

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPI:
MESTRADO
Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

O CAPSAD NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

MARISA GARBRECHT DE JUSTI

MARINGÁ
2010

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPI:
MESTRADO
Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

O CAPSAD NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Dissertação apresentada por MARISA GARBRECHT DE JUSTI, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade, da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora:
Prof.^a. Dr.^a.: MARIA LÚCIA BOARINI

MARINGÁ
2010

J964 Justi, Marisa Garbrecht de
O CAPSad na perspectiva dos usuários / Marisa
Garbrecht de Justi. – Maringá, 2010.

128 f. 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade
Estadual de Maringá.

Bibliografia: f. ; 109 – 118

1. Psicologia. 2. CAPSad. 3. Uso abusivo de álcool.
3. Saúde Mental. 4. Saúde Pública. I.Título.

CDD 615.7828

MARISA GARBRECHT DE JUSTI

O CAPSAD NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Boarini – UEM

Prof^ª. Dr^ª. Salette Maria Barros Ferreira – UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Lucia Cecilia da Silva – UEM

Maringá, 23 de março de 2010.

A você Marcos e ao nosso pequeno Murilo
meus dois amores...

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar comigo constantemente e por tornar possível este momento.

Aos meus pais que, em sua simplicidade, souberam despertar em mim o interesse pelo conhecimento.

Ao meu querido esposo Marcos, pela compreensão com que encarou as minhas ausências.

Ao Murilo, cuja existência alegra minha vida.

Aos usuários, funcionários do CAPSad e à Secretaria da Saúde de Maringá que possibilitaram esta pesquisa.

À Maria Lúcia, pela serenidade, disponibilidade e tolerância com que orientou esta pesquisa, toda a minha admiração e respeito.

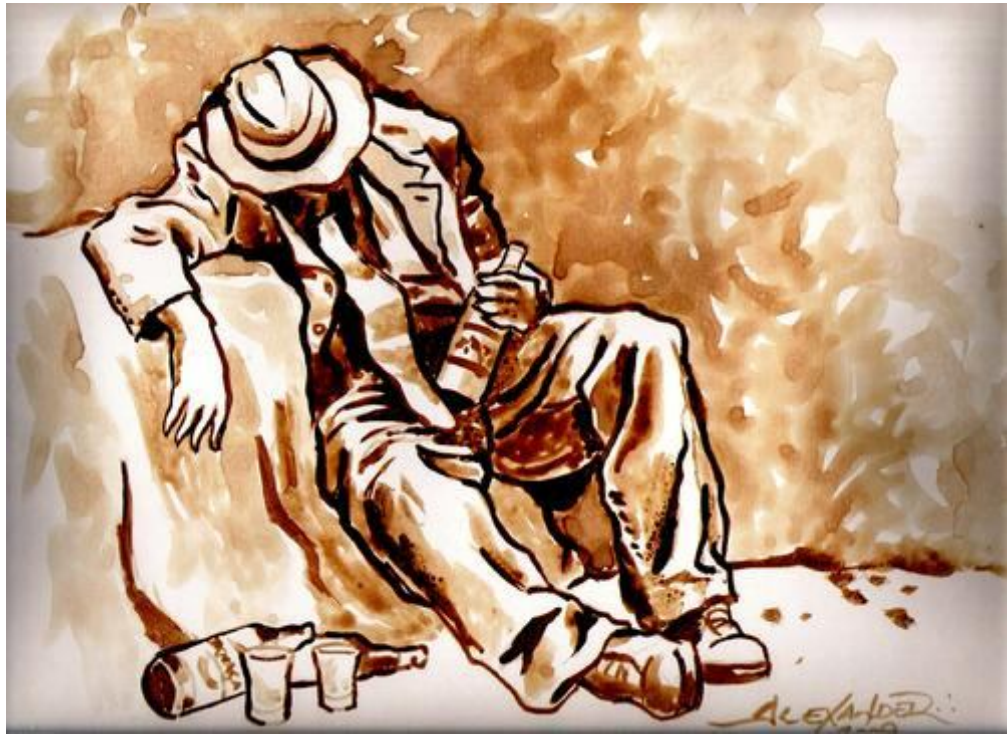
À professora Roselania, pelo carinho e apoio.

Às professoras Rosana Onocko Campos e Lúcia Cecília da Silva, membros da Banca Examinadora, pelas significativas contribuições acrescidas a este trabalho, no exame de qualificação.

Aos colegas, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UEM.

As amigas Marina, Kelly e Hiluska por dividirem comigo as ansiedades, angústias e alegrias desta caminhada.

Ao CAPES pelo apoio financeiro.



Ensaio sobre a Cachaça – Pintura com Café, Moreira (2009).

“(...) reagir contra o meu vício. Oh! meu Deus! Como eu tenho feito o possível para extirpá-lo e, parecendo-me que todas as dificuldades de dinheiro que sofro são devidas a ele, e por sofrê-las, é que vou à bebida.

Parece uma contradição; é, porém, o que se passa em mim. Eu queria um grande choque moral, pois físico já os tenho sofrido, semimorais, como toda a espécie de humilhações também.

Não quero morrer, não; quero outra vida”
(Barreto, 1956, p. 7).

JUSTI, Marisa Garbrecht de. **O CAPSAD NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**. (128 f.). Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Dr^a. Maria Lúcia Boarini. Maringá, PR, 2010.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer o potencial resolutivo de atuação de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad – na perspectiva dos usuários. Especificamente, buscamos compreender se a criação desse dispositivo de saúde pública tem contribuído, ou não, no tratamento das pessoas que fazem uso abusivo de álcool. Este estudo insere-se na temática *A atenção à saúde mental em diferentes épocas* do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e Eugenismo – GEPHE. O recurso metodológico utilizado foi a pesquisa de campo de caráter qualitativo, desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas junto a dezesseis usuários de álcool, dentre aqueles que estiveram em tratamento no CAPSad da cidade de Maringá no Estado do Paraná, e que receberam alta no período de 2003 a 2005. A análise e a interpretação dos dados coletados foram realizadas à luz da perspectiva histórica que busca entender e explicar o fenômeno com base nas múltiplas relações estabelecidas em um determinado contexto e momento histórico. Ao concluir este estudo, observamos a complexidade socioeconômica em que ocorrem o uso e o abuso do álcool, bem como as diferentes formas de entender e tratar os problemas decorrentes deste uso. O CAPSad, objeto deste estudo, é uma das estratégias de atendimento destinado às pessoas que demandam este tipo de cuidado e, na perspectiva dos usuários, configura-se como uma, dentre outras, contribuição no processo de abstinência. Diferentes fatores atrelados às condições históricas, como, por exemplo, a legalidade das bebidas alcoólicas, os interesses econômicos na produção e comercialização do álcool e o pensamento vigente na sociedade atual de que o indivíduo é o responsável por seus atos, fazem parte desta luta secular que a Saúde Pública e o seu usuário têm que enfrentar. Estes fatores somados aos pontos frágeis que o próprio dispositivo apresenta, a saber, o fato de os profissionais do CAPSad ter a abstinência como único critério de alta dos usuários, a não participação dos usuários e familiares nas reuniões semanais do dispositivo que visa construir um “desenho terapêutico” com aquele que demanda o cuidado e a não implementação do trabalho em rede, resultam em um potencial resolutivo insuficiente no caso problemático do uso abusivo de álcool e as sérias consequências deste uso. Estas são algumas das questões que se revertem em alto custo para a sociedade, porém a Saúde Pública tem pago, sozinha, uma conta que não é apenas dela.

Palavras-chave: CAPSad. Uso abusivo de álcool. Saúde Mental. Saúde Pública. Redução de danos.

JUSTI, Marisa Garbrecht de. **THE CPSAAD IN THE PERSPECTIVE OF THE USERS.** (128f.). Dissertation (Masters in Psychology) – State University of Maringá. Supervisor: Prof.: Dr.^a. Maria Lúcia Boarini. Maringá, PR, 2010.

ABSTRACT

This study had as objective to know the resolutive potential of performance of a Center of Psychosocial Attention for Alcohol and other Drugs - CPSAAD - in the perspective of the users. Specifically, we search to understand if the creation of this device of public health has contributed, or not, in the treatment of the people who make abusive alcohol use. This study is inserted in the thematic *The attention to the mental health at different times* of the Group of Studies and Research on the Hygienism and Eugenism - GSRHE. The used methodological resource was the field research of qualitative character, developed by means of interviews semi structuralized along to sixteen alcohol users, amongst that they had been in treatment in the CPSAAD of the city of Maringá in the State of the Paraná, and that they had received discharge in the period from 2003 the 2005. The analysis and the interpretation of the collected data have been based on the historical perspective that searches to understand and to explain the phenomenon on the basis of the multiple relations established in a determined context and historical moment. In the conclusion of this study, we observed the social economical complexity in which occurs the use and the abuse of the alcohol, as well the different forms to understand and to deal with the decurrent problems of this use. The CPSAAD, object of this study, is one of the strategies of attendance destined to the people who demand this kind of care and, in the perspective of the users, is configured as one, amongst others, contribution in the abstinence process. Different leashed factors to the historical conditions, as, for example, the economic legality of alcoholic beverages, the interests in the production and commercialization of the alcohol and the thought in vigor in the current society of that the individual is the responsible for his acts, are part of this secular fight that the Public Health and its user have to face. These factors added to the fragile points that the own device presents, namely, the fact of the professionals of the CPSAAD to have the abstinence as only criterion of discharge of the users, the non-participation of the users and relatives in the weekly meetings of the device that it aims to construct a “therapeutical drawing” with whom demand the care and the non-implementation of the work in net, result in a insufficient resolutive potential in the problematic case of the abusive alcohol use and the serious consequences of this use.

Key-words: CPSAAD. Abusive alcohol use. Mental health. Public health. Reduction of damages.

SUMÁRIO

O ENFRENTAMENTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL: UMA LUTA SECULAR	12
1 USO/ABUSO DE ÁLCOOL: CONCEPÇÕES E ENCAMINHAMENTOS HISTÓRICOS	21
1.1 Conceitos Adotados...	22
1.2 No Brasil...	25
1.2.1 Preocupações e medidas preventivas	27
1.3 Formas de Tratamento	31
1.3.1 Alcoólicos anônimos – AA	33
1.3.2 As comunidades terapêuticas – CTs	37
1.4 A Política de Saúde Mental no Brasil	41
1.4.1 A política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas	47
1.4.2 Redução de danos – RDs	48
1.4.3 Ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool	51
2 A “CO-AUTORIA” DOS USUÁRIOS NO PROCESSO AVALIATIVO DO CAPSAD	55
2.1 Local da Pesquisa	56
2.2 Período	60
2.3 Público Alvo	60
2.3.1 Usuários que receberam alta	62
2.3.2 Os entrevistados	62
2.4 Técnica	63
2.5 Etapas Realizadas	63
2.6 Tratamento e Análise dos Dados	64
2.7 Apresentação dos Dados	64

3	O USUÁRIO E O CAPSad: VOZES QUE ECOAM	67
3.1	Quem São os Entrevistados	67
3.1.1	Demanda atendida no CAPSad	68
3.1.2	A influência da família	70
3.1.3	O des(emprego)	72
3.1.4	O preconceito em relação aos serviços oferecidos pela saúde pública	73
3.2	Histórico da Dependência	74
3.2.1	Tipos de bebidas consumidas	76
3.2.2	Falta de apoio e desconfiança	78
3.2.3	A busca de outras formas de tratamento	79
3.2.4	Influência/motivação para a busca de tratamento no CAPSad	80
3.3	O Atendimento no CAPSad	82
3.3.1	As atividades realizadas	82
3.3.2	Abstinência x recaídas	85
3.3.3	Motivos que impulsionaram a abstinência	89
3.3.4	As estratégias adotadas no enfrentamento das bebidas alcoólicas	90
3.3.5	O sofrimento decorrente do uso abusivo de álcool	92
3.3.6	A medicação como solução e problema	93
3.4	O Significado do CAPSad e Sugestões de Mudança	95
4	A FRAGILIDADE DOS USUÁRIOS FRENTE AO CONTEXTO EM QUE SE DÁ O USO E ABUSO DO ÁLCOOL	102
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	119
	ANEXOS	126

“Não me preocupava com o meu corpo. Deixava crescer o cabelo, a barba, não me banhava a miúdo. Todo o dinheiro que apanhava bebia. Delirava de desespero e desesperança; eu não obteria nada.

Outras muitas me aconteceram, mas são banais a todos os bebedores. Dormi em capinzais, fiquei sem chapéu, roubaram-me mais de uma vez quantias vultuosas. Um dia, furtaram-me cerca de quinhentos mil-réis e eu amanheci sentado a uma soleira, na Praça da Bandeira, com mil-réis no bolso, que, creio, me deixaram por comiseração os que me roubaram.

Tenho vergonha de contar algumas dessas aventuras, em que felizmente ainda me deixaram com roupa”

(Barreto, 1956, p. 9).

O ENFRENTAMENTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL: UMA LUTA SECULAR

“Agora bebo cerveja, mas como uma pessoa normal... que vai, bebe e chega em casa tranquilo, lembra do que faz...”(Sebastião, 26 anos).

Este estudo tem como objetivo conhecer o potencial resolutivo¹ de atuação de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad² na perspectiva dos usuários. Especificamente, buscamos compreender se o atendimento oferecido neste dispositivo de saúde pública tem contribuído, ou não, no tratamento das pessoas que fazem uso abusivo de álcool. Este estudo insere-se na temática *A atenção à saúde mental em diferentes épocas* do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e Eugenismo – GEPHE (2000).

Partimos da definição de bebida alcoólica que tem sido adotada no Brasil atualmente. Anterior ao Decreto n.º. 6.117, de 22 de maio (Brasil, 2007a), era considerada bebida alcoólica aquela cujo teor de álcool fosse superior a 13 graus. A partir deste Decreto que determina a Política Nacional sobre o Álcool, temos:

Para os efeitos desta Política, é considerada bebida alcoólica aquela que contiver 0.5 grau Gay-Lussac³ ou mais de concentração, incluindo-se aí bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico igual ou acima de 0.5 grau Gay-Lussac (Brasil, 2007a).

Todavia é necessário diferenciar o uso de álcool do uso abusivo de álcool. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, a palavra uso se refere a qualquer forma de ingestão de álcool que, geralmente, não resulta em problemas relacionados a este uso. Enquanto o uso

¹ Entende-se por potencial resolutivo a capacidade do serviço de solucionar os problemas que lhe são apresentados. No caso do uso abusivo de álcool, aqui estamos considerando as estratégias de Redução de Danos que incluem, entre outras possibilidades, a abstinência.

² Utilizaremos a sigla CAPSad para nos referir ao Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas.

³ Quantidade em mililitros de álcool absoluto contido em 100 mililitros de mistura hidro-alcoólica (Brasil, 2007a).

abusivo de álcool se refere desde a ingestão aumentada até a dependência. Neste último caso, a presença de problemas decorrentes deste uso é frequente.

Nos estudos disponíveis sobre o uso abusivo de álcool, observamos diferentes termos utilizados. A Organização Mundial da Saúde explica que o termo “consumo prejudicial” contempla os conceitos usados como “abuso de álcool”, “uso prejudicial de álcool” ou “problemas relacionados ao álcool”⁴ (Brasil, 2004b).

O uso abusivo de bebidas alcoólicas tem sido uma preocupação recorrente em vários países e tem provocado intensos debates e estudos nas mais diferentes áreas e especialidades. De acordo com dados de 2004 da Organização Mundial da Saúde, “do uso social ao problemático, o álcool é a droga mais consumida no mundo, aproximadamente 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribui para a diminuição da saúde mundial” (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007).

É importante salientar que o uso de álcool não traz, necessariamente, danos à saúde do indivíduo. Ao contrário, o Ministério da Saúde – MS informa que “há efeitos positivos no uso moderado de álcool, como relaxamento, socialização em festas, etc. Além disso, o uso moderado (três ou quatro copos por semana⁵), aparentemente, protege as pessoas acima de 45 anos de doenças cardiovasculares” (Brasil, 2004b, p. 16).

Por outro lado, já é de conhecimento público que o uso abusivo de álcool resulta em uma série de complicações, por exemplo, problemas de saúde físicos e psicológicos, alterações de comportamento, problemas psiquiátricos, conflitos com a lei, etc. Em geral, a psicologia enquanto especialidade, assim como outras áreas do conhecimento são chamadas a participar da elaboração de um plano terapêutico junto aos usuários que estão em atendimento, a fim de possibilitar que os mesmos reconstruam as suas relações sociais que sofreram rupturas devido aos problemas relacionados ao abuso de álcool.

Dados epidemiológicos, obtidos por meio do I e II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, revelam, no período de 2001 a 2005⁶, a redução na idade que

⁴ Optamos por utilizar o termo uso abusivo de álcool ao longo desta dissertação.

⁵ Cerveja, vinho ou bebidas destiladas, um copo contém aproximadamente 8 a 13 gramas de etanol (Brasil, 2004b).

⁶ Pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, em parceria com a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, em 107 cidades brasileiras em 2001 e em 108 cidades em 2005, cuja população fosse superior a 200.000 habitantes na faixa etária compreendida entre 12 e 65 anos. (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2001; 2005).

se inicia o consumo do álcool, atualmente em média por volta dos 14 anos. Este estudo revela, ainda, a redução do número de pessoas que buscam tratamento, conforme tabela a seguir:

Tabela 1 – Comparação dos dados do I e II Levantamento		
Ano de realização do levantamento	2001	2005
Dependentes de álcool entre 12 a 17 anos	5,2%	7%
Pessoas que procuram por tratamento	4%	2,9%

Fonte: Carlini, Galduróz, Noto e Nappo (2001; 2005).

Alem desses dados, o Ministério da Saúde realizou a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL⁷ nos anos de 2006, 2007 e 2008. O uso abusivo de álcool⁸ foi um dos indicadores avaliados. Ao compararmos as três edições desta pesquisa, é possível constatar que houve um aumento significativo no consumo abusivo, sobretudo na população masculina. Acrescente-se o fato de que as mulheres também estão bebendo mais, conforme tabela abaixo:

Tabela 2 - Comparação das três edições da pesquisa Vigitel			
Ano de realização da pesquisa	2006	2007	2008
Frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas	16,1%	17%	19%
Homens – Uso abusivo de álcool	25,3%	27,2%	29%
Mulheres – Uso abusivo de álcool	8,1%	9,3%	10,5%

Fonte: Brasil (2007b; 2008c; 2009a).

Ainda no que se refere a estudos realizados sobre esta temática, o I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool da população brasileira⁹, evidencia, entre seus

⁷ Pesquisa realizada por amostragem nas 26 capitais e no Distrito Federal. A coleta dos dados se deu por meio de questionários que versavam sobre: hábitos alimentares, atividade física, autoavaliação do estado de saúde, tabagismo, consumo de álcool, prevenção de câncer, excesso de peso e obesidade (Brasil, 2007b; 2008c; 2009a).

⁸ “A frequência de adultos que, nos últimos 30 dias, consumiram em uma única ocasião mais de quatro doses (mulheres) ou mais de cinco doses (homens) de bebidas alcoólicas” (Brasil, 2009a, p. 65).

⁹ Este estudo foi realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, em parceria com a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP entre novembro de 2005 e abril de 2006 em 143 municípios brasileiros. Foram entrevistadas 3.007 pessoas: 2.346 adultos com mais de 18 anos e 661 adolescentes entre 14 e 17 anos de idade (Laranjeira et al., 2007).

resultados, uma informação nova e pouco conhecida: beber na forma de “binge”¹⁰. De acordo com os dados, 28% dos adultos já beberam em “binge” pelo menos uma vez entre os anos de 2004 a 2005 e aproximadamente 23% da população adulta do Brasil mencionaram que tiveram algum tipo de problema relacionado ao uso de álcool nesse mesmo período. Dentre esses problemas, Laranjeira et al. (2007) afirmam que os problemas físicos foram os mais citados pelos entrevistados, seguido dos problemas familiares, problemas no trabalho, problemas sociais e, por fim, problemas relacionados à violência.

A despeito dos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool, as internações em hospitais gerais e psiquiátricos são comumente evidenciadas. Laranjeira et al. (2007) acrescentam que, desde o ano de 1988, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, por meio de uma parceria com o Ministério da Saúde, recebeu dados sobre as internações em hospitais de todo país que admitem pessoas com transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicotrópicas.

No ano de 2003, houve 339.839 internações psiquiátricas no Brasil. “Os pacientes internados com maior frequência são aqueles com diagnósticos de transtornos esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes (45%), seguido pelos pacientes internados em virtude do uso abusivo ou dependência de álcool (25%) e com transtorno de humor (12%)” (Andreoli, 2007, p. 91).

Entre os anos de 1998 a 2003, Andreoli (2007) observou algumas diferenciações na evolução desse perfil, houve uma tendência de redução das esquizofrenias e um aumento dos diagnósticos de uso abusivo de álcool e transtorno de humor. Explica o autor que o aumento das internações por uso abusivo de álcool se deu por dois motivos: a) a desocupação dos leitos que antes eram ocupados pelos esquizofrênicos; b) e, especialmente, pela falta de políticas públicas para esses usuários.

Nesta situação, destaca-se o fato de que, no Brasil, há mais investimento no controle das drogas ilícitas do que das drogas lícitas, “os danos causados pelo álcool superam os danos causados pela drogas e, ainda assim, o uso de drogas ilícitas recebe mais atenção” (Brasil, 2004b, p. 14). Tal prática não é observada apenas no Brasil. Segundo Monteiro (2005) a Organização Mundial da Saúde estima que 200 milhões de pessoas em todo o mundo utilizam algum tipo de

¹⁰ De acordo com a literatura internacional, “binge” é beber consumindo um volume excessivo de álcool num curto tempo. A quantidade que define esse tipo de consumo foi estabelecida em cinco doses para homens e quatro doses para mulheres em uma só ocasião. Beber nessas quantidades, ou acima delas, pode levar a intoxicações e outros problemas (Laranjeira et al., 2007).

droga ilícita, em contrapartida, cerca de 2 bilhões de pessoas fazem uso de álcool. O uso abusivo de álcool é apontado como responsável por 3,2% de todas as mortes no mundo e 4,8% das mortes nas Américas em 2000. Todavia o investimento dos países das Américas é voltado para o controle das drogas ilícitas. No Chile, por exemplo, as bebidas alcoólicas e o tabaco são as drogas mais consumidas no país, entretanto as estratégias de saúde pública excluem ações voltadas para o controle dessas drogas, que são liberadas tanto para a produção como para a industrialização.

Nos Estados Unidos, 137 milhões de pessoas fazem uso abusivo de álcool ou drogas, contudo, não se enquadram como dependentes dessas substâncias. Essa situação tem provocado um custo social alto, já que problemas decorrentes desse uso abusivo têm sido apontados, dentre eles, aumento na procura por assistência médica, índice maior de acidente de trânsito e aumento da violência, em especial da violência doméstica contra mulheres e crianças e também diminuição da produtividade dessas pessoas (Monteiro, 2005).

Segundo informações apresentadas por um levantamento realizado em países considerados “em transição” e “em desenvolvimento” no que se refere ao uso de álcool, alguns países da Europa Central e Oriental apresentam pontuações altas, superiores a dos países da América Latina e Caribe, como é o caso do Brasil. Em uma classificação relacionada ao consumo per capita de álcool puro por adulto nesses países, o Brasil foi classificado em 62º lugar. O 1º e 2º lugar, respectivamente, ficaram com os países Eslovênia e República da Coreia (Brasil, 2004b).

No que tange ao uso abusivo de álcool em termos mundiais, é interessante observar que seu uso no Brasil em comparação com outros países, tais como os EUA e o Chile, é inferior, conforme apresentado a seguir:

Tabela 3 – Uso abusivo de álcool		
Brasil	EUA	Chile
74,6%	82,4%	86,5%

Fonte: Carlini et al. (2001; 2005).

Esta comparação, todavia, não nega que o uso abusivo de álcool é um grave problema de saúde pública e atinge diferentes países. Em função deste fato, vários encaminhamentos, de forma diferenciada e em diferentes épocas, foram, e ainda são, destinados para reduzir o número de pessoas que fazem uso abusivo de álcool.

Atualmente no Brasil, uma das alternativas de atendimento destinada a pessoas cujo principal problema é o uso abusivo de álcool e outras drogas é o CAPSad, que se configura como um dispositivo de saúde pública, criado por meio da Portaria n.º 336/GM do Ministério da Saúde (Brasil, 2002a). O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS¹¹, do qual o CAPSad é um desdobramento, é uma das principais estratégias da Política de Saúde Mental no Brasil para a organização da rede de serviços comunitários. Uma breve recuperação da história das formas de entendimento e tratamento destinado ao usuário de álcool no mundo e no Brasil, desde os primórdios dos tempos até a forma de “tratar” o uso abusivo de álcool atualmente, é o assunto abordado no capítulo um, intitulado *Uso/abuso de álcool: concepções e encaminhamentos históricos*.

Apesar de o funcionamento destes dispositivos ser relativamente recente no Brasil, alguns estudos foram realizados sobre o CAPSad, dentre eles, destacamos as pesquisas de Silva (2006) e Pereira (2008), já que são as que mais se aproximam do objetivo deste estudo. Silva (2006) avaliou a efetividade do tratamento para usuários abusivos de álcool e outras drogas oferecido pelo CAPSad II leste Natal/RN. Pereira (2008) avaliou as mudanças ocorridas nos aspectos sociais e de saúde entre os pacientes com diagnóstico de síndrome de dependência de álcool, por um período de três meses, no CAPSad II da cidade de Ribeirão Preto no Estado de São Paulo. O resultado das duas pesquisas apontam para a efetividade do tratamento realizado no CAPSad, visto que os usuários têm apresentado significativas mudanças na forma de beber. Foram considerados como resultados positivos desde a redução de danos até a abstinência.

Outros trabalhos (Marinho, 2004; Machado, 2006; Oliva, 2007; Souza, Kantorki, Gonçalves, Mielke & Guadalupe, 2007) das áreas de enfermagem, medicina e assistência social, ainda que não abordem a contribuição deste dispositivo exclusivamente, apontam aspectos relevantes na dinâmica de funcionamento do CAPSad. No campo da Psicologia encontramos pesquisas sobre o percurso das estratégias de Redução de Danos no país (Dias, 2008), a análise dos discursos e das práticas no contexto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial (Fodra, 2008) e sobre a implementação da proposta do apoio matricial com profissionais de serviços substitutivos em saúde mental (Bezerra, 2008).

Vale ressaltar que o próprio Ministério da Saúde tem desenvolvido programas para avaliar o trabalho das diferentes modalidades de CAPS (CAPS I, II e III, CAPSi e CAPSad) em

¹¹ Utilizaremos a sigla CAPS para nos referir ao Centro de Atenção Psicossocial.

todo o país. O Projeto Nacional – *Avaliar CAPS* – é um programa permanente e já está em sua terceira edição em 2008 e visa oferecer um panorama da assistência em saúde mental no Brasil e propor indicadores de qualidade específicos para este tipo de serviço (Brasil, 2008a). Até o momento, não há divulgação dos resultados (www.portal.saude.gov.br). De forma semelhante, o Ministério da Saúde e o CNPq têm apoiado o projeto CAPSUL, que teve início em 2005 e é coordenado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas/RS. Este projeto busca avaliar os CAPS I e II, não se estendendo ao CAPSad (Kantorski et al., 2009).

Embora o levantamento dos estudos realizados por nós sobre o CAPSad, não seja exaustivo, é possível afirmar que há uma carência de pesquisas sobre esta temática no campo da psicologia. Neste sentido, este estudo pretende contribuir nas discussões a respeito deste tema relevante para a saúde pública e demais setores da sociedade.

Nestes termos, “dar voz” aos usuários de álcool que estiveram em tratamento no CAPSad pode ser uma das contribuições mais relevantes deste estudo, visto que, afirmam Surjus e Onocko Campos (2008), os usuários são atores que se destacam na organização de uma nova rede de atenção. Convém mencionar que pesquisas nesta perspectiva já têm sido realizadas, dentre elas destacamos a de Barrio, Corin, Poirel e Drolet (2004) e a de Surjus (2007), ambas privilegiam a “co-autoria” dos usuários no processo de avaliação de serviços em saúde mental.

Além disso, a realização de pesquisas avaliativas da rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da “participação da sociedade civil e em particular os usuários e familiares”, é inclusive uma das recomendações apresentadas no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2002b, p. 32).

Sob tal perspectiva, este estudo se caracteriza como uma pesquisa de campo, desenvolvida por meio de entrevistas junto aos usuários que estiveram em tratamento no CAPSad da cidade de Maringá no Estado do Paraná, e que receberam alta no período de 2003 a 2005.

Superadas as dificuldades em relação ao levantamento de dados do CAPSad, foram entrevistados dezesseis usuários dentre todos que receberam alta no período delimitado. O percurso metodológico desta pesquisa está detalhado no capítulo dois.

Excetuando a introdução e as considerações finais, esta dissertação está organizada em três capítulos. Além do primeiro e segundo capítulo já mencionados, no terceiro capítulo, apresentamos a análise e a interpretação dos dados coletados à luz da perspectiva histórica, que

buscam entender e explicar o fenômeno com base nas múltiplas relações estabelecidas em um determinado contexto e momento histórico.

