias da reforma psiquiátricas. Campinas. 2003. Tese (Doutorado). UNICAMP, 2003.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, institucionais e culturais. São Paulo. 1994. Dissertação (Mestrado). PUC, 1994.

RABINOW, P. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

ROBERT, C. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Te Cora, 2001.

SENNETT, R. **Carne e pedra**: o corpo e a cidade na civilização ocidental. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 11ª. ed. Rio de Janeiro:Record, 2006.

SISSA G. **O prazer e o mal**: filosofia da droga. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, N. **Cartografias das práticas de atenção aos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em territórios sociais de risco**. Assis. 2004. Dissertação (Mestrado). UNESP, 2004.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 2000.

YASUI, S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Assis. 1999. Dissertação (Mestrado). UNESP-SP, 1999.

# Anexos

# **ANEXO A**

## **ANEXO B**