



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ROCHELE SIDARTHA PIMENTA DE OLIVEIRA

**ÁLCOOL E TRATAMENTO:
UM ESTUDO REALIZADO NO CAPS AD EM CAMPINA GRANDE/PB**

CAMPINA GRANDE/PB
2011

ROCHELE SIDARTHA PIMENTA DE OLIVEIRA

**ÁLCOOL E TRATAMENTO:
UM ESTUDO REALIZADO NO CAPS AD EM CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I – Campina Grande-PB.

Orientadora: Prof^a. Ms. Alecsonia Pereira Araújo

CAMPINA GRANDE/PB
2011

ROCHELE SIDARTHA PIMENTA DE OLIVEIRA

ÁLCOOL E TRATAMENTO:

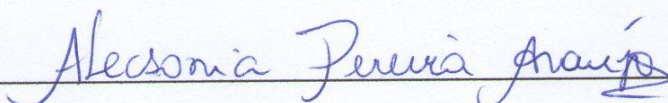
UM ESTUDO REALIZADO NO CAPS AD EM CAMPINA GRANDE/PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I – Campina Grande-PB.

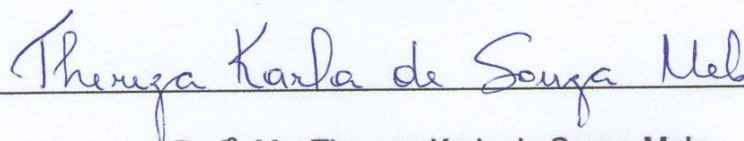
Aprovado em: 17 / 11 / 2011

Nota: 10 (DEZ)

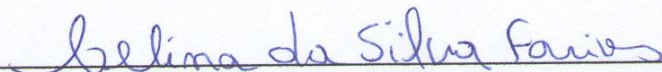
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Ms. Alecsonia Pereira Araújo
Orientadora



Prof^a. Ms. Thereza Karla de Souza Melo
Examinadora



Assistente Social Celina da Silva Farias
Examinadora

Esta monografia é um marco na minha vida acadêmica, pois contribuiu com meu crescimento pessoal e profissionalmente. Eu dedico a conclusão desse trabalho, primeiramente a Deus, em segundo lugar aos meus pais que me ajudaram a chegar até aqui com seu imenso carinho e amor, o que contribuiu muito para que eu alcançasse mais esta etapa positiva da minha vida, aos meus irmãos e familiares. Dedico também ao meu noivo que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, me apoiando e sempre sendo muito prestativo mediante aos meus questionamentos e dúvidas. Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre esteve comigo nos momentos alegres, de aflição e tristezas.

Aos meus pais, José Almir e Rosângela Pimenta, e aos meus irmãos (Caian Wilson, Ravel Beatriz, Saullo Douglas) e minha prima Rana Emi, que me estimularam na busca dos meus objetivos, apoiando nos momentos mais difíceis e estando sempre ao meu lado em todos os momentos da minha vida.

Ao meu noivo, Pablo Radamés, pela sua inesgotável paciência durante a realização deste trabalho, por sempre estar ao meu lado, nas horas boas e ruins, dando-me apoio e ajudando-me a vencer os obstáculos, sem nunca permitir que eu desistisse frente às dificuldades.

À orientadora, professora Alecsonia Pereira Araújo, pelo apoio, sabedoria no ensinar e dedicação e esmero na difícil arte de educar. Fazendo parte de minha vida acadêmica desde o início da graduação, sendo mestre, incentivadora, sempre pronta e a disposição para contribuir de forma agradável e reforçadora em todas as minhas iniciativas.

Aos meus queridos professores, que souberam ser verdadeiros mestres e me ensinaram a trilhar o caminho do saber.

À assistente social Celina da Silva Farias, por acreditar na minha competência, e cuja dedicação e compromisso pela profissão contribuíram bastante para minha formação profissional.

Aos amigos de graduação, pelo tempo passado junto, nas alegrias, nas dores e nos momentos em que apenas a esperança de dias melhores nos impulsionou a seguir adiante.

Enfim, a todos que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar o tratamento direcionado aos usuários de álcool do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em Campina Grande/PB. Para tanto, utilizamos a pesquisa de campo, do tipo descritivo e exploratório e de caráter quanti-qualitativo, junto a 30 usuários de álcool, o que corresponde a 11% do número de pessoas que fazem uso da substância e são atendidas no CAPS AD. A coleta de dados se deu por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado. Adotamos como referencial teórico-metodológico o método dialético marxista. Mediante análises dos dados, constatamos que as razões que levaram os usuários à consumirem álcool, estão relacionadas a parâmetros como idade, sexo, grau de escolaridade e questões sócio-econômicas, vez que esses fatores podem promover e intensificar o consumo de álcool, considerados como critérios relevantes no estudo da dependência alcoólica. Constatamos ainda que os entrevistados sinalizaram mudanças significativas em suas vidas com o tratamento e trabalho desenvolvido no CAPS AD. Dessa forma, conclui-se que o atendimento no referido serviço ultrapassa o tratamento medicamentoso, tendo em vista a totalidade e realidade de cada um, ou seja, busca atender seus usuários na perspectiva de um tratamento eficaz, porém, encontra desafios, que foram identificados pelos usuários, tanto no âmbito objetivo, como subjetivo.

Palavras-chave: Álcool. Tratamento. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

ABSTRACT

This study aimed to analyze the treatment of alcohol users from the Psychosocial Care Center Drug and Alcohol (CAPS AD) in Campina Grande / PB. For this, we used the search field, descriptive type and exploratory of quantitative and qualitative nature, with 30 alcohol users, which corresponds to 11% of the total number of people who make use of the substance and are served in CAPS AD. Data collection was done through a script by semi-structured interviews. We adopted as the theoretical and methodological reference, the Marxist dialectical method. Through data analysis, we found that the reasons for users to consume alcohol, are related to parameters such as age, sex, educational level and socio-economic issues, since these factors can promote and enhance the alcohol consumption, considered relevant criteria in the study of alcohol dependence. We have also shown that respondents signaled significant changes in their lives with the treatment and work developed in CAPS AD. Thus, we conclude that the treatment in that service goes beyond medical treatment, in view of the totality and reality of each one, it means that, they try to serve their users in the prospect of an effective treatment, however, they face challenges, which were identified by the users, both at the objective and subjective scope.

Keywords: Alcohol. Treatment. Psychosocial Care Center Drug and Alcohol (CAPS AD).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Idade do primeiro consumo de álcool.....	46
Gráfico 2. Motivo pelo qual iniciou a beber.....	47
Gráfico 3. Frequência de ingestão de bebida alcoólica.....	49
Gráfico 4. Especificação de Auto-controle e Dependência.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. CID 10: Classificação das doenças do grupo F que se destinam à dependência química.....	35
Quadro 2. Teor alcoólico de algumas bebidas.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição da amostra conforme variáveis sócio-demográficas.....	43
Tabela 2. Descrição da amostra conforme variáveis de renda econômica.....	45
Tabela 3. Informações quanto à doença e à influência das propagandas.....	51
Tabela 4. Resultados Institucionais.....	53

LISTA DE SIGLAS

AA- Alcoólicos Anônimos

AIRD- Associação Internacional de Redução de Danos

APACs - Autorização de Procedimento de Alto Custo

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CID 10 - Classificação Internacional de Doenças

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

DAS – Síndrome de Dependência do Álcool

LOS - Lei Orgânica da Saúde

LSD - Dietilamina Ácido Lisérgico

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SIA-SUS - O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais

STR - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 A HISTÓRIA DA LOUCURA E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NOS CAMINHOS DA SAÚDE MENTAL.....	15
1.1. Breve trajetória da história da loucura.....	15
1.2. Desdobramentos da Saúde Mental no Brasil.....	18
1.2.1. Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	21
1.2.2. Serviços Substitutivos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	24
1.2.2.1. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em Campina Grande/PB: Espaço da pesquisa.....	28
2 O CONTEXTO DAS DROGAS, DO ÁLCOOL E A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	33
2.1 Contextualizando as Drogas.....	33
2.2 Álcool e Política de Redução de Danos.....	37
3 ÁLCOOL E TRATAMENTO: ANÁLISES E DISCUSSÕES DOS DADOS DA PESQUISA.....	43
3.1 Identificação dos sujeitos entrevistados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)	43
3.2 Álcool e Dependência Química: resultados e análises da pesquisa realizada no CAPS AD.....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE	

INTRODUÇÃO

O álcool etílico ou etanol é a droga lícita mais utilizada pelo homem, esta é conhecida desde a antiguidade, sendo seu uso perpassado para a atualidade com grande evidência. Estudos e pesquisas na área, entre eles destacam-se os publicados pelo Ministério da Saúde, demonstram que o uso abusivo do álcool interfere socialmente na vida da pessoa que se utiliza de tal substância, deixando de ser apenas um problema exclusivo da área social, sendo incluída, também, no setor de saúde pública. Nesta perspectiva, hoje o uso abusivo de álcool constitui-se em problema social e de saúde pública. Salientando que a ingestão excessiva gera danos ao indivíduo, à sua família, bem como à comunidade.

As consequências provenientes do seu uso requerem respostas políticas para o seu enfrentamento, uma dessas ações se constitui na criação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), que é parte complementar de uma rede que integra a Política de Atenção à Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esse serviço oferece atendimento diário a usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Ressaltando ainda, que o diagnóstico e tratamento precoces da dependência do álcool têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao constatarmos que, de uma forma geral, há despreparo significativo e desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares ou profissionais de saúde.

Assim, este estudo teve como objeto investigativo analisar o tratamento direcionado ao usuário de álcool do CAPS AD em Campina Grande/PB. Enfatizando que além do problema da indução de dependência, o uso de álcool ocasiona diversos problemas de saúde. A motivação para o desenvolvimento desse estudo surgiu pelos poucos estudos realizados acerca da referida temática, bem como de nossas observações enquanto estagiárias do CAPS AD, em que constatamos a profundidade dos danos irreversíveis causados pelo uso abusivo do álcool e como tal substância favorece a uma desestruturação familiar, financeira e psíquica na vida de uma pessoa.

Para tanto, utilizamos a pesquisa de caráter descritivo e exploratório, apoiada em referências teórico-metodológicas que buscaram dar conta da especificidade do objeto na sua relação com a totalidade.