Nas considerações finais, observamos a complexidade socioeconômica em que ocorrem o uso e o abuso de álcool. O CAPSad, objeto deste estudo, é uma das estratégias de atendimento destinado às pessoas que demandam este tipo de cuidado e, na perspectiva dos usuários, se configura como uma, dentre outras, contribuição no processo de abstinência. Diferentes fatores atrelados às condições históricas, como, por exemplo, a legalidade das bebidas alcoólicas, os interesses econômicos na produção e comercialização do álcool e o pensamento vigente na sociedade atual de que o indivíduo é o responsável por seus atos, fazem parte desta luta secular que a Saúde Pública e o seu usuário têm que enfrentar. Estes fatores somados aos pontos frágeis que o próprio dispositivo apresenta, a saber, o fato de os profissionais do CAPSad ter a abstinência como único critério de alta dos usuários, a não participação dos usuários e familiares nas reuniões semanais do dispositivo que visa construir um “desenho terapêutico” com aquele que demanda o cuidado e a não implementação do trabalho em rede, resultam em um potencial resolutivo insuficiente no caso problemático do uso abusivo de álcool e as sérias consequências deste uso. Estas são algumas das questões que se revertem em alto custo para a sociedade, porém a Saúde Pública tem pago, sozinha, uma conta que não é apenas dela.

“Voltou-me o hábito de beber, e, desta vez, sem dinheiro, mal vestido, sentindo a catástrofe próxima da minha vida, fui levado às bebidas fortes e, aparentemente, baratas, as que embriagam mais depressa. Desci do whisky, à genebra, ao gin e, daí, até à cachaça”

(Barreto, 1956, p. 65).

1 USO/ABUSO DE ÁLCOOL: CONCEPÇÕES E ENCAMINHAMENTOS HISTÓRICOS

“A bebida prejudicou o trabalho, a parte financeira, amorosa, porque eu não vi o tempo passar... quando percebi já tinham passado 30 anos que, estive com os olhos vendados... dormia alcoolizado, acordava ainda sob efeito do álcool e já buscava beber de novo” (Joaquim, 50 anos).

O uso de bebidas alcoólicas se fez presente de várias formas e em diferentes sociedades na história da humanidade. Registros arqueológicos e bíblicos constataam a presença de bebidas alcoólicas desde os primórdios dos tempos, sendo utilizadas em rituais, festas, sob forma de remédios e para a obtenção de prazer. Não é nosso propósito, nesta pesquisa, fazer uma retrospectiva exaustiva sobre a origem da ingestão de álcool pelo homem, todavia parece-nos oportuno recordar alguns fatos históricos, ou seja, estabelecer uma visão panorâmica da compreensão do alcoolismo e do atendimento destinado ao usuário de álcool no Brasil, uma vez que, a nosso ver, há uma relação entre o ser humano e o álcool que foi construída historicamente e de acordo com as transformações sociais e econômicas de cada época.

Mesmo que a presença de bebidas alcoólicas tenha se revelado desde a Antiguidade, isso não significa, necessariamente, que seu uso tenha sido sempre problemático. O que geralmente tem sido apontado como causador de problemas de diferentes ordens é o uso abusivo de álcool. Um exemplo desse uso abusivo é evidenciado na Bíblia¹² quando Noé – “servo de Deus” – embriagou-se com vinho e ficou nu em sua tenda.

Segundo Andrade e Espinheira (2005), no início da colonização brasileira, os portugueses conheceram o caium – bebida produzida através da fermentação da mandioca – e o tabaco, que era produzido e consumido pelos índios. Já o vinho e a cerveja eram bebidas consumidas em Portugal e que acompanharam os portugueses na colonização. Devido à facilidade que os colonizadores tiveram em encontrar açúcar, logo, aprenderam a fazer a cachaça destilada em alambique de barro ou cobre.

Em relação à produção de bebida alcoólica, três momentos merecem destaque. No primeiro, as bebidas eram produzidas através de fermentação, tendo baixo teor alcoólico; em

¹² Bíblia Sagrada, A. T. (1996). *Gênesis*. Português. Tradução Ecumênica. São Paulo: Loyola, cap.09, vers. 21.

seguida, com o processo de destilação, as bebidas passam a ser mais fortes devido ao alto teor alcoólico e, por fim, com o advento da revolução industrial, que ocorreu a partir do século XVIII e XIX, a bebida passou a ser produzida em série. Com essa mudança na forma de produzir o álcool, atrelada ao movimento social e econômico da sociedade, o consumo da bebida alcoólica, que, anteriormente, era difundido e realizado especialmente em rituais festivos ou religiosos, passou a ser mais frequente e abusivo. Até o século XVIII, segundo Sáad (2001), a embriaguês provocada pelo consumo abusivo de álcool era “bem tolerada” pela população e a pessoa que fazia este uso era tida como adicta, ou seja, “habituada” à bebedeira (não a bebida).

Tal situação, entretanto, é alterada no final do século XVIII, e o uso de álcool e sobretudo os problemas decorrentes deste uso passam a gerar interesse e preocupação de diferentes segmentos da sociedade e em vários países. Nesse período, por exemplo, nos Estados Unidos, o segmento ligado à religião protestante começou a perceber no “bebedor” de álcool um problema social, haja vista a dificuldade que o mesmo apresentava para parar de beber (Sáad, 2001).

1.1 Conceitos Adotados...

O conceito de alcoolismo foi pensado a partir do século XVIII, neste período, destacam-se alguns nomes importantes. Dentre eles, Benjamin Rush (1745-1813), médico, ficou conhecido como o pai da psiquiatria norte-americana. Foi um dos primeiros estudiosos a descrever os transtornos causados pelo álcool de uma maneira mais estruturada, caracterizando o uso de álcool como responsável pelo alcoolismo, tendo como sintoma característico a perda do controle do comportamento de beber, e a abstinência, a única forma de cura (Ferreira, 2004).

Rush desenvolveu, em 1810, o conceito de dependência ao álcool, ou seja, “os bêbados eram adictos à bebida e esta dependência era progressiva e gradual” (Sáad, 2001, p. 13). Desta forma, o uso de álcool era visto como uma doença, tendo a abstinência como a única forma de cura. Tal entendimento ainda predomina em abordagens realizadas em alguns países, principalmente nos Estados Unidos e também serviu de base para a filosofia dos grupos de autoajuda, dentre eles os Alcoólicos Anônimos – AA (este assunto será melhor explorado no item 1.3.1).

Seguindo esta mesma linha de pesquisa, Thomaz Trotter (1760-1832), no final do século XVIII na Inglaterra, publicou trabalhos em que considerava a embriaguês como “doença”. Nesta época, o problema relacionado ao uso de álcool estava localizado na bebida, enquanto o “bebedor” era considerado vítima deste mal. Posteriormente, com o caráter moral e religioso, o “bebedor” de vítima transforma-se em “vilão”, o problema não se encontra mais na bebida e sim naquele que faz uso dela (Sáad, 2001).

No transcorrer dos séculos XVIII e século XIX, o modelo moral e o modelo religioso foram as primeiras tentativas da sociedade em “entender” e “tratar” os problemas relacionados ao uso abusivo de álcool. No modelo moral, Marques (2001) ressalta que o problema relacionado ao uso abusivo de bebidas alcoólicas era visto como “uma escolha pessoal” ou seja, o indivíduo era responsável por seus atos e necessitava motivação para alterar seu comportamento. Assim, o abuso de álcool era considerado um desrespeito às normas e às regras da sociedade, logo, passível de punição. Dentre as medidas punitivas adotadas, a exposição do “bebedor” em praças públicas e a publicação de seus nomes em jornais locais, tornaram-se comuns nesta época.

O modelo moral entendia que o problema do uso abusivo de álcool estava no indivíduo que bebia, dificultando que o mesmo procurasse por alguma forma de tratamento devido aos sentimentos de culpa e vergonha que “carregava”. Em 1849 na Suécia, Magnus Huss introduziu o conceito de “alcooolismo crônico” para se referir ao estado de “ebriedade”, ou seja, intoxicação pelo álcool, que provoca sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos. O conceito de alcooolismo enquanto doença começa a ser difundido pelo mundo. Considerando este conceito, inicia-se, nesta época, a suposição de que a doença do alcooolismo era hereditária e, ao mesmo tempo, apresentava traços que poderiam ser adquiridos (Sáad, 2001).

No século XIX, de acordo com Marques (2001), aconteceu, nos Estados Unidos e em alguns países europeus, um movimento que visava o controle do uso de álcool, conhecido como “Temperança¹³”. Esse movimento, primeiramente, visava “conscientizar” a sociedade dos malefícios provocados pelo álcool, mas, quando associado à política, resultou no Movimento Proibicionista, culminado na “Lei Seca” (1919-1932) que proibia a fabricação e o uso de álcool.

No período Proibicionista, assevera Sáad (2001) a pessoa que fazia uso de álcool de forma abusiva deixava de ser vista como vítima e passava a representar uma ameaça à sociedade.

¹³ Este movimento marca a divisão de uma posição mais liberal em relação ao uso do álcool para uma posição mais moralista, relacionado à Igreja Protestante (Sáad, 2001).

Apesar disso, o conceito de dependência ao álcool foi mantido. Portanto, nas cinco primeiras décadas do século XX, o alcoolismo é conceituado como um problema moral e, sob esta óptica, nos anos de 30 e 40, a instituição dos Alcoólicos Anônimos “redescobrem” o alcoolismo como dependência e doença, entendendo que a causa da dependência estaria na pessoa e não na substância. Há semelhanças entre o Movimento Proibicionista e os princípios dos Alcoólicos Anônimos, dentre eles, destacamos a abstinência¹⁴.

Diante desse cenário, no ano de 1952, o alcoolismo foi incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais – DSM I (Marques, 2001). As versões posteriores desse manual tiveram alterações, como a inclusão dos sintomas da abstinência. Em 1970, Edwards e Gross propuseram o conceito de “Síndrome de Dependência do Álcool”, ou seja, a dependência passa a ser definida como um conjunto de sinais e sintomas decorrentes do uso disfuncional do álcool. Este conceito se consolidou pelo mundo, estando presente no DSM-IV e no CID-10.

A partir de 1970, revela Dias (2001), o atendimento às pessoas que faziam uso abusivo de álcool passou por significativas mudanças, tais como a fundação dos National Institute on Alcohol and Alcoholism – NIAAA – e o National Institute of Drug Abuse – NIDA –, direcionado à pesquisa, educação, prevenção e ao tratamento. Nessa época, também foram implantadas políticas e programas de abuso de álcool nas empresas, os hospitais começaram a receber pacientes para desintoxicação e alguns ofereciam atendimento especializado.

O alcoolismo, considerado um transtorno mental, também está incluso no capítulo V do CID-10, mais especificamente na categoria F-10, a saber, transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, tendo várias especificações que incluem: intoxicação aguda, uso nocivo para a saúde, síndrome de dependência, síndrome (estado de abstinência), síndrome de abstinência com delirium, transtorno psicótico, síndrome amnésica, transtorno psicótico residual ou de instalação tardia, outros transtornos mentais ou comportamentais e transtorno mental ou comportamental não especificado (Organização Mundial da Saúde, 2004).

¹⁴ Abstinência é uma atitude humana de decisão, que se caracteriza por abster-se de alguma coisa, como uma bebida, um alimento ou até mesmo uma necessidade ou privar-se de fazer uma determinada ação, por questões de princípios ou outras razões (Paraná, s.d.).

1.2 No Brasil...

O Brasil, no final do século XVIII, segundo Prado Júnior (1979)¹⁵, possuía muitas cidades ainda pouco habitadas. A economia era primitiva e as grandes propriedades rurais eram autossuficientes, o trabalho era baseado na atividade servil tanto na cidade como no campo. Tendo como pano de fundo este cenário, a presença do trabalho escravo fez com que o trabalho fosse visto com preconceitos e discriminação.

Assim no campo como na cidade, no negócio como em casa, o escravo é onipresente. Torna-se muito restrito o terreno reservado ao trabalho livre, tal o poder absorvente da escravidão. E a utilização universal do escravo nos vários mister da vida econômica e social acaba reagindo sobre o conceito do trabalho, que se torna ocupação pejorativa e desabonadora (Prado Júnior, 1979, p. 278).

Estes aspectos contribuíram para que a vida social se tornasse dividida entre dois extremos; de um lado, uma minoria de senhores e proprietários e, de outro, muitos escravos e aqueles que, não podendo ser proprietários e não mais sendo escravos, sentiam-se excluídos de uma situação estável. Eram em sua maioria pretos ou mulatos forros, mestiços de todos “os matizes e categorias” (Prado Júnior, 1979).

Além das categorias acima apresentadas o autor também descreve uma terceira, a qual prefere chamar de subcategoria, composta por desocupados permanentes. Estes eram vistos perambulando no campo e também pelas cidades, eram autores de crimes, o que incomodava e, em particular, preocupava as autoridades. Resende (1987) acentua que a loucura, o crime, a ociosidade, dentre outros eram vistos como fator de desordem nesse período, e necessitavam ser reprimidos por conta da ordem necessária.

O Brasil, a exemplo de outros países da América Latina, não presenciou o “Movimento de Temperança” da mesma forma que os Estados Unidos, que incluíam questões religiosas e sociais, mas viveu algumas medidas repressivas em relação ao uso de álcool¹⁶. Num primeiro

¹⁵ Prado Júnior, C. (1979). *Formação do Brasil contemporâneo* (16a ed.). São Paulo: Brasiliense.

¹⁶ Este movimento teve seu auge na década de trinta do século XX, e foi desenvolvido por meio de programas reeducativos. (Assis, Cardim, Iguchi, Morgado & Sberze, 1986).

momento, era considerado um hábito normal o uso de bebidas alcoólicas. Entretanto, com as transformações que estavam ocorrendo, especialmente nos centros urbanos, a presença de pessoas perambulando nas ruas devido ao consumo abusivo de álcool feria a imagem de um país em desenvolvimento. O alcoolismo passou a não ser mais “tolerado” e, a exemplo da loucura e da ociosidade, também deveria ser contido.

É importante esclarecer que a aceitação do uso de álcool, conforme salientado por Totugui (1988), altera-se de uma cultura para a outra, por isto, enquanto as sociedades ocidentais aceitam o consumo de álcool, já nas culturas muçulmanas esse consumo é expressamente “condenado e proibido”. Outra questão evidenciada é a de que, na mesma cultura, essa aceitação se altera com o tempo.

Arantes (2008) destaca que, no Brasil, “o alcoolismo era estigmatizado como doença capaz de levar as pessoas à loucura (...) o alcoólatra era inserido dentro do quadro patológico que, entre outras classificações morais, era tido como degenerado, idiota, imbecil e demente” (p. 5). Nesse sentido, as Santas Casas de Misericórdia e as prisões recebiam todas essas pessoas que atrapalhavam o crescimento econômico do país e que perturbavam a paz e a tranquilidade, contudo, nenhum tipo de atendimento era destinado a elas, eram deixadas à própria sorte, vítimas de maus tratos, punições, doenças infecciosas e, em muitos casos, a morte (Resende, 1987).

No sentido de resolver esta situação em 1852, o imperador D. Pedro II inaugurou no Rio de Janeiro o hospício que recebeu seu nome. Este hospício é considerado o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Alguns anos depois, são construídos hospícios em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará. Nessa trajetória, denúncias de superlotação e isolamento dessas instituições tornaram-se comuns. A localização das instituições em geral era totalmente afastada das cidades, tendo como justificativa a necessidade de proporcionar aos internos paz e tranquilidade (Resende, 1987).

Resende (1987) acrescenta que o surgimento da instituição psiquiátrica, entretanto, não minimizou as precárias condições em que os internos se encontravam. Com a situação social e política em desenvolvimento no país, era necessário ir além da “segregação dos excluídos”, novas providências estavam sendo exigidas e um conhecimento que legitimasse a recuperação dessas pessoas: a medicina é requisitada. A resposta para tais reivindicações veio em 1903, por meio do Decreto n.º 1.132 (Brasil, 1903), a psiquiatria tornou-se a “maior autoridade sobre a loucura”, tendo plenos poderes para julgar os suspeitos de alienação mental e os casos de reclusão. Com

relação à responsabilidade pelo uso do álcool, Sáad (2001) acentua que “a Psiquiatria do início do século é o saber responsável pela questão do alcoolismo e, de certa forma, é responsável, também, pela entrada de um saber jurídico para reprimir o uso de álcool” (p. 23). Posteriormente, a partir de 1940, o saber jurídico, além de assumir a responsabilidade pelo alcoolista, assume a responsabilidade pelo usuário de drogas. Na década de 1950, o saber médico novamente aparece e dá um novo entendimento ao problema relacionado ao uso de álcool e drogas. “Neste momento, há uma dupla inserção do dependente: como doente e como marginal” (Sáad, 2001, p. 23).

1.2.1 Preocupações e medidas preventivas

As preocupações com os efeitos das bebidas alcoólicas no indivíduo e as diferentes formas de controlá-las marcaram o século XX. Entretanto, em nosso país, ainda no século anterior, no ano de 1882 mais especificamente, Moinhos de Vilhena¹⁷ já chamava atenção aos problemas relacionados ao alcoolismo e publicou uma tese, intitulada *Do uso e abuso de bebidas alcoólicas*, a respeito dessa temática. Defendia este autor, que as medidas adotadas para o controle do alcoolismo deveriam partir do povo e não do governo (Assis et al., 1986).

Caldas (2005) aponta Afrânio Peixoto (1876-1947)¹⁸ como um dos pesquisadores do início do século XX que estudava sobre os males causados pelo uso de bebidas alcoólicas e defendia a implementação de uma educação preventiva nas escolas desde os primeiros anos até a universidade. No ano de 1912, é realizado no Brasil o 2º Congresso Médico Latino-Americano, que reuniu inúmeros pesquisadores, que, após intensos debates, solicitaram providências no controle da industrialização e comercialização do álcool. Estas providências já haviam sido adotadas em países europeus e obtiveram resultados positivos. Dentre as medidas elencadas para este controle, estavam: o aumento dos impostos sobre o álcool, a proibição tanto da industrialização do álcool como de sua venda em domingos e feriados, leis de punição àqueles que se embriagassem publicamente e a educação preventiva nas escolas e locais de trabalho.

No que tange ao alcoolismo, dois decretos foram assinados nesta época. O primeiro, no ano de 1911 sob n.º 8.834 (Brasil, 1911), que previa a fundação de colônias para “ébrios habituais

¹⁷ Este autor é tido como precursor do Movimento de Pró-Temperança no Brasil. (Assis et al., 1986).

¹⁸ Médico legista, político, professor, crítico, romancista, historiador literário. (www.biografias.netsaber.com.br).

e epilépticos”. Este Decreto, segundo Menezes da Silva e Da Silva Junior (2006), visava diminuir a superlotação do Hospital Nacional dos Alienados – antigo Hospício Pedro II, dirigido por Juliano Moreira (1873-1933)¹⁹, que, na época, constatou que o alcoolismo era uma das principais causas de internação. Em 1921, foi promulgado o Decreto n.º 4.294 (Brasil, 1921), que instituiu a criação de um estabelecimento de alcoólatras e toximômanos, local este que ofereceria tratamento médico e correccional.

Convém destacar que essas inquietações sobre os problemas relacionados ao “alcoolismo” surgiram como uma necessidade construída a partir da nova forma de organização da sociedade brasileira, que, no início do século, passou por muitas transformações sociais, políticas e econômicas, a exemplo do que já estava ocorrendo em outros países²⁰. Dentre essas transformações, podemos citar: a transição do trabalho escravo para o trabalho livre, a passagem da sociedade rural agrária para a urbano-industrial, o processo imigratório, etc. Além das influências das transformações que estavam ocorrendo no cenário internacional.

Devido a estes fatores, houve um crescimento populacional urbano, principalmente devido à entrada de milhares de imigrantes no Brasil, que não foi acompanhado do desenvolvimento no urbanismo e saneamento básico para “acolher” esse contingente humano. E, diante da falta de infraestrutura, problemas sociais começaram a surgir e a saúde física e mental do indivíduo foi afetada, resultando na organização de movimentos e associações reivindicatórios, que buscavam melhores condições de vida para a população, dentre eles a Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM.

A LBHM foi criada em 1923 como uma entidade civil, fundada no Rio de Janeiro por Gustavo Riedel, e que se propôs a regularizar e fortalecer as funções afetivas, intelectuais e morais do indivíduo, bem como combater as causas determinantes das perturbações psíquicas. De acordo com Ribeiro (2003), o programa de higiene mental da LBHM tinha como objetivo “(...) melhorar o nível de saúde mental da população, voltando-se para ações vinculadas à prevenção das doenças mentais; à educação (pedagógica eugênica); à orientação familiar, ao serviço social; **e, com grande ênfase, ao combate ao alcoolismo**” (p. 72, grifos nossos).

¹⁹ Professor, médico, frequentemente designado como fundador da disciplina psiquiátrica no Brasil (Oda & Dalgalarrodo, 2000).

²⁰ Sobre esta questão ver: Basbaum, L. (1981). *História Sincera da República*. (4a ed). São Paulo: Alfa-Omega. Carone, E. (1965). *Revoluções do Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Editora S.A.

De todas as propostas, o combate ao alcoolismo foi uma das maiores bandeiras da Liga, prova disso, é que, em alguns momentos, a LBHM passou a ser conhecida como Liga Anti-Alcoólica, sendo necessários esclarecimentos quanto aos demais objetivos da Liga.

Maestri (2000) faz uma descrição das “campanhas antialcoólicas” desenvolvidas pela LBHM, a partir de 1927, para combater “a degeneração nervosa e mental nos indivíduos normais”. Num primeiro momento, essas campanhas contaram com o apoio do governo, contudo os higienistas buscaram realizar medidas mais repressivas e autoritárias no controle ao uso abusivo de álcool, como a tarifação das bebidas e a lei seca, a exemplo do que já ocorria nos Estados Unidos.

No entanto, a contenção do consumo de bebidas alcoólicas, reconhece Maestri (2000), representava em termos de coleta de impostos um “déficit financeiro de mais de 200 mil contos”, conseqüentemente, o governo não apoiou essas medidas e o foco da atenção dos membros da LBHM passou a ser a educação. De acordo com Maestri (2000), a escola seria o lugar ideal para se conscientizar, desde “a mais tenra idade”, sobre os males que o alcoolismo provocava. Para isso, o corpo docente deveria estar integrado às campanhas, e as escolas precisavam de professores que fossem abastêmios, ou seja, não ingerirem bebida alcoólica e assumirem o compromisso de não beber, buscando influenciar os alunos para que seguissem o mesmo caminho.

Além da educação, a partir da década de 1930, Marques (2007) informa que os membros da LBHM passaram a se preocupar também com os trabalhadores. Essa questão interessava o governo do então Presidente Getúlio Vargas, visto que o “alcoólatra” prejudicava o desenvolvimento do país, ou seja, seu rendimento no trabalho era inferior aos demais operários e, por outro lado, o alcoolismo, com o tempo, levaria à perda de um corpo saudável, resultando em doença, o que acarretaria gastos do dinheiro público.

Apesar do empenho demonstrado pelos membros da LBHM, os problemas ocorridos pelo consumo de bebidas alcoólicas não poderiam ser compreendidos e enfrentados apenas como uma questão individual, que poderia ser evitada através de campanhas preventivas em diferentes segmentos da sociedade. As campanhas realizadas não conseguiram diminuir o consumo de álcool e as internações nos hospícios e hospitais (Maestri, 2000; Marques, 2007).

Naquela época, assim como atualmente, o consumo abusivo de álcool pode estar relacionado com a disponibilidade e a facilidade de acesso à substância. Esclarece Masur (2004,

p. 10) que “a maior disponibilidade do álcool se traduz também no seu baixo custo quando comparado a outros psicotrópicos”. Além do baixo custo, as bebidas alcoólicas fornecem energia, aproximadamente sete calorias em cada grama de álcool. Essas calorias são chamadas de calorias vazias, já que saciam a fome, mas não oferecem nutrientes (Masur, 2004).

Nesta perspectiva, diante da realidade em que parte da população se encontrava no início do século XX no Brasil e atualmente se encontra, o consumo de álcool tinha e ainda tem diferentes motivações. Dentre elas, segundo Cruz & Ferreira (2001), o uso de substâncias psicoativas modificam, mesmo que temporariamente, o julgamento, as percepções e os humores daqueles que as utilizam, bem como sacia a fome²¹. Desta forma, muitas vezes, a pessoa que faz uso de álcool não sente necessidade de se alimentar, o que prejudica ainda mais o seu quadro clínico. No caso específico das mulheres, segundo dados da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD (s.d.) atualmente, há aquelas que evidenciam uma preocupação exagerada com a estética e utilizam o álcool para substituir a comida e perder peso. Essas mulheres passam o dia em jejum a fim de controlar as calorias e, depois, abusam do álcool para aliviar a ansiedade e saciar a fome. Os americanos criaram um termo para classificá-las *drunkorexia*, em português, anorexia alcoólica. Marcelo Niel²² observa que a *drunkorexia* não é considerada uma doença, e sim “um padrão de consumo de álcool” que pode ter consequências graves e levar ao surgimento de doenças.

As preocupações com os problemas causados pelo uso abusivo de álcool resultaram em diversas tentativas de “controlar” este uso, dentre elas a prevenção. Bucher (1988) afirma que três formas de prevenção são comumente consideradas no controle ao uso de substâncias psicoativas²³ de uma forma geral, a saber: prevenção primária – “ações antecipatórias” que objetivam diminuir a probabilidade do início ou desenvolvimento de algum problema devido a este consumo, ou seja, uma educação para a promoção da saúde; prevenção secundária – intervenções especializadas a fim de evitar que se estabeleça um estado de dependência, em

²¹ O álcool, ao entrar no organismo, irrita a parede do estômago e dos intestinos, desencadeando um processo inflamatório. A inflamação, por seu turno, estimula a produção da leptina, enzima que na mucosa gástrica do aparelho digestivo, é responsável pela sensação de saciedade (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, s.d.).

²² Médico psiquiatra e colaborador do Programa de Orientação e Atendimento à Dependência da Unifesp – Proad. (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, s.d.).

²³ Substâncias que, ao entrarem em contato com o organismo sob diversas vias de administração, atuam no sistema nervoso central, produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, são, portanto, passíveis de autoadministração.

pessoas que já demonstram certa dificuldade com as substâncias psicoativas; prevenção terciária – quaisquer ações que visem diminuir a prevalência das incapacidades crônicas de uma população antes, durante e após o tratamento.

1.3 Formas de Tratamento

No ano de 1976, conforme afirma Caldas (2001), teve início o tratamento “moderno” do alcoolismo no Brasil, mais especificamente na Clínica Pinel, em Porto Alegre – RS. O autor se refere a esse tratamento como moderno devido às técnicas especializadas que foram adotadas, em detrimento às técnicas tradicionais adotadas anteriormente. As técnicas utilizadas eram: grupo de conforto, grupo de sentimentos, grupo de seminários, grupo de alcoólatras anônimos (AA), grupo de atividades (tarefas). As técnicas de tratamento eram desenvolvidas de forma individual ou em grupos, num período breve ou longo, em ambulatório ou durante a internação. A forma de tratamento desta clínica serviu de modelo para outras instituições brasileiras.

Caldas (2001) relata que a equipe desta instituição constatou, após anos de tratamento, que os resultados apresentados na recuperação dos pacientes com dependência química eram insignificantes e, visando melhores resultados no tratamento com os alcoólatras, alterou a forma de “tratar” esses pacientes. Dentre outras mudanças, tornou-se comum a presença de um consultor alcoólico²⁴ nas atividades desenvolvidas na instituição.

Convém esclarecer que a Clínica Pinel²⁵ está em funcionamento há mais de 40 anos e continua oferecendo tratamento destinado a pessoas com dependência química em geral, de ambos os sexos. A função da instituição é “asilar”, e não “isolar” a pessoa que sofre em virtude da dependência química. A clínica busca oferecer cuidados que o paciente, “sua família e sua comunidade” não pode proporcionar. Os programas de tratamento diferenciam-se de acordo com o comprometimento de cada paciente, mas a primeira fase do tratamento conta com um Programa de Avaliação e Desintoxicação – PAD. A equipe da instituição é multidisciplinar, ou seja, composta de diferentes profissionais, tais como: médico psiquiatra, enfermeiros, psicólogos,

²⁴ “Os consultores eram pacientes que estavam em abstinência por mais de um ano e que frequentaram o curso técnico em dependência química e contavam com a supervisão da equipe médica” (Caldas, 2001).

²⁵ Para maiores informações sobre esta instituição, ver: www.clinicapinel.com.br.

nutricionistas, consultores em dependência química, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, terapeutas de família (Caldas, 2001).

Ainda em relação ao tratamento destinado à pessoa que faz uso abusivo de bebidas alcoólicas, na história da psiquiatria brasileira, tornou-se comum o discurso médico não diferenciar o alcoólatra das demais pessoas acometidas por algum tipo de transtorno mental. No Estado de Santa Catarina, por exemplo, a Colônia Santana recebia pessoas que tinham como diagnóstico a doença mental, dentre elas o alcoólatra, entretanto, revela Marques (2007), até a década de 1970, nenhum local especial, sequer uma enfermaria foi destinada exclusivamente para os cuidados dos pacientes que tinham algum problema relacionado ao uso de álcool.

As formas de tratamento adotadas nesta instituição, conforme evidenciado por Marques (2007), eram as tradicionalmente utilizadas, a saber, “o tratamento espírituoso” e “o tratamento apaixonado”. O procedimento no tratamento “espírituoso” era, em particular, medicamentoso, ou seja, ao paciente seria administrado o antietanol (dissulfato de tetratiltiuram). Este medicamento, em contato com a ingestão de bebidas alcoólicas, produz uma reação muito desagradável. Acreditava-se que o paciente deixaria de beber frente ao receio das consequências na interação da medicação e a bebida alcoólica. Além desse medicamento, outros também eram administrados com o objetivo de desintoxicação dos pacientes (vitaminas, glicose, brometo), no entanto, nada garantia que a abstinência conseguida pelo paciente seria mantida quando este recebesse alta, prova disso, eram as constantes reinternações desses pacientes na instituição (Marques, 2007).

O tratamento “apaixonado”, além da ingestão de fármacos, os pacientes eram submetidos a outros procedimentos, como, por exemplo, o eletrochoque, sobretudo em casos de alcoolismo crônico, já que o choque elétrico teria o poder de organizar o estado mental do paciente. O eletrochoque também era indicado em casos de más condutas dos pacientes, em particular as de ordem moral, como em casos de exibicionismo e assédio sexual. Até os anos de 50, na Colônia Santana, ainda era adotada a convulsoterapia pelo cardiazol. De acordo com a autora, a utilização destes procedimentos se tornou comum na história do tratamento de transtorno mental. Todavia não alteraram as frequentes reinternações e recaídas desses pacientes, sendo considerado desumano e ineficaz.

Enfim, há diferentes formas e/ou modelos de tratamento do uso abusivo de álcool. Sem pretender fazer um relato exaustivo dos modelos de tratamento, seguiremos apresentando os preceitos adotados pelo grupo dos Alcoólicos Anônimos – AA – e também pelos de religiosidade,

que serviram e ainda servem de base para os tratamentos apoiados pelas várias religiões e oferecidos especialmente em comunidades terapêuticas – CTs.

1.3.1 Alcoólicos anônimos - AA

A instituição dos Alcoólicos Anônimos, melhor conhecida como AA, constitui, de acordo com sua literatura oficial²⁶, “uma irmandade de homens e mulheres” que se ajudam mutuamente a se recuperarem de sua doença – o alcoolismo (Alcoólicos Anônimos, 1939/1976). Este grupo de autoajuda foi criado em 1935, na cidade de Akron, Estado de Ohio, nos Estados Unidos, após o encontro de Bill W, um corretor da Bolsa de Valores de Nova Iorque, e o Dr. Bob, um cirurgião da região, ambos haviam sido alcoólicos e, antes de se conhecerem, tiveram contato com o grupo religioso Oxford, fundado em 1860, sendo a maior parte de seus membros pessoas não alcoólicas. Este grupo se constituía enquanto uma crítica à Igreja da Inglaterra, uma vez que visava um estilo de vida mais fiel aos princípios do cristianismo. Depois de 15 anos aproximadamente, constataram que 25% de seus membros eram alcoolistas em recuperação.

Dr. Bob e Bill W.²⁷ se conheceram e, em momentos diferentes, alcançaram a abstinência, iniciando um trabalho no Hospital de Akron com pacientes alcoólicos. Como tiveram êxito com um interno, juntos, os três constituíram o núcleo do primeiro grupo do AA. Em seguida, o segundo grupo foi criado no ano de 1935 em Nova Iorque e o terceiro em Cleveland em 1939. No Brasil, o primeiro grupo de AA surgiu em 1947 e, hoje, supera 6000 grupos em todo o país.

No ano de 1939, “a irmandade” publicou seu livro de texto básico – *Alcoólicos Anônimos*. – de autoria de Bill W., que apresentou a filosofia e os métodos do AA, bem como os conhecidos “Doze Passos” de recuperação. Os passos sugerem um programa de recuperação desde que obedecidos os seguintes princípios:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.

²⁶ Manteremos a expressão “literatura oficial”, por ser a forma utilizada pelo grupo dos Alcoólicos Anônimos.

3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade e relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (AA, 1939/1976, pp. 78-79).

Esses passos indicam as ações a serem empreendidas por todos aqueles que desejam conquistar a sobriedade. É importante que o “alcoólita” mantenha-se próximo às pessoas que fazem parte do grupo, onde será aconselhado a “viver um dia de cada vez”, buscando metas a curto prazo. Os depoimentos e experiências que ouve nas reuniões do grupo servirão como sugestões de como lidar melhor com situações parecidas de seu dia a dia (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

De acordo com o conteúdo do livro *Alcoólicos Anônimos*, o grupo do AA reconhece que o alcoolismo é uma doença que atinge além da pessoa que bebe todos os que estão ao seu redor. “Envolve todas as pessoas cuja vida tocam a vida do sofredor” (p. 42). Todos se compadecem das

²⁷ Utilizaremos as formas de tratamento Dr. Bob e Bill W, por serem as formas disponíveis na literatura.

pessoas que sofrem em decorrência de alguma doença, no caso do alcoolismo, essa situação é inversa. Além das pessoas criticarem o doente – “o bebedor”, elas não demonstram o mesmo tipo de sentimento que teriam se fosse outra doença (AA, 1939/1976).

Todo o processo de recuperação dos AA se baseia no primeiro passo, ou seja, a admissão da impotência perante o álcool. De acordo com os princípios do programa, faz-se necessário que o alcoólatra perceba que é diferente das demais pessoas e que sempre será no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, ou seja, “o alcoólico jamais recupera o controle da bebida” (AA, 1939/1976, p. 53). Outra ideia defendida pelo grupo é que nenhum “poder humano” seria capaz de livrar as pessoas do alcoolismo, exceto Deus, desde que “seja procurado”.

A unidade de trabalho dos AA é o grupo, que funciona por intermédio de reuniões de seus membros. Estas reuniões são de suma importância para o seu funcionamento, e se caracterizam pela informalidade, visando, entre outros objetivos, a troca de experiências entre os participantes. O número de membros é variável, bem como a frequência às reuniões. O coordenador de cada reunião é escolhido, de forma aleatória, dentre aqueles que estão há mais tempo fazendo parte do grupo. De forma semelhante, são escolhidas duas pessoas em cada reunião para relatarem suas experiências. Nenhum membro é obrigado a falar, e nem manter assiduidade nas reuniões realizadas (Edwards et al., 1999; Gambarini, 1997).

A reunião começa com o coordenador se apresentando com o seu “prenome” e afirmando, ou reafirmando, perante todos os presentes que é um “alcoólatra”, reconhecendo, assim, que sofre do alcoolismo. Em seguida, lê o preâmbulo dos AA:

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para tornar-se membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de A.A., não há taxas ou mensalidades; somos autossuficientes, graças às nossas próprias contribuições. A.A. não está ligada a nenhuma seita ou religião, nenhum movimento político, nenhuma organização ou instituição; não deseja entrar em qualquer controvérsia; não apóia nem combate quaisquer causas. Nosso propósito primordial é mantermo-nos sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançar a sobriedade (AA, 1977).

Este preâmbulo é lido em todas as reuniões e, resumidamente, apresenta os princípios do grupo dos AA aos participantes novatos. Um segundo momento considerado importantíssimo na reunião é o relato das experiências dos membros, seguindo um clima de cordialidade, que incentiva a participação dos demais membros se assim o quiserem. E, por fim, antes da reunião ser finalizada, a Oração da Serenidade é “rezada” por todos os presentes:

Concedei-me, Senhor, a serenidade
Para aceitar as coisas que não posso mudar
A coragem para mudar aquelas que posso
E a sabedoria para perceber a diferença
(AA, 1977).

O grupo dos AA apresenta uma ideologia que, segundo Edwards et al. (1999), visa recuperar a esperança da pessoa e trazer uma explicação sobre o seu problema. O indivíduo, na perspectiva desta ideologia, sofre de uma doença – alcoolismo – que não tem cura, mas que pode ser controlada, ou “interrompida” caso ele pare de beber e mantenha abstinência, evitando, sempre, “o primeiro gole”.

A meta de tempo estabelecida é possível e curta, ou seja, geralmente, as próximas 24 horas, mas se, mesmo neste período, o membro recair, ele é aceito no grupo com o mesmo apoio inicial. O membro do AA é valorizado pelos companheiros, e o contato entre eles não se restringe exclusivamente às reuniões. Em muitos casos, eles se visitam, substituem as velhas amizades e, na medida em que vão aplicando em sua vida os “Doze Passos”, passam a dedicar mais tempo e atenção aos membros que estão iniciando no grupo (Gambarini, 1997).

Os princípios dos AA têm sido aplicados a formas institucionais de tratamento, a saber, o “Modelo Minnesota”. Este modelo de intervenção, segundo Edwards et al. (1999), em geral, tem seu início com uma “fase residencial”, é uma estratégia comumente utilizada quando o bebedor tem dificuldades de aceitar a dependência. Essa fase inicial dura de dois a três meses, suas atividades incluem terapias de grupo, palestras, tarefas, participação nas reuniões dos AA. A maioria das pessoas pertencente à equipe que participa desse modelo de tratamento é “alcoologista”

ou “dependente de drogas em recuperação”. “Esses indivíduos, mesmo em recuperação, consideram-se como sofrendo de “alcooolismo” ou “dependência química” (p. 242)”.

Após o surgimento dos AA, dois novos grupos de autoajuda foram fundados, a saber: o AL-ANON e o AL-ATEEN. Ambos os grupos foram influenciados pelos princípios e métodos dos AA, o primeiro, organizado pelas esposas dos “alcoólatras”, mas destina-se a todas as pessoas que tenham interesse ou conviva com um “alcooolista”, e o segundo – AL-ATEEN –, fundado por um adolescente, cujos pais participavam do AA e do AL-ANON, as reuniões deste grupo visam atender às necessidades da faixa etária dos adolescentes. Estes grupos também se proliferaram rapidamente pelo país (Edwards et al., 1999).

Atualmente, algumas instituições que oferecem tratamento às pessoas que fazem uso abusivo de álcool têm utilizado os princípios do AA. Inclusive alguns CAPS ad oferecem espaço para a realização das reuniões do grupo, reuniões que objetivam reforçar ou complementar o tratamento que está sendo realizado.

1.3.2 As comunidades terapêuticas – CTs

O modelo religioso, a exemplo do modelo moral, encontra-se entre os modelos mais antigos no “tratamento” de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Entretanto existem poucas informações e estudos sobre este modelo de atenção, apenas indícios da atuação de grupos religiosos na recuperação de dependentes químicos. Em muitos casos, essa forma de tratamento é realizada sem a intervenção médica ou tratamento medicamentoso, sobretudo nas Comunidades Terapêuticas – CTs.

Esta forma de tratamento tem se difundido atualmente, mas seu início data algumas décadas anteriores. De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID (s.d.), no ano de 1958, Chuck Deberich e algumas pessoas que estavam se recuperando do alcoolismo passaram a viver juntas a fim de manterem a abstinência e, ao mesmo tempo, buscarem um “estilo alternativo” de vida. Este grupo fundou na Califórnia a primeira Comunidade Terapêutica – CT denominada Synanon, utilizando uma “atmosfera quase carismática” enquanto recurso terapêutico.

A base das relações vividas nesta comunidade era a ajuda mútua, e o “atendimento”, num primeiro momento, restringia-se aos “alcooolistas”, mas, devido a procura de jovens que

visavam tornar-se abstêmios em relação a outras drogas, a comunidade terapêutica passou a atender a todos que buscassem a abstinência em virtude do uso de quaisquer substâncias psicoativas. Esta alternativa de atendimento se consolidou e originou outras comunidades terapêuticas, que conservaram os conceitos básicos e aperfeiçoaram o modelo proposto pela Synanon.

No que diz respeito aos conceitos básicos desta alternativa de atendimento, destacamos: o compartilhar – o conceito aqui é utilizado para se referir ao compartilhar com os membros do grupo aquilo que cada um possui, do ponto de vista humano; a honestidade – “falar sobre si” com autenticidade diante dos outros, cada membro do grupo é seu próprio terapeuta e sabe o que precisa e quando buscar ajuda; e, por fim, a espiritualidade – que é capaz de “reintegrar a pessoa consigo mesma, com o grupo, com a comunidade, com a sociedade, com o seu Poder Superior. A CT tem capacidade de criar um ambiente ecumênico (...)” (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, s.d.).

A multiplicação das iniciativas deste tipo de abordagem terapêutica se deu primeiramente na América do Norte, na Inglaterra, Holanda, Bélgica, Suécia e Alemanha. Em 1979, este tipo de experiência chegou também à Itália, onde foi fundada uma Escola de Formação para Educadores de Comunidades Terapêuticas, estes educadores, por sua vez, influenciaram novas comunidades na Espanha, América Latina, Ásia e África.

No campo psiquiátrico, Maxwell Jones, psiquiatra escocês, iniciou a experiência de comunidade terapêutica para distúrbios mentais durante a II Guerra Mundial no Hospital Maudsley em Londres e, sucessivamente nos de Henderson e Dingleton. Nos anos de 1945 a 1969, transformou o “trabalho tradicional”, utilizando a psicoterapia individual e de grupo, eliminando, ao máximo, o uso de medicação e envolvendo os pacientes nas atividades propostas. Maxwell Jones é reconhecido como o autor do conceito de “comunidade terapêutica”.

Maxwell Jones, no período de guerra, foi encarregado de cuidar de uma unidade ocupada por 100 militares, que apresentavam sintomas semelhantes, que incluíam: dor no coração, falta de ar, palpitações, vertigens, cansaço, etc. As causas destes sintomas eram, notadamente psicológicas e, depois de complexos estudos fisiológicos que realizou junto a colegas, informou a esse grupo de militares sobre os resultados encontrados, visto que descobrira que os pacientes poderiam aprender mais sobre sua situação desde que estivessem envolvidos e em interação com ele e sua equipe (Jones, 1972).

Com o fim da guerra, novamente, foi encarregado de organizar uma “unidade de tratamento” para ingleses ex-prisioneiros que estavam regressando da Europa e do Extremo Oriente. Nesta oportunidade, Jones (1972) e sua equipe desenvolveram uma “comunidade de transição”, que visava recuperar estes homens que estavam a cinco anos isolados de sua sociedade, por meio de encontros diários da comunidade²⁸. A reabilitação desses homens teve como parceria, também, os empregadores da época, que empregaram os mesmos em diferentes formas de trabalho. Esse trabalho de Jones tornou-se conhecido e, posteriormente, ele e sua equipe trabalharam no tratamento de desajustados sociais, que se transformou em uma unidade de recuperação social. Jones permaneceu durante doze anos nesta unidade e, com os colegas aprimorou o conceito de “comunidade terapêutica”.

Principiamos a compreender que, além dos esforços terapêuticos de uma equipe treinada, havia um potencial muito importante, para apoio e cura do paciente, nos tipos de relacionamento e atitudes que predominavam entre os seus companheiros na seção e no hospital. A cultura da seção, sem dúvida, é fatalmente influenciada pela equipe na seção e no hospital em geral. Assim nos convencemos de que também se deve prestar atenção à organização hospitalar em geral, pois constitui, por assim dizer, o molde que possibilita ou frustra a comunicação e compreensão entre os membros da comunidade (Jones, 1972, pp. 18-19).

Em 1987, foi realizada a 1ª Conferência Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas no Brasil, mais especificamente na cidade de Campinas, Estado de São Paulo, com a presença de especialistas internacionais. Nesta conferência, o principal assunto abordado foi o antagonismo existente entre a ciência e a espiritualidade no tratamento realizado nas comunidades terapêuticas. Como consequência desse impasse, em 1990, foi criada a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT, instituição ecumênica que recebe pessoas de todas as convicções religiosas e científicas. Serrat (2002)²⁹ salienta que o objetivo dessas

²⁸ Por encontros ou reuniões diárias, entende-se uma reunião de todos os pacientes e equipe de uma unidade ou seção particular (Jones, 1972).

²⁹ Saulo Monte Serrat foi membro do conselho deliberativo da FEBRACT e representante dessa entidade na comissão responsável por definir o papel das comunidades terapêuticas no Brasil.

comunidades é “agir nos fatores psicossociais do paciente”, enquanto a medicação fica por conta de instituições especializadas para isso, no caso, os hospitais, ambulatórios e clínicas.

Com o agravamento dos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, as comunidades terapêuticas também se expandiram não somente no Brasil, mas em nível mundial. Contudo, de acordo com Serrat (2002), muitas comunidades, no país, não têm prestado um trabalho de qualidade para com os dependentes de substâncias psicoativas que buscam ajuda.

Diante desse contexto, no Brasil, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD desenvolveram um regulamento para todas as comunidades existentes no país, de acordo com a Resolução Federal n.º 101/2001/RDC (Brasil, 2001a), a saber: as comunidades terapêuticas terão que atender exigências mínimas para o seu funcionamento, que vão desde o licenciamento, menor número de pessoas em cada pavimento, e a proibição do atendimento de pessoas com comprometimento psíquico e orgânico graves. Além das novas regras, a Resolução traz a conceituação das Comunidades Terapêuticas:

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 têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2001a).

Quanto à atuação das comunidades terapêuticas, há diferenciações entre elas, basicamente três linhas se destacam, a saber: espiritual – que trabalha com a religiosidade e conta com apoio de ex-internos; científica – atuação de diferentes profissionais, como psicólogos, médicos, assistentes sociais, podendo ser voluntários ou não; e também há as comunidades

terapêuticas que visam conciliar as duas formas, ou seja, a espiritual e a científica. Vale ressaltar, que as diferentes atuações são permitidas desde que sejam seguidos os critérios estabelecidos pela Resolução Federal n.º 01/2001/RDC.

Em se tratando de religião, espiritualidade e fé, destacamos a pesquisa de Sanchez e Nappo (2007) intitulada *A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas*. Suas autoras, por meio de uma revisão da literatura, descreveram os principais estudos científicos que abordam o papel da religiosidade no tratamento e na prevenção do consumo de drogas (lícitas e ilícitas).

Dentre os resultados da pesquisa, Sanchez e Nappo (2007), ao compararem seus pesquisados com dependentes que eram tratados exclusivamente por meio médico, evidenciaram que “as pessoas que participam dos cultos, que consideram a religião professada e que praticam os preceitos religiosos” apresentam menores índices de consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como os dependentes de substâncias psicotrópicas apresentam melhores índices de recuperação quando “seu tratamento é permeado por uma abordagem espiritual”, de qualquer origem.

No que se refere à eficiência dessas comunidades terapêuticas em geral, Serrat (2002) ressalta que, em dados estatísticos em nível mundial, 30 a 35% das pessoas que estiveram em “tratamento” em uma comunidade terapêutica deixaram definitivamente de consumir substâncias psicoativas. Mesmo que essa porcentagem seja baixa, Serrat (2002) acredita que o papel exercido pelas comunidades terapêuticas no tratamento psicossocial das pessoas que fazem uso abusivo de qualquer substância psicoativa tem sido importante tanto em nível mundial como no Brasil.

1.4 A Política de Saúde Mental no Brasil

A forma de tratamento destinado às pessoas portadoras de transtornos mentais, dentre elas os alcoolistas, durante séculos no Brasil, limitou-se às internações em hospitais psiquiátricos. Entretanto a situação de maus tratos aos pacientes destes hospitais tornou-se conhecida pela população, mobilizando uma série de setores, instituições, militâncias e movimentos da sociedade em prol da formulação das Políticas de Saúde Mental em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira fortaleceu-se nos anos de 70 do século passado. Resultou dos movimentos sociais que estavam ocorrendo em prol de mudanças “dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta

dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado” (Brasil, 2005a, p. 6).

A Reforma Psiquiátrica ocorreu praticamente na mesma época do movimento sanitário, mas de forma distinta. Foi influenciada pelas mudanças que já estavam ocorrendo na Itália, as quais visavam, dentre outras questões, a superação do “modelo hospitalocêntrico”, ou seja, a substituição do isolamento do paciente pelo convívio familiar e comunitário. É importante destacar que, em outros países, como na Inglaterra, França, EUA, o movimento da reforma psiquiátrica ocorreu em épocas anteriores à reforma psiquiátrica brasileira, entretanto com objetivos diferenciados.

A sustentação da Política de Saúde Mental no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005a) ocorreu por diferentes acontecimentos, dentre estes, destacam-se a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – na cidade de São Paulo em 1987, a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos – NAPS, a constituição do Sistema Único de Saúde – SUS, criado em 1990 e, finalmente, a promulgação da Lei 10.216 em abril de 2001, tida como o marco legal desse movimento. A Lei 10.216 (Brasil, 2001b) dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Merece igual destaque a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2002b), que contou com a participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, consolidando a Reforma Psiquiátrica como política do Estado. Visa, dentre outros objetivos:

(...) reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) – incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa "De Volta Para Casa", manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os

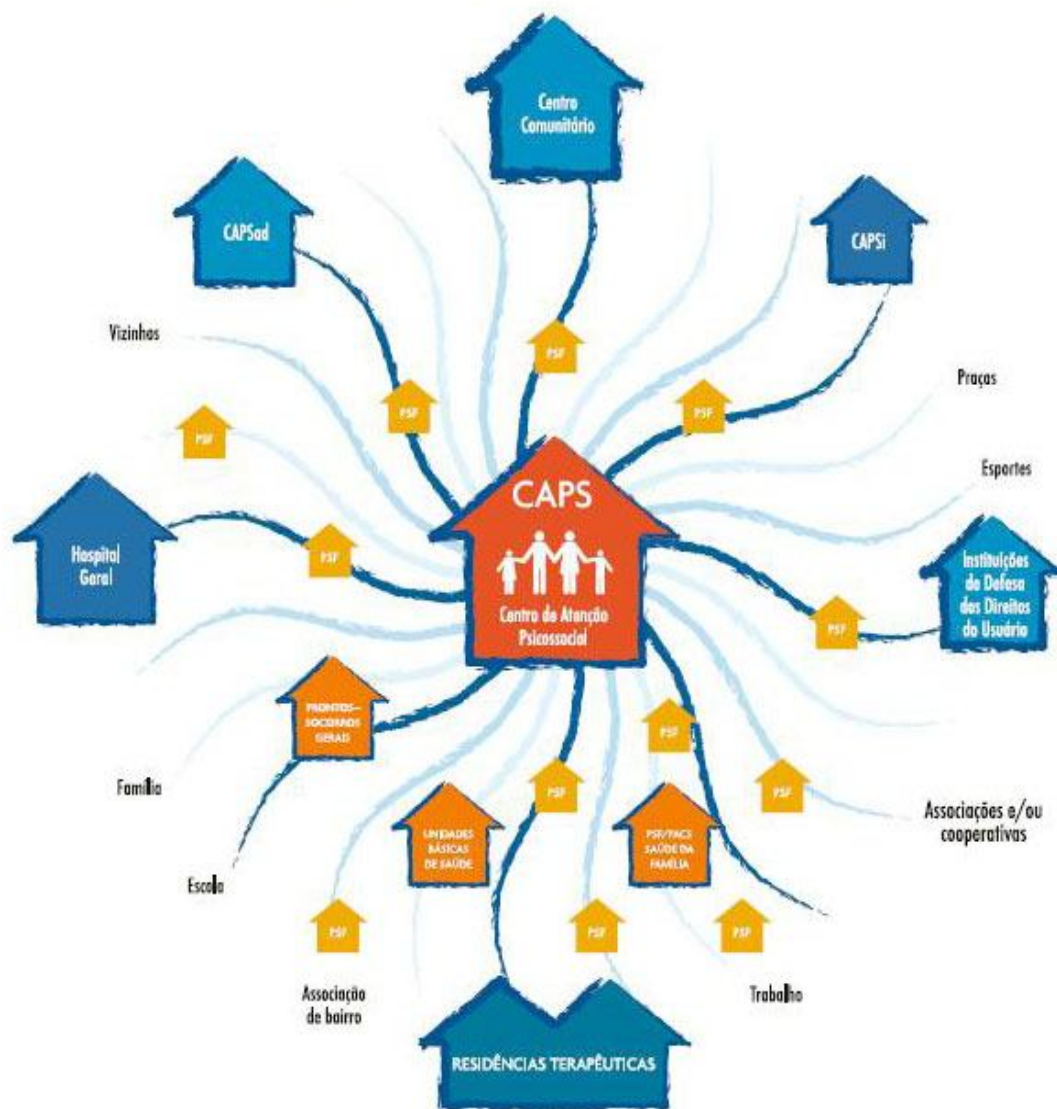
hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria (Brasil, 2002b).

Sob esta perspectiva, os familiares e, especialmente, o usuário do serviço de saúde mental são chamados a participar, discutir e reconstruir os serviços oferecidos às pessoas portadoras de transtornos mentais. Não se trata de apenas substituir ou aperfeiçoar as estruturas tradicionais, mas de criar novos dispositivos de cuidado, sendo necessário discutir a clínica psiquiátrica para tal transformação. “Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica” (Tenório, 2002, p. 35).

A rede de atenção à Saúde Mental de base comunitária visa substituir o “modelo hospitalocêntrico” e integrar os seus usuários a um ambiente social e cultural concreto, denominado pelo Sistema Único de Saúde como território, ou seja, o espaço em que se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e familiares, evitando assim o seu isolamento. É diante dessa realidade que esses dispositivos, implementados para fazer parte da rede de serviços comunitários, constituem-se a principal estratégia da Política Pública de Saúde Mental no Brasil.

Os dispositivos que compõem essa rede extra-hospitalar são os CAPS I, II, III, CAPSad e CAPSi, ambulatórios de Saúde Mental, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, leitos psiquiátricos e emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimento em Saúde Mental na rede básica de saúde. Todos estes dispositivos foram implementados para fazer parte da rede substitutiva às internações em hospitais psiquiátricos. Nesta perspectiva, os dispositivos que constituem esta rede necessitam estar articulados entre si e também com outras redes sociais, de outros setores, procurando incluir as pessoas com transtornos mentais. Lembramos que o eixo organizador dessa rede são as pessoas, especificamente aquelas com sofrimento psíquico (Brasil, 2004a). A seguir, os dispositivos que compõem essa rede:

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2004a).

Esta é a representação da rede de atenção à saúde mental preconizada pelo Ministério da Saúde, que surge em resposta à reorganização dos serviços e das ações de saúde mental, tornando-se um serviço de saúde pública comprometido com um atendimento diferenciado. Efetiva-se por meio de medicação, grupos terapêuticos, atendimentos individuais e atendimentos familiares, visando à autonomia e à participação efetiva dos usuários nos diversos setores da vida social (Brasil, 2004a).

Dentre os dispositivos que compõem a rede comunitária de serviços de atenção à saúde mental, os CAPS, de acordo com o Ministério da Saúde, “constituem a principal estratégia do

processo de reforma psiquiátrica (...) são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, e apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (Brasil, 2004a, p. 9).

Apesar de estratégicos, os CAPS não se sustentam sem os demais dispositivos que compõem esta rede de cuidados em saúde mental. O Ministério da Saúde, no documento *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessário* (Brasil 2004a), destaca que a articulação entre a atenção básica e a saúde mental é importante e necessária.

As ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos sistematizar como princípios fundamentais dessa articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade, interdisciplinaridade; desinstitucionalização, promoção de cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares (Brasil, 2004a, p. 79).

Desde o ano de 2001, a coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu alguns seminários e oficinas para discutir a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. Destes eventos, resultaram algumas diretrizes para a organização das ações de saúde mental na atenção básica, tais quais: o Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica e a formação como estratégia prioritária para a inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica (Brasil, 2004a).

O Apoio Matricial “constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população” (Brasil 2004a, p. 80), ou seja, as responsabilidades são compartilhadas entre as Equipes Matriciais de Saúde Mental e da Atenção Básica, mais especificamente as Unidades Básicas – UBS, sob forma de corresponsabilização pelos casos que são discutidos e as intervenções são conjuntas junto à família e à comunidade. “A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local” (Brasil, 2004a, p. 80).

Além destas ações de saúde mental na atenção primária, no ano de 2008, foi criado por meio da Portaria n.º 154/GM do Ministério da Saúde (Brasil, 2008d), os Núcleos de Atenção à Saúde da Família – NASF, que visam “potencializar as Equipes de Saúde da Família na atenção em saúde mental”. Para isso, o Ministério da Saúde recomenda que cada núcleo conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental. Na rede pública de saúde do município de Maringá sete equipes do núcleo de atenção à saúde da família - NASF estão em processo de implantação

Para que estas ações de saúde mental possam ser desenvolvidas na Atenção Básica, é necessário que estas equipes sejam capacitadas. A formação profissional, segundo a Coordenação de Saúde Mental, deve ser permanente/continuada no sentido de qualificar a rede e o cuidado, além da atualização em saúde mental de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Ainda estão em discussão ações que têm como base a inclusão de indicadores de monitoramento na Atenção Básica, a saber: atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool, outras drogas e drogas ilícitas, atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente, egressas de internação psiquiátrica e transtornos convulsivos (epilepsia). No que se refere à prevenção as ações visam: prevenir o uso inadequado de benzodiazepínicos – BDZs³⁰, bem como as tentativas de suicídio (Brasil, 2004a).

Conforme evidenciado na rede de Atenção à Saúde Mental, há diferentes modalidades de CAPS, que são os CAPS I e CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Em relação à especificidade³¹, o CAPS I, II e III destinam-se ao atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPSi é um serviço destinado ao atendimento de crianças e adolescentes comprometidos psicologicamente. Para atender aos princípios da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2002, foi criado o CAPSad, destinado ao atendimento de pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas (Brasil, 2004a).

³⁰ Os benzodiazepínicos possuem indicações precisas para o controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos. O principal efeito terapêutico destes medicamentos é diminuir ou abolir a ansiedade das pessoas, sem afetar em demasia as funções psíquicas e motoras. Atualmente, prefere-se designar estes tipos de medicamentos pelo nome de ansiolíticos, ou seja, que "destroem" (lise) a ansiedade. (Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas – OBID, s.d.).

³¹ Para maiores informações a respeito das especificidades dos CAPS I,II, III e CAPSi, ver: Brasil (2004a).

De acordo com a Portaria n.º 336/GM (Brasil, 2002a), para que a cidade disponha de um CAPSad na rede de serviços de saúde mental, é necessário que sua população seja superior a 100.000 habitantes. Segundo o *Informativo Eletrônico Saúde Mental em Dados n.º 4, 5 e 6*, o número de CAPSad cadastrados no país tem crescido consideravelmente nos últimos anos, conforme tabela 1 seguir:

Tabela 4 – Cadastramento de CAPSad	
Ano	N.º de CAPSad
2007	153
2008	182
2009	200

Fonte: Brasil (2007c; 2008b; 2009b).