No entendimento de Gil (1991), um trabalho é de natureza exploratória quando envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas acerca do problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Este tipo de pesquisa possui ainda a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores. Por sua vez, a pesquisa descritiva, de acordo com Gil (2002), tem como objetivo a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos.

No que se refere à abordagem da pesquisa, esta foi de caráter quanti-qualitativo, visto que considera o objeto das ciências sociais como um processo complexo, contraditório, inacabado e em constante transformação, além de focar os aspectos qualitativos, os quais consideram o sujeito social como um ser pertinente a uma determinada classe social, com suas crenças, valores e significados.

Assim, mediante as informações obtidas através da administração do CAPS AD, estão sendo atendidos pela instituição cerca de 488¹ usuários. Dentre esses usuários, elegemos como sujeitos de nossa pesquisa aqueles que fazem uso do álcool, o que corresponde a um total de 259 usuários, compreendendo 53,1% do universo dos usuários do CAPS AD. No entanto, pela impossibilidade de abarcar todo o universo, entrevistamos 30 usuários de álcool, o que corresponde a 11% do número de pessoas que fazem uso da substância no CAPS AD.

Para tanto, utilizamos uma amostra do tipo probabilística, tendo em vista se tratar de uma das técnicas de caráter casual simples ou também denominada como aleatória.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados no presente trabalho dividem-se em duas categorias: a pesquisa bibliográfica (livros, artigos publicados em periódicos, dissertações e teses) e a entrevista semi-estruturada que conteve

¹ Esses dados foram extraídos no dia 20 de Outubro de 2011, do CAPS AD, Campina Grande/PB.

perguntas objetivas e subjetivas. Para a análise e interpretação dos dados utilizamos uma análise crítico-dialética. Segundo Martins (1994, p.3), “o método crítico-dialético têm como referencial teórico o materialismo histórico, apoiando-se na concepção dinâmica da realidade e nas relações dialéticas entre sujeito e objeto, entre conhecimento e ação, entre teoria e prática”. Portanto, na abordagem quantitativa, nos utilizamos de uma análise estatística através de tabelas e gráficos para a demonstração dos dados coletados. Com relação à abordagem qualitativa, utilizamos para a análise das respostas obtidas na entrevista semi-estrutura, a análise do discurso, que está inserida dentre as técnicas de análise qualitativa.

Dessa forma, o estudo encontra-se dividido em etapas: na primeira tecemos uma breve discussão acerca da trajetória da história da loucura, em seguida abordamos os desdobramentos da saúde mental no Brasil e o processo de reforma psiquiátrica brasileira. Essas questões são discutidas por autores como Pelbart (1989), Vieira (2007), Rosa (2003) que trazem para o debate aspectos referentes à contextualização histórica sobre a temática da loucura, saúde mental no Brasil e reforma psiquiátrica. Em seguida abordamos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enfatizando os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em Campina Grande/PB,

No segundo momento realizamos uma contextualização das drogas, especificamente sobre o álcool, bem como enfatizamos a importância da política de redução de danos, à luz dos autores: Farah; Barboza (2000) com a conceituação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Duarte; Formigoni (2010) e Bertolote (2010) com a concepção de drogas.

A última etapa corresponde às análises e discussões dos dados da pesquisa, seguida das considerações finais e das referências que subsidiaram a construção do conhecimento em torno da temática. Por fim, este trabalho apresenta os apêndices.

1 A HISTÓRIA DA LOUCURA E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NOS CAMINHOS DA SAÚDE MENTAL

1.1 Uma breve trajetória da história da loucura

A história da loucura apresenta diversas formas de relacionar-se com a cultura, em que os homens lidaram ao longo do tempo com o seu medo de perder a “razão”. Desta forma a loucura foi inserida na sociedade diferentemente em cada época da história.

Na Grécia Antiga, o louco² era reconhecido e valorizado pela sociedade como uma pessoa que apresentava manifestações dos deuses, não havendo necessidade de seu controle e exclusão. Sendo assim, não havia a necessidade de baní-la ou controlá-la, pois era considerada como um instrumento dos deuses na medida que expressavam seus desejos.

De acordo com Pelbart (1989, p. 25):

A primeira das loucuras divinas arroladas por Platão é a da profecia ritual, em que o discurso oracular da pitonisa em transe diz a palavra do deus e do destino. Numa etimologia considerada hoje infundada, Platão associa delírio ou loucura (*mania*) à arte divinatória (*mantikê*).

Nesta perspectiva a sociedade acreditava que era através do delírio que alguns privilegiados, tidos como loucos, podiam ter acesso às verdades divinas.

Posteriormente, na Idade Média, a loucura era vista como expressão das forças da natureza, sendo algo não humano, existindo diante dela uma conexão de terror e atração. Neste contexto, os loucos eram tidos como seres "possuídos", não mais pelos deuses como aconteceu na Grécia, mas por espíritos maus. Neste momento se evidencia um controle ligado à religião, através da igreja católica.

Na Renascença, as experiências e a forma de lidar com a loucura era diferenciada, em que a Nau dos Loucos³ tinha um espaço importante, pois essas

² Diz-se daquele que perdeu a razão, alienado e insensato.

³As Naus de Loucos eram embarcações que, na literatura européia, transportavam os insanos em uma viagem pelos mares.

embarcações faziam parte do dia-a-dia dos loucos, que eram retirados das cidades e transportados para províncias distantes. Com isso, a segurança dos cidadãos estava restabelecida, pois se evitava que esses loucos mantivessem contato com as pessoas, impedindo-os que andassem pela cidade sem rumo. É importante destacar que esse anseio da sociedade de se distanciar dos loucos simbolizava uma inquietação com a problemática da loucura no final da Idade Média.

A partir do século XV, a loucura começa a inquietar a imaginação dos ocidentais, exercendo um encantamento e atração sobre eles. Acerca dessa questão Vieira (2007, p. 4) assevera:

A loucura, porém, não está somente ligada às assombrações e aos mistérios do mundo, mas ao próprio homem, às suas fraquezas, às suas ilusões e a seus sonhos, representando um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo. Aqui, portanto, a loucura não diz respeito à verdade do mundo, mas ao homem e à verdade que ele distingue de si mesmo.

Dessa forma, observa-se o confronto existente entre as duas experiências da loucura na Renascença, de um lado se evidencia uma experiência cósmica, em que se enquadra o deslocamento dos loucos por intermédio da Nau dos Loucos, e do outro lado está relacionado à experiência crítica, mostrando essa ligação que o homem mantém consigo mesmo. Assim, não existe uma única experiência formulada pela Renascença sobre a loucura. Entretanto, no século XVI, a experiência crítica é evidenciada, fazendo da loucura uma experiência na qual o homem era confrontado com sua verdade.

Segundo Vieira (2007), o conceito de loucura segue se modificando e, em meados do século XVII, se intensifica uma percepção moral, em que a loucura torna-se uma condição excludente e seletiva. A burguesia ditava às ordens do que é desvio, existindo uma preocupação com o trabalho, assim condenava-se a ociosidade dos cidadãos. Dessa forma, a relação do homem com o trabalho sofre mudanças, e os desempregados não serão apenas excluídos, mas detidos, já que entre eles e a sociedade é estabelecido um sistema de obrigações, em que enquanto eles tem de ser alimentados, devem aceitar a coação física e moral do internamento.

Nesta perspectiva o internamento servia para absorver os ociosos e proteger a sociedade de possíveis transtornos ou revoltas. Dessa forma, o louco estava confinado e convivia em um mesmo espaço físico com desempregados tidos como ociosos, os inválidos, pobres, mendigos, portadores de doenças venéreas, libertinos, e o insano, sem que houvesse nenhuma distinção entre eles. O que os unia era um aspecto: a condenação ética da ociosidade.

Posteriormente, no século XVIII, a loucura passa a ser associada a crimes e pecados, existindo uma confusão no tratamento destinado aos criminosos e aos loucos, pois na era clássica eles eram tratados de maneira uniforme, sem distinção. Somente no final deste século o internato assume caráter médico e a loucura passa a ser vista como doença.

A partir do século XIX, a loucura recebe o status de "doença psicológica", evidenciando que é a alma que sofre, e por conta disso a mente precisa ser tratada, sendo o louco encarado como um ser humano em conflito com sua própria desordem (BONFIM, 2011). Neste contexto surge a psiquiatria com a função de tratar o louco e contribuir na defesa da sociedade. Neste período instalam-se no Brasil os primeiros hospitais psiquiátricos, porém os mesmos serão construídos longe das cidades.

No início do século XX surgem movimentos contrários à forma como os hospitais psiquiátricos eram administrados, uma vez que não apresentavam condições sanitárias e de tratamentos psiquiátricos adequados. Só após décadas, essas instituições foram consideradas ineficientes na forma de tratar terapêuticamente os considerados loucos.

Essas contestações proporcionaram o surgimento da psiquiatria setorizada e a análise institucional⁴, objetivando um tratamento mais especializado da insanidade mental, assim como novos métodos de relacionar-se com os loucos. Nesta perspectiva, passa-se a observar os portadores de transtorno mental de outra maneira, ocasionando mudanças na forma do tratamento destinado até então a essas pessoas, colaborando dessa forma com os possíveis

⁴ Esses movimentos visavam buscar novas formas de relação com a loucura, criando locais de acolhimento concebidos como refúgio, onde a verdade e o poder de contestação contidos no discurso louco poderiam se reconhecidos (EQUIPE, 1991).

desdobramentos no âmbito da Saúde Mental no Brasil, assunto que passaremos a discutir a seguir.

1.2 Desdobramentos da Saúde Mental no Brasil

A criação das primeiras instituições psiquiátricas no Brasil se deu no século XIX com a finalidade de controle e eventual tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental. Neste momento, de acordo com Tundis (2001), o doente mental possuía uma relativa liberdade, porém, como alguns não conseguiam se adaptar às mudanças ocorridas na sociedade, tiveram que voltar à reclusão, pois eram vistos como ameaça à ordem social vigente. E, no caso de exibirem um comportamento violento ou atitude indecorosa, eram levados às prisões, onde muitas vezes recebiam maus tratos. Assim, subentende-se que a solução desse “problema” se efetivaria com a remoção dessas pessoas tidas como desordeiras do convívio social.