Como o objeto de nosso estudo é o CAPSad, a seguir, focalizaremos a especificidade deste dispositivo e a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, publicada no ano de 2004.

1.4.1 A política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas

O tema álcool e outras drogas, a exemplo de outros temas complexos da atualidade tem sido abordado de uma forma biologizante, especialmente no campo da saúde. Alerta o Ministério da Saúde que é necessário considerar as demais implicações, a saber: sociais, psicológicas, econômicas e políticas dessa problemática (Brasil, 2004c).

As formas de tratamento tradicionais, que se resumem em internações psiquiátricas, não visam à prevenção e à assistência de uma forma integrada. De acordo com o Ministério da Saúde “a internação nos hospitais psiquiátricos apresentam inúmeras desvantagens para a recuperação destes pacientes, contribuindo para sua estigmatização e isolamento social” (Brasil, 2004b, p. 5).

Ciente de que o uso abusivo de álcool e outras drogas é um problema de saúde pública, e da necessidade de se recuperar o atraso histórico na elaboração de políticas adequadas para a resolução dessa problemática, o Ministério da Saúde apresenta a Política para a Atenção Integral

a Usuários de Álcool e outras Drogas, assumindo “(...) de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas” (Brasil, 2004c, p. 9). Entende que a abstinência não pode ser a única meta a ser alcançada, já que, no tratamento de seres humanos, a singularidade, que promove a diversidade, deve ser respeitada. Existem diferentes possibilidades e escolhas, portanto, o tratamento deve possibilitar o aumento do grau de liberdade e corresponsabilidade daquele que está sendo tratado.

Nesse sentido, a prevenção e as ações incentivadas passam a ser estratégias importantes e devem ser realizadas em diferentes esferas da sociedade, dentre elas nas escolas, nos locais de trabalho, sindicatos, associações, enfim a assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção. Por isso, devem ser implementadas ações intersetoriais. Isso porque o uso de álcool e outras drogas são entendidos como um tema transversal a outras áreas da saúde, como, por exemplo, justiça, educação, social e desenvolvimento. A articulação de diferentes setores da sociedade em prol de um mesmo objetivo, certamente, resultará em resultados mais objetivos. De forma semelhante, essa política defende a lógica da transversalização, ou seja:

(...) instaurar em todos os campos da saúde pública uma atitude que, ao mesmo tempo, garante as especificidades acumuladas ao longo do tempo em cada núcleo de saber e, para além disso, consiga fazer atravessar tais saberes uns sobre os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção (Brasil, 2004c, p. 9).

1.4.2 Redução de danos – RDs

Uma das principais estratégias da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas é a redução de danos. A Associação Internacional de Redução de Danos – IHRA (citado por Brasil, 2004b, p. 31) define redução de danos “(...) como políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as conseqüências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento”.

No que tange à assistência, redução de danos é caracterizada por Cruz, Sáad & Ferreira (2003, p. 355) como “o emprego de técnicas que viabilizem as melhores opções possíveis para cada paciente, evitando uma experiência de abstinência a qualquer custo”. As estratégias de

redução de danos são reguladas pela Portaria n.º 1.028/GM do Ministério da Saúde (Brasil, 2005b), e apresentam características “universais”, a saber:

A estratégia de redução de danos é complementar às estratégias de controle da demanda e da oferta;

Seu foco é nas consequências e não nos comportamentos em si;

A estratégia é realista e reconhece que o consumo de álcool não será interrompido em muitas comunidades e, continuará a criar problemas para indivíduos e comunidades;

A estratégia de redução de danos não julga o consumo de álcool e sim a redução dos problemas advindos dele;

É uma estratégia pragmática – ela não busca políticas ou estratégias que sejam inatingíveis ou que criem mais danos que benefícios;

A estratégia de redução de danos reconhece os direitos humanos individuais – ela está calcada na aceitação da integridade e responsabilidade individuais (Brasil, 2004b, p. 33).

“As políticas de redução de danos reconhecem que as pessoas usam, e muitas delas continuarão usando drogas, independentemente das intervenções convencionais, que em geral apresentam baixa efetividade” (Paraná, s.d., p. 38). Diante da impossibilidade imediata de uma sociedade “livre de drogas”, as estratégias de redução de danos objetivam “o desenvolvimento de ações que diminuam os danos provocados para cada indivíduo e para a coletividade” (Cruz et al. 2003, p. 356). Os críticos destas estratégias salientam que as mesmas poderão incentivar o uso/abuso de álcool e outras drogas. Cruz et al. (2003) concordam que o ideal seria que os indivíduos não fizessem o uso de drogas, todavia não sendo isso possível, que, ao fazerem, façam-no com menor risco possível.

Em oposição à política de redução de danos, estão as ações proibicionistas e repressivas calcadas num modelo moral/criminal e de doença. Este modelo culpabiliza as substâncias e aqueles que as utilizam, estigmatizando-os ou como criminosos ou como doentes. Acentuam Cruz et al. (2003) que a política de redução de danos não é, porém, contrária ao desenvolvimento de ações que visam à diminuição da oferta e do consumo de drogas, bem como não despreza a importância da abstinência enquanto uma possibilidade, entre tantas outras, no tratamento do uso abusivo de álcool.

Sobre este assunto, o Governo do Estado destaca que:

O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de Saúde Pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPSad, e outros não especializados (Paraná, s.d., p. 53).

O foco desta estratégia passa a ser a defesa da vida humana e não mais a abstinência alcoólica. Na prática, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b) apresenta algumas estratégias de redução de danos no que tange ao consumo abusivo de álcool, dentre elas a produção de bebidas contendo baixo teor alcoólico e uma menor disponibilidade de acesso às bebidas alcoólicas. Outra estratégia apresentada é a substituição dos copos de vidros por copos plásticos, que poderia contribuir na diminuição da violência em decorrência do uso de álcool, evitando que um copo fosse usado como uma arma em algum desentendimento. É fato comum que o “beber” seja considerado uma atividade social, realizada geralmente em grupo. Assim, uma forma de redução de danos em relação ao álcool seria que a bebida alcoólica não fosse considerada o motivo principal para que um grupo se reunisse e sim atividades como dançar, cantar, jogar, etc.

Além das estratégias já elencadas, não seria possível deixar de mencionar os danos causados devido ao consumo abusivo de álcool e a direção de veículos de transportes. Nesse sentido, o planejamento para beber e os limites estabelecidos são importantes. Há que se considerar que o próprio conhecimento sobre a bebida e suas consequências no organismo não necessariamente serão uma garantia para que a pessoa deixe de beber ou beba menos, mas que, ao beber, a pessoa esteja ciente dos possíveis riscos (Brasil, 2004b).

Ainda no que se refere às estratégias utilizadas para diminuir os riscos no tratamento de álcool e outras drogas, Cruz et al. (2003) utilizam a expressão “terapias de substituição” ao fazerem menção a estas estratégias. Dentre elas, a substituição de drogas por outras substâncias que provocam menos danos, mesmo com a possibilidade de abuso ou dependência, não comprometendo, porém, a possibilidade de abstinência. No Brasil, um exemplo desta “substituição” em relação ao uso abusivo de álcool é a administração de benzodiazepínicos – BDZs – na fase inicial do tratamento. Entretanto tal estratégia tem causado controvérsias,

inclusive os críticos da política de redução de danos revelam preocupação em relação à simples “troca de uma droga por outra”, em virtude da dependência que a nova droga pode causar.

O Ministério da Saúde propõe uma Política de Redução de Danos que seja integral e intersetorial, envolvendo governo e sociedade, “(...) em todos os seus segmentos: área cultural e educacional, área sanitária, meios de comunicação, setor produtivo, comércio & serviços, organizações não-governamentais, etc.” (Brasil, 2004b, p. 135).

Sendo assim, entre outras práticas, essa política visa:

Proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades / famílias / usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos (...) (Brasil, 2004c, p. 11).

Para que essas práticas de fato aconteçam, é necessário que todos os dispositivos que fazem parte da rede de atenção à saúde mental estejam, de fato, desenvolvendo suas atividades de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, é enfatizada também a necessidade de mais informações e preparo sobre essa temática, em particular por parte daqueles que estão diretamente envolvidos com o problema, dentre eles, os profissionais de saúde. “Aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool” (Brasil, 2004c, p. 16). Contudo, segundo informações do Ministério da Saúde, os profissionais que atendem a estes pacientes não detectam tal “acometimento” e, dessa forma, prejudicam as possibilidades precoces de diagnóstico e tratamento (Brasil, 2004c).

1.4.3 Ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool

Com relação ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde – MS lançou, no mês de junho deste ano por meio da Portaria n.º 1.190/GM (Brasil, 2009c), o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e

outras Drogas – PEAD 2009-2010³². Este plano consiste no “(...) protagonismo da Saúde Pública na atenção aos usuários de drogas; convocação à intersetorialidade; face protetora do Estado aos segmentos vulneráveis; aposta nas ações territoriais e na rede ampliada; valorização da família e da comunidade: construção do laço social” (Brasil, 2009d, p. 3).

As ações de prevenção e tratamento do PEAD (Brasil, 2009d) têm como foco prioritário as crianças, adolescentes e jovens em situação de “vulnerabilidade social” de 108 municípios brasileiros. Este plano custará ao Governo R\$ 117,3 milhões, investimento distribuído em três eixos principais: R\$ 76,6 milhões destinados ao Plano Emergencial propriamente dito, ou seja, para a ampliação do acesso ao tratamento em saúde mental, na qualificação dos profissionais e nas ações intra e intersetoriais e de promoção da saúde; R\$ 21 milhões para a habilitação de CAPS já existentes e R\$ 19,7 milhões para o aumento de teto para o fortalecimento da rede de CAPS.

Em relação às ações de ampliação do acesso, quatro focos de atuação são apresentados, a saber: 1) implementação de 160 unidades, implantação de 92 novos CAPS (ad, i e III) e habilitação de 68 novos CAPS; 2) implementação de 2325 novos leitos psiquiátricos em Hospital Geral e reajuste de R\$ 14,62% até 44,92% nos procedimentos ambulatoriais; 3) implantação de 720 novos NASFs, tendo na equipe, ao menos, um profissional de saúde mental, visando dar suporte a 10.080 equipes do PSF com apoio em saúde mental; 4) abertura de 37 casas de passagem (em municípios com mais de 500 mil habitantes) e a criação de 15 Centros de Convivência (Pontos de Acolhimento e Integração Social).

Os investimentos destinados à qualificação dos profissionais foram distribuídos da seguinte maneira: 1) para a realização de 80 cursos presenciais, tendo como público alvo 4 mil profissionais da rede de saúde e de apoio social; 2) para a parceria com o Projeto Supera III da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad, curso este oferecido a 5 mil profissionais também da rede de saúde e de apoio social; 3) para a produção e distribuição de publicações sobre o álcool e drogas, a partir do segundo semestre de 2009, bem como a implantação do Observatório Nacional sobre Álcool, Drogas e Saúde Pública e da Rede de Pesquisa em Saúde Mental (Brasil, 2009d).

³² Convém destacar que as ações deste plano têm previsão para serem realizadas entre os anos de 2009 e 2010, logo, trata-se de um projeto em desenvolvimento.

No que se refere à articulação intra e intersetorial, três diferentes ações são discriminadas: 1) ações inministeriais, os recursos serão distribuídos a projetos por meio de editais; 2) PRONASCI – projeto de “drogas e violência” a ser realizado em 5 regiões metropolitanas; 3) outras ações que envolvem, especialmente, parcerias com programas e instituições.

E, por fim, as ações de promoção da saúde, dos direitos e do enfrentamento do estigma visam à:

Prevenção e promoção de saúde mental na primeira infância; Programa de Saúde nas Escolas (MEC/MS); Educação popular em Saúde: Combate ao estigma e ao preconceito; Sensibilização das equipes de saúde para o acolhimento de usuários de álcool e drogas (PNH); Realização de seminários sobre Drogas e mídia. (Brasil, 2009d, p. 19).

Este plano, dentre outros aspectos, está em consonância com a Política de Redução de Danos, visto que seus objetivos se aproximam. Diante do exposto, a avaliação do CAPSad se faz necessária porque o dispositivo está em funcionamento desde 2002 em nosso país. Entendemos ainda que a avaliação de um setor de saúde deve ser periódica e contemplar todos os atores que dão o tom e a cor da dinâmica de trabalho deste dispositivo. Entretanto, pela limitação de um trabalho desta natureza, sobretudo pelo prazo que temos a cumprir, restringimos nossa escuta apenas aos usuários do CAPSad do município de Maringá/PR. E, em nosso entender a voz dos usuários que estiveram em tratamento neste dispositivo se constitui em um dos aspectos mais relevantes desta avaliação. Seguiremos detalhando o percurso metodológico, por nós empreendido, no desenvolvimento deste estudo.

Reconhecemos que cada município possui uma situação diferente, mas acreditamos que os resultados encontrados neste estudo possam desvelar situações e fatos que sejam comuns em outras localidades, e assim, avançar no aperfeiçoamento de programas e instituições, bem como incentivar novas pesquisas desta natureza.

“Muitas causas influíram para que viesse a beber; mas, de todas elas, foi um sentimento ou pressentimento, um medo, sem razão nem explicação, de uma catástrofe doméstica sempre presente.

*Adivinhava a morte de meu pai e eu sem dinheiro para enterrá-lo;
previa moléstias com tratamento caro e eu sem recursos;
amedrontava-me com uma demissão e eu sem fortes conhecimentos
que me arranjassem colocação condigna com a minha instrução;*

*e eu me aborrecia e procurava distrair-me, ficar na cidade,
avançar pela noite adentro; e assim conheci o chopp, o whisky, as
noitadas, amanhecendo na casa deste ou daquele”*

(Barreto, 1956, p. 7-8).

2 A “CO-AUTORIA” DOS USUÁRIOS NO PROCESSO AVALIATIVO DO CAPSAD

“(...) o que eu falei aqui... é apenas a minha experiência, espero que sirva pra outros... porque se eu soubesse, antes, aonde a bebida ia me levar... eu não tinha nem começado nessa vida” (Alcides, 51 anos).

Segundo Lakatos e Marconi (1991) a pesquisa de campo objetiva “conseguir informações e/ou conhecimento acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles” (p. 186). Este tipo de pesquisa não deve ser reduzida a uma simples coleta de dados, já que os objetivos são preestabelecidos e direcionam as informações que devem ser coletadas. Dentre as fases presentes nesta forma de pesquisa, a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema faz parte do procedimento inicial, seguido da escolha das técnicas que serão empregadas e, por fim, o estabelecimento de como serão registrados os dados obtidos para que estes possam ser utilizados em sua análise posterior.

No presente estudo, optamos pela pesquisa de campo de caráter qualitativo, por permitir trabalhar com descrições, comparações e interpretações. Além de possibilitar uma participação mais interativa entre pesquisador e pesquisado (Minayo, 2007). Na abordagem qualitativa,

(...) entendemos que a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis, uma vez que os significados são gerados na interação social. É no estudo das estruturas, da organização social e da produção de fatos, que consideramos as criações sociais (artefatos, dispositivos, rotinas, linguagem e outros) ações humanas objetivadas (Minayo, 2008, p. 18).

Esta modalidade de investigação tem sido cada vez mais empregada em diferentes áreas, mais especificamente nos serviços de saúde. Trata-se de um enfoque que parte do princípio que a ciência deve ser entendida como uma produção humana, portanto, resultante de relações sociais. Frente ao uso de diferentes terminologias adotadas para se referir a este tipo de pesquisa, Mercado-Martínez e Bosi (2004) fazem alusão à “investigação qualitativa dos serviços de saúde, que emprega uma metodologia determinada e suas técnicas correspondentes, seja para a obtenção

de informações ou para a análise dos dados” (p. 33). Além de considerar a investigação qualitativa no campo da saúde, consideramos também o processo avaliativo. A abordagem qualitativa na pesquisa avaliativa, segundo Minayo (2008, pp. 17-18).

(...) se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmos. Ao valorizar a figura do sujeito e de seus significados na produção dos resultados, esse tipo de avaliação atesta que nenhum processo e nenhum produto são apenas funções técnicas que ocorrem à revelia dos atores ou como mandato sem mediações provenientes dos formuladores de políticas e dos gestores. Mas o método qualitativo também pode ser empregado para estudo das políticas, das práticas, dos modelos, pois entendemos que todo pensamento, representação e todas as relações se ancoram em bases materiais.

Com esta orientação, pretendemos, por meio da “inclusão da voz” dos usuários (Surjus & Onocko Campos, 2008) que estiveram em tratamento no CAPSad do município de Maringá - PR, verificar a contribuição deste dispositivo às pessoas que demandam este tipo de atendimento. Para isso, utilizamos a pesquisa exploratória, que tem por objetivo “conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre” (Piovesan & Temporini, 2008).

2.1 Local da Pesquisa

O objeto de estudo desta pesquisa é o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad da cidade de Maringá, situada geograficamente no Noroeste do Estado do Paraná, sendo o pólo da 15ª Regional de Saúde. A rede de serviços de saúde mental do município foi reestruturada em 2001 e, atualmente, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde³³, conta com:

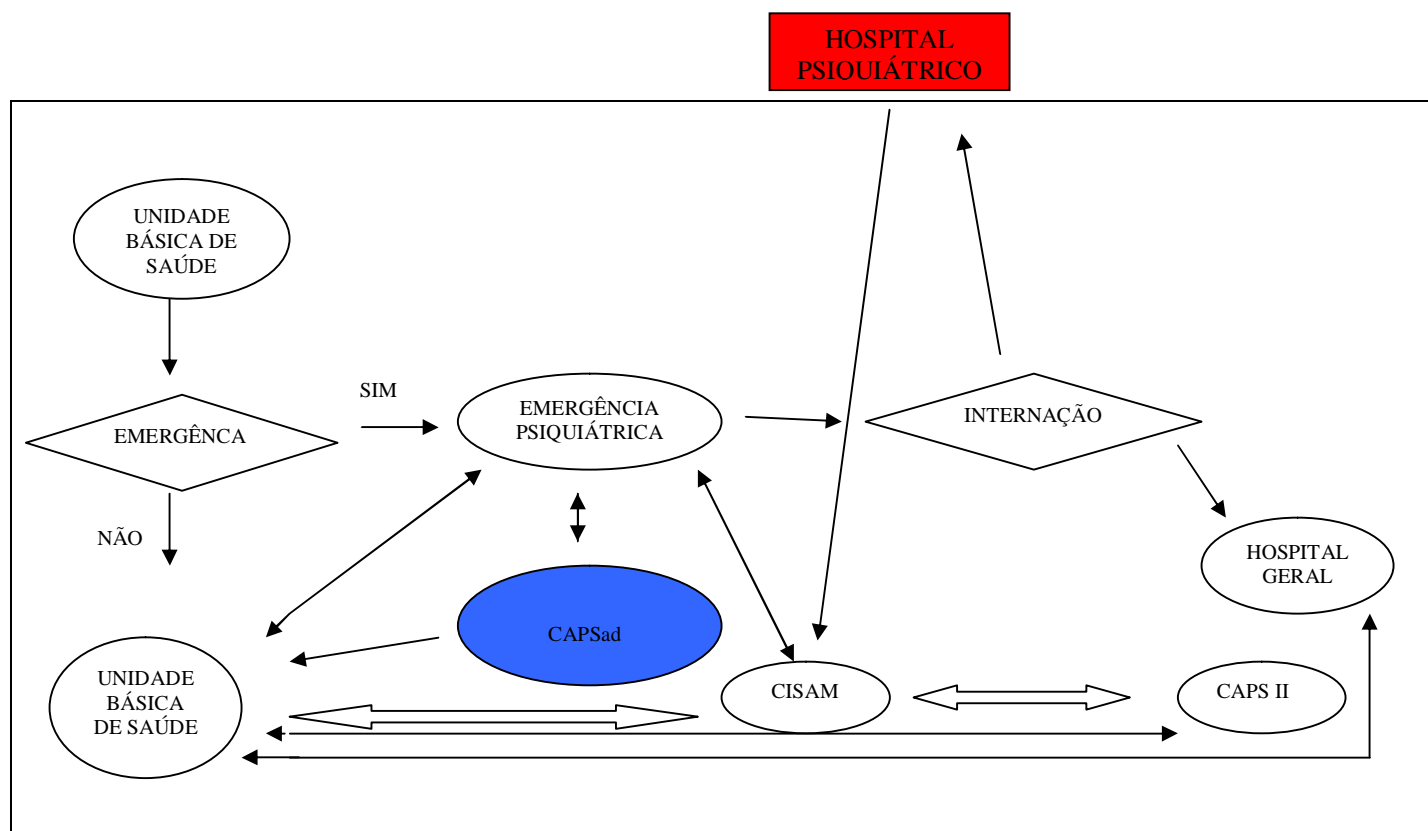
³³ Estes dados foram fornecidos em março de 2009.

- 25 Unidades Básicas de Saúde;
- 02 Policlínicas;
- 54 Equipes de Programa Saúde da Família;
- 12 Equipes de PACS (equipe do PSF, sem contar o médico);
- 01 Centro Integrado de Saúde Mental - CISAM;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial – Criança adolescente – CAPSi (em fase de planejamento);
- 01 Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II;
- 01 Emergência Psiquiátrica no Hospital Municipal com 26 leitos³⁴;
- 02 Residências Terapêuticas com 5 residentes em cada uma;
- 02 Leitos psiquiátricos em hospital geral (particular);
- 240 leitos psiquiátricos no Sanatório Maringá (hospital psiquiátrico particular) que mantém convênio com o Sistema Único de Saúde;
- 12 leitos psiquiátricos para atender a adolescentes no Sanatório Maringá (hospital psiquiátrico particular), criados a partir de abril de 2008 e financiados pelo Estado do Paraná.

Desse modo, a rede de Atenção à Saúde Mental de Maringá é composta pela assistência básica, assistência especializada e assistência hospitalar (Maringá, 2004). Seguiremos apresentando o fluxograma dessa rede:

³⁴ Este dispositivo além de atender os moradores da cidade de Maringá, atende também os moradores dos municípios que fazem parte da 11ª, 13ª e 15ª regional de saúde, totalizando 67 municípios.

Fluxograma – Rede Pública de Atenção à Saúde Mental no Município de Maringá



Fonte: Maringá (2004).

Vale frisar que o hospital psiquiátrico, destacado e a parte do fluxograma da Rede Pública de Atenção à Saúde do Município de Maringá, é um prestador de serviços e se mantém graças a aproximadamente 90% de leitos financiados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

O CAPSad, em destaque, é um dispositivo de assistência especializada de saúde mental do Sistema Único de Saúde voltado para o atendimento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo³⁵) de todas as pessoas, desde a adolescência, que fazem uso de bebida alcoólica ou outras drogas ilícitas e que tenham algum tipo de problema relacionado a este uso.

³⁵ “Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Atendimento Semi-Intensivo: esta modalidade de atendimento é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho” (Brasil, 2004a, p. 16).

A implantação deste dispositivo ocorreu junto ao Programa de Atenção ao Alcoolismo e Outras Farmacodependências – PAAF³⁶, que funcionava no Centro Integrado de Saúde Mental – CISAM – desde o ano de 1995. O CAPSad de Maringá foi inaugurado em 10 de dezembro de 2002, foi o primeiro dispositivo do Estado do Paraná. A princípio, ocupava uma ala do Hospital Municipal *Thelma Vilanova Kasprovicz* e contava com: leitos de observação, três consultórios, sala de coordenação, sala de técnicos e sala de terapia ocupacional. Em setembro de 2003, o CAPSad passou a funcionar em um espaço próprio para o atendimento de sua demanda, a intenção é a de que a estrutura física proporcione um espaço de convivência familiar e acolhedor e que não se caracterize como um espaço asilar. Assim, a estrutura física do CAPSad atende às exigências da ANVISA (Brasil, 2001a).

O CAPSad, além de atender aos moradores do município de Maringá, atende aos moradores dos distritos de Iguatemi e Floriano³⁷, que estão sob jurisdição deste município. O funcionamento deste dispositivo é de segunda a sexta-feira, das 07 às 19:00 horas e, atualmente, conta com os seguintes profissionais: uma coordenadora; um assistente social; um terapeuta ocupacional; quatro psicólogas; uma médica psiquiatra; dois residentes em psiquiatria; uma enfermeira; três auxiliares de enfermagem; um estagiário de enfermagem; dois auxiliares administrativo; um estagiário de administração; um vigia; um motorista; dois auxiliares de serviços gerais e uma estagiária de farmácia. Desta forma, o CAPSad da cidade de Maringá conta com a equipe de profissionais mínima necessária, atendendo às exigências preconizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004a).

Fisicamente, o CAPSad desta cidade dispõe dos seguintes recursos: consultórios para atividades individuais; salas para atividades grupais; dois leitos de repouso para tratamento de desintoxicação; espaço de convivência; refeitório; sanitários e área externa para a prática de oficinas, recreação e esportes.

³⁶ Este programa foi implantado pela Prefeitura Municipal de Maringá, através das secretarias municipais de Saúde, Transportes e Meio Ambiente. O objetivo era informar a respeito das questões envolvendo o consumo de álcool e outras drogas; orientar os servidores que precisavam de ajuda sobre o problema e encaminhar aqueles que necessitavam de tratamento especializado, internações ou atendimento ambulatorial. A equipe era composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiras, alcoólicos anônimos e agentes comunitários, preparados para esse tipo de atendimento. Este programa foi extinto logo após a inauguração do CAPSad no ano de 2002. www.maringa.pr.gov.br.

³⁷ O distrito de Iguatemi fica a 15 quilômetros de Maringá e conta com uma população de 11 mil habitantes e o distrito de Floriano fica a 10 quilômetros de Maringá e conta com uma população de 2,1 mil habitantes. www.maringa.pr.gov.br.

As atividades incluem tratamento medicamentoso; psicoterápico (individual e em grupos); atendimento para a família; atendimento comunitário; reuniões e assembleias semanais, bem como orientações a pacientes, familiares e à comunidade em geral. O usuário procura o serviço por demanda espontânea ou por meio de encaminhamento da rede, por parte dos familiares ou encaminhados pela justiça. A inserção do usuário, como de seus familiares ao serviço ocorre a partir dos grupos de acolhimento, realizada por um técnico. Segundo estimativa do Ministério da Saúde (Brasil, 2004c), cada dispositivo deve atender aproximadamente 300 pessoas por mês. A média de atendimentos realizada no CAPSad da cidade de Maringá é de 200 pessoas por mês³⁸.

2.2 Período

Para esta investigação, entrevistamos os usuários que estiveram em atendimento e receberam alta no período de 2003-2005. As entrevistas foram realizadas no mês de maio de 2009. Justificamos o período delimitado por considerarmos que o tempo de quatro anos já nos permite avaliar se houve recaídas³⁹, por parte dos entrevistados, ou se fazem uso não abusivo do álcool. O recorte de tempo especificado também se justifica pelo fato de o usuário em tratamento no CAPSAD do município de Maringá só receber alta após um ano em abstinência, e, mesmo após a alta, este deve continuar participando dos grupos de pós-alta por mais um ano.

2.3 População Alvo

Para este estudo, delimitamos apenas os casos que se referem ao uso abusivo de álcool. Tal recorte se faz necessário pela limitação de um trabalho desta natureza (dissertação de mestrado) e, sobretudo, pela complexidade do tema. Assim, a opção em pesquisar sobre o uso abusivo de álcool e os problemas decorrentes deste uso teve como único critério a incidência maior, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, deste tipo de consumo em relação ao consumo das demais drogas, tais como crack, maconha, cocaína, etc.

³⁸ Informações fornecidas pelo gestor do CAPSad em abril de 2009.

³⁹ Voltar a beber depois de ter se tornado dependente e interrompido o uso de álcool (Paraná, s.d.).

Inicialmente, tentamos verificar junto ao CAPSad qual a quantidade de usuários que foi atendida no período de 2003 a 2005, mas não conseguimos estes dados em virtude do roubo de um computador no qual estas informações estavam armazenadas. Conseguimos apenas o número de triagens realizadas no CAPSad nos anos de 2003 e 2004 respectivamente, que totalizou 931 atendimentos iniciais (sendo 455 em 2003 e 476 em 2004), ou seja, em média, 466 atendimentos por ano. Estas informações foram obtidas por meio do relatório da psiquiatria (documento não oficial).

O levantamento dos dados relativo ao ano de 2005 foi realizado por meio da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC⁴⁰. O total de atendimentos realizados no ano foi de 1992. Convém destacar que as APACs são feitas a cada três meses, ou seja, quatro vezes ao ano. Desse modo, se um usuário permanecer durante um ano em tratamento no dispositivo, serão feitas quatro APACs. Seguindo esta estimativa, 1992 atendimentos realizados, quando divididos por quatro, representam 498 pessoas atendidas no ano. Entretanto, ainda assim, não temos precisão absoluta nestes números, porque muitos usuários iniciaram o atendimento no dispositivo e não deram continuidade ao mesmo, caracterizando desistência.

Tentamos também, discriminar o número de usuários do sexo masculino e feminino que foram atendidos no dispositivo no período de 2003 a 2005, mas só foi possível referente ao ano de 2003. Assim, dos usuários que iniciaram tratamento no CAPSad, conforme relatório da psiquiatria, 81% eram do sexo masculino e 19% do sexo feminino. Nas tabelas a seguir, apresentamos o número, a porcentagem e o sexo dos usuários que receberam alta no período delimitado, bem como o motivo pelo qual tivemos dificuldades em realizar entrevistas com todos.

⁴⁰ Laudo técnico que justifica perante o órgão autorizador a solicitação do procedimento. (Brasil, 2000b).

2.3.1 Usuários que receberam alta

Tabela 5 – Período da alta e gênero dos usuários

Data	Usuários	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Dezembro de 2003	06 = 10%	06 = 10%	—
Junho de 2004	09 = 16%	09 = 16%	—
Dezembro de 2004	18 = 32%	15 = 26%	03 = 5,5%
Dezembro de 2005	24 = 42%	21 = 37%	03 = 5,5%
Total	57 = 100%	51 = 89%	06 = 11%

Fonte: Informações fornecidas pelo gestor do CAPSad em abril de 2009.

Tabela 6 – Razões da não entrevista

N.º	%	Motivo
02	3,5%	Faleceram
03	5%	Não compareceram às entrevistas agendadas
01	1,5%	Não concordou em participar deste estudo
02	3,5%	Não foram localizados os prontuários
01	1,5%	Não constava n.º de telefone no prontuário
32	56%	Problemas para localizá-los (endereço desconhecido, mudou telefone, etc.)
41	72%	Total de usuários não entrevistados

2.3.2 Os entrevistados

Do número aproximado de pessoas que passaram pela triagem e permaneceram em tratamento no período delimitado, 57 receberam alta. Nossa proposta inicial era entrevistar todos os usuários que receberam alta. Entretanto, pelas razões elencadas na tabela 6 foi possível realizar entrevista apenas com 16 pessoas, sendo 15 entrevistados do sexo masculino e 01 do sexo feminino. Uma amostra que representa 28% do total de usuários que receberam alta.

As entrevistas foram realizadas em diferentes locais, por exemplo, na casa do usuário, no trabalho do mesmo, no CAPSad (quando o usuário tinha recaído) e no Campus da

Universidade Estadual de Maringá. Em alguns casos, a entrevista foi acompanhada por um familiar do usuário.

2.4 Técnica

No levantamento de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada como instrumento. A entrevista, de uma forma geral, objetiva a obtenção de informações pertinentes sobre determinado assunto ou problema. A entrevista semiestruturada “(...) combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (Minayo, 2007, p. 261). Neste tipo de entrevista, não há a imposição rígida de ordem das questões, conta-se com o apoio de um roteiro, de um esquema básico, que permite “as necessárias adaptações e flexibilidade”. As entrevistas realizadas foram encerradas apenas quando o entrevistado afirmou estar esgotado o seu depoimento.

2.5 Etapas Realizadas

- 1) Solicitação ao Centro de Formação e Capacitação Permanente em Saúde – CECAPS / Secretária de Saúde da cidade de Maringá de autorização para a obtenção do rol de pessoas que tiveram alta no CAPSad no período de 2003-2005 e a forma de localizá-los;
- 2) Submissão do projeto a apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá – UEM – e aprovação conforme parecer n.º 109/2009 (Anexo I);
- 3) Consulta ao rol de usuários do CAPSad;
- 4) Contato com os usuários para definição de data e horário para a realização das entrevistas;
- 5) Realização da entrevista propriamente dita;
 - a) Apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II);
 - b) Preenchimento da ficha de identificação (Apêndice I);
 - c) Entrevista apoiada em um roteiro pré-estabelecido (Apêndice II).

2.6 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram organizados, categorizados e analisados qualitativamente. Num primeiro momento, transcrevemos na íntegra as entrevistas realizadas. Em seguida, fizemos repetidas leituras das respostas que nos foram oferecidas e um longo processo de análise constituiu o percurso metodológico que fizemos em busca de subsídios que nos possibilitasse conhecer o potencial resolutivo da atuação do CAPSad na perspectiva dos usuários.

Os dados coletados foram interpretados à luz da perspectiva histórica que busca entender e explicar o fenômeno com base nas múltiplas relações estabelecidas em um determinado contexto e momento histórico. Assim, a análise pautada nesta concepção prioriza a historicidade dos fatos como uma produção humana e considera o homem um ser histórico e, portanto, social. Ele não nasce pronto, mas se constroeu como ser humano no momento em que se relaciona com o outro e à medida que produz sua vida e, neste contexto, modifica a si mesmo a fim de satisfazer suas necessidades⁴¹. Nesta perspectiva, as condições de produção da vida material determinam as necessidades sociais e orientam o pensamento e as ações dos homens. Desta forma, “só se fala do ser humano quando se fala das condições de vida que o determinam” (Bock, 1999, p. 325).

Desse modo, pautados nesta concepção histórica, entendemos que a criação e a atuação do CAPSad não pode ser compreendida isolada do movimento da sociedade que as produziu. Assim, este dispositivo de Saúde Pública é resultado das condições e do momento histórico atual, isto é, o CAPSad está inserido numa sociedade com características próprias, que não foge das determinações culturais, políticas e econômicas desta época.

2.7 Apresentação dos Dados

Optamos por utilizar como recurso de apresentação dados numéricos, organizados em tabelas, apenas na parte inicial da análise, objetivando facilitar a identificação dos usuários. As demais tabelas seguem como apêndices para possibilitar outras leituras. Utilizamos também relatos de como ocorreu o processo de ingestão da bebida alcoólica a ponto de o usuário tornar-se dependente e a percepção dos mesmos sobre sua dependência e sobre o tratamento. Os

⁴¹ Marx, K & Engels, F. (1986). *A ideologia alemã (Feuerbach)* (5.ed.). São Paulo: Hucitec.

depoimentos foram reunidos tendo como critério a ordem em que os dados foram colhidos mediante os instrumentos utilizados, tal como: quem são os entrevistados; histórico da dependência; o atendimento no CAPSad; o significado do CAPSad e sugestões de mudança. E, nessa ordem, foram apresentados e comentados.

Para facilitar a exposição dos depoimentos e manter a identidade dos entrevistados no anonimato, optamos por utilizar nomes fictícios acompanhados da idade dos mesmos para nos referir aos usuários. Nesse caso, temos:

Tabela 7 – Nomes fictícios

Usuário	Idade
01 - Aparecido	63
02 – Cícero	40
03 – José	32
04 – Antonio	37
05 – João	54
06 – Pedro	84
07 – Roberto	38
08 - Sebastião	26
09 – Alcides	51
10 – Maria	36
11 – Joaquim	50
12 – Paulo	59
13 – Alfredo	50
14 – Luiz	37
15 – Valter	25
16 – Ademir	59

“(...) nesse caso do alcoólico: no ato da geração, dado que fosse a verdade essa sinistra teoria da herança de defeitos e vícios, o pai já seria deveras um alcoólico que tivesse as suas células fecundantes suficientemente modificadas, igualmente, para transmitir a sua desgraça ao filho virtual”
(Barreto, 1956, p. 101).

3. O USUÁRIO E O CAPSAD: VOZES QUE ECOAM

“Para quem não bebe é muito fácil criticar... mas quem bebe sabe a dificuldade que é... a gente luta para sair disso... a gente cai e levanta e quem sabe um dia, consegue vencer... erguer a cabeça... eu não consigo ficar sem beber e nem consigo me controlar na quantidade... até já tentei...” (Cícero, 40 anos).

Nosso propósito, ao longo deste capítulo, é apresentar a análise e a interpretação dos dados coletados nesta pesquisa. Para isso, buscamos identificar os usuários entrevistados, conhecer o histórico da sua dependência, ou seja, como ocorreu o processo de ingestão da bebida alcoólica a ponto de tornar-se dependente, a percepção dos usuários sobre sua dependência e sobre o tratamento propriamente dito, bem como algumas reflexões possíveis sobre estas informações.

3.1 Quem São os Entrevistados

Idade		Gênero		Estado Civil			
F. Etária	Usuários	Masculino	Feminino	Casado/Amasiado	Solteiro	Separado	Viúvo
20 a 40	08=50%	07=44%	01=6%	03 = 19%	03 = 19%	02 = 13%	—
41 a 60	06=38%	06=38%	—	03 = 19%	02 = 12%	01 = 6%	—
61 a 80	01=6%	01=6%	—	01 = 6%	—	—	—
+ de 81	01=6%	01=6%	—	—	—	—	01=6%
Total	16=100%	15=94%	01=6%	07 = 44%	05 = 31%	03=19%	01=6%

Pós-Graduação (concluindo)	01	6%
Superior Completo e Incompleto	02	12%
Ensino Médio Completo	02	12%
Ensino Fundamental (completo e incompleto)	11	69%

Tabela 10 – Profissão e vínculo empregatício			
Profissão	Vínculo Empregatício	Nº	%
Adm. rural, professor, aux. portaria, funileiro, encanador, etc.	Formalidade	06	38
Vendedor, artesão, pedreiro, serv. gerais, salgadoiro, etc.	Informalidade	10	62

3.1.1 Demanda atendida no CAPSad

De acordo com as informações levantadas neste estudo no ano de 2003, bem como entre os usuários que receberam alta, a procura maior ao tratamento no CAPSad ocorreu por parte dos homens. Esta situação não é apenas evidenciada na cidade de Maringá/PR. Em pesquisa realizada por Silva (2006), por exemplo, a demanda do CAPSad da cidade de Natal/RN foi, na sua grande maioria, constituída por homens. Possivelmente, uma das razões para tal predomínio, seja o fato de que os homens bebam mais do que as mulheres, segundo estudos realizados nos últimos anos⁴². Todavia, de acordo com a matéria *Saúde: as novas abordagens para o alcoolismo* (Lopes & Magalhães, 2009), o psiquiatra Ronaldo Laranjeira reitera que o número de mulheres que se encaixam no perfil de “bebedoras de risco”⁴³ aumentou cerca de 20% em relação aos homens, na última década.

Tal informação corrobora os resultados dos estudos desenvolvidos nos últimos anos. De acordo com as edições da pesquisa da Vigitel, realizada nos anos de 2006, 2007 e 2008, conforme já apresentado na introdução desta pesquisa, há uma frequência média do consumo abusivo de álcool de 17,9% maior entre os homens em relação às mulheres, ao mesmo tempo, um aumento de 2,4% no uso abusivo de álcool feito pelas mulheres quando comparadas às três edições desta pesquisa.

Apesar disso, a presença das mulheres que fazem uso abusivo de álcool nos serviços de saúde continua menos frequente, conforme observado nos estudos de Silva (2006) e nos resultados deste estudo conforme citado anteriormente. Ao abordar as peculiaridades do alcoolismo feminino, Lenz Cesar (2006) realizou um estudo que enfatiza que a presença/ausência

⁴² Brasil (2007b; 2008c; 2009a); Laranjeira et al. (2007).

⁴³ Os bebedores de risco são aquelas pessoas cuja dependência física do álcool não foi desenvolvida, ou seja, não são alcoólatras, mas ameaçam ser. Estima-se que os bebedores de risco somem 30 milhões de brasileiros que, aparentemente, mantêm uma relação tranquila com a bebida (Lopes & Magalhães, 2009).

de mulheres nos serviços de saúde tem sido foco de preocupações e, ao mesmo tempo, motivado novos estudos. Na pesquisa desta autora, algumas características especificamente femininas em relação ao uso abusivo de álcool são discutidas, dentre elas: o fato de as mulheres beberem mais no âmbito da esfera privada do que na esfera pública. Tal atitude estaria relacionada, entre outros motivos, às diferenças de gênero, e a educação diferenciada dada aos meninos e meninas; à preservação da auto-imagem da mulher, ou seja, o preconceito em relação às mulheres que bebem e, ao mesmo tempo, a cobrança diante dos papéis que a mulher ocupa e desempenha, como, por exemplo, o da maternidade. Desse modo, o beber “escondido” seria uma forma que as mulheres encontraram para lidar com a repressão ao consumo abusivo de álcool.

Outra característica evidenciada no estudo em questão é o maior controle sobre o beber por parte das mulheres em relação aos homens, embora a abstinência não seja tão facilmente alcançada, exceto nos períodos de gravidez e amamentação dos filhos. Estas questões levaram Lenz Cesar (2006) a considerar que a função social da mulher – mãe, cuidadora – pode servir de uma espécie de “freio” para o ato de beber, quer seja temporariamente, ou não.

Outro motivo que, talvez, justifique a menor procura por parte das mulheres aos serviços de saúde que oferecem atendimento às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas pode estar relacionado com o lugar que ela ocupa na sociedade atualmente. Nos últimos anos, a mulher presenciou e participou de muitas mudanças e “conquistas”, contudo, o beber feminino ainda é velado. Tal situação pode inibir a mulher na busca por uma ajuda especializada, isto é, o tratamento, até porque a perda do controle de beber pode revelar a fragilidade ou vulnerabilidade feminina frente ao álcool.

Acrescenta-se a isto o fato de que homens e mulheres metabolizam o álcool de forma distinta. Nóbrega e Oliveira (2005), partindo do ponto de vista biológico, destacam que as mulheres são menos tolerantes ao álcool do que os homens, porque o organismo feminino é mais vulnerável⁴⁴ e não consegue processar a bebida tão eficientemente quanto o masculino, resultando em dificuldades maiores em relação aos distúrbios cardiovasculares, doenças hepáticas, câncer e osteoporose. Estas doenças, quando decorrentes do uso abusivo de álcool, representam mais risco de mortalidade nas mulheres do que nos homens.

⁴⁴ O peso e a menor quantidade de água corporal, em detrimento da maior quantidade de gordura, associada a menor quantidade de enzimas metabolizadoras de álcool, implica o fato de que a intoxicação ocorra nas mulheres com o uso de metade da quantidade usada pelo homem (Nóbrega & Oliveira, 2005).

É provável que estas peculiaridades no desenvolvimento do alcoolismo feminino reforcem a necessidade de um atendimento diferenciado. Lenz César (2006), em seu estudo, sugere a criação de um espaço de tratamento específico para mulheres que fazem uso abusivo de álcool, haja vista que as mesmas, geralmente, chegam aos serviços de saúde relatando outras queixas e ocultando o real problema – o uso abusivo de álcool. Nesta perspectiva, reforça a necessidade de mudanças nos modelos de atenção junto às mulheres, favorecendo ações mais efetivas. Lenz Cesar (2006) afirma ainda que uma alta taxa de mulheres que faz uso abusivo do álcool foi vítima de violência física/sexual na infância ou adolescência. Esta constatação sugere que a violência pode contribuir para o alcoolismo. Vale destacar que, em nossa pesquisa, a única participante do sexo feminino também revelou situação de violência e abuso sexual na infância:

(...) olho para a minha história de vida e penso como eu consegui parar de beber... porque passei muita coisa ruim... *vi minha irmã de cinco anos ser morta... minha mãe era alcoólatra... tinha muitos homens diferentes... um deles abusou de mim quando eu tinha cinco anos de idade... me lembro de tudo isso...*(Maria, 36 anos).

3.1.2 A influência da família

Os dados obtidos neste estudo indicam que grande parte dos entrevistados declarou, no momento da entrevista, que “vive só”, ou seja, é solteiro, separado ou viúvo. Os demais entrevistados mantêm relações estáveis, quer seja pelo casamento ou pela união consensual, indicando que estes usuários preservaram os vínculos familiares. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), a família, de uma forma geral, é considerada o elo entre o usuário e o mundo e parceira no tratamento quando apoia e participa ativamente no seu processo de recuperação.

É importante salientar que parte dos entrevistados iniciou o uso de álcool devido à influência de algum familiar, tal como observamos: “*meu pai sempre dava um golinho prá cada filho... prá não dar lombriga...essas coisas...naquela época, ele junto com nós tocávamos viola e cantávamos, eu tinha uns 11 anos na época*” (Pedro, 84 anos). Esta influência se dava particularmente, em comemorações realizadas em casa, de acordo com o relato de Joaquim (50

anos): “comecei a beber nas festas de Natal, reunia a família e rolava muito vinho e eu estava junto com os adultos na rodada, com o finado avô, com o tio e bebia, era normal”.

De igual modo, a maioria dos entrevistados também buscou tratamento no CAPSad devido ao incentivo de algum familiar: “eu estava bebendo muito... em qualquer horário do dia... meus familiares já estavam falando... me incentivavam buscar um tratamento... parar de beber... tudo começou quando eles me internaram em Jandaia” (Ademir, 59 anos). Tal atitude familiar indica um paradoxo, ou seja, a família, ao mesmo tempo que “introduz” ou “permite” o início do uso de álcool, incentiva o usuário a buscar atendimento quando este consumo passa a ser prejudicial. Em alguns casos, a participação e o apoio familiar no tratamento do uso abusivo de álcool é significativo, como afirma Sebastião (26 anos):

(...) minha mãe ficou sabendo desse CAPSad e começou a frequentar lá... porque tem também o grupo de mães... de familiares... de pessoas que convivem ...e ela me convidava prá ir... e eu falava que era perda de tempo isso aí...e não ia... até que um dia, do nada, eu resolvi ir... então, eu fui mais prá conhecer...a minha mãe já conhecia todo mundo do CAPSad.

Em outros casos, a família incentiva o usuário a buscar tratamento, mas não o acompanha durante o período em que está se tratando, culpando-o pela situação em que se encontra. Dessa forma, a família entende que o problema está no usuário, porque não consegue controlar a quantidade e a frequência com que faz uso de bebidas alcoólicas: “meus pais falavam para eu me tratar, diziam que eu tinha que abraçar e carregar a minha cruz ou então o álcool seria o meu fim... fui sozinho no CAPSad, depois, eles chamaram meus pais, eles foram na primeira vez” (Antonio, 37 anos).

Ainda no que diz respeito ao incentivo ou motivação para o início do uso de bebidas alcoólicas, há aquelas famílias que explicam pela via da natureza do indivíduo, da genética, por exemplo. Além de não incentivar o uso do álcool, ao contrário, até punia quando constatava este uso: “comecei bem novo, eu tinha dez anos de idade... eu acho que já nasci com essa dependência... meu pai e minha mãe não me incentivavam a beber... às vezes, até me batiam” (Alfredo, 50 anos).

3.1.3 O (des)emprego

Em relação ao vínculo empregatício, é importante destacar que a maioria dos entrevistados trabalha na informalidade e vive com poucos recursos econômicos. Mas isto não é a situação apenas das pessoas que fazem uso abusivo do álcool. De acordo com Pochmann (2005), o Brasil iniciou o século XXI com altos índices de desemprego. No ano de 2002, por exemplo, ocupou a quarta posição no ranking mundial de desempregados, perdendo apenas para a Índia, Indonésia e Rússia. Por conta disso, aumentou o número de trabalhadores autônomos, os quais exercem, habitualmente, sem subordinação, sem qualquer vínculo empregatício, atividade profissional remunerada, podendo se fazer substituir por outrem na execução dos serviços. As características deste tipo de trabalho “facilitam” o uso abusivo de álcool, principalmente pela flexibilidade de horários, propiciando, em muitos casos, a ingestão de bebidas alcoólicas no ambiente e em horário de trabalho, conforme depoimento de João (54 anos): “*eu saía de bicicleta para vender os salgados em lanchonete e bar... e lá eu já ficava bebendo... chegava em casa sem salgado e sem dinheiro*”.

Embora o desemprego se caracterize como um problema social, de ordem estrutural, o uso abusivo de álcool pode ser responsável pela diminuição da produtividade do trabalhador e pelo absenteísmo, como relata Cícero (40 nos): “*eu perdia dias de serviço por causa da bebida, eu bebia, ficava de ressaca e, no outro dia, não aguentava trabalhar... era complicado porque, no final do mês, o salário estava defasado... começava a atrasar as contas*”. Acrescente-se aí o fato de que o trabalhador, sob o efeito do álcool, tem dificuldades para desempenhar satisfatoriamente sua função: “*no trabalho, não posso dizer que a bebida me prejudicou, mas com ela eu não estava me dedicando 100%, sempre uns 10 a 20% faltava*” (Ademir, 59 anos).

Desta forma, o uso abusivo de álcool pode também contribuir para aumentar a fila dos desempregados. Nesta perspectiva, o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool – CISA (s.d.) acentua que existe uma relação causal estabelecida entre o uso abusivo de álcool e o desemprego, isto é, o uso abusivo de álcool pode levar ao desemprego e o contrário também é verdadeiro, a perda de trabalho pode resultar em um consumo maior de álcool.

Em termos gerais, temos que considerar a forma contemporânea do capitalismo, que “torna o desempregado um indivíduo desnecessário” segundo Cruz e Ferreira (2001, p. 96). Nesta perspectiva, o crescimento do desemprego, do emprego temporário ou informal inviabiliza o

alcance dos projetos de vida ligados à vida profissional, conseqüentemente, a constituição de identidades também pode ser prejudicada. Desse modo, além das modificações na economia e nas relações de trabalho, as relações sociais também sofrem mudanças. Atualmente, a sociedade convoca os indivíduos a assumirem identidades múltiplas e, algumas vezes, contraditórias, o que influencia as escolhas individuais, dentre elas o uso de bebidas alcoólicas.

Uma das características contemporâneas marcantes é o consumismo, “a frustrante busca pelo consumo ilimitado prometido pelo mercado (legal ou ilegal) produz insatisfação e a sensação de ser falho ou incapaz” (Cruz & Ferreira, 2001, p. 99). Para estes autores, os “consumidores falhos” estão propensos a buscar satisfação no consumo “extasiado”, seja de bens de consumo, seja de drogas, dentre elas, o álcool.

3.1.4 O preconceito em relação aos serviços oferecidos pela saúde pública

Em relação ao enfrentamento da problemática relacionada ao uso abusivo de álcool, a Organização Mundial da Saúde reconhece que este problema constitui uma demanda mundial, “cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, *independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo*” (Brasil, 2004c, p. 5, grifos nossos).

A constatação de tal fato nos leva a indagar as razões do perfil da demanda atendida no CAPSad, objeto deste estudo, lembrando que é constituída, na maioria dos casos, por usuários do sexo masculino que possuem nível de escolaridade básico, que trabalham na informalidade e vivem com poucos recursos econômicos.

Estes dados não significam que, necessariamente, o nível de escolaridade básico e o trabalho sem vínculo empregatício, evidenciados pela maioria dos participantes deste estudo, tenham uma relação simples e direta de causa e efeito no consumo maior de bebidas alcoólicas. O que estes dados parecem indicar é a idéia vigente na sociedade de que “Saúde Pública é para pobre”. Soma-se a isto o fato de que a sociedade vê o usuário de substâncias psicoativas com preconceito e intolerância (Ribeiro, 2005). Conseqüentemente, o atendimento no CAPSad se torna, muitas vezes, estigmatizado pela população, retardando ou até dificultando que o usuário de álcool e outras drogas venha buscá-lo devido a sentimentos de vergonha e preconceito, o que impede que essa problemática seja, de fato, enfrentada. Tal dificuldade é apontada por Joaquim

(50 anos): “dizem que o alcoólatra não tem vergonha na cara, mas eu sempre tive... eu tinha vergonha quando minha mãe dizia que eu estava me tratando no CAPSad ... as pessoas olham para a gente diferente... com preconceito”.

Levantamos a hipótese de que este preconceito em relação ao tratamento realizado no dispositivo, além dos aspectos já apresentados, deve-se ao fato de a pessoa ser reconhecida como “alcoolista”, como dependente que perdeu o controle no consumo do álcool. Por isso é mais conveniente guardar segredo:

A esposa sempre me apoiou durante o tratamento e também participou de alguns encontros e grupos no CAPSad. *Mas poucas pessoas da família e conhecidos ficaram sabendo do tratamento que eu estava fazendo, nem os filhos sabiam ao certo... eu preferia que fosse assim* (Pedro, 63 anos).

Diante de sua situação e visando preservar sua autoimagem, o usuário oculta a sua dependência do álcool e o tratamento que está realizando para evitar sentimentos de vergonha e inferioridade perante outras pessoas, em especial seus familiares, que conseguem “beber de forma moderada”.

3.2 Histórico da Dependência

O fato de a bebida alcoólica ser considerada uma droga lícita, aceita e até estimulada em nossa sociedade acaba por facilitar o seu consumo já na adolescência, ou antes dela. Com os usuários que participaram deste estudo, não foi diferente. A maioria afirmou que este uso seu deu entre os 10 e 15 anos de idade, por influência ou motivação de amigos e/ou familiares, sobretudo nos finais de semana. Neste período, o adolescente quer ser aceito e fazer parte de um grupo, sair com seus amigos e participar das mesmas formas de divertimentos, que incluem, em geral, a ingestão de bebidas alcoólicas (Aberastury & Knobel, 1981; Outeiral, 1994). Tal situação é confirmada por Sebastião (26 anos): “comecei a beber com 13 anos, cachaça mesmo, velho barreiro e vodca... o famoso tubão... eu bebia junto com uma turminha, o álcool para nós era sagrado”.

Além disso, na adolescência, as drogas podem facilitar o processo identificatório com o Outro. A sociedade atual deixou de fornecer ao indivíduo o trajeto de vida esperado dele, “(...) ao contrário, há uma pluralidade de convocações sociais para que cada um ocupe a cada momento um papel diferente. Os indivíduos passam a assumir múltiplas identidades, algumas delas contraditórias entre si” (Cruz & Ferreira, 2001, p. 100). A relação estabelecida entre a adolescência e as drogas em geral, está ligada:

(...) ao lazer, à mídia.e às culturas juvenis, é sinal de identidade e de passagem e, principalmente, carrega o peso das grandes contradições do nosso sistema social, cultural e econômico: o individualismo, a ênfase no consumo, as pressões pelo sucesso econômico, a marginalidade, a desigualdade de renda, a incerteza, etc. (Oliveira & Melcop, 2001, p. 241).

Ainda no que se refere ao início do uso de álcool, a maioria dos entrevistados iniciou o consumo nos finais de semana, ocasião em que os adolescentes encontram os amigos e realizam programas em comum, tal como podemos observar no depoimento a seguir: “*comecei a beber com 17 anos... mas assim, só em danceteria... final de semana, na baladinha, como falam... eu ficava no meio da rapaziada e eles bebiam e a gente que era meio tímido bebia uns goles e ficava mais solto*” (Roberto, 38 anos).

Há quem reconheça que não foi influenciado por ninguém e que o uso de bebidas alcoólicas se deu espontaneamente num primeiro momento: “*eu saía muito à noite e quando fui perceber já estava bebendo muito, não conseguia me controlar, mas nunca foi por pessoas assim... que me levaram para as bebidas, no início fui eu que procurei as bebidas*” (Antonio, 37 anos).

Podemos observar que o início do consumo de álcool, bem como a idade em que a bebida passou a prejudicar o entrevistado em alguma área de sua vida ocorreram com maior incidência na faixa etária que, via de regra, as pessoas estão concluindo o ensino médio e preparando-se profissionalmente para entrar no mercado de trabalho. Tais informações corroboram os resultados do *I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil* realizados por Carlini et al. (2001; 2005), que evidenciam, entre outros dados, uma redução no início da idade em que se consomem bebidas alcoólicas e os problemas

daí decorrentes em diferentes áreas, como afirma Aparecido (63 anos): “a bebida prejudicou várias áreas na minha vida, a primeira foi a aposentadoria, pois gastava todo o dinheiro que ganhava e nunca contribuí com o INSS, hoje percebo o quanto isso tem atrapalhado a minha vida”.

Para Luiz (37 anos), os problemas decorrentes do uso abusivo de álcool foram mais expressivos nos estudos: “a principal área que eu acredito que a bebida prejudicou foi a questão dos estudos, eu tinha um potencial muito grande e acabei não seguindo isso exatamente... como consequência prejudicou também o meu crescimento profissional. Alcides (51 anos) também assinala que a área profissional foi afetada, tal como podemos observar em seu relato: “no serviço, ela me prejudicou porque, às vezes, eu tomava e o efeito não saía na hora... então, o patrão não gosta disso... que mistura as coisas... a pessoa tem que estar sempre sóbrio no serviço... qualquer serviço tem riscos”.

3.2.1 Tipos de bebidas consumidas

Em se tratando das bebidas mais consumidas, os resultados deste estudo indicam que a aguardente de cana (cachaça) e a cerveja são as preferidas, e confirmada pelo estudo realizado por Laranjeira et al. (2007). Nossa hipótese para a preferência dessas bebidas decorre de três fatores: o baixo custo, a disponibilidade e a facilidade com que temos acesso a elas. Bebidas doces, mais fracas, as bebidas popularmente denominadas “bebidas de mulher”, foram as preferidas inicialmente. Depois de algum tempo, passaram a beber bebidas mais fortes, conforme relata Cícero (40 anos).

Comecei com bebidas doces, menta, batidinhas... de limão, coisas mais leves... depois, bebia bebidas mais fortes como o conhaque, uísque, cerveja, ... a cachaça foi por último. Comecei a beber essas bebidas mais fortes porque as mais fracas já não estavam mais tendo graça, misturava refrigerante com conhaque ou cachaça para quebrar o ardor dela, no início, eu não gostava do gosto da bebida.

Se o gosto forte e amargo do álcool era considerado um “obstáculo” para aqueles que fazem uso de bebida alcoólica, sendo necessário certo “arranjo” para minimizar o “ardor” dela,

tal dificuldade, atualmente, pode deixar de existir, devido à invenção dos *ices*. Os *ices* são misturas doces de vodca com suco de fruta ou refrigerante e possuem teor alcoólico semelhante ao das cervejas. Estas bebidas são consideradas um fenômeno mundial, cujo foco é o consumidor jovem, além de introduzi-lo ao consumo de álcool também estimula a ingestão de doses cada vez maiores (Lopes & Magalhães, 2009).

A frequência do consumo de álcool é outro ponto assinalado pelos entrevistados: “no início, eu só usava nos finais de semana, depois, comecei a usar também no meio da semana, bebia na hora do almoço e no final estava bebendo praticamente todos os dias, na hora do almoço e da janta” (Aparecido, 63 anos). Se cruzarmos estas informações com a forma inicial do consumo de bebidas alcoólicas, percebemos uma progressão, desde o início da ingestão de bebidas alcoólicas até o uso abusivo de álcool. Já em 1810, Rush (citado por Sáad, 2001), em sua teoria de dependência de álcool, afirmava que era progressiva e gradual.

No que se refere ao uso de outras substâncias psicoativas além do álcool, os entrevistados fizeram menção a diferentes substâncias, a saber: cigarro, maconha, crack, cocaína, solventes (tiner e cola) e calmantes, e o uso de cigarro foi apontado pela grande maioria. Grande parte dos entrevistados evidenciou orgulho pelo fato de não usar nenhuma outra droga ou, quando faziam uso, era o cigarro, que é uma droga lícita, produzida e comercializada livremente em vários países do mundo. Tal como afirma Pedro (84 anos): “o cigarro eu comecei com 11 e parei com 45, nunca mais fumei, e droga nem conheço... nada... nada... nadinha de drogas... meu problema sempre foi o álcool.

Interessante observar que há preconceito da parte do usuário de droga ilícita ao menosprezar o “alcooolista” e o viciado em tabaco:

Quando eu pensava em beber, eu lembrava daqueles tiozinhos que tinha lá no CAPSad... eles eram tão dependentes quanto nós... mas eles achavam que o problema deles era mais fácil de resolver... eles batiam no peito prá dizer que não faziam uso de drogas... nós, para eles, era vagabundo... drogado... então, eu não queria ficar igual a eles caindo por aí... mas achando que eu tinha controle da situação (Roberto, 38 anos).

Isto não significa que encontramos unanimidade no que diz respeito ao preconceito em relação a quem faz uso abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas. Em se tratando de

“drogas” em geral, os entrevistados admitem que todas são prejudiciais, porque alteram a consciência daquele que a consome e, depois da alteração, as consequências podem até ser diferentes, mas certamente não são boas.

(...) o álcool e as drogas é a mesma coisa... não tem um melhor ou pior que o outro... tudo é droga, porque depois que a pessoa já tomou uma bebida... a mente muda totalmente, então, ele se arrisca... não vai fazer com certeza alguma coisa...ele não está consciente...é que eles falam assim, as drogas vai mais pro lado do roubo...mas pensa assim, tem pessoas aí que eu já, ele não usa drogas, mas depois que bebe tem coragem prá sair pedindo de casa em casa... significa que a consciência da pessoa também mudou, porque não ia fazer isso se não tivesse bebido... vai ficar com vergonha e com álcool não...se a pessoa tem coragem de pedir pode fazer outras coisas...como roubar... matar... e tem aqueles que depois que bebe que fica briguento com a família ou com qualquer pessoa (Alcides, 51 anos).

3.2.2 Falta de apoio e desconfiança

As constantes recaídas fazem com que as pessoas que estão ao redor do usuário, quer seja no trabalho, na família ou mesmo os amigos, deixem de apoiá-lo da mesma forma que faziam no início do consumo de bebidas. No trabalho, uma falta já produz desconfiança, mesmo que o motivo desta falta tenha sido outro. É como se esse usuário que faz uso abusivo de álcool deixasse de ter outros problemas, de saúde, de ordem pessoal, etc.

A parte conjugal que hoje não é mais como era antes... hoje há uma desconfiança e, quando tem uma recaída, não tem mais aquele apoio. No trabalho também mudou, antes, no período em que estava em abstinência, o pessoal tinha muita confiança na gente... estava melhorando, todas as avaliações eram positivas, aí depois que comecei beber de novo, começou a diminuir a confiança, porque, às vezes, a gente falta por um problema de saúde e acham que é por causa da bebida (Cícero, 40 anos).

3.2.3 A busca de outras formas de tratamento

Antes de recorrer ao CAPSad, os entrevistados tentaram outras formas de tratamento, como: igrejas, grupo dos AA, as internações em casas de recuperação, em Hospitais Psiquiátricos ou Hospital Geral. Entretanto reconhecem que esses tratamentos não foram suficientes para que os mantivessem abstinência por um período de tempo maior.

A contribuição do grupo AA foi destacada por alguns entrevistados, que relembrou que as reuniões deste grupo eram realizadas dentro do CAPSad e os pacientes poderiam participar desde que quisessem. Alguns, inclusive, deram continuidade nesses grupos após o tratamento do CAPSad, participando de reuniões que são realizadas próximas de suas casas. Antonio (37 anos) relata sua satisfação ao participar no grupo AA:

O AA, me ajudou e ainda ajuda muito... nós somos um grupo auto-suficiente, não precisamos de ajuda de ninguém de fora. Uma coisa muito importante dentro do AA é a sanidade, ou seja, andar sempre limpo, barba feita, cabelo cortado... O grupo do AA, na minha vida, é muito importante porque lá sou valorizado... eles se preocupam comigo, quando não venho, eles me cobram... esse grupo teve fundamental papel no meu tratamento.

Em estudo realizado, Gambarini (1997) assevera que esta valorização mútua é imprescindível nas reuniões do grupo do AA. Os participantes são valorizados pelos companheiros e o contato entre eles não se restringe exclusivamente às reuniões. Em muitos casos, eles se visitam, substituem as velhas amizades e, à medida que vão aplicando em sua vida os “Doze Passos”, passam a dedicar mais tempo e atenção aos membros que estão iniciando no grupo, conforme apresentado no primeiro capítulo desta dissertação.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito à sanidade, à valorização da saúde e do bem-estar, expressa “no andar sempre limpo, barba feita, cabelo cortado”, haja vista que o consumo de álcool, além de prejudicar o organismo, altera a sua aparência. Campos (2004) acentua que os AA constroem uma “estratégia terapêutica” que possibilita a recuperação do alcoólico por meio do resgate de sua “responsabilidade”. É necessário mencionar que o grupo dos AA concebe o alcoolismo como uma doença físico-moral e espiritual, sendo assim, cabe ao

indivíduo admitir sua impotência frente ao álcool, que só será remediada pela ação de um “poder superior”, e retratar-se com as pessoas que ele prejudicou na época em que fazia uso abusivo de álcool.

3.2.4 Influência/motivação para a busca de tratamento no CAPSad

Os dados obtidos neste estudo revelam que diferentes influências e motivações levaram o usuário a buscar atendimento no CAPSad, a saber: o incentivo de algum familiar, de amigos e colegas do trabalho; encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde – UBS e das instituições de internação (hospital psiquiátrico e hospital geral) e a procura espontânea, premida pelo sofrimento. Dentre estas, a maioria dos entrevistados apontou o incentivo, ou a insistência de algum familiar como principal motivo que influenciou a procura por tratamento. Em geral, o sofrimento do usuário se reflete na família em razão dos diferentes problemas decorrentes deste uso, como afirma Alfredo (50 anos): “teve muitas brigas entre a minha mulher e a minha família, que só via o meu lado... mas a minha mulher sofria muito comigo... ela sempre foi trabalhadora... e eu sempre bêbado...é difícil aguentar... eu gastava o nosso dinheiro tudo em bebida”. Tendo isto claro, a rede de serviços de atenção comunitária visa a integração entre os diferentes dispositivos da rede pública de saúde, e enfatiza o envolvimento da comunidade, família e do usuário (Brasil, 2004c).

Dessa forma, a família do usuário e não apenas o usuário deve ser “cuidado”. A família, nesta forma de atenção, também faz parte do foco, para que ela possa, por meio das equipes de saúde, adquirir um maior conhecimento a respeito da “doença” que atinge seu familiar, podendo contribuir de maneira mais assertiva no tratamento do mesmo. Enquanto este monitoramento das equipes de saúde não acontece, a família recorre aos recursos que encontra pela frente:

Minha esposa antes de falar do tratamento do CAPSad falou sobre o Christmann⁴⁵, mas eu não aceitei participar das reuniões... mas, depois, ela foi falar com a minha chefia na prefeitura e a chefia fez o meu encaminhamento para o CAPSad, aí eu já comecei a vir

⁴⁵ Reuniões realizadas pela Igreja católica, que visam a recuperação de dependentes químicos. Estas reuniões são abertas à comunidade em geral e, geralmente, são realizadas no salão da Igreja.

pela firma toda a semana, isso pelas perdas de dias de serviço, e mais o contato feito pela minha esposa... eles tomaram providências (Cícero, 40 anos).

No que tange às internações realizadas no Hospital Psiquiátrico, os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2004b), bem como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2002b) ressaltam a desvantagem dessa forma de “tratamento”, tendo como consequências a exclusão e a estigmatização social. Prova da não eficácia desta forma de tratamento são as constantes internações que acontecem e são salientadas no relato a seguir: “meu pai me internou em Londrina na Vila Normanda, no Sanatório aqui em Maringá, e depois comecei a me tratar pelo CAPSad, quando eu recaia... internava... no total foram 9, 10 ou 11 internações...não sei ao certo” (José, 32 anos).

Há situações em que a internação é necessária, por exemplo, quando o usuário esteja em crise decorrente do uso abusivo de álcool, ou em período de desintoxicação das substâncias químicas. Nestes casos, a internação deve acontecer em leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

No Brasil, esta é uma prática ainda incipiente, que tem o incentivo do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Drogas – PEAD 2009-2010. Dentre as ações deste plano, destacamos a implantação de 2325 novos leitos psiquiátricos em Hospital Geral, bem como o reajuste nas diárias de internação dos seguintes procedimentos: desintoxicação, síndrome de abstinência e comorbidade psiquiátrica e clínica, isto é, quando a pessoa é dependente de alguma substância psicoativa e possui transtorno mental (Brasil, 2009c).

Ainda sobre este assunto, em alguns casos, a internação em leitos psiquiátricos de hospitais gerais pode até se configurar enquanto início do tratamento para o uso abusivo de álcool, que terá continuidade nos demais dispositivos que fazem parte da rede de atenção à saúde mental, dentre eles o CAPSad. De acordo com a Política Nacional de Atenção a Saúde Mental, esta rede deve oferecer um tratamento extra-hospitalar e ambulatorial que supere o modelo hospitalocêntrico, ainda vigente em vários estados brasileiros. Com esta orientação, a Unidade Básica de Saúde – UBS é considerada a “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde e “a partir e em função dela que se organizam os demais pontos da rede de atenção” (Maringá, 2004):

Eu trabalhava de ajudante em uma obra e, como eu bebia à noite, meu trabalho não era mais o mesmo, o pessoal de lá me incentivou ir ao posto de saúde buscar ajuda, foi o posto de saúde aqui do bairro que me encaminhou para o CAPSad (João, 54 anos).

A procura espontânea por atendimento no dispositivo não é comum. Segundo Cruz et al. (2001), a pessoa que faz uso abusivo de álcool, muitas vezes, necessita da “intermediação de algum outro que os possa proteger da enunciação de uma demanda em nome próprio” (p. 230). O que não significa que nunca aconteça, como ilustra o depoimento, “eu procurei por tratamento porque estava me sentindo muito mal, sem condições psicológicas prá nada... era muito sofrido” (Paulo, 59 anos).

3.3 O Atendimento no CAPSad

3.3.1 As atividades realizadas

A duração do tratamento realizado no CAPSad, para a maioria dos usuários de álcool, foi de aproximadamente um ano a um ano e meio. Quando se questiona sobre as atividades realizadas durante o período que estiveram em tratamento, as respostas, em geral, pouco se diferenciam:

Eu participava de várias coisas lá que eles passavam prá gente... esporte... tinha uma quadra ali na frente... aí, jogava uma bolinha, um futebol de salão e lá no CAPSad a gente... havia diversas coisas lá... era joguinhos de bingo, era fazer várias coisas... tinha artesanato, mas eu não participei. Fazia atendimento com a psicóloga em grupo e a minha irmã também participava de um grupo de acompanhamento relacionado à família, também passei pela psiquiatra (Alcides, 51 anos).

Estas atividades realizadas durante o tratamento no CAPSad estão em conformidade com as exigências do Ministério da Saúde (Brasil, 2004a) que incluem atendimento individual, em grupo, para familiares e comunitários. As reuniões para a organização do serviço também fazem parte das atividades semanais preconizadas pelo Ministério da Saúde e se configuram como um importante instrumento para o “efetivo funcionamento” dos CAPS como um lugar de

“convivência”. Visam avaliar, discutir e propor encaminhamentos para o serviço, ou seja, os integrantes da equipe discutem “os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido” (Brasil, 2004a, p. 17).

No caso específico do CAPSad, objeto deste estudo, as reuniões são realizadas semanalmente, mas somente com os profissionais técnicos que compõem a equipe básica, não se estendendo aos demais funcionários do dispositivo e tampouco aos usuários e seus familiares. Com este procedimento, a equipe técnica deste CAPSad parece não levar em conta que a participação dos usuários do serviço e seus familiares é fundamental, visto que os mesmos têm muito a contribuir ao falarem sobre o tratamento que a eles está sendo oferecido. Parafraseando Cerqueira (2007), afirmamos que o desenho do tratamento deve ser construído *com e não sobre o sujeito que sofre e demanda um cuidado*. Esta autora acentua a necessidade de se convidar o sujeito que sofre, independente da idade ou da doença que tenha, a pensar e falar sobre sua vida, sobre seu tratamento, evitando a crença de que um conhecimento, uma especialidade habilita profissionais de saúde a saber mais sobre o usuário do que ele mesmo.

Ainda sobre este cuidado, Cerqueira (2007) utiliza a expressão “conforto epistemológico” para se referir a um diagnóstico fechado, centrado na ciência positiva que explica, que revela e, assim, não tem mais nada a se pensar, a questionar ou mesmo estranhar. Somente o “conjunto de tudo isso ao mesmo tempo” pode revelar algo, ou seja, o diagnóstico, o sujeito, o profissional de saúde com os seus conhecimentos acumulados e ao mesmo tempo, reconhecendo que há outras formas de saber, diferentes das suas.

Nesta perspectiva, o profissional de saúde, ao permitir a participação do usuário nas reuniões de organização de serviços tem a possibilidade de aumentar seus laços sociais e sua autonomia, evitando práticas fragmentadas que levam à exclusão e à institucionalização, aspectos tão criticados, mas ainda presentes nos serviços de saúde mental em geral. Não estamos aqui defendendo a obrigatoriedade da participação dos usuários nas reuniões gerais e sim, a necessidade de propiciar um espaço em que estes usuários possam se expressar.

Além da ausência de reuniões semanais realizada com todos os envolvidos no processo terapêutico, ouvimos também críticas a respeito do trabalho desenvolvido no campo da Terapia Ocupacional – TO: “o tratamento feito no CAPSad é, na verdade, tão simples e ao mesmo tempo tão importante... parece algo psicológico mesmo. O que eu achava falho é o tempo que

ficávamos fazendo a terapia ocupacional... *era muito vago...* deveria ser melhor aproveitado” (Ademir, 59 anos).

Tal crítica, talvez, deva-se à forma como é desenvolvida a terapia ocupacional no processo de atendimento aos usuários do dispositivo, que pode levar o usuário a confundir terapia com profissionalização. Orienta o Ministério da Saúde (Brasil 2004a, p. 16) que “todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um meio terapêutico, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica”. O usuário poderá auxiliar a equipe na escolha de qual oficina terapêutica que mais lhe agrada, essas oficinas, dentre outros motivos, visam a uma maior integração social e familiar, a manifestação de problemas e sentimentos, o desenvolvimento de habilidade corporais, etc.

Por outro lado, as oficinas terapêuticas, explica o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), também podem ser geradoras de renda. Estas oficinas propiciam ao usuário o aprendizado de uma atividade específica, que pode até ser igual ou diferente da profissão do mesmo. Geralmente, as oficinas geradoras de renda incluem atividades de: culinária, marcenaria, artesanato em geral, bijuterias, cerâmica, costura, etc. A importância de tais oficinas, sobretudo da parceria que a prefeitura do município poderia realizar com instituições que ofereçam cursos profissionalizantes e as possíveis vantagens que isso poderia trazer ao usuário, são ideias apresentadas por Roberto (38 anos):

O Governo ou a Prefeitura poderia buscar, assim, dar uma aula no SENAI de graça, de cursos profissionalizantes e técnicos, eu acho que deveria ser assim, porque eu quando passei pelo CAPS estava confuso e não sabia o que eu queria... e todo mundo que está lá está confuso, entendeu... e seria importante que, quando essas pessoas saíssem dali, saíssem com o objetivo de alguma coisa... *esse artesanatinho que eles ensinam a fazer lá dentro não tem futuro...* ou, durante o tratamento, ter uma forma de se profissionalizar... ou incentivar quem tá entrando ou quem recebeu alta... está saindo... porque tem como a Prefeitura fazer isso... porque já tem cursos aqui em Maringá de graça seria só uma parceria para que, lá dentro do CAPS mesmo, essas coisas já fossem incentivadas... como vou viver uma vida nova... apenas deixei de fazer algo que me dava um prazer.

O CAPSad também conta com grupos de pós-alta. Estes se destinam aos usuários que permanecem abstêmios durante um ano de tratamento e, por conta disso, recebem alta. Os encontros do grupo de pós-alta são desenvolvidos mensalmente, num primeiro momento e, em seguida, realizados uma vez a cada dois meses e têm como objetivo o acompanhamento e o suporte dos usuários que receberam alta a fim de se evitarem possíveis recaídas. A maioria dos entrevistados afirma ter participado do grupo apenas nos primeiros encontros, não ultrapassando três no total. A justificativa para a não continuidade se refere a questões de trabalho, distância e à própria condição atual do entrevistado – abstêmio.

Embora o dispositivo ofereça grupo de pós-alta, alguns entrevistados se sentem “abandonados”, após o término do tratamento, como observamos no caso de Antonio (37 anos): “*o pessoal do CAPS deveria ligar, manter um contato... verificar como estamos... se estamos bem ou não... me parece que, no CAPS, eles dão um início de tratamento e, depois, eles soltam seus cordeirinhos... não sei se é assim ainda hoje. Contudo, esta crítica não é unânime entre todos os participantes deste estudo, uma vez que há aqueles que afirmam que tal procedimento já é realizado: “o pessoal do CAPSad me ajudou muito e, até hoje, ligam para mim, perguntam como estou, me avisam das reuniões de pós-alta* (João, 54 anos).

3.3.2 Abstinência x recaídas

De acordo com os depoimentos dos entrevistados, a maioria se declarou abstêmio. Alguns afirmaram que estavam em abstinência há seis meses, outros há anos, variando entre dois a cinco anos. No que se refere a recaídas, a maioria relatou que, após a alta recebida no CAPSad, não bebeu mais. Convém lembrar que, para que o usuário recebesse alta no dispositivo, era necessário que estivesse há um ano em abstinência.

Apenas um dos entrevistados afirmou categoricamente que tem tido dificuldades para manter a abstinência: “*tenho dificuldade em manter a abstinência ... eu consigo... fico um, dois, três meses... mais lá de vez em quando, qualquer problema, aí às vezes a gente dá bobeira e acaba bebendo de novo, a última recaída faz duas semanas* (Cícero, 40 anos).

Há quem afirme que, agora, bebe, mas de forma controlada:

(...) quanto ao álcool, parei de beber todas as bebidas... nem lembro o gosto... menos a cerveja... às vezes assim... no fim de semana... quando vou num churrasco daí eu tomo uma cervejinha com o pai... com os amigos dele... com os parentes da minha namorada... mas bebo muito pouco... e quando vejo que tô começando a enrolar a língua, eu manero... e sempre intercalo com refrigerante” (Sebastião, 26 anos).

Para outros participantes, admitir que beberam ou que bebem torna-se mais embaraçoso: “depois que eu recebi alta no CAPSad, eu *tive alguns episódios com bebida... mas coisa assim de beber apenas um golinho... dar um bicadinha no copo de cerveja*” (Antonio, 37 anos). Este mesmo entrevistado fez menção à cerveja sem álcool, conforme observamos em seu depoimento: “outra coisa que estava pegando muito em mim, mas agora não está pegando mais... *é que eu estava tomando cerveja sem álcool... e ela acaba me puxando para beber cerveja normal depois*”. Outros entrevistados também salientaram sobre o uso desta cerveja:

(...) me tratava com a psiquiatra.... ela pedia exame prá controlar o álcool no sangue... eu fiz vários exames e toda vez dava que bebia... mas eu não tava bebendo... foi assim ... *tinha aquela propaganda enganosa da cerveja sem álcool e eu bebia ela... a,í um dia ela falou prá mim que eu tava bebendo eu expliquei que só a sem álcool... daí ela me explicou que essa tinha álcool também... menos que a outra, mas tinha... no próximo exame que fiz e eu parei de tomar ela, não apareceu nada... era ela mesmo* (Alcides, 51 anos).

Em relação à cerveja sem álcool, cada país estabelece qual será o teor alcoólico permitido para que uma bebida seja considerada “leve e/ou sem álcool”. No Brasil, por exemplo, a administração pública classificou como “cerveja sem álcool” a bebida cujo teor alcoólico não ultrapasse 0,5% em volume⁴⁶.

Em 2004, o Superior Tribunal de Justiça - STJ⁴⁷ concedeu liminar a uma companhia de bebidas, garantindo à empresa a continuação das vendas da cerveja que contém no rótulo a expressão "sem álcool". Esta companhia havia sido proibida por uma determinação a pedido da

⁴⁶ Para mais informações ver: www.nacionaldedireito.com.br.

⁴⁷ Processo MC 8154 (Superior Tribunal de Justiça – STJ, s.d.).

Associação Brasileira de Defesa da Saúde do Consumidor, que alegou “propaganda enganosa”, capaz de induzir a erro o consumidor devido ao rótulo que assegura ser uma cerveja “sem álcool”.

Posteriormente, a perícia realizada apurou que, de fato, a cerveja possui 0,3% de conteúdo alcoólico, o que levou o juiz, com base no Código de Defesa do Consumidor, a determinar a suspensão da venda da bebida. A empresa fabricante recorreu, alegando que a inserção, no rótulo da cerveja, da expressão “sem álcool” é exigência da própria legislação, voltando a comercializar a cerveja.

Desta forma, qualquer porcentagem, que não a de 0,00%, significa que a cerveja contém teor alcoólico, mesmo que em nível inferior a 0,5% de volume caracteriza-se uma “cerveja sem álcool”. Possivelmente, este seja o motivo que os entrevistados acabaram tendo algum tipo de problema apesar de beberem a “cerveja sem álcool”, exceto uma entrevistada que afirmou fazer o uso de uma marca específica de cerveja que realmente detalha no rótulo que o seu teor alcoólico é de 0,00% de volume.

O que eu tomo hoje é a cerveja sem álcool, mas é aquela que é 0,00 % ou seja, nada mesmo, é a Liber da Brahma... inclusive, até uma psicóloga do CAPSad, em uma das reuniões do pós-alta, me falou que eu estava me enganando com isso... mas eu não penso assim, porque eu bebo essa sem álcool e não tenho problemas como eu tinha antes com a cerveja normal, inclusive tomo medicação com o psiquiatra que vou e não tem dado problemas com essa cerveja sem álcool (Maria, 36 anos).

Em relação à propaganda “enganosa”, é possível inferir que as propagandas de bebidas alcoólicas, de uma forma geral, levam ao engano, visto que comumente associam o uso de álcool à juventude, a festividades, comemorações, à sexualidade e à nacionalidade, e como afirma Pinsky (s.d.), “esquecendo-se dos problemas associados”. Ao apresentar apenas situações positivas envolvendo o uso de álcool, as propagandas incentivam o uso e se isentam dos problemas que este pode causar.

Sob esta perspectiva, o Governo do Estado (Paraná, s.d.) reitera que “a mídia massifica e incentiva o consumo de bebida alcoólica – basta citar que os principais eventos nacionais, como carnaval e futebol, são patrocinados pelas grandes marcas de cerveja” (p. 43).

No Brasil, a propaganda de bebidas alcoólicas, entre outros produtos, é regulada pela Lei n. 9.294 (Brasil, 1996). Segundo esta Lei, é considerada bebida alcoólica somente aquela com mais de 13 GL, assim, exclui cervejas e vinhos. Dentre as restrições apresentadas, a principal se caracteriza na redução do horário de propaganda na televisão e no rádio que somente é permitido entre 21:00 e 6:00 horas. De acordo com Pinsky (s.d.), no ano de 2003, o Ministério da Saúde propôs a inclusão das cervejas na restrição de horário de veiculação, visto que mais de 50 projetos de lei foram apresentados desde o ano de 2002 neste sentido. Circula na câmara o projeto de lei n.º 35 (Brasil, 2000a) que

Determina a obrigatoriedade de a embalagem, o rótulo e a propaganda de bebida alcoólica conterem advertência sobre a proibição de sua venda a menores de dezoito anos e prejudicialidade à saúde, e dá outras providências.

Parágrafo único. Considera-se bebida alcoólica, para efeitos desta lei, o líquido potável com qualquer teor alcoólico.

Todavia, no que diz respeito à tramitação deste projeto de lei⁴⁸, a câmara dos deputados retirou o “status” de urgência no dia 07/05/2008, devido a pressões sofridas por parte das indústrias de cervejas, das agências de publicidade e das emissoras de TV, portanto, a aprovação desta proposta pode se arrastar por muito tempo. Desiré Callegari, um dos diretores do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Cremesp, reconhece que “é o aspecto econômico que está norteando a política brasileira de bebidas”. É com dificuldades como essas que a pessoa que faz uso abusivo de álcool se depara, ou seja, interesses econômicos na venda e no consumo de bebidas alcoólicas desconsideram os problemas que o uso abusivo possa provocar.

Ainda no início do século, no Brasil, a Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM, dentre outros objetivos, visava o combate ao alcoolismo, desenvolvido por meio de campanhas antialcoólicas. Essas campanhas, inicialmente, informa Maestri (2000), contaram com o apoio do governo, contudo os higienistas buscaram realizar medidas mais repressivas e autoritárias no controle ao uso abusivo de álcool, como, por exemplo, a tarifação das bebidas e a lei seca, a exemplo do que já ocorria nos Estados Unidos. Estas medidas representariam um “déficit

⁴⁸ Sobre este assunto ver: www.propagandasembebida.org.br.

financeiro”, conseqüentemente, o governo não apoiou esta contenção do consumo de bebidas alcoólicas e o foco da atenção dos membros da Liga se desviou para a educação.

3.3.3 Motivos que impulsionaram a abstinência

Conforme os depoimentos, a grande maioria dos entrevistados se declarou abstêmio. Outros não estavam em abstinência no momento em que a entrevista foi realizada, mas já haviam passado por períodos em que conseguiram manter a abstinência. Ao serem questionados sobre os motivos que, na avaliação deles, teriam contribuído para parar de beber, as respostas, em geral, não apontaram para um único motivo, e sim a “um conjunto de fatores”, dentre eles, destacam-se a religiosidade, a força de vontade e a família.

Estes fatores foram citados pelo mesmo número de entrevistados, todavia alguns enfatizaram que o fator que mais contribuiu foi a fé: “*o que eu fiz pra parar de beber... sempre falo que, primeiramente, foi Deus... depois, os profissionais da saúde... essas pessoas auxiliavam muito, me elogiavam a cada conquista e eu não queria desapontar... vai ser uma questão de honra eu sarar*” (Joaquim, 50 anos), ou ainda: “*outra coisa importantíssima foi a minha opinião... minha força de vontade...que só tive porque Deus me deu...não pense que tenho alguma religião não... eu acredito em Deus, isso tá bom*” (Alfredo, 50 anos).

Estes depoimentos corroboram os estudos de Sanchez e Nappo (2007) que enfatizam que os dependentes de substâncias psicotrópicas apresentam melhores índices de recuperação quando seu tratamento é permeado por uma “abordagem espiritual”, de qualquer origem, quando comparados a dependentes que são tratados exclusivamente por meio médico. Está sendo chamada de abordagem espiritual a participação em cultos, a consideração pela religião professada e a prática dos preceitos religiosos, conforme apresentado no primeiro capítulo desta pesquisa. De forma semelhante, Luz (2007) acentua em sua pesquisa, intitulada: *A religiosidade vivenciada na recuperação de dependentes químicos*, que a religiosidade teve um papel importante na recuperação de dependentes químicos, bem como no período posterior à abstinência, visando manter a condição alcançada.

O apoio da família, bem como a determinação pessoal tiveram uma contribuição importante na recuperação:

Em primeiro lugar, a família... de tanto eles ficarem falando na minha cabeça... pegando no meu pé... prá mudar de vida... me davam mais uma chance... nunca me abandonaram. É verdade que eu procurei por tratamento quando eu estava no fundo do poço... já não tinha mais o que fazer... nem comer eu queria mais... e outra coisa, apenas o tratamento surtiu efeito porque eu queria largar a bebida... senão não adiantaria família, tratamento... (Ademir, 59 anos).

Em geral, os entrevistados não atribuem a sua recuperação a um único fator: “*acredito que foram várias coisas, família, tratamento no CAPS, força de vontade, religião, eu ficava com cheiro da bebida* muito tempo, depois, isso passou a me incomodar” (Maria, 36 anos).

De fato, o uso abusivo de álcool é um fenômeno complexo e a simples substituição das bebidas alcoólicas por este ou aquele fator não resolverá o problema, haja vista que o usuário trava um luta constante contra as mais diferentes situações que enfrenta e a probabilidade de recaídas é constante.

3.3.4 As estratégias adotadas no enfrentamento das bebidas alcoólicas

O percurso do usuário que faz uso abusivo de álcool é difícil, marcado por perdas e sofrimento, literalmente, ele está remando contra a maré. Soma-se a isto o fato de que vivemos, segundo Gorgulho (2009), num estado de tensão e pressão, que pode resultar em uma busca de alteração da consciência. Assim, os próprios usuários criam suas estratégias para se manter longe das bebidas e, conseqüentemente, de uma recaída, tal como afirma João (54 anos):

Eu estou sem beber todo esse tempo, e procuro evitar ambientes que tenham bebidas, até vou em festas da família, em churrascos, e bebo refrigerante, outras vezes, quando passo por um bar e os amigos me oferecem... eu invento uma desculpa, dizendo que tomo remédio, que não posso beber... não quero voltar no zero, estou muito bem assim.

Há quem reconheça sua fragilidade frente ao álcool e, por isso, muda completamente seu estilo de vida, em especial no que se refere ao contexto social.

Quando tem festas... celebrações..., porque os meus cunhados e familiares são festeiros e tudo é motivo pra queimar uma carninha e tomar uma cerveja... e eu tive que me adaptar... de certa forma, eu me tornei meio antissocial, antes, eu estava no meio da bagunça, ficava com eles... do início ao fim, pra mim não tinha essa coisa... agora, eu chego lá, almoço, converso um pouquinho, mas já vou tirando meu corpo fora...eu evito ir em alguns lugares... até mesmo a minha vida noturna eu parei (...) (Luiz, 37 anos).

Outros utilizam os princípios dos AA para o enfrentamento das bebidas alcoólicas:

Hoje, eu tento correr do álcool, de que maneira? me livrando do setor de risco, eu tento diminuir, por exemplo, danceteria eu não vou, evito bastante festas... às vezes até vou ... mas não fico muito tempo e fico o tempo todo me vigiando... vivendo um dia de cada vez... evitando primeiro gole só por hoje... com o álcool a gente nunca pode dizer nunca mais, porque é uma palavra muito pesada (Antonio, 37 anos).

Há ainda aqueles que afirmam que fazem uso de álcool, mas de forma moderada, é o caso de Sebastião (26 anos) “*agora bebo cerveja, mas como uma pessoa normal... que vai bebe e chega em casa tranquilo... lembra do que faz*”. Outros entrevistados não evitam lugares e nem pessoas, e até criticam essas atitudes:

Hoje estou namorando uma pessoa há mais de um ano, ela também perdeu o marido por causa da bebida, então, ela também não bebe nada...*no meu caso, continuo saindo, tenho uma vida igual a que tinha quando eu bebia... não evito os lugares, nem as companhias... tem pessoas que conheço que mentem, que falam que estão tomando remédio prá isso ou aquilo e por isso não podem beber... acho que isso é se esconder atrás de alguma coisa... ou substituir a bebida por outra coisa... a pessoa não tem mais vida... não saí mais, deixa de ser quem era, acho difícil ela se manter por muito tempo assim... no meu caso, não tenho mais vontade de beber... passo muito bem com refrigerantes nas festas... e o que falam de mim não me afeta... continuo tendo uma vida ativa, mesmo sem a bebida... só parei de beber... não de viver* (Ademir – 59 anos).

Levando em conta estas “diferentes possibilidades e escolhas que são feitas” frente ao uso de bebidas alcoólicas (Brasil, 2004c), a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas assegura outras formas de “cuidar” dos usuários de álcool e outras drogas. Seguindo esta linha de pensamento, a redução de danos é uma das principais estratégias da política que prima pela defesa da vida do usuário que faz uso abusivo de álcool, bem como de seus familiares e todas as pessoas que estão ao seu redor.

Para Cruz et al. (2003), o ideal seria que os indivíduos que fazem uso abusivo de álcool, deixassem de beber, todavia não sendo isso possível, que, ao fazerem este uso, façam com o menor risco possível. Isto porque nem todas as pessoas compartilham a vontade de deixar de beber. As estratégias de redução de danos contribuem neste sentido, já que o usuário de álcool pode procurar o serviço mesmo não estando em abstinência e, no período de recuperação, a abstinência poderá ser apenas uma possibilidade dentre outras no tratamento. Vale lembrar que, em síntese, as estratégias de redução de danos visam ao “desenvolvimento de ações que diminuam os danos provocados para cada indivíduo e para a coletividade” (Cruz et al., 2003, p. 356).

No que diz respeito ao tratamento oferecido pela área da saúde às pessoas que demandam este tipo de cuidado, a abstinência continua sendo o foco. Os profissionais do CAPSad já estão discutindo as estratégias de redução de danos, contudo, “(...) teoricamente a proposta é muito boa, mas a implementação é sempre muito difícil” (Gorgulho, 2009, p. 10). Segundo Doneda (2009), as formas de cuidar do usuário de álcool e drogas que exigem abstinência, tal como constatamos no CAPSad, objeto deste estudo, têm sido questionadas.

3.3.5 O sofrimento decorrente do uso abusivo de álcool

Muitos dos entrevistados expuseram o sofrimento vivido e revelaram dificuldades para falar sobre o assunto, ainda que estivessem alguns anos em abstinência:

A gente não sabe, né, o que a bebida vai trazer prá gente... falta de experiência... de conhecer... porque, se a gente soubesse o mal que isso traz, ninguém nunca entrava... eu agradeço a Deus porque eu consegui realmente sair disso... no CAPS tinha reuniões com

o Sr. Wilson que falava de álcool e contava sua experiência... e era muito válida, (Alcides, 51 anos).

Sobre o sofrimento evidenciado pelos entrevistados devido ao uso abusivo de álcool, conforme nos informa Ferreira (2007), “apenas o sujeito que sofre pode dizer sobre o quê o faz sofrer”. A vida, a história do usuário de álcool é marcada por diferentes perdas, afetivas, financeiras, materiais, de tempo...

Eu bebi de forma compulsiva e eu perdi muita coisa, vendi terreno que eu tinha, na família... muitas brigas... a mulher falava em separação... ela falava que eu não olhava mais para a nossa filha... às vezes, deixava R\$ 50,00 a R\$ 60,00 reais no bar e achava muito dar R\$ 15,00 reais em casa... a minha filha ia no portão e falava mãe o pai já vem, mas já vem bêbado... então, era muito triste (Antonio, 37 anos).

Ao procurar pelo serviço de saúde, o usuário de álcool e outras drogas espera ser acolhido sem julgamentos. Entretanto os profissionais da saúde, às vezes, apresentam atitudes contraditórias frente a este usuário, ora não acreditam na recuperação do mesmo, ora depositam expectativas demasiadas na cura, que se traduz, basicamente, na abstinência, levando à frustração da equipe de saúde e, ao mesmo tempo, como nos lembra Ferreira (2007), se constituindo um grande desafio numa sociedade que exige resultados como a que vivemos.

3.3.6 A medicação como solução e problema

Os entrevistados relataram que, durante o tratamento realizado no CAPSad, não fizeram uso de nenhum tipo de medicação específica para deixarem de beber. No entanto, a maioria afirmou que utilizava medicação para outras situações que influenciavam a vontade de beber, como remédios para: diminuir a ansiedade, depressão, transtorno bipolar, etc. O depoimento de Alcides (51 anos) demonstra tal situação: “passei pela psiquiatra, ela, depois de um tempo, receitava remédios não contra o álcool e sim prá diminuir e normalizar aquela ansiedade”.

Outros entrevistados também passaram por atendimento psiquiátrico, mas não utilizaram nenhum tipo de medicação, conforme relato a seguir: “fazia atendimento psiquiátrico, mas ela

nunca me receitou remédios, mas pediu exame de sangue para verificar se realmente eu não estava bebendo” (João, 54 anos).

Poucos são os casos de pessoas que procuram os serviços do CAPSad para se tratarem da dependência de remédios, entretanto, dentre os participantes deste estudo, um entrevistado relatou a dificuldade de “parar” ou mesmo de se liberar da dependência da medicação.

Eu comecei a me tratar no CISAM em 1997, assim, um tratamento contínuo, comecei a me tratar prá parar de beber e parar com os calmantes... eu não conseguia parar com eles por nada nesse mundo...tomei Valium 10 mg, Dienpax 10 mg, que eu me lembro agora... O álcool eu consegui parar em 1997 mesmo, mas os calmantes não... era muito mais difícil...daí eu continuei tratando... mas só dos calmantes, do CISAM fui pro CAPSad lá no Municipal, depois lá perto da Rodoviária Nova, isso em 2002 em diante...aí fiquei dependente de remédios, fiquei com depressão generalizada...hoje, me trato em Sarandi no CAPS II, mas por causa dos calmantes e não por causa do álcool (Paulo, 59 anos).

Conforme os dados obtidos nesta pesquisa, a grande maioria dos entrevistados afirmou que ainda permanece em tratamento, uma minoria, pelas recaídas que teve, ou em grupo de pós-alta, e a maioria, em atendimento com psiquiatras tanto no Centro Integrado de Saúde Mental – CISAM – ou com profissionais particulares. Além do tratamento, a metade dos entrevistados relatou que ainda faz uso de medicação.

É fato que a substituição de drogas por outras substâncias que provocam menos danos, mesmo com a possibilidade de abuso ou dependência, conforme lembra Cruz et al. (2003), configura-se como uma das estratégias de redução de danos utilizadas para diminuir os riscos no tratamento de álcool e outras drogas. No Brasil, um exemplo desta “substituição” em relação ao uso abusivo de álcool é a administração de benzodiazepínicos na fase inicial do tratamento.

Tal procedimento fica claro em relatos como o de Ademir (59 anos) “a psiquiatra me receitou *remédio apenas no início*”, este procedimento corrobora a estratégia de substituição de álcool por outras substâncias que provocam menos danos. Contudo, vários entrevistados afirmaram que ainda continuavam a fazer uso desta medicação, lembrando que estes usuários já estavam, em média, a cerca de quatro anos em abstinência. Segundo Del Barrio, Perron e Quелlette (2008), atualmente, é comum a falta de espaço para questionar a prescrição de

medicamentos, a ponto de outras formas de tratamento tornar-se complementares ou secundárias. Esta tendência dominante na área da saúde mental ocasiona a redução dos espaços de expressão, limitando a capacidade do usuário de agir sobre si.

3.4 O Significado do CAPSad e Sugestões de Mudança

Ao serem questionados sobre os motivos que contribuíram para a abstinência, nem todos os entrevistados fizeram menção espontânea ao CAPSad. Contudo, questionamos sobre o tratamento realizado no dispositivo, especificamente: *“para mim o tratamento no CAPSad foi fundamental... porém, talvez, num encontro do AA ou outro tratamento eu pararia de beber também... mas, como me tratei no CAPSad, isso foi fundamental prá parar...(Luiz, 37 anos).* Embora as respostas, em geral, apontam para a satisfação com o tratamento realizado, os entrevistados consideram que o CAPSad é apenas uma contribuição dentre tantas outras formas de “tratar”:

O tratamento oferecido na época em que frequentei o CAPSad foi ótimo, não sei dizer se hoje ainda é da forma que era, mas, se for, certamente tem ajudado muitas pessoas. Mas acredito que o tratamento no CAPSad, como em qualquer outro lugar, é apenas uma contribuição (Aparecido, 63 anos).

Outra questão assinalada por alguns entrevistados é o fato de o CAPSad auxiliar a manter a abstinência, visto que “parar de beber” é apenas o passo inicial de um caminho a ser percorrido, como relata Ademir (59 anos): *“o tratamento realizado no CAPSad foi muito importante, sozinho eu não conseguiria me manter em abstinência, até acho que sem tratamento eu poderia parar de beber... como aconteceu várias vezes... mas o tratamento auxiliou na decisão de não beber”.*

Entendemos que é pela importância deste dispositivo na rede pública de saúde que críticas e sugestões foram explicitadas espontaneamente:

Se tivesse mais, é o que eu penso, mais tratamento de CAPS nos bairros... porque parece que não é tanto... mas tem muitas pessoas que precisam desse tipo de tratamento... mas

podem até desanimar um pouco devido à distância... apesar que eles dão um vale transporte e tal... davam ... não sei hoje, mas acho que deveria ter mais pessoas capacitadas pra orientar nos bairros, é a tal da comunidade né, eu até incentivo... falo prá várias pessoas do CAPS... talvez essa pessoa fica pensando assim... vou sair daqui e vou lá prá me tratar...talvez a distância prejudique um pouco... mas se fosse aqui mais perto... eu poderia falá: vai lá e conversa com fulano... é muita gente que precisa de um tratamento (Alcides, 51 anos).

Interpretada como crítica à organização da rede pública de saúde do município de Maringá, o depoimento anteriormente citado indica a necessidade do atendimento às pessoas que fazem uso abusivo de álcool no próprio bairro em que residem, visto que o CAPSad é distante dos bairros.

A Organização Mundial da Saúde considera que 10% da população faz uso abusivo de alguma substância psicoativa, o que significa que 32.000 pessoas necessitam de atendimento relacionado ao consumo abusivo de substância psicoativas nesta cidade, a considerar que Maringá conta com uma população de 325.968 habitantes, de acordo com os dados do IBGE (2007). Diante desta constatação, consideramos que apenas um dispositivo – CAPSad na cidade de Maringá é insuficiente para atender toda a demanda que necessita de cuidados em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas. Entretanto apenas a construção de novos CAPSad e o seu trabalho realizado independente da rede de serviços de saúde ou de um trabalho intersetorial também não são recomendáveis.

Nesse sentido, a sugestão feita pelo entrevistado sobre o atendimento aos usuários de álcool ser oferecido no próprio bairro, na comunidade em que este reside é pertinente, mas não basta. Neste sentido, é necessário que a rede de atenção comunitária esteja envolvida, a começar pela atenção básica, isto porque, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2004c, p. 16), “aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo de álcool”.

É necessário destacar que as doenças clínicas que decorrem da dependência de substâncias químicas são comumente diagnosticadas de forma tardia. Desta forma, “o período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção voltada para este problema é de cinco anos: a demora para iniciar o tratamento e a sua inadequação

pioram o prognóstico” (Brasil, 2004c, p. 16). Assim, as equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde estão em um lugar privilegiado na rede de serviços de atenção à saúde mental, visto que a proximidade que mantêm com os usuários dos serviços de saúde possibilita que suas ações sejam realizadas de forma precoce e, por consequência, mais efetiva. Entre os fatores que impedem uma efetividade pode ser a “crença errônea” de que estes usuários de substâncias psicoativas nunca se recuperam. Apesar da importância da atuação dos profissionais da saúde nas Unidades Básicas de Saúde, o Ministério da Saúde considera que, atualmente, é “ineficaz a assistência disponível” (Brasil, 2004c) na atenção primária.

Desta forma, ainda que os CAPS sejam considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, eles não se sustentam sem os demais dispositivos que compõem esta rede. O Ministério da Saúde, mediante o documento *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessário*, enfatiza a importância da Unidade Básica de Saúde – UBS – na atenção à saúde mental. Nesse sentido, desde o ano de 2001, estão sendo discutidas ações de Saúde Mental por meio do Apoio Matricial, o qual tem como prioridade a “responsabilização compartilhada” dos casos, excluindo os encaminhamentos de referência e contrarreferência e aumentando a capacidade da equipe da Unidade Básica de Saúde na resolução de problemas (Brasil 2004a).

A efetividade da rede comunitária de cuidados depende da articulação dos diferentes dispositivos que a compõem e é ressaltada na Política Nacional de Saúde Mental: “esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto de serviços de saúde mental do município” (Brasil, 2005, p. 24). De acordo com esta política, não são dispositivos, serviços ou equipamentos em particular que irão acolher as pessoas com sofrimento mental, dentre elas a pessoa que faz uso abusivo de álcool, e sim a organização em rede de diferentes dispositivos da cidade, e não apenas da área da saúde. E está é também a reivindicação de Cícero (40 anos):

Acredito que deveria existir mais investimento na área de esportes, na área cultural, música, esse tipo de coisa que faz a pessoa ocupar a mente, né. Para fazer um curso hoje, tem que pagar... e é caro... se tivesse uma forma de fazer algum curso de grátis pela Prefeitura dentro desse tratamento seria uma forma de estar melhorando... isso para não ficar apenas no tratamento aqui... ter alguma coisa nesse meio... porque é nesse meio que a gente recai, ou seja, entre uma semana e outra e principalmente nos finais de semana.

A necessidade de mais investimento na área de esportes, na área cultural nos remete ao princípio da intersetorialidade, ir além do setor da saúde. Neste sentido, a noção de território se faz imprescindível nesta discussão, visto que “trabalhar no território significa resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental” (Brasil, 2005, p. 25), o que significa privilegiar a intersetorialidade.

Zambenedetti & Silva (2008) enfatizam que o tema redes de atenção em saúde mental se tornou um objeto de discussão, “seja em função de sua presença, ausência, necessidade, fragmentação, burocratização” (p. 134). Eles acrescentam que a rede é vista como uma “solução” e ao mesmo tempo como um “problema”. Possivelmente, este problema se relaciona com a fragmentação da rede de cuidados, como evidencia Dimenstein (2007, p. 27) “de fato, ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutiva, em que o trânsito dos usuários seja facilitado e estes sejam acolhidos em suas diferentes demandas. Identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas”. O funcionamento do CAPSad de forma independente, sem articulação com a rede não basta e, nestas condições, pode vir a se tornar um espaço institucionalizado com todas as características tão criticadas e combatidas, a saber: a exclusão e a estigmatização daquele que faz uso abusivo de álcool e drogas.

Convém destacar que a inclusão de ações de Saúde Mental na Atenção Básica já vinha sendo discutida. Com o lançamento do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD 2009-2010, estas ações são novamente evidenciadas com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASFs (Brasil, 2009c). Além disso, este plano emergencial reforça os princípios da intersetorialidade, das ações territoriais na rede ampliada e da construção do laço social, já considerados na Política de Saúde Mental brasileira e na Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Na cidade de Maringá, a implantação do NASF e do PEAD está prevista para o ano de 2010.

Dando sinais claros de preocupação em relação às crianças e adolescentes que ocupam o mesmo espaço que os adultos no CAPSad e, conseqüentemente, compartilham das mesmas experiências, o entrevistado Roberto (38 anos) afirma:

Outra coisa é que tem gente muito nova lá junto no tratamento... e não estão ali prá se tratar... eles estão de butuca...querendo aprender uns macetes prá usar... colocar criança nesse tratamento é bobeira... bobeira porque eles só querem saber de malandragem... eles não apanharam da vida ainda...enquanto nós mais velhos estamos ali pra se tratar, eles estão ali no meio prá aprender mais malandragem... o juiz manda prá lá.. mas o juiz não vai lá prá acompanhar o que acontece lá... (Roberto, 38 anos).

Tal fato é apontado pelo entrevistado como prejudicial às crianças e adolescentes em atendimento no dispositivo, visto que não estão lá por “vontade própria” e sim devido a encaminhamento judiciário em decorrência de práticas criminosas (pequenos delitos, etc.). Desse modo, as experiências relatadas pelos usuários adultos em tratamento acabam incentivando e, até mesmo, “ensinando macetes” a estas crianças e adolescentes.

Luiz (37 anos) percebe a necessidade de mais rigidez no controle do uso e na venda de bebidas alcoólicas:

Eu acho que deveria ter mais rigidez... mais leis... mais controle na venda de bebidas alcoólicas...a gente vê na Universidade, por exemplo, muitos jovens que estão começando a vida agora... novos e já com a galera bebendo... num momento que deveriam estar priorizando a sua formação... acho que é por causa da liberdade que nunca tinham em casa e, agora, estão longe de seus pais, familiares...e, agora, tem essa liberdade confundida... eu acredito que tenham muitos alunos que devem abandonar os estudos por causa do álcool...porque a gente vê que não é fácil concluir uma faculdade... é puxado... eu acho que talvez uma prevenção, principalmente na frente dos barzinhos de faculdade, porque já virou um “point”... é uma situação muito complicada... envolve dinheiro e interesses (Luiz, 37 anos).

É interessante lembrar que as preocupações com os efeitos das bebidas alcoólicas no indivíduo e as diferentes formas de controlá-las marcaram o século XX. Atualmente, alguns países ainda adotam uma postura proibicionista em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, por exemplo, os Estados Unidos. De outra perspectiva, Cruz et al. (2003) afirmam que estas iniciativas buscam resolver o problema do uso de álcool e drogas pela sua proibição e

repressão. Estas ações estão calcadas num modelo moral/criminal e de doença que culpabiliza as substâncias e aqueles que as utilizam, estigmatizando-os ou como criminosos ou como doentes.

Recebeu-me prazentemente, falou-me, examinou-me com cuidado, viu bem os estragos que o álcool podia ter realizado em meu organismo e ficou admirado. Eram mínimos.

Foi aí que eu vi bem o mal da bebida. Ela não me matava, ela não me estragava de vez, não me arruinava. De quando em quando, provocava-me alucinações, eu incomodava os outros, metiam-me em casa de saúde ou no hospício, eu renascia, voltava, e assim levava uma vida insegura, desgostando os outros, sem poder realizar plenamente o meu destino, que as coisas obscuras queriam dizer não ser o de um simples bêbado. Era preciso reagir
(Barreto, 1956, p. 87).

4 A FRAGILIDADE DOS USUÁRIOS FRENTE AO CONTEXTO EM QUE SE DÁ O USO E ABUSO DO ÁLCOOL

*“O uso de álcool é uma coisa que a família legaliza na casa... compra lá um litrão e deixa lá... pode beber... é uma droga lícita”
(Roberto, 38 anos).*

Iniciamos este estudo com o objetivo de conhecer o potencial resolutivo da atuação de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad – na perspectiva dos usuários. Especificamente, buscamos compreender se o atendimento oferecido neste dispositivo de saúde pública tem contribuído, ou não, no tratamento das pessoas que fazem uso abusivo de álcool.

Pelo fato de envolver diferentes segmentos da sociedade e diversos tipos e graus de prejuízo, o uso abusivo de álcool só pode ser compreendido na interface de vários saberes, atrelados às condições históricas que influenciam o potencial resolutivo do CAPSad. Nesse sentido, é um fenômeno complexo e como tal deve ser tratado. Com esta orientação, neste momento, pontuaremos algumas questões acerca dos resultados obtidos nesta pesquisa.

O Uso Abusivo de Álcool Não é um Problema Específico da Modernidade

As sociedades, cada qual à sua maneira, buscaram formas peculiares de “entender” e “tratar” o uso abusivo de álcool. A história nos ajuda a entender como os conceitos de uso, abuso e dependência de bebidas alcoólicas foram sendo alterados com o passar do tempo, de acordo com as transformações sociais e econômicas de cada época.

Com base nessa premissa, é possível afirmar que o uso abusivo de álcool não é um problema específico da modernidade. Contudo, de acordo com Cruz e Ferreira (2001, p. 7), “a forma como este uso tem sido feito” atualmente e as suas consequências trazem problemas efetivamente novos, exigindo, também, novas respostas e soluções. Assim sendo, atualmente no Brasil, o CAPSad é uma das estratégias de atendimento destinado às pessoas cujo principal problema é o uso abusivo de álcool e outras drogas. De acordo com a concepção histórica aqui adotada, a implantação e a atuação deste dispositivo não pode ser compreendida isolada das

condições históricas que caracterizam a sociedade atual, haja vista que este dispositivo, assim como outros estão inseridos numa prática social que tem características próprias e não foge das determinações culturais, políticas e econômicas desta época.

A demanda do CAPSad, objeto do nosso estudo, é, em sua maioria, constituída por pessoas do sexo masculino, que possuem nível de escolaridade básico, trabalham na informalidade e vivem com poucos recursos econômicos. Se a literatura especializada indica que o uso abusivo de álcool e outras substâncias são um mal geral e atinge pessoas de diferentes classes sociais, sexo, idade, nível de instrução, etc. e a demanda que constatamos é tão homogênea, é possível que haja preconceito em relação aos serviços da rede pública, que são interpretados pela população em geral como um atendimento oferecido “aos pobres”.

Talvez esta forma de pensar contribua para que a “demanda real” não esteja representada no CAPSad, se consideramos que tanto o dispositivo quanto as pessoas que se tratam ali são estigmatizadas tanto pela classe social a que pertencem quanto pela dependência alcoólica, a ponto do usuário ocultar a dependência e/ou o tratamento realizado, conforme constatamos neste estudo.

Em relação ao número maior de pessoas do sexo masculino que procuram por tratamento no CAPSad, entendemos que isto ocorra porque há uma incidência menor de alcoolismo entre pessoas do sexo feminino, conforme estudos realizados. Isto não significa que o uso abusivo do álcool entre as mulheres não esteja em curva ascendente, conforme mostra os estudos da Vigitel (Brasil, 2007b; 2008c; 2009a).

O que independe de sexo é o prejuízo consequente do uso abusivo do álcool que, geralmente, ocorre na idade mais produtiva do ser humano, acarretando problemas em diferentes áreas, a saber: nos estudos, no trabalho, na família, etc. Problemas estes que acompanham os usuários por longos anos, mesmo após a abstinência do álcool. Convém lembrar que estes problemas não se restringem unicamente às pessoas que fazem seu consumo e sim a todas aquelas que estão ao redor deste usuário.

“Remando Contra a Maré”

Os entrevistados que participaram desta pesquisa, evidenciaram quão frágeis se sentem frente ao álcool. A legislação orientada por interesses socioeconômicos torna mais complexo e

contraditório o contexto em que se dá o uso e abuso do álcool, como, por exemplo, o álcool é uma droga lícita, sua produção e comercialização são permitidas em vários países, dentre eles o Brasil. A legalidade das bebidas alcoólicas favorece o seu uso em diferentes situações, inclusive na família, na companhia de amigos e colegas, em comemorações, etc. e movimenta o mercado financeiro, no qual diferentes interesses estão envolvidos. É necessário lembrar que, nas primeiras décadas do século XX, os membros da Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM tomaram como uma de suas tarefas o combate ao alcoolismo e, para tanto, propuseram medidas repressivas, dentre elas o aumento da taxa fiscal, porém não obtiveram êxito (Boarini, 2003).

Apesar do caráter socioeconômico que caracteriza a produção e a comercialização da bebida alcoólica, a sociedade em geral atribui ao indivíduo a total responsabilidade por seus “atos”. Sob esta perspectiva, a pessoa que faz uso abusivo de álcool é, em geral, considerada a única responsável por esta dificuldade, naturalizando seu consumo pela via da cultura, apontando como causa do problema o que é consequência e culpabilizando o consumidor por uma situação que não é apenas de ordem individual, mas também de ordem social.

O Atendimento na Rede Pública de Saúde

a) A intersetorialidade e a abordagem multiprofissional

A efetividade da rede comunitária de cuidados depende da articulação dos diferentes dispositivos que a compõem, como determina a Política Nacional de Saúde Mental. “Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto de serviços de saúde mental do município” (Brasil, 2005, p. 24). De acordo com esta política, não são dispositivos, serviços ou equipamentos em si que irão acolher as pessoas com sofrimento mental, dentre elas a pessoa que faz uso abusivo de álcool, e sim a organização em rede de diferentes dispositivos da cidade, e não apenas da área da saúde, o que caracteriza a intersetorialidade.

E aqui se inclui a necessidade das instituições formadoras destes profissionais, dispor de uma grade curricular que contemple um trabalho em equipe na área da saúde. A crítica que se faz é que o diálogo entre os diferentes profissionais que atuam, direta ou indiretamente com as pessoas que fazem uso abusivo de álcool, em muitos casos, não visa o cuidado integral da pessoa, cada profissional com seu saber (específico) apenas desenvolve o seu trabalho, resultando em

ações fragmentadas dentro do dispositivo. Tal fragmentação torna-se mais expressiva no diálogo necessário entre os diferentes dispositivos que compõem a rede comunitária e, sobretudo, na articulação da saúde mental com outros setores da sociedade, além da área da saúde. Sobre esta falta de diálogo, Dimenstein (2007) enfatiza que, atualmente, “identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas” (p. 27).

b) Estratégias de redução de danos

As estratégias de redução de danos asseguram outras formas de “cuidar” que consideram a diversidade humana e reconhecem as “diferentes possibilidades e escolhas que são feitas” frente ao uso de bebidas alcoólicas (Brasil, 2004c). Seguindo esta linha de pensamento, a redução de danos é uma das principais estratégias da política de álcool e drogas e prima pela defesa da vida, do usuário que faz uso abusivo de álcool, bem como de seus familiares e todas as pessoas que estão ao seu redor.

De acordo com os depoimentos dos usuários entrevistados, é possível perceber esta diversidade humana, haja vista que diferentes motivações e influências levaram estes usuários a iniciar o uso de álcool e, ao mesmo tempo, a buscar por tratamento. Muitos entrevistados mostraram-se extremamente envergonhados ao falar sobre a dificuldade em manter a abstinência. Alguns dos usuários de nosso estudo no primeiro contato, mencionaram que não estavam em abstinência e se, ainda assim, tínhamos interesse em entrevistá-los.

As estratégias de redução de danos, não foram mencionadas pelos usuários nas entrevistas, o que pode indicar que, os mesmos desconheçam estas estratégias. Os usuários relatam que, durante o tratamento, eram monitorados por meio de exames de sangue, para confirmar a abstinência ou não, tal como observamos no depoimento de Alcides (51 anos): “*me tratava com a psiquiatra, ela pedia exame prá controlar o álcool no sangue... fiz vários exames e toda vez dava que eu bebia... mas não estava bebendo... tinha aquela propaganda enganosa da cerveja sem álcool e eu bebia ela*”. Sobre este procedimento – exame de sangue - não há nenhuma informação no Protocolo do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (Maringá, 2008). O que consta, neste protocolo, é o critério adotado pelo dispositivo para a alta dos usuários, “o paciente receberá alta do CAPSad, quando completar um ano de abstinência da substância que fazia uso” (Maringá, 2008, p. 8).

Quando o dispositivo adota as estratégias de redução de danos, o usuário de substâncias psicoativas pode procurar o serviço mesmo não estando em abstinência e, no período de recuperação, a abstinência pode ser apenas uma possibilidade dentre outras no tratamento.

Vale lembrar que, em 1810, quando o alcoolismo passou a ser compreendido como uma doença, a abstinência se configurava na única possibilidade de cura para aqueles que faziam uso abusivo de álcool. Praticamente 200 anos depois, novas formas de ingestão de bebidas alcoólicas surgiram, dentre elas, o beber em *binge*, uso de bebidas *ices*, etc., contudo, no que se refere às formas de “cuidar”, estas continuam semelhantes às que eram realizadas no passado, tendo, como único objetivo, a abstinência. Sobre este assunto, Sáad reitera:

A adoção de um modelo único de tratamento, não contempla de forma nenhuma as diferenças existentes entre os dependentes (...) então, devemos sair desta visão única de causa e tratamento para adotarmos uma posição mais realista e que possa beneficiar um número maior de pessoas. Como não há uniformidade de pensamento (e nunca houve), devemos ampliar e não reduzir o aporte terapêutico (2001, p. 28).

A Substituição do Uso Abusivo de Álcool pela Medicação

O que nos chamou atenção no que se refere ao tratamento oferecido pelo CAPSad, objeto deste estudo, foi a quantidade de usuários que ainda “dependem” de medicação, ou seja, oito dos demais entrevistados continuam fazendo uso de remédios para diminuir a ansiedade, depressão, etc. É fato que a substituição de drogas por outras substâncias que provocam menos danos, mesmo com a possibilidade de abuso ou dependência, configura-se como uma das estratégias de redução de danos, utilizada para diminuir os riscos no tratamento de álcool e outras drogas. Entretanto a administração destas substâncias é indicada apenas na fase inicial do tratamento (Cruz et al., 2003).

Lembrando que os usuários que participaram deste estudo já receberam alta do dispositivo, em média, há quatro anos, entendemos que pode estar ocorrendo uma substituição do uso de bebidas alcoólicas pela terapia medicamentosa. Considerando que o CAPSad foi criado justamente para desenvolver atividades diferenciadas das que eram oferecidas, e ainda são, nos

hospitais psiquiátricos, questionamos este uso ininterrupto de medicação. Do contrário, o usuário deixa de fazer uso abusivo de álcool, mas fica na dependência da medicação.

O Potencial Resolutivo do CAPSad

Ao finalizar este trabalho e se levarmos em consideração os números e as estatísticas, é possível afirmar que o potencial do CAPSad, em estudo, é precário, tendo em vista que um município do porte de Maringá, cuja população é superior a 320 mil habitantes, conta somente com um CAPSad. Entretanto, como já colocamos anteriormente, não é a quantidade de dispositivos que faz a diferença na resolutividade da rede.

Convém reforçar que estamos considerando, aqui, potencial resolutivo como a capacidade do serviço de solucionar os problemas que lhe são apresentados. Partindo desta orientação, é possível inferir que o potencial resolutivo do CAPSad é insuficiente em virtude dos diferentes fatores atrelados às condições históricas, elencados anteriormente, somados aos pontos frágeis que este dispositivo apresenta no enfrentamento da problemática que envolve o uso abusivo de álcool. Dentre eles, segue a discussão de alguns aspectos.

O dispositivo não trabalha, na prática, com as estratégias de redução de danos, preconizadas pelo Ministério da Saúde, a considerar o Protocolo do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (Maringá, 2008). Haja vista que a abstinência se caracteriza como o único critério de alta dos usuários. Tal situação pode contribuir para a não aderência de uma grande parcela de pessoas que fazem uso abusivo de álcool ao tratamento, visto que “não conseguem”, “não querem” ou mesmo “não podem” ficar sem ingerir bebidas alcoólicas (Cruz et al., 2003).

Outro aspecto a destacar é o fato que o trabalho desenvolvido no CAPSad não tem continuidade nos demais dispositivos que compõem a rede de atenção comunitária do município, a não ser a consulta psiquiátrica e a busca da medicação no CISAM. As reuniões semanais do dispositivo são realizadas somente com os profissionais técnicos (assistente social, psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, etc.) sem a participação dos usuários e familiares, o que significa que o desenho do tratamento não é construído *com o sujeito que sofre e demanda um cuidado*, como sugere Cerqueira (2007).

Além disso, o dispositivo permite que as reuniões do grupo dos AA sejam realizadas nas dependências do CAPSad. Os AA entendem que o uso abusivo de álcool é um problema moral e a causa da dependência está na pessoa que utiliza e não na substância em si, esse pensamento atribui unicamente ao usuário a responsabilidade pelo comportamento de beber. Esta parceria entre o AA e o CAPSad pode indicar que compartilham do mesmo princípio. Talvez seja esta a razão da não diferenciação nos atendimentos oferecidos pelo CAPSad e AA, como podemos notar no depoimento de Luiz (37 anos): “para mim o tratamento no CAPSad foi fundamental... *porém, talvez, num encontro do AA ou outro tratamento, eu pararia de beber também... mas, como me tratei no CAPSad, isso foi fundamental para parar*”.

Apesar das fragilidades detectadas no CAPSad pela voz do usuário que deste dispositivo se utiliza, este é um recurso significativo no atendimento da pessoa que faz uso abusivo de álcool ou outras drogas. Na perspectiva dos usuários, portanto, o CAPSad se configura enquanto uma, dentre outras, contribuição no processo de abstinência. É o próprio usuário entrevistado que sustenta esta nossa afirmação:

O CAPS é um bom trabalho né... socorre as pessoas que não têm aonde recorrer... se, naquele tempo que eu usava cocaína, tivesse um CAPSad, eu teria me tratado... *eu acho que está sendo um bom trabalho e que vai desenvolver melhor porque está começando...* (Roberto, 38 anos).

Enfim, reconhecemos o empenho dos profissionais da área da saúde que estão envolvidos, direta ou indiretamente, nesta problemática. Entretanto reiteramos que não são dispositivos, serviços ou equipamentos em si que irão acolher as pessoas com sofrimento mental, dentre elas a pessoa que faz uso abusivo de álcool, e sim a organização em rede de diferentes dispositivos da cidade, e não apenas da saúde (Brasil, 2005a). Nesta perspectiva, enfatizamos que o uso abusivo de álcool é um problema complexo que reverte um alto custo para a sociedade, porém a Saúde Pública tem pago, sozinha, uma conta que não é apenas dela.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alcoólicos Anônimos. (1976). *A história de como milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo*. Centro de Distribuição de Literatura AA para o Brasil. (Originalmente publicado em 1939).
- Alcoólicos Anônimos. (1977). *Viver sóbrio*. Centro de Distribuição de Literatura AA para o Brasil.
- Andrade, T., & Espinheira, C. G. D. (2005). *A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira*. Recuperado em 22 de junho, 2008, de <http://www.obid.senad.gov.br>.
- Andreoli, S. B. (2007). Serviços de saúde mental no Brasil. Em: M. F. de Mello (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 85-100). Porto Alegre: Artmed.
- Arantes, M. A. (2008). Para mim, Paraty – Alcoolismo e loucura em Lima Barreto. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, ed. port, Ribeirão Preto, 4 (1). Recuperado em 18 de janeiro, 2008, de <http://www.revistasusp.sibi.usp.br>.
- Assis, S. G. de., Cardim, M. de S., Iguchi, T., Morgado, A. F., & Sberze, M. (1986). Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupo populacionais do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2 (2), 191-211.
- Barreto, L. (1956) *Cemitério dos Vivos*. São Paulo: Brasiliense.
- Barrio, L.R., Corin, E., Poirel, M. L. & Drolet, M. (2004). Avaliação qualitativa de serviços em saúde mental a partir das perspectivas de usuários e profissionais – negociação, cidadania e qualidade dos serviços. Em: M. L. M. Bosi & F. J. Mercado-Martínez (Orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. (pp. 401-450). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bezerra, E. N. R. (2008). *Estratégias de cuidado integral à saúde: os CAPS no processo de implementação do apoio matricial em Natal/RN*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- Boarini, M. L. (2003). *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá, PR: EDUEM.
- Bock, A. M. B. (1999). A psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Est. Psicol.* Natal, 2 (4), 315-329.
- Brasil. (1903). Decreto n.º. 1.132, de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Em: *Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil – Poder Legislativo*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.

Brasil. (1911). Decreto n.º 8.834, de julho de 1911. Regulamento Assistência Alienados. Em: *Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil – Poder Legislativo*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.

Brasil. (1921). Decreto n.º 4.290, de junho de 1921. Instituiu a criação de um estabelecimento de Alcoólatras e Toxicômanos. Em: *Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil – Poder Legislativo*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.

Brasil. (1996). *Lei n.º 9.294*, de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Recuperado em 2 de novembro, 2009, de <http://www.planalto.gov.br>.

Brasil. (2000a). *Projeto de Lei n.º 35*, de junho de 2000. Determina a obrigatoriedade de a embalagem, o rótulo e a propaganda de bebida alcoólica conterem advertência sobre a proibição de sua venda a menores de dezoito anos e prejudicialidade à saúde, e dá outras providências. Recuperado em 2 de novembro, 2009, de <http://www.senado.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2000b). *Portaria n.º 1.220/GM*, de novembro de 2000. Cria o grupo de procedimentos na tabela SIA/SUS para o acompanhamento de Pacientes em Residências Terapêuticas. Recuperado em 20 de março de 2009, de <http://www.portal.saude.gov.br>

Brasil. (2001a). *Resolução RDC n.º 101*, de maio de 2001. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. Recuperado em 29 de abril, 2009, de http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm.

Brasil. (2001b) *Lei n.º 10216*, 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. Recuperado em 20 de maio, 2009, de <http://www.planalto.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002a). *Portaria n.º 336/GM*, de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Recuperado em 11 de março, 2008, de <http://www.portal.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002b). Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: SAS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília: SAS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004c). Secretaria de Atenção à Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: SAS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005a). Secretaria e Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: SAS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005b). *Portaria n.º 1.028/GM*, de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Recuperado em 11 de dezembro, 2009, de <http://dtr2001.saude.gov.br>.

Brasil. (2007a). *Decreto n.º 6.117*, de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Recuperado em 22 de março, 2008, de <http://www.planalto.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2007b). Secretaria em Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2007c). *Saúde mental em dados – 4*, ano II, 4. Informativo eletrônico, Brasília. Recuperado em 21 de maio, 2008, de <http://www.portal.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. *Avaliar CAPS*. Brasília: SAS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008b). *Saúde mental em dados – 5*, ano III, 5. Informativo eletrônico, Brasília. Recuperado em 19 de fevereiro, 2009, de <http://www.ccs.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008c). Secretaria em Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008d). *Portaria n.º 154/GM*, de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Recuperado em 12 de dezembro, 2009, de <http://www.portal.saude.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. (2009a). Secretaria em Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009b). *Saúde mental em dados – 6, ano IV, 6*. Informativo eletrônico, Brasília. Recuperado em 2 de julho, 2009, de <http://www.portal.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009c). *Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no SUS – PEAD (2009-2010)*. Brasília. Recuperado 12 de julho, 2009, de <http://www.portal.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009d). *Portaria n.º 1.190/GM*, de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas – PEAD. Recuperado em 12 de julho, 2009, de bvsms.saude.gov.br.

Brasil. Ministério da Saúde. (s.d.). *Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial – AVALIAR CAPS*. Recuperado em 4 de fevereiro, de 2010, de <http://www.portal.saude.gov.br>.

Bucher, R. (1988). A abordagem preventiva. Em: _____. *As Drogas e a Vida: Uma abordagem biopsicossocial*. (pp. 55-67). São Paulo: Cordato – EPU.

Caldas, M. T. (2001). Tratamento do alcoolismo no Brasil (1ª Parte). *Revista Interlocuções*, ano 1,1, 28-39.

Caldas, M. T. (2005). Alcoolismo e prevenção: um estudo descritivo das idéias em prevenção do alcoolismo no Brasil. *Revista Symposium*, ano 9,1, 56-61.

Campos, E. A. de. (2004). As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (5), 1379-1387.

Carlini, E. A., Galduroz J. C. F., Noto, A. R., & Nappo, S. A. (2001). *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001 / CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo*.

Carlini E. A., Galduroz J. C. F., Noto, A. R., & Nappo, S. A. (2005). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo*.

Centro de Informações sobre Saúde e Álcool – CISA. *Problemas sociais decorrentes do uso de álcool*. Recuperado em 22 de julho, 2009, de: <http://www.cisa.org.br/categoria.html>.

Cerqueira, M. P. (2007). Clínica e a formação profissional ou quando o formar desenha o tratar. Em: *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Recuperado em 28 de Agosto, 2009, de: <http://www.abrapso.org.br>.

Cruz, M. S. & Ferreira, S. M. B. (2001) Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica. Em: _____. (Orgs.). *Álcool e drogas – usos, dependência e tratamentos*.(pp. 95-113). Rio de Janeiro: IPUB, CUCA.

Cruz, M. S., Sáad, A. C. & Ferreira, S. M. B. (2003). Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: 52 (5), 355-362.

Del Barrio, L. R., Perron, N. & Quellette, J. N. (2008). Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? Em: R. Onocko Campos., J. P. Furtado., E. Passos & R. Benevides. (Orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. (pp. 125-151). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

Dias, J. C. (2001). Níveis de atenção no uso indevido de drogas. Em: M. S. Cruz. & S. M. B. Ferreira. (Orgs.). *Álcool e drogas – usos, dependência e tratamentos*. (pp. 77-94). Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.

Dias, R. M. (2008). *Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação de Psicologia – Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói, RJ.

Dimenstein, M. D. B. (2007). Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco. *Revista Vivência*, 32, 25-31.

Doneda, D. (2009, novembro). Os rumos das ações voltadas à redução de danos e à abstinência. *Rev. Psicologia: Ciência e Profissão*, ano 6, 6, 7-10.

Edwards, G., Marshall, E. J., & Cook, C. C. H. (1999). Alcoólicos Anônimos. Em: _____. *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde* (3a ed, pp. 239-246). Porto Alegre: Artes Médicas.

Ferreira, S. M. C. G. (2004). *Espiritualidade inaciana e alcoólicos anônimos: Uma análise da espiritualidade dos doze passos dos alcoólicos anônimos à luz dos exercícios espirituais de Santo Inácio de Loyola, com vistas à práxis religiosa*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Ciências da Religião UMESP – São Bernardo do Campo/SP.

Ferreira, S. M. B. (2007). Especialidade ou responsabilização? Algumas articulações entre a clínica, política e formação no campo de cuidados a usuário de álcool e drogas. Em: *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Recuperado em 28 de Agosto, 2009, de: <http://www.abrapso.org.br>.

Fodra, R. E. P. (2008). *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 de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Assis.

Gambarini, M. A. (1997). Alcoólicos Anônimos. Em: S. de P. Ramos & J. M. Bertolote et al. *Alcoolismo hoje* (3a ed. pp. 217-222). Porto Alegre: Artes Médicas.

GEPHE – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Higienismo e Eugenia. (2000). Recuperado em: 21 de junho, 2008, de <http://www.dgp.cnpq.br/buscaoperacional>.

Gorgulho, M. (2009, novembro). Álcool e outras drogas: a perspectiva dos direitos humanos dos usuários. *Rev. Psicologia: Ciência e Profissão*, ano 6, 6, 7-10.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007). *Contagem da população 2007*. Brasília, DF. Recuperado em 11 de março, 2008, de <http://www.ibge.gov.br>.

Jones, M. (1972). Comunidades terapêuticas. Em: _____. *A comunidade terapêutica* (pp. 88-123). Petrópolis, RJ: Vozes.

Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Wetzel, C. et al. (2009). Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (1), 1-9.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (1991). *Fundamentos de metodologia científica* (3a ed.). São Paulo: Atlas.

Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M., & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.

Lenz Cesar, B. A. (2006), Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades resultados preliminares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, 55 (3), 208-211.

Lopes, A. D. & Magalhães N. (2009, setembro, 9). Saúde: As novas abordagens para o alcoolismo. *Revista VEJA*, (ed. 2129). Recuperado em: 15 de Novembro, 2009, de <http://veja.abril.com.br>.

Luz, M. M. C. (2007). *A religiosidade vivenciada na recuperação de dependentes químicos*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós Graduação em Psicologia – Centro de Ciências da Vida da PUC Campinas, Campinas, SP.

Machado, A. R. (2006). *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Maestri, M. (2000). *Demandas higienistas no século XX: Aspectos histórico-educacionais*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós Graduação em Educação – Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá, PR.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TRTM (2002). (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Maringá. (2004). *Protocolos da Atenção Básica*. Secretaria Municipal de Saúde. Maringá, PR: SMS.

Maringá. (2008). *Protocolo do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas*. Secretaria Municipal de Saúde. Maringá, PR: SMS.

Marinho, J. R. M. (2004). *Caracterização dos casos atendidos no CAPSad em seu primeiro ano de funcionamento, Sobral-CE, setembro de 2002 a agosto de 2003*. Monografia, Curso de Residência em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, CE

Marques, A. C. P. R. (2001). O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *Revista IMESC*, 3, 73-86.

Marques, E. P. (2007). *A loucura engarrafada: relações alcoolismo-loucura em Florianópolis nas décadas de 1930-1960*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC.

Masur, J. (2004). *O que é alcoolismo*. São Paulo: Brasiliense.

Menezes da Silva, R., & Da Silva Junior, O. C. (2006). As reformas da assistência psiquiátrica e a primeira escola de enfermagem do Brasil (1890-1921). *Revista Enf. Global*, 9, 01-13.

Mercado-Martínez, F. J. & Bosi, M. L. M. (2004). Introdução: Notas para um debate. Em: M. L. M. Bosi & F. J. Mercado-Martínez (Orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. (pp. 23-71). Petrópolis, RJ: Vozes.

Minayo, M. C. de S. (2007). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (10a ed.). São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. de S. (2008). Prefácio - A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. Em: R. Onocko Campos., J. P. Furtado., E. Passos & R. Benevides (Orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. (pp. 15-19). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

Monteiro, M, G. (2005). Alcohol y otras drogas: nuevos y viejos desafíos en salud mental. Em: *La reforma de los servicios salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas* (pp. 223-232). Brasília, DF.

Moreira, A. P. (2009). *Ensaio sobre a Cachaça (1) – Pintura com Café*. Desenho com café para o concurso ‘Bebidas do Mundo’, de Plovdiv, Bulgária. Recuperado em 23 de janeiro, de 2010, de www.fotolog.terra.com.br/alexanderdesenhos.

Netsaber Biografias (s.d.). *Biografia de Afrânio Peixoto*. Recuperado em 24 de janeiro, de 2009, de www.biografias.netsaber.com.br.

Nóbrega, M. do P. S. S & Oliveira, E. M. de. (2005). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Rev Saúde Pública*, 39 (5), 816-823.

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID. (s.d.). *Tratamentos/Modelos/Comunidade Terapêutica*. Recuperado em 11 de junho, de 2009, de: <http://www.obid.senad.gov.br>.

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID. (s.d.). *Tranquilizantes ou ansiolíticos (benzodiazepínicos)*. Recuperado em 11 de junho, de 2009, de: <http://www.obid.senad.gov.br>.

Oda, A. M. G. R. & Dalgalarondo, P. (2000). Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Rev Bras Psiquiatr*, 22 (4), 178-179.

Oliva, A. L. (2007). *Apoio social para dependentes do álcool*. Dissertação de Mestrado Não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP.

Oliveira, E. M. de & Melcop, A. G. (2001). Adolescência: rumos e metamorfoses. Em: M. S. Cruz & S. M. B. Ferreira (Orgs.). *Álcool e drogas – usos, dependência e tratamentos* (pp. 77-94). Rio de Janeiro: IPUB, CUCA.

Organização Mundial de Saúde, (2004). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10* (7a ed.). São Paulo: Edusp.

Outeiral, J. O. (1994). *Adolescer: estudos sobre adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Paraná. Governo do Estado. (s.d.). Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania. *Capacitação para multiplicadores de ações de prevenção às drogas*. Coordenadoria Estadual Antidrogas. Conselho Estadual Antidrogas.

Pereira, G. A. M. (2008). *Evolução dos pacientes com síndrome de dependência de álcool no caps ad II*. Dissertação de Mestrado Não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP.

Pinsky, I. (s.d.). *A Propaganda de bebidas alcoólicas no Brasil*. Recuperado em 8 de setembro, de 2009, de <http://www.propagandasembebida.org.br/artigos/integra.php?id=12>.

Piovesan, A & Temorini E. R. (2008). *Pesquisa exploratória na Saúde Pública*. Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo. Recuperado em 12 de outubro, de 2009, de <http://www.br.monografias.com>.

Pochmann, M. (2005). Desemprego desigual. *Ciência Hoje*, São Paulo, 36, 39-43.

Resende, H. (1987). Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. Em: N. R. Costa & A. S. Tundis (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (3a ed., pp.15-74). Rio de Janeiro: Petrópolis.

Ribeiro, P. R. M. (2003). A criança brasileira nas primeiras décadas do século XX: a ação da higiene mental na psiquiatria, na psicologia e na educação. Em: M. L. Boarini. (Org.). *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil* (pp. 71-96). Maringá, PR: EDUEM.

Ribeiro, C. R. de O. (2005). Ética e pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. Ribeirão Preto, 1 (1), 01-11.

Sáad, A. C. (2001). Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. Em: M. S. Cruz & S. M. B. Ferreira (Orgs.). *Álcool e drogas – usos, dependência e tratamentos*. (pp. 11-33). Rio de Janeiro: IPUB, CUCA.

Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista Psiquiatria Clínica*. 34, supl. 1, 73-81.

Serrat, S. M. (2002). *Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos*. Recuperado em 15 de maio, de 2009, de: <http://www.comciencia.br>.

Silva, A. M. da (2006). *Tratamento do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas – CAPSad II – Leste Natal/RN: uma avaliação da efetividade*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, RN.

Souza, J., Kantorki, L. P., Gonçalves, S. E., Mielke, F. B., & Guadalupe, D. B. (2007). Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. *Revista Enfermagem EURJ*, 15 (2), 210-217.

Superior Tribunal de Justiça – STJ. (s.d.). *Processo MC 8154*. Recuperado em 7 de janeiro, de 2010, de http://www.stj.jus.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp.

Surjus, L. T. L. S. (2007). *Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Campinas*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Surjus, L. T. de L. e S. & Onocko Campos, R. (2008). Usuários e familiares: co-autoria no processo avaliativo dos centros de atenção psicossocial (CAPS). Em: R. Onocko Campos., J. P. Furtado., E. Passos & R. Benevides (Orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (pp. 356-372). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, 9 (1), 25-59.

Totugui, M. L. (1988). Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. Em: R. Bucher (Org.). *As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial* (pp. 1-7). São Paulo: Cordato-EPU.

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD (s.d.). *Principal motivação da drunkorexia é o prazer que o álcool proporciona*. Recuperado em 2 de dezembro, de 2009, de: <http://www.uniad.org.br>.

Zambenedetti, G. & Silva, R. A. N. (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 14 (1), 131-150.

APÊNDICES

APÊNDICE I – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

APÊNDICE II – ROTEIRO PRÉ-ESTABELECIDO PARA A ENTREVISTA

APÊNDICE III - TABELAS

APÊNDICE I
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

1- Nome (apenas iniciais):

2- Sexo:

3- Idade:

4- Grau de Escolaridade:

5- Profissão:

APÊNDICE II
ROTEIRO PRÉ-ESTABELECIDO PARA A ENTREVISTA

- 1- Com que idade começou a beber
- 2- Qual era a bebida que usava
- 3- Quantidade de bebida alcoólica que consumia (diariamente, esporadicamente)
- 4- Além do álcool utilizava mais alguma substância psicotrópica
- 5- Porque procurou o CAPSad (motivação/ influência)
- 6- Período que esteve em tratamento no CAPSad
- 7- Atividades que participou durante o tratamento
- 8- Participou do grupo de pós-alta no CAPSad
- 9- Continua em abstinência, há quanto tempo
- 10- O que contribuiu para parar de beber
- 11- Teve recaídas, quanto tempo ficou sem beber
- 12- Se positivamente, quantas recaídas e qual o intervalo entre uma recaída e outra
- 13- A bebida prejudicou alguma área específica da vida
- 14- Teve problemas de saúde decorrentes da dependência de bebida alcoólica
- 15- Fez outros tipos de tratamento
- 16- Avaliação do serviço – CAPSad

APÊNDICE III

TABELAS

10 a 12	05	31%
13 a 15	05	31%
16 a 18	06	38%

Amigos	09	57%
Familiares	05	31%
Amigos e familiares	01	6%
Bebia sozinho	01	6%

Somente nos finais de semana	06	38%
Final de semana e às vezes à noite	03	19%
No almoço e/ou na janta (não todos os dias)	01	6%
Diariamente	03	19%
Quanto tinha bebida disponível	02	12%
Bebia toda a semana, sem dia específico	01	6%

15 a 20	08	50%
21 a 30	05	31%
31 a 40	03	19%

Tabela 5 – Bebidas mais usadas	
Aguardente de cana (cachaça)	13
Cerveja	10
Vinho	06
Bebidas doces (batidinhas e caipirinhas)	05
Uísque	05
Conhaque	04

Tabela 6 – Frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas		
Quase todos os dias	08	50%
Diariamente	08	50%

Tabela 7 – Uso de outra substância psicoativa, além do álcool		
Nenhuma	02	12%
Cigarro	08	50%
Cigarro e maconha	01	6%
Cigarro, maconha, crack e cocaína	01	6%
Cigarro, maconha, solventes (tiner e cola)	01	6%
Maconha e cocaína	01	6%
Tiner	01	6%
Maconha e calmante	01	6%

Tabela 8 – Tratamentos anteriores ao CAPSad	
Não	08
Sim, encontros da Igreja Católica	02
Sim, o AA	01
Sim, casa de recuperação e internações.	01
Sim, fazia tratamento com psiquiatra	01
As internações anteriores ao tratamento	03

Tabela 9 – Influência/motivação para a busca de tratamento no CAPSad		
Incentivo de algum familiar	08	50%
Incentivo de algum familiar, amigos e colegas do trabalho	02	12%
Incentivo dos colegas de trabalho e encaminhamento da UBS	01	6%
Informações e encaminhamento na UBS	01	6%
Encaminhado pelas instituições de internação (Hospital Psiquiátrico e Geral)	03	19%
Procura espontânea premida pelo sofrimento	01	6%

Tabela 10 – Tempo de abstinência		
Desde o tratamento no CAPSad – 3 a 5 anos	06	38%
Após um mês em tratamento no CAPSad – 4 anos (bebe cerveja sem álcool)	01	6%
Desde a internação anterior ao tratamento no CAPSad – 4 a 5 anos	02	12%
Há quase 02 anos	01	6%
Há 06 meses	01	6%
Desde 1997 o que tratou e trata no CAPS é a dependência de calmantes	01	6%
Não sabe o tempo de abstinência (continua em tratamento no CAPSad)	01	6%
Bebe apenas cerveja de forma controlada em família	01	6%
Não está em abstinência, a última recaída foi há 2 semanas	01	6%
Tem tido alguns episódios c/ bebida desde que saiu do CAPSad	01	6%

Tabela 11 – Recaídas		
Não	11	69%
Sim	05	31%

Tabela 12 – Fatores que contribuíram para a abstinência	
Religiosidade	11
Força de Vontade	11
Família (mãe, pai, esposa, filhos, parentes, avós)	11
Tratamento – CAPSad	10
Sufrimento	04
Observar alcoólatras e não querer ficar igual	02
Amigos	01
Benefícios que alcançou durante a abstinência	01
Ódio da bebida	01
Cheiro da bebida incomodava	01
Atraso na vida profissional	01
Desejo de mudança	01
Os que zombaram do tratamento realizado	01
Remédios	01

Tabela 13 – Tratamento e uso de medicação (atualmente)		
Tratamento	N.º e %	Medicação
Não	06 = 38%	Não
Sim, CISAM – Depressão, ansiedade, transtorno bipolar	04 = 25%	Sim
Sim, psiquiátrico particular – ansiedade, depressão	02 = 13%	Sim
Sim, CAPS de Sarandí – dependência de remédios	01 = 6%	Sim
Sim, continua em tratamento no CAPSad – recaídas	01 = 6%	Sim
Sim, continua em tratamento no CAPSad (não bebe)	01 = 6%	Não
Sim, participa dos grupos de pós-alta (não bebe)	01 = 6%	Não

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÈTICA

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO II
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: “REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DO CAPSAD”
 PESQUISADORAS: MARIA LÚCIA BOARINI
 MARISA GARBRECHT DE JUSTI

INSTITUIÇÃO: Universidade Estadual de Maringá – Pós-Graduação em Psicologia.

A nível mundial o uso abusivo de bebidas alcoólicas tem sido uma preocupação recorrente e que tem provocado intensos debates e estudos, nas mais diferentes áreas e especialidades. O objetivo deste estudo é investigar o índice de resolutividade do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas - CAPSad. Especificamente, buscaremos elucidar se a criação desse dispositivo de saúde pública tem contribuído, ou não, no tratamento das pessoas que fazem uso abusivo de álcool.

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de campo, que será desenvolvida por meio de entrevistas junto a vinte ex-pacientes usuários de álcool que estiveram em tratamento no CAPSad da cidade de Maringá no estado do Paraná, e que receberam alta no período de 2003 a 2005.

Considerando a justificativa, o objetivo e a metodologia adotada neste estudo, gostaríamos de contar com a sua participação nas entrevistas, que serão gravadas e transcritas, mediante seu consentimento. Gostaríamos de esclarecer que será mantido o anonimato das pessoas entrevistadas, e elas terão total liberdade para recusar a participação neste estudo e retirar seu consentimento a qualquer tempo do desenvolvimento do projeto.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecimentos de todas as minhas dúvidas, referentes a este estudo com as pesquisadoras MARIA LÚCIA BOARINI e MARISA GARBRECHT DE JUSTI, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, a participar do mesmo.

DATA: ____/____/____

Eu, Maria Lúcia Boarini e Marisa Garbrecht de Justi, declaro que forneci todas as informações referentes aos objetivos e fins a serem desenvolvidos nesse estudo ao participante entrevistado.

DATA: ____/____/____

Colocamo-nos a disposição para prestar quaisquer informações no seguinte endereço:

Universidade Estadual de Maringá
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
 Avenida Colombo, 5790 – Campus Universitário
 Maringá – PR – CEP. 87.020-900 Fone: (44) 3261-3871
 e-mail:majusti@hotmail.com; mlboarini@uol.com.br

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Sala 01 – Bloco 010 – Campus Central – Telefone: (44) 261-4444.