Neste período, segundo Tundis (2001), se evidencia atitudes tidas como contraditórias, em que primeiramente ocorria uma indicação prioritariamente social, a remoção e exclusão do elemento perturbador, visando à preservação dos bens e da segurança dos cidadãos, e no outro momento, se dava uma indicação clínica, com a intenção de curá-los. Dessa forma, destaca-se que as propostas e as práticas⁵ voltadas para o doente mental não caminharam lado a lado e esta separação entre o discurso e a ação se evidenciou devido à emergência de múltiplos interesses dos diferentes grupos de poder. É importante salientar que o conceito de saúde mental possuía uma concepção restrita e por conta disso limitava-se aos aspectos eminentemente exteriores da loucura, ou seja, aspectos comportamentais observáveis, o que dificultava um real diagnóstico da problemática.

O ano de 1852 foi tido como um marco institucional da Assistência Psiquiátrica Brasileira, pois neste ano se deu a inauguração de estabelecimentos específicos para pessoas com deficiência mental no Brasil, começando pela cidade do Rio de Janeiro, com a criação do Hospício Pedro II, onde os doentes

⁵Essas propostas e práticas tinham como autores profissionais titulares reconhecidos da instituição psiquiátrica e protagonistas de prestígio da cena política do poder.

mentais foram reunidos e a direção da instituição foi destinada aos religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Posteriormente, tomando como exemplo o Rio de Janeiro, surgiram instituições públicas semelhantes, que foram construídas em outras capitais, como São Paulo, Recife, Salvador e Belém. Devido à urgência desses serviços, tais capitais recorreram a instalações provisórias.

De acordo com Rosa (2003, p.86), “a função principal dos hospícios nessa fase foi a de remover, excluir e sanear a cidade de um segmento que potencialmente era considerado desordeiro/perigoso”.

Moreira (1983, p.18) afirma que “o hospital psiquiátrico é uma organização que presta serviço para as pessoas, propondo-se à tarefa de transformá-las, retirando-as de seu estado de doença e incapacidade”. Porém, se evidencia nestas instituições as denúncias de maus tratos, superlotação, falta de assistência médica e baixa qualificação dos profissionais. A representação médica nas instituições era mínima e, mesmo assim, tais profissionais não podiam opinar e tinham pouca influência.

Foi no Brasil República que o louco e a loucura foram considerados doente e doença respectivamente, tornando-se assim objetos de estudo de especialistas.

De acordo com Cunha (1990 *apud* PAVÃO, 2006, p. 148)

Foi a partir da proclamação da República que o Estado assumiu a assistência aos loucos, amparado pelo discurso científico que começou a se erigir no país, havendo então a consolidação da gestão médica do hospício, que passou a se chamar Hospício Nacional dos Alienados. Todas essas mudanças evidenciaram uma tentativa de desligamento em relação ao regime monárquico.

Neste contexto, especificamente no ano de 1890, foi criada a Assistência Médica Legal a Alienados, que organizava a assistência psiquiátrica no país, possibilitando a difusão do modelo hospitalocêntrico⁶, tornado hegemônico no trato à “temática” da loucura. No entanto, a primeira Lei foi instituída em 1903, pelo Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro. No governo de Getúlio Vargas foi promulgada a segunda Lei Federal de assistência aos doentes mentais – Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934, que dispunha sobre profilaxia mental,

⁶ Modelo centrado nos hospitais.

assistência, proteção à pessoa dos psicopatas e fiscalização dos serviços psiquiátricos. E em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) (ROSA, 2003).

Entretanto, até então a Saúde Mental não é evidenciada como política pública. Por volta de 1970, o Ministério da Saúde lança a Campanha Nacional de Saúde Mental, substituindo o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que se responsabiliza pela normatização, avaliação e controle dos programas de saúde mental no Brasil. Este período foi marcado por manifestações populares que discutiam sobre as políticas de saúde existentes, culminando com o Movimento Popular de Saúde, que visava o estabelecimento de uma política pública de saúde que garantisse a cidadania dos brasileiros e implantasse um Sistema Único de Saúde.

Apesar das inúmeras manifestações populares, foi somente na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, que o Movimento Popular de Saúde fica nacionalmente conhecido e dá origem ao Movimento pela Reforma Sanitária, contendo em suas discussões a assistência psiquiátrica. De acordo com Fleury (1992, p.9), “se esse movimento não proporcionou uma mudança radical de paradigma da saúde, ao menos incitou o surgimento de questionamentos acerca da concepção de saúde, até então restrita à dimensão biológica e individual”. Assim, o movimento de Reforma Sanitária surgiu em meio aos movimentos sociais que lutavam pela redemocratização do país, reivindicando por melhorias nas condições de vida. Dessa forma, torna-se uma experiência singular em torno das políticas públicas e das suas implicações na relação Estado-sociedade, atribuindo-lhe uma possibilidade de interlocução e diálogo.

Com o processo do movimento sanitário nos anos 1970, proporcionando mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, lutando pela igualdade na oferta dos serviços, em defesa de uma saúde coletiva, dá-se início à Reforma Psiquiátrica, a qual detalharemos a seguir.

1.2.1 Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil se deu mediante a eclosão do movimento sanitário, em que o país passa por transformações importantes no campo político e social. A consolidação dessa reforma exigia a participação de diversos atores da sociedade, instituições e forças de diferentes origens, visando os direitos dos pacientes psiquiátricos. É importante destacar aqui o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado pelos trabalhadores integrantes do movimento sanitário que denunciavam as condições de maus tratos e as agressões ocorridas dentro dos manicômios.

Nesta perspectiva, o movimento da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica partem de princípios e diretrizes semelhantes, ambos buscam a construção de formas mais humanas de lidar e promover a saúde, propondo uma modificação na concepção do processo de saúde e de doença. Assim, tornou-se necessário discutir novas formas de relações sociais, de organizações e estabelecimentos que prestam serviços no âmbito da saúde, visando melhorias na qualidade de vida da população.

Esse movimento da Reforma Psiquiátrica gerou frutos e a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado pela Constituição Federal de 1988, reconhecendo o direito de acesso universal à saúde para toda a população. É importante destacar que a partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser vista como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas para redução do risco de doença e de agravos. O texto constitucional demonstra que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

Bonavides (2007, p. 186) destaca que o Estado de Bem-Estar Social possui as seguintes características:

[...] confere, no Estado constitucional ou fora deste, os direitos do trabalho, da previdência, da educação, intervém na economia como distribuidor, dita o salário, manipula a moeda, regula os preços, combate o desemprego, protege os enfermos, dá ao trabalhador e ao burocrata a casa própria, controla as profissões, compra a produção, financia as exportações, concede crédito, institui comissões de abastecimento, provê necessidades individuais, enfrenta crises econômicas, coloca na sociedade todas as classes na mais estreita dependência de seu poderio econômico, político e social, em suma, estende sua influência a quase todos os domínios que dantes pertenciam, em grande parte, à área de iniciativa individual.

Dessa forma, o SUS tem como finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. A Constituição Federal define os princípios do SUS, os quais são detalhados na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, e na Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que prescreve sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, destacando que tais Leis são mais conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS).

Dentro desta perspectiva, de acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, a Saúde pode ser conceituada como:

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Assim, a saúde é um direito constitucionalmente assegurado a todos, e garantido mediante políticas sociais e econômicas. Vale salientar que Saúde é muito mais que ausência de doença, é o resultado das condições objetivas e subjetivas, que propiciam uma vida digna. Isso significa que a produção da saúde da população depende do conjunto das políticas públicas.

No que se refere à saúde mental, posteriormente, a sociedade se viu mediante uma outra mobilização de novos atores sociais, nomeada de luta antimanicomial, tendo como participantes os usuários e seus familiares, que defendiam a desinstitucionalização, ou seja, uma sociedade sem manicômios, visando sua substituição por instituições abertas, de caráter ambulatorial, permitindo dessa forma uma possível integração do louco à sociedade e o exercício de sua cidadania. Um marco fundamental na história da saúde mental foi a Declaração de Caracas, aprovada em 1990, que reafirma a validade dos princípios de cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Neste contexto, podemos dizer que a Reforma Psiquiátrica buscava não somente a transferência do doente mental dos hospitais psiquiátricos, mas proporcionar o resgate ou possível estabelecimento de sua cidadania, respeitando sua singularidade e subjetividade, almejando que aconteça sua reintegração familiar e social. Logo, a Reforma Psiquiátrica obteve mais visibilidade na medida em que as discussões ultrapassaram o contexto acadêmico e prático e passaram a visar à sociedade civil, tornando-se dessa forma um movimento social em prol de transformações no campo da saúde mental.

Observa-se, ainda, que no ano de 1992 os movimentos sociais, que tiveram como base o Projeto de Lei Paulo Delgado, propõem a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Neste momento inicia-se a luta do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, que conseguiram aprovar em diferentes Estados brasileiros as primeiras leis que determinariam a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. No entanto, é apenas no ano de 2001 que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país (BRASIL, 2005).

Deste modo, a partir da Reforma e concretização do SUS, o Ministério da Saúde fica responsável pela condução da assistência em Saúde Mental, estabelecendo leis e portarias, dentre elas, a Lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta Lei (Lei Federal Nº 10.216 de 04 de Abril de 2001) é tida como uma das mais importantes conquistas políticas da Reforma Psiquiátrica.

Em que destaca no seu:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, a Lei 10.216/01 preza pela integralidade, estabelecendo que não deva existir a discriminação, e sim o acesso ao melhor tratamento, solicitando a participação da família e da sociedade na garantia da reinserção social e da reabilitação psicossocial. Para tanto, observa-se que é preciso haver condições para que as previsões legais sejam efetivadas, pois não basta que haja apenas o restrito cumprimento de seus artigos e das demais legislações pertinentes, devendo existir a socialização desta Lei, favorecendo a real efetivação destes serviços.

Nesse momento, evidencia-se a produção de novos dispositivos institucionais de cuidado, que podem ser definidos como serviços substitutivos. Dessa forma dá-se início à construção de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico tradicional, a partir da criação de serviços de atenção à saúde mental de caráter extra-hospitalar. Dentre estes se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (STR). Sobre os CAPS, dedicaremos uma atenção especial nesse estudo.

1.2.2 Serviços Substitutivos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Mediante os debates ocorridos na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001 (BRASIL, 2002a), o Ministério da Saúde publicou Portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica para pessoas portadoras de transtornos mentais, no sentido de normalizar a atenção a estes usuários. Uma delas é a Portaria GM / 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2011b), que define normas e diretrizes para a organização de serviços

que prestam assistência em saúde mental, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O CAPS é um serviço de saúde criado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, recebendo atenção diária e personalizada. Nesse contexto, estas instituições configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os usuários recebem consultas médicas, ocorrendo mediante estas consultas o fornecimento de medicamentos, atendimentos terapêuticos individuais, e em determinados momentos grupais. Os usuários do CAPS participam das atividades desenvolvidas pelos profissionais, dentre elas, as oficinas pedagógicas e dinâmicas de grupo, que são previamente planejadas e articuladas em torno de um projeto terapêutico, visando uma reabilitação psicossocial.

De acordo com Farah e Barboza (2000, p.3):

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de sofrimento psíquico grave, constituindo uma alternativa ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, caracterizado por internações de longa permanência e regime asilar. Os Centros de Atenção, ao contrário, permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e comunidades.

Dessa forma, os CAPS se estruturam como serviços de atendimento diário, e que é oferecida uma série de atividades terapêuticas diversificadas, ocorrendo um acolhimento por uma equipe multidisciplinar. Assim, podemos dizer que os CAPS se constituíram visando à ampliação dos cuidados aos portadores de transtornos mentais.

De acordo com a portaria GM/336/02, os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSad⁷ e CAPSi⁸; ressaltando que para sua implantação deve-se observar primeiramente o critério populacional e também a realidade local, para a

⁷ CAPSad, voltado a ações de prevenção e tratamento ao Uso Indevido de Álcool e outras drogas.

⁸ CAPSi refere-se ao Centro de Atenção Psicossocial voltado especificamente para o público infantil.

escolha do tipo de CAPS mais adequado ao porte do município, cujos parâmetros são definidos da seguinte forma (BRASIL, 2011b):

- Municípios até 20.000 habitantes – rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes – CAPS I e rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS ad e rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios com mais de 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

São atribuições dos CAPS (BRASIL, 2002b):

- Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental, regulamentados pela Portaria/ GM/MS nº. 1077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº. 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área.

Neste contexto, cada Centro possui uma equipe profissional multidisciplinar definida pela Portaria 336/02. Esta multiprofissionalidade é uma característica exigida das equipes de todos os tipos de CAPS. Dessa forma, em um contexto mais geral, cada instituição deve ser formada por médico, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional, psicólogo, psiquiatra,

nutricionista, cozinheiros, faxineiros e vigias. Os integrantes da equipe multiprofissional procuram, cada um em sua área, oferecer um trabalho ao usuário que atenda suas necessidades, proporcionando e buscando uma interação com a família em busca do melhor tratamento.

Os procedimentos específicos de um CAPS são os atendimentos intensivos⁹, semi intensivos¹⁰ e não-intensivos¹¹, os quais são registrados e cobrados através das Autorização de Procedimento de Alto Custo (APACs)¹². Os valores dos procedimentos são definidos na Portaria 189/02, segundo a qual o tratamento intensivo custa em média R\$ 18,10 por turno e por usuário (manhã e tarde), sendo que este usuário pode ser atendido até 22 vezes, ou seja, por 22 turnos; no tratamento semi-intensivo o custo é de R\$ 15,90 e este usuário pode ser atendido até 12 turnos; e o não-intensivo custa em média R\$ 14,85 e este usuário pode ser atendido até três turnos. O financiamento das APACs origina-se de fonte específica, diretamente do Ministério da Saúde, através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

É importante destacar os demais procedimentos que um CAPS pode realizar, como: consultas individuais, consultas em grupo, atendimento domiciliar, que são registrados e cobrados através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), com recursos do teto municipal para atendimentos ambulatoriais (SIA-SUS).

Portanto, o CAPS constitui-se como um serviço substitutivo que visa à ressocialização social.

No que se refere ao CAPS AD, é necessário ressaltar que este é parte complementar de uma rede que integra a Política de Atenção à Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esse programa tem suas raízes na reforma psiquiátrica brasileira, que emergiu da preconização de uma diminuição nos leitos

⁹ O cuidado intensivo consistirá em um conjunto de atendimentos que será oferecido pelo CAPS a um paciente que, por causa do seu quadro clínico, necessita de um cuidado diário, por parte da equipe multiprofissional e especializada (até 25 dias no mês) (BRASIL, 2002b).

¹⁰ O cuidado semi-intensivo consiste, num conjunto de atendimentos oferecidos pelo CAPS ao paciente, que por sua condição clínica, necessita de uma atenção freqüente (até 12 dias no mês) (BRASIL, 2002b).

¹¹ O cuidado não-intensivo referem-se aquele conjunto de atendimentos prestados mensalmente ou quinzenalmente ao paciente, que por seu quadro clínico e projeto terapêutico, necessita de um acompanhamento mais espaçado, ou mesmo mensal (até 3 dias no mês) (BRASIL, 2002b).

¹² É um subsistema, integrante do sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), de caráter relevante na operacionalização dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo (BRASIL, 2002b).

psiquiátricos e da emergência do conceito ampliado de saúde pública. Desta forma, o CAPS AD oferece atendimento diário a usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

Neste contexto, a seguir, caracterizamos o CAPS AD de Campina Grande/Pb, por constituir-se nosso campo de estudo.

1.2.2.1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em Campina Grande/PB: espaço da pesquisa

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), localizado na Rua Arnaldo de Albuquerque, nº 80, no Bairro Alto Branco, na cidade de Campina Grande/PB, foi inaugurado em Setembro de 2004, e de acordo com os registros do CAPS AD em Campina Grande/PB, atualmente estão inseridos na instituição cerca de 488 usuários. Seu funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 17:30 h, num espaço físico composto por sala para atividade em grupo, sala de vídeo, refeitório, área externa para oficinas, recreação, espaço de convivência e banheiros.

Mediantes informações obtidas com a administração do CAPS AD em Campina Grande, a instituição tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

- Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
 - Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
 - Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
 - Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
 - Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
- Promover, mediante diversas ações que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação, a reinserção social dos usuários;

- Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
- Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo e educativo.

Mediante as informações obtidas junto à administração do CAPS AD no período entre 10 de agosto de 2011 a 20 de outubro de 2011, constatamos que a instituição atende jovens e adultos de ambos os sexos, sendo 10,5% de usuários do sexo feminino e 89,5% de usuários do sexo masculino. São portadores de transtornos mentais, ou comportamentais, desencadeados pelo uso de substâncias psicoativas, do álcool e outras drogas. De acordo Bertolote (2010, p.112), "droga psicoativa é uma substância que quando ingerida afeta os processos mentais, por exemplo, cognição ou humor". Tais substâncias causam mudanças no comportamento do usuário, afetando muitas vezes a memória do indivíduo, acarretando também consequências físicas.

Os usuários do CAPS AD chegam à instituição encaminhados pelo conselho tutelar, abrigos, casas de apoio, unidades de saúde ou por demandas espontâneas. O acolhimento é o primeiro passo para que o usuário ingresse no CAPS AD. O atendimento é realizado em uma sala reservada do CAPS e ocorre sob a forma de entrevista, em que o profissional da instituição coleta informações a respeito da vida do usuário, e através dessas informações os profissionais identifiquem o tipo de transtorno mental associado ao uso de drogas, seja elas lícitas ou ilícitas e se define o projeto terapêutico¹³ do usuário. Este acolhimento pode ser realizado por todos os técnicos¹⁴ que possuam nível superior.

Os procedimentos que serão realizados no CAPS AD são definidos no acolhimento e, mediante informações obtidas com a administração, no período de outubro de 2011, observou-se que o maior número de usuários realizaram o tratamento intensivo, cerca de 267, correspondendo a 54,7%, 184 usuários

¹³ É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2007).

¹⁴ Equipe multiprofissional do CAPS AD de Campina Grande, formado por agentes administrativos, auxiliares ou técnicos de enfermagem, enfermeiros, médico clínico, assistentes sociais, educador físico, músico terapeuta, pedagogos, psicólogos e coordenadora.

realizaram os procedimentos semi-intensivo correspondendo a 37,7% e 37 usuários realizaram o tratamento não-intensivo correspondendo a 7,6%.

Após o acolhimento é feito um agendamento para que seja realizada uma breve anamnese¹⁵ com o Médico Clínico, para que então este usuário possa ser direcionado para as atividades.

Depois desse atendimento, o usuário se deparará com as diversas atividades que a instituição oferece, como: palestras, que tem como objetivo proporcionar uma reflexão acerca de várias temáticas abordadas; oficinas recreativas, que tem como objetivo a realização de atividades em grupo, visando à socialização e à interação entre os membros da instituição; reuniões de família; reunião dos usuários com a coordenadora da instituição e visitas domiciliares.

De acordo com MIOTO (2001, p.148)

A visita domiciliar é um dos instrumentos que potencializa as condições de conhecimento do cotidiano dos sujeitos, no seu ambiente de convivência familiar e comunitária. As visitas domiciliares “têm como objetivo conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem tais sujeitos e apreender aspectos do cotidiano das suas relações, aspectos esses que geralmente escapam à entrevistas de gabinete”.

Essas visitas domiciliares também podem ocorrer quando o usuário não está mais freqüentando a instituição, assim o técnico responsável pelo usuário solicita que a Assistente Social realize essa visita para que ocorra ou não o desligamento desse usuário da instituição. Mesmo quando é efetivado este desligamento o usuário ainda pode voltar e continuar o seu tratamento na instituição.

O desligamento pode ocorrer de três maneiras: a primeira quando o usuário informa que não quer mais freqüentar a instituição; a segunda, quando o usuário chega à instituição por meio de transferência, ou seja, quando ele passa a residir em outra cidade; e a terceira quando o usuário vem a óbito.

Ademais, a demanda da instituição relacionada à prática do Serviço Social é determinada através da interdisciplinaridade da equipe em diagnosticar o meio

¹⁵ É uma entrevista realizada pelo profissional de saúde ao seu paciente, que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença (WIKIPÉDIA, 2010).

social dos usuários, detectando os elementos responsáveis pela reinserção social dos mesmos. Dessa forma os instrumentos e as técnicas utilizados pelo Serviço Social acontecem mediante as atividades desenvolvidas no serviço, como: visitas domiciliares; reuniões de família; encaminhamento; relatório social; parecer social; entrevistas; acolhimento; oficinas pedagógicas; dinâmicas de grupo, entre outras. Sendo importante salientar que a identificação dos planos, projetos, programas e atividades do Serviço Social, acontecem de acordo com os princípios ativos da ação profissional detectando os determinantes sociais, desmistificados no contexto social no qual o usuário está inserido, seja na família, instituição, trabalho e outros.

Dentro do CAPS AD é necessário que os usuários sigam algumas normas estabelecidas pela instituição, como:

1. O usuário não poderá fazer uso de qualquer substância psicoativa (álcool, inalantes, maconha, etc) durante sua permanência no CAPS AD;
2. O usuário deverá participar de todas as atividades terapêuticas, conforme definido no seu projeto terapêutico;
3. O usuário cumprirá, rigorosamente, os horários estabelecidos no CAPS AD;
4. O familiar do usuário deverá participar das reuniões em grupo e atendimento individual, que forem marcados pela equipe técnica do CAPS AD;
5. Qualquer objeto que seja danificado pelo usuário, deverá ser repostado pelo mesmo;
6. Não é permitido o acesso de usuários portando material cortantes e/ou perfurantes;
7. Não é permitido o acesso de usuários portando mochilas, bolsas, sacolas ou semelhantes;
8. Só será permitida a saída fora do horário programado mediante autorização da equipe técnica.

Assim, mediante estas normas pré-estabelecidas pela instituição tornam-se necessários a estruturação e o fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, visando à reabilitação e reinserção social dos seus usuários. Dentro desta perspectiva abordaremos a seguir uma contextualização a respeito das drogas,

especialmente sobre o álcool e enfatizaremos a importância da política de redução de danos.

2 O CONTEXTO DAS DROGAS, DO ÁLCOOL E A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

2.1 Contextualizando as Drogas

O consumo de drogas é muito antigo, porém, foi apenas no final do século XIX que algumas dessas substâncias receberam esta denominação de “droga” e passaram a ser consideradas prejudiciais ao usuário e um problema para as sociedades. De acordo com Duarte e Formigoni (2010, p.18), droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que altera o funcionamento normal do corpo. Assim, são produtos químicos utilizados no tratamento ou prevenção de doenças ou deficiências, ou seja, os remédios do qual se costuma fazer uso por via oral, pela respiração, por meio de injeções intradérmicas, intramusculares ou venosas, por absorção através da pele ou das mucosas. Dessa forma, se observa que o termo “droga” possui uma significação diferenciada dependendo do contexto no qual está sendo utilizado.

Segundo Bertolote (2010, p.58), em nossa sociedade se evidencia dois tipos de drogas, as lícitas e as ilícitas. As drogas lícitas são aquelas legalmente produzidas e comercializadas, como por exemplo:

- O álcool: substância líquida. O principal agente desta substância é o etanol (álcool etílico) ingrediente psicoativo das bebidas alcoólicas;
- O tabaco: qualquer preparação das folhas da *Nicotiana tabacum*, uma planta nativa da América, seu principal ingrediente psicoativo é a nicotina;
- Medicamentos: uso de substâncias para emagrecer (anfetaminas) ou de calmantes (ansiolíticos), mas que são medicamentos prejudiciais à saúde se forem utilizados sem acompanhamento médico;
- Solventes: substâncias capazes de dissolver outras substâncias e;
- Inalantes: são substâncias que podem ser aspiradas pelo nariz ou pela boca.

Já as drogas ilícitas (BERTOLOTE, 2010, p.58), são aquelas substâncias cuja produção, venda ou comercialização são proibidas legalmente, pois podem causar dependência física ou psíquica, por exemplo:

- Cocaína e Crack: são drogas que têm a mesma origem, um alcalóide obtido das folhas de coca (*Erythroxylon coca*) ou sintetizado a partir da ecgonina ou de seus derivados. Essa substância é um poderoso estimulante do sistema nervoso central, usado sem indicação terapêutica para produzir euforia, e seu uso repetitivo produz dependência. A diferença entre essas substâncias está na forma de apresentação: a cocaína é um pó, que pode ser cheirado ou diluído em água e injetado, o crack por sua vez é uma pedra que produz efeitos danosos no organismo rapidamente;

- Maconha ou cânabis, um termo genérico usado para denotar os vários preparados da planta de maconha (cânhamo), *Cannabis sativa*. A intoxicação pela substância produz sensação de euforia, leveza dos membros e geralmente retração social.

Com relação a classificações para estas drogas, podemos delimitá-las da seguinte maneira:

- Drogas estimulantes: cocaína, crack, anfetaminas, ecstasy, nicotina, cafeína. Produzindo os seguintes efeitos: intensificam a estimulação dos músculos, aumentam o ritmo cardíaco, elevam a pressão e reduzem o apetite, proporcionam estado de paranóia e confusão mental;

- Drogas depressoras ou sedativas: ópio, opiáceos e opióides, hipnosedativos, tranqüilizantes, álcool. Estas drogas podem dificultar o processamento das mensagens que chegam ao cérebro;

- Drogas alucinógenas: LSD (dietilamina ácido lisérgico) e maconha. Proporcionam o delírio, redução da percepção e alucinações, causam ainda náuseas, precisamente a maconha eleva o apetite e o LSD proporciona um aumento da elevação da pressão e suores;

- Drogas inalantes: solventes orgânicos, nitritos voláteis, óxido nitroso. Proporcionam a depressão, tontura, fala pastosa, marcha vacilante e embriaguez.

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) visando padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, publica a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), que fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria

única à qual corresponde um código CID 10 (MEDICINANET, 2011). Sendo importante destacar que existe ainda uma subdivisão ou subcategoria, na qual se identifica se o usuário está em dependência, definido em sua ficha cadastral pelo número 2 ou se está em abstinência definido pelo número 3.

Como nosso estudo se destina à dependência química do álcool, detalharemos a sua classificação / CID 10, no quadro 1 a seguir.

QUADRO 1. CID 10: Classificação das doenças do grupo F que se destinam à dependência química.

Código	Descrição
F10	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool.
F11	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opíaceos.
F12	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinoídes.
F13	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos.
F14	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso da cocaína.
F15	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína.
F16	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos.
F17	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo.
F18	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis.
F19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

Fonte: CAPS AD, 2010.

Como colocado anteriormente, esse grupo (F) se subdivide para especificar o tipo de transtorno e seu possível tratamento adequado. Por exemplo, o código F10.2 está relacionado ao transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e à dependência dele.

Com relação à forma como a Lei aborda esta questão das drogas, observa-se divergência, no entanto, a problematização passou por diferentes transformações em todo o mundo desde o surgimento das primeiras restrições ao

seu consumo, fabricação e circulação. Entretanto, hoje podemos dizer que existe um consenso ao afirmarmos que tais substâncias causam dependência e podem ter efeito devastador sobre a saúde dos usuários.

Dentro desta perspectiva legisladora, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) é o órgão responsável por coordenar e integrar as ações do governo relativas à redução da demanda de drogas, dispondo de informações sobre leis, e serviços prestados ao público. Estando em vigor desde 2006, a terceira legislação brasileira sobre drogas, destaca:

A Lei nº 11.343/06 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas com a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas e com os compromissos internacionais do país (BRASIL, 2010).

Dessa forma, esta legislação considera crimes tanto o consumo quanto a comercialização, embora em graus diferentes. Por isso, a punição ao usuário é mais branda do que a aplicada ao traficante. Para os usuários e dependentes a Lei determina a realização de medidas sócio-educativas aplicadas pelos juizados especiais criminais. Por sua vez, aos traficantes ou quem comercializa as drogas, a Lei determina reclusão. O Art. 28, II da Lei nº 11.343/06 assevera que:

Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente (BRASIL, 2010).

No entanto, a determinação se a droga é para consumo pessoal ou para o tráfico é inicialmente decidida pela polícia, pois é ela quem realiza a apresentação das provas, podendo ou não iniciar o inquérito, cabendo ao juiz determinar a finalidade da droga apreendida, ou seja, se para consumo pessoal ou comercialização. Tal determinação dependerá de inúmeros fatores, como a natureza e a quantidade da substância e os antecedentes do suposto criminoso.

Cabe aqui enfatizar que apesar da legislação existente contra as drogas, evidencia-se atualmente a existência de estudos sobre o uso da maconha, destacando o debate de alguns países acerca do uso médico das substâncias químicas encontradas na droga. Acerca desta questão, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2011) explicita que a maconha é reconhecida como medicamento devido reduzir as náuseas e vômitos produzidos por medicamentos anti-câncer e tem efeito benéfico em alguns casos de epilepsia. Entretanto, o mesmo grupo de pesquisadores alerta que a maconha tem também efeitos indesejáveis que podem prejudicar uma pessoa.

É importante enfatizarmos que a Lei brasileira condena a prática do tráfico de drogas e, apesar de alguns países permitirem o uso de algumas substâncias para fins terapêuticos, esta Lei não prevê o uso de drogas de forma alguma. Entretanto, cabe aqui evidenciarmos que o álcool é uma droga lícita, ou seja, uma substância que tem sua produção e uso permitidos por Lei, podendo ser comercializada e consumida sem gerar problemas. Dessa forma, por ser considerada uma substância lícita, o álcool é bastante acessível, no entanto, a comercialização para menores de 18 anos é proibida pela Lei das Contravenções Penais.

2.2 Álcool e Política de Redução de Danos

Registros revelam que os primeiros indícios sobre o consumo de álcool se deram aproximadamente a 6000 a.C., sendo, portanto, um costume antigo, persistindo por milhares de anos. Dessa forma, podemos dizer que o uso da substância esteve presente entre as diferentes culturas da humanidade. O álcool como substância divina é encontrado em inúmeras exemplificações na mitologia, como, por exemplo, na mitologia grega com Dioniso ou Baco, tido como o deus do vinho, associado na maioria das vezes com os momentos de orgias e alegrias frequentes. É importante destacar que a bebida alcoólica consumida nesse período era o vinho, substância que possui um baixo teor alcóolico, pois depende do processo de fermentação.

Entretanto, com o advento do processo de destilação, que foi introduzido na Europa pelos árabes, surgiram novos tipos de bebidas alcoólicas, que passaram a ser usados em sua forma destilada.

De acordo com Neves (2004 *apud* ELIAS-CYMROT, 2006, p. 32)

Antigamente, a fabricação de bebidas alcoólicas era artesanal. Este tipo de processo gerava bebidas com menor teor alcoólico e em menor quantidade. Não era possível a fabricação em massa. [...] Naquela época, as cidades e aglomerados eram bem menores, tinham estrutura e organização social mais simples.

Assim, se consumido em pequenas quantidades, o álcool não seria prejudicial. Estudos recentes indicam que o uso moderado e regular do álcool pode trazer benefícios ao funcionamento do organismo humano e prevenção de doenças, mas esses benefícios ocorrem através do consumo de pequenas doses da substância. Entretanto, o problema muitas vezes está em saber identificar e controlar o limite ou determinar o que seriam pequenas quantidades.

As bebidas variam quanto à quantidade de álcool puro que contêm. O quadro 2 demonstra o teor alcoólico aproximado de cada bebida.

QUADRO 2. Teor alcoólico de algumas bebidas

Bebida	g/100ml
Cerveja	4%
Aguardente	35%
Rum	35%
Uisque	35%
Vinho do Porto	15%
Vinho Madeira	14%
Vinho Tinto e Branco	10%

Fonte: PORTAL SÃO FRANCISCO (2011).

Vale destacar que quanto mais se ingerir tais substâncias alcoólicas, maior será a concentração de álcool no sangue, ou seja, é aconselhável beber com moderação, e dessa forma se evitará possíveis danos à saúde, como cirrose

hepática, gastrite aguda e problemas no coração, causados em função da grande quantidade de bebida consumida. Os problemas de saúde pelo uso excessivo de bebidas alcoólicas se tornaram um problema de saúde pública. Entretanto, apesar de ser considerado uma doença, o alcoolismo é pouco diagnosticado, principalmente quando a intenção é realizar um diagnóstico precoce, pois o álcool é uma substância lícita e socialmente aceita, sendo bastante consumido em nossa sociedade nos diferentes meios e âmbitos sociais, e seu consumo é constantemente evidenciado pelos meios de comunicação. Diante desses fatores, na maioria das vezes, é difícil para tais usuários assumir que é dependente químico da substância.

Segundo Cardoso Filho (2001, p.39), existem várias e determinadas causas que dificultam esse diagnóstico:

- Escassez e despreparo de profissionais nesta área de saúde pública que tenham interesse em pesquisar o abuso das bebidas alcoólicas;
- A omissão dessas pesquisas implica na discriminação da classe médica sobre o alcoolismo. Para que investir num vício e investigá-lo, quando se tem a oportunidade de patrocinar e pesquisar a cura de outras patologias já devidamente diagnosticadas?
- A negação do doente, que sempre se posiciona na condição de bebedor social, eventual ou ocasional, fugindo ao estigma que lhe é imposto pela sociedade, tachando-o de canalha, sem vergonha e sem moral.

Assim, é necessário uma maior sensibilização ou preocupação das instituições e dos profissionais de saúde diante desta problemática, que a cada dia eleva suas proporções, sendo importante estabelecer e tomar providências cabíveis e efetivas em relação ao problema.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde

[...] admite o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com questões ligadas ao alcoolismo. A falta de discussões sobre o assunto no currículo faz com que a maioria dos profissionais abordem os usuários, de forma preconceituosa, pouco acolhedora e excludente, impedindo desta forma o acesso a um atendimento adequado. A falta de equipamentos e serviços especializados gera também um sentimento de impotência e uma descrença na possibilidade de resolução do problema (BRASIL, 2004a, p. 16).

Tais fatores são preocupantes, pois é de extrema importância a existência de um eficiente sistema de tratamento para os dependentes do álcool, ocorrendo a participação da família em meio a esse tratamento, e uma possível integração com outras instituições como a dos Alcoólicos Anônimos (AA), que abordam e trabalham com a questão. Cabe lembrar que os danos do álcool são muito graves e causam, na maioria dos casos, transtornos irreversíveis tanto para os usuários como para seus familiares, proporcionando uma desorganização familiar.

Nesta perspectiva, pesquisas revelam que o álcool é responsável por muitos danos nas esferas sociais e individuais. A curto prazo, os problemas, na maioria das vezes, estão relacionados a acidentes automobilísticos, ocasionados devido ao uso excessivo da substância. Por sua vez, os danos a longo prazo são resultado de um consumo mais frequente, por um período maior de tempo, causando problemas relacionados à saúde, afetando órgãos físicos, além de comprometer de modo mais contundente do que na primeira situação a estrutura familiar.

É importante ressaltar que o termo alcoolismo foi substituído pela expressão: síndrome de dependência do álcool. Para Bertolote (2010, p.109), “a síndrome de dependência é um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver após o uso repetido de uma dada substância”. Daí o desenvolvimento de transtornos mentais decorrentes do uso do álcool.

Assim, tal problemática deve ser contida em nossa sociedade, necessitando para isso medidas e ações políticas e administrativas voltadas para o combate deste problema. Constata-se algumas medidas em desenvolvimento pelo governo, como a política de Redução de danos, tida como um conjunto de políticas e práticas, que tem como objetivo a redução dos danos associados ao uso de drogas psicoativas.

Em meio a este problema que cresce a cada dia em nossa sociedade, a Política de Redução de Danos considera esta problemática das drogas como uma expressão da questão social¹⁶, cujas intervenções têm por objetivo principal lidar

¹⁶ Questão Social é o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista (CERQUEIRA FILHO, 1982, p.21).

de forma adequada com problemas que podem ser gerados pelo uso de álcool e outras drogas, buscando diminuir os efeitos causados pelo uso das mesmas, melhoria do bem-estar físico e social dos usuários, ajudando-os a atuar socialmente no ambiente em que está inserido.

Acerca desta questão, Bertolote (2010) assevera que:

o termo é usado particularmente em políticas ou programas que buscam reduzir os danos sem necessariamente afetar o uso subjacente da droga; como exemplos podem-se citar a troca de agulhas/seringas para evitar a partilha destes objetos entre usuários de heroína e cocaína. As estratégias de redução de danos, portanto, abrangem um espectro mais amplo do que a simples dicotomia redução da oferta/redução da procura (p.102).

Nesta perspectiva podemos dizer que tal política enfatiza a redução de danos no sentido de controlar possíveis consequências adversas ao consumo desses psicoativos, sem interromper o uso do mesmo. Na verdade, busca valorizar e colocar em ação estratégias de proteção, cuidado e auto-cuidado, possibilitando mudança de atitude frente a situações de vulnerabilidade.

Neste contexto, a Associação Internacional de Redução de Danos (AIRD) define redução de danos como “políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento” (BRASIL, 2004b, p.31).

Dentre as proposta da Redução de Danos está a de articular redes permanentes de comunicação entre as várias iniciativas já existentes, com o objetivo de ampliar as discussões para outras instâncias, ações que discutam as questões das drogas lícitas e ilícitas, assegurando qualidade de vida e defesa de direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas e sua rede de interação social.

A abordagem da redução de danos reconhece cada usuário em sua singularidade, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência, mas para a defesa de sua vida. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta estas singularidades, devendo acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é

necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

Assim, consideramos a redução de danos uma estratégia, e enquanto tal, para ter a eficácia que pretende, deve ser operada em interações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas.

A seguir realizaremos a análise e discussão dos dados obtidos com a pesquisa realizada no CAPS AS em Campina Grande/PB.

3 ÁLCOOL E TRATAMENTO: ANÁLISES E DISCUSSÕES DOS DADOS DA PESQUISA

3.1 Identificação dos sujeitos entrevistados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)

Conforme já foi elucidado neste estudo, entrevistamos 30 usuários de álcool, o que corresponde a 11% do número de pessoas que fazem uso da substância e são atendidas no CAPS AD de Campina Grande/PB.

Portanto, os resultados da pesquisa quanto aos dados de identificação conformaram-se da seguinte forma: 93,3% são do sexo masculino e 6,7% do feminino. A faixa etária desses usuários está entre 26 e 63 anos, em que 53,3% relataram ser solteiros, 20% casados, 20% divorciados e 6,7% viúvos, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 Descrição da amostra conforme variáveis sócio-demográficas

Parâmetros	Variáveis	Número	%
Sexo	Homens	28	93,3
	Mulheres	2	6,7
Idade	25-30	3	10,0
	31-35	6	20,0
	36-40	2	6,7
	41-45	2	6,7
	46-50	6	20,0
	51-55	3	10,0
	56-60	6	20,0
	61-65	2	6,7
Estado Civil	Solteiro	16	53,3
	Casado	6	20,0
	Divorciado	6	20,0
	Viúvo	2	6,7

Fonte Primária de pesquisa realizada no CAPS AD de Campina Grande/PB, 2011.

De acordo com Almeida Filho et al (2004), a literatura mostra que existem diferenças no consumo de álcool por sexo, sendo o uso abusivo mais freqüente

entre homens. No que se refere à faixa etária, o maior número de dependentes encontra-se entre 31 a 35 anos, correspondendo a 20%, outros 20% estão entre aqueles usuários que possuem de 46 a 50 anos e com também 20% estão aqueles que possuem de 56 a 60 anos. Dentre estes dados cabe destacar que o consumo de álcool é comum pelos indivíduos idosos, evidenciando que devemos dar mais atenção a esta problemática, pois é possível observar um crescimento significativo desta faixa etária em nossa sociedade, possivelmente devido ao aumento da expectativa de vida. Quanto ao estado civil, identificamos que a maioria, ou seja, 53,3% dos entrevistados, declararam serem solteiros.

Com relação ao grau de escolaridade, verifica-se que os usuários possuem baixo nível de escolaridade, em que 30% dos entrevistados possuem Ensino Fundamental Completo, 26,7% possuem Ensino Médio Completo, 16,7% possuem Ensino Médio Incompleto, 6,7% possuem Superior Incompleto e 6,7% são Analfabetos. Dentro desta perspectiva, Pillon et al (2010, p.746) assevera que “a literatura evidencia que o baixo nível de escolaridade é considerado um fator de risco potencial para o abuso e dependência de qualquer substância psicoativa”. Assim, podemos subentender que a falta de experiências, de esclarecimentos e de informação pode ser considerada como um instrumento para o consumo de qualquer substância psicoativa.

Evidencia-se na Tabela 2 a descrição da amostra conforme variáveis de renda econômica, em que se observa que a maioria dos usuários não possui nenhuma renda familiar, o que corresponde a 33,3%. Isso pode ser justificado pelo alto índice de desempregados que foi sinalizado por 46,7% dos entrevistados. Também constatamos que 20% dos usuários entrevistados estão no mercado informal, enquanto apenas 16,7% possuem trabalho formal, ou seja, tem cobertura e legalização de seus direitos.

Tabela 2 Descrição da amostra conforme variáveis de renda econômica

Parâmetros	Variáveis	Número	%
Renda Familiar Mensal	Sem Renda	10	33,3
	Abaixo de 1/2 Salário Mínimo	6	20,0
	1 Salário Mínimo	6	20,0
	1-2 Salários Mínimos	8	26,7
Inserção no Mundo do trabalho	Trabalho Formal	5	16,7
	Desempregado	14	46,7
	Aposentado	2	6,7
	Trabalho Informal	6	20,0
	Bicos	3	10,0

Fonte Primária de pesquisa realizada no CAPS AD de Campina Grande/PB.

Segundo MOCHON e TROSTER (1994, p.350)

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é onde se obtêm as informações mais completas sobre a situação do mercado de trabalho, dessa forma de acordo com o IBGE o desempregado é toda pessoa com 16 anos, ou mais, que durante a semana em que se fez a pesquisa tomou medidas para procurar trabalho ou que procurou estabelecer-se durante a semana precedente.

É importante salientar que um dos fatores para o crescimento do desemprego é a falta de educação suficiente, ou seja, como já foi comprovado no decorrer deste estudo, muitos usuários não possuem uma formação continuada. Assim, a falta da formação educacional desde a infância é responsável direta ou indiretamente pela baixa qualificação da mão-de-obra, acarretando com isso um aumento do número de desempregados. Dentro deste contexto, Kato e Ponchirolli (2002) destaca que o crescimento do desemprego no Brasil pode ser explicado mediante três fatores: questões estruturais¹⁷, conjunturais¹⁸, e sazonais¹⁹.

¹⁷. Esta modalidade resulta de transformações na estrutura da economia. Uma parte expressa trabalhadores sem os requisitos técnicos ou educacionais necessários aos novos empregos. Outra parte refere-se a profissões e especialidades ultrapassadas pelas mudanças tecnológicas, tornando esses profissionais inúteis para os processos produtivos atuais (UVB, 2011).

¹⁸ É o tipo clássico estudado por Keynes. Ocorre nas fases descendentes do ciclo econômico, quando o Produto fica abaixo do nível de pleno emprego (hiato deflacionário – Demanda Agregada inferior à Oferta Agregada) (UVB, 2011).

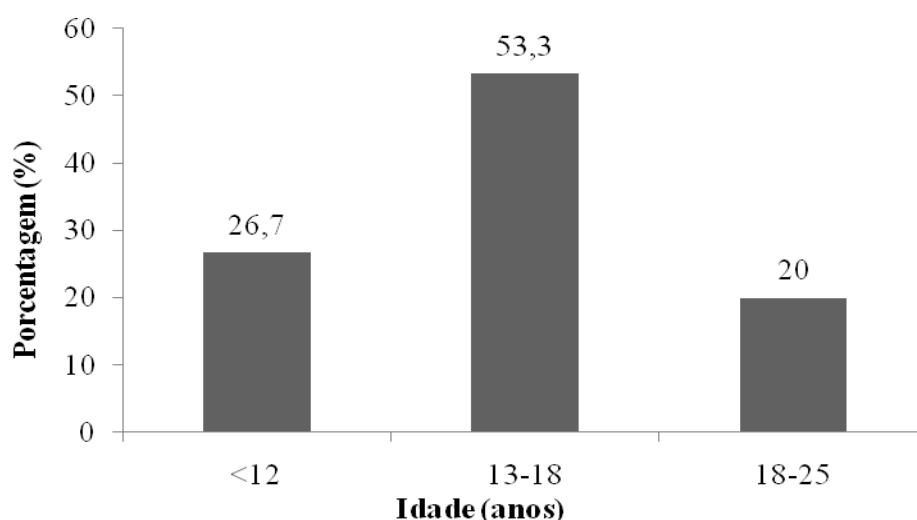
¹⁹ Ocorre em função das variações no ritmo e na frequência da atividade econômica em épocas típicas do ano (UVB, 2011)

3.2 Álcool e Dependência Química: resultados e análises da pesquisa realizada no CAPS AD

Quanto às questões referentes ao objeto de estudo, é importante primeiramente definirmos que o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90) em seu Art. 2º considera como criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 2011c).

Diante desta informação e observando o Gráfico 1, evidencia-se que 53,3% dos usuários informaram que beberam pela primeira vez quando tinham dos 13 aos 18 anos de idade, enquanto 26,7% informaram que foi antes dos 12 anos, já 20% dos entrevistados informaram que beberam dos 18 aos 25 anos. Dentro desse contexto, de acordo com dados do Brasil (2001 *Apud* Neno e Alencar, 2002c) 80,5% dos adolescentes entraram em contato com bebidas alcoólicas pelo menos uma vez, ressaltando que alguns começam a beber por volta dos 10 anos, podendo aos 20 anos terem se tornado dependente químico.

Gráfico 1 Idade do primeiro consumo de álcool



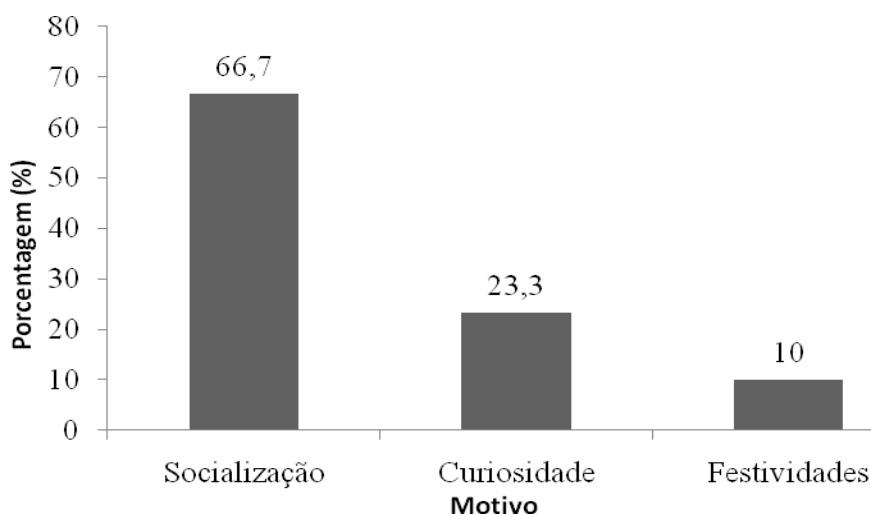
Fonte Primária de pesquisa realizada no CAPS AD de Campina Grande/PB, 2011.

Vale salientar que no período da adolescência ocorrem algumas mudanças, dentre elas é importante destacarmos aqui as mudanças sociais, em

que na maioria das vezes o grupo de amigos torna-se mais importante do que o núcleo familiar, pois em grupo os jovens vivenciam coisas novas, conseguem falar de “igual para igual”, sem restrições ou recriminações. Dentro dessa perspectiva, o Gráfico 2 evidencia que 66,7% dos usuários entrevistados relataram terem iniciado o consumo da bebida para acompanhar o grupo, enquanto 23,3% revelaram que foi por curiosidade e 10% nas festas.

De acordo com Tiba (2000), a curiosidade é uma característica da adolescência e muitas vezes representa a oposição às regras existentes, em que o jovem tende a minimizar os riscos, maximizando os prazeres.

Gráfico 2 Motivo pelo qual iniciou a beber



Fonte Primária de pesquisa realizada no CAPS AD de Campina Grande/PB, 2011.

Segundo ZAGURY (1996, p. 25)

O grupo de amigos tende a aumentar em importância (para desespero de muitos pais) e a tendência à imitação acentua-se novamente (a mídia aproveita muito bem essas tendências da idade [...]). Assim, a forma de vestir, de falar, de agir, até mesmo os gostos tendem a ser muito influenciados pelo grupo. Temem não serem aceitos e valorizados pelos amigos e, portanto, procuram agir de acordo com o que faz a maioria.

Assim, evidencia-se que o fenômeno da influência social está presente em todos os relacionamentos humanos, dessa forma, podemos dizer que constantemente estamos influenciando ou sendo influenciados por alguém.

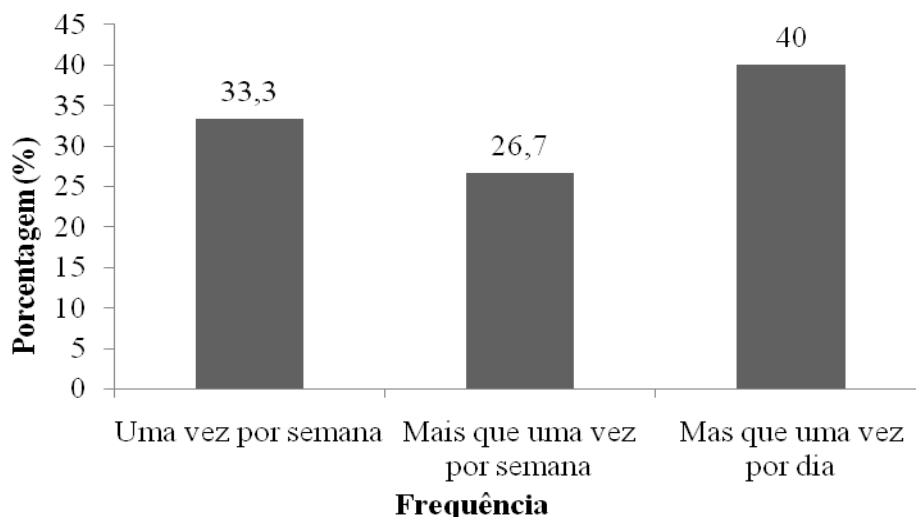
Quando indagados acerca da frequência do consumo de bebidas alcoólicas, a maioria, ou seja, 40%, revelaram que ingeriam bebidas alcoólicas mais de uma vez por dia, enquanto 33,3% declararam que ingeriam uma vez por semana e os demais, 26,7% mais de uma vez por semana, conforme pode ser visualizado no Gráfico 3. De acordo com a maioria dos usuários faz-se necessário evitar o primeiro contato, isto é, para os mesmos, muitas vezes quando inicia-se a ingestão da bebida não se tem o controle da quantidade ingerida. Outro ponto destacado foi que eles colocam que a dependência química é uma doença e que não tem cura, conforme depoimentos a seguir.

Porque a dependência é uma doença e não tem cura (Entrevistada N° 11).

Porque sou alcoolista e sei que meu problema não tem cura, mas tem tratamento (Entrevistada N° 12).

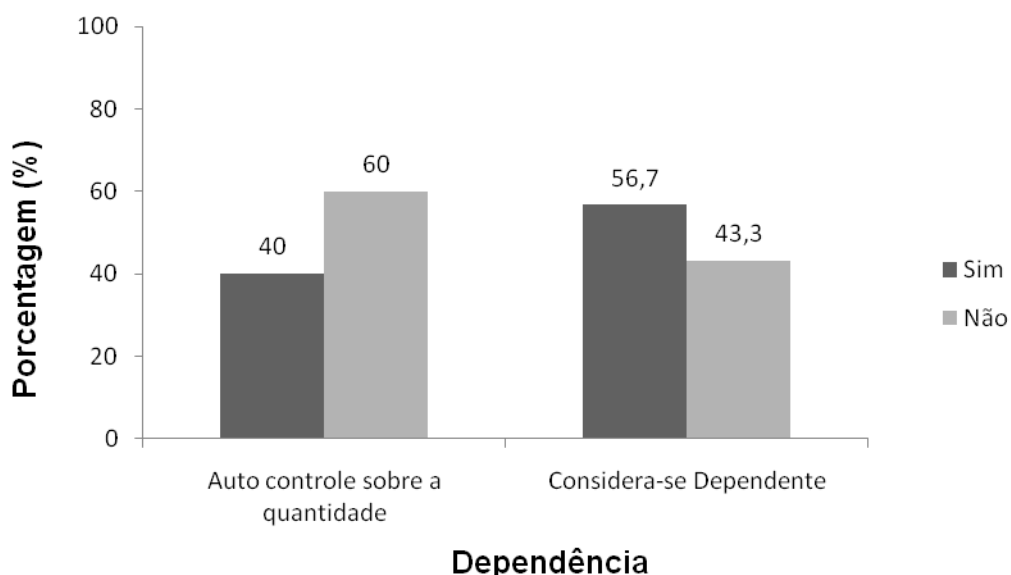
Tenho consciência que sou doente é que minha doença não tem cura, sou alcoólatra mesmo sem beber (Entrevistada N° 18).

Dessa forma observa-se que os usuários estão esclarecidos acerca de sua problemática, pois destacam que apesar de não ter cura e de ser uma doença crônica existe tratamento e pode ser controlada com o uso de medicamentos, reduzindo assim os seus sintomas e possível recaída.

Gráfico 3 Frequência de ingestão de bebida alcoólica

Fonte Primária de pesquisa realizada no CAPS AD de Campina Grande/PB, 2011.

Mediante o que foi abordado, a dependência de álcool não pode ser mais atribuída como uma falha moral, pelo contrário, o usuário deve ser considerado como vítima de uma doença, a Síndrome de Dependência do Álcool (DAS), cujo um dos sintomas é a perda de controle. O Gráfico 4 retrata a concepção dos usuários em se considerarem dependentes e se quando ingeriam ou ingerem a bebida alcoólica, sentem que tem auto-controle sobre a quantidade ingerida.

Gráfico 4. Especificação de Auto-controle e Dependência

Fonte Primária de pesquisa realizada no CAPS AD de Campina Grande/PB, 2011.

Dessa forma, evidencia-se que 60% dos usuários não possuem auto controle sobre a quantidade ingerida, ou seja, com esta afirmação entende-se que o consumo era exacerbado, e assim, tendo em vista a falta de controle, estes usuários se consideram dependentes, representando 56,7%.

Nesse contexto, devemos ressaltar a relevância do atendimento familiar como uma das formas previstas nos CAPS AD, pois a família é parte integrante do tratamento, tendo a oportunidade de compreender acerca da condição patológica do usuário, e com isso, os familiares diante dos esclarecimentos, incentivam o usuário a continuarem e persistirem no tratamento.

Ressalta-se também que um dos termos bastante utilizados por estes serviços é o de “reabilitação psicossocial” e /ou “inclusão social”. Assim, entendemos que a lógica do atendimento desenvolvido no CAPS AD extrapola o tratamento medicamentoso, quando procura oferecer um tratamento para o indivíduo tendo em vista a totalidade e a realidade de cada um, sendo necessária a realização de um trabalho e uma concepção ampla dos aspectos diretamente relacionados ao usuário e à família, que deveriam ser indissociáveis, e na medida do possível deve-se buscar a harmonia e o respeito às diferenças, muitas vezes ausente durante o processo da doença. Cada CAPS possui uma equipe profissional multidisciplinar definida pela Portaria 336/02 (BRASIL, 2011b). Os integrantes da equipe multiprofissional procuram, cada um em sua área, oferecer um trabalho ao usuário que atenda suas necessidades, proporcionando e buscando uma interação com a família com intuito de proporcionar um tratamento mais eficiente.

Como pode ser observado na Tabela 3, constatamos um alto número de respostas positivas quando ao grau de informação sobre a problemática do consumo do álcool, o que corresponde a 93,3% e apenas 6,7% dos entrevistados informaram que ainda tem muito o que aprender sobre esta problemática. Entretanto, mesmo bem informados, os usuários continuam ingerindo bebidas e permanecem em tratamento, principalmente aqueles que estão envolvidos em um círculo vicioso, no qual, segundo Neno e Alencar (2002), quanto mais envolvido, consumirá com maior frequência a droga, o que dificulta o raciocínio e a compreensão quanto à problemática na qual está inserida.

Tabela 3 Informações quanto à doença e à influência das propagandas

Parâmetros	Variáveis	Número	%
Considera-se Bem Informado quanto à problemática	Sim	28	93,3
	Não	2	6,7
Influência das Propagandas	Sim	22	73,3
	Não	8	26,7

Fonte Primária de pesquisa realizada no CAPS AD de Campina Grande/PB, 2011.

Foi também computado na Tabela 3 os dados referentes à influência das propagandas veiculadas nos meios de comunicação, em que 73,3% dos usuários relataram que as propagandas na televisão incentivam o consumo da bebida alcoólica, enquanto apenas 26,7% sinalizaram que essas propagandas não incentivam.

Na verdade, as propagandas são quase sempre apelativas e chamativas, no sentido de relacionar a bebida a pessoas felizes e ao universo feminino com certos padrões de beleza. Relacionando ainda o consumo de bebidas com festividades, e assim, influencia o consumo.

De acordo com Gualberto (2010, p.11)

O alcoolismo é apontado como um dos principais problemas de saúde mundial, e a mídia tem papel influenciador neste fato, seja pelo uso de propagandas massivas na TV, seja pelo apelo erótico associado a essas campanhas; mas, principalmente, pela falta de advertências adequadas sobre as conseqüências de seu consumo.

Esses aspectos podem ser ilustrados nos depoimentos abaixo selecionados das entrevistas:

As propagandas incentivam o consumo, principalmente para quem está tentando deixar (Entrevistada N° 3).

[...] Porque quem assiste uma propaganda dessas fica com vontade de beber (Entrevista N° 7).

Influência sim, só traz destruição, pois não contam a verdade. Não mostram os danos que a bebida pode causar (Entrevista N° 22).

Eles induzem a uma coisa chamosa, a uma coisa social. A mídia só mostra o lado bom. Tudo que vem do álcool é prejudicial (Entrevista N° 29).

Neste contexto, fica explícita a influência do papel da mídia no incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas, conforme evidenciado por Silva (2008). Apesar do uso da substância ser considerada como uma questão de saúde pública, a mídia promove a disseminação de informações que induzem o consumo por parte das pessoas.

Os meios de comunicação transmitem informações que convidam as pessoas a beberem e assim “tornam-se” melhores, mais fortes e felizes quando ingerem determinada marca de bebida (ANDRADE E ESPINHEIRA, 2006, p. 16). Ainda de acordo com este mesmo autor:

[...] a mídia, “ao mesmo tempo em que nos informa, muitas vezes ultrapassa a sua responsabilidade social, tornando-se fonte de muitos equívocos e desinformações, devido ao seu comprometimento com o mercado de anunciantes”.

Com relação ao primeiro atendimento oferecido pelos profissionais do CAPS AD, 100% dos entrevistados revelaram que foram muito bem atendidos quando chegaram à instituição. Os quais quando adentram são atendidos pela recepcionista que os encaminham para o acolhimento, que é realizado em uma sala reservada no CAPS AD e ocorre sobre a forma de entrevista, em que o profissional da instituição coleta informações a respeito da vida do usuário, e através dessas informações se define o projeto terapêutico do mesmo. Posteriormente é realizado um agendamento para que seja realizada uma breve anamnese com o Médico Clínico, para que este usuário possa ser direcionado para as atividades oferecidas pela instituição.

Tabela 4 Resultados Institucionais

Parâmetros	Variáveis	Número	%
Por que motivo procurou o CAPS AD	Em busca do tratamento	15	50,0
	Influência da família	12	40,0
	Outros	2	6,7
	Prejuízo no emprego	1	3,3
Tempo na Instituição	1 semana	2	6,7
	3-5 meses	3	10,0
	6-8 meses	6	20,0
	> 8 meses	19	63,3
Avaliação Institucional	Regular	0	0
	Bom	11	36,7
	Excelente	10	33,3
	Ótimo	9	30,0

Fonte Primária de pesquisa realizada no CAPS AD de Campina Grande/PB, 2011.

Quando indagados acerca do motivo pelo qual procuraram o CAPS AD, obtivemos um resultado bastante significativo para o parâmetro referente à busca do tratamento, conforme dados da Tabela 4, correspondendo a 50% dos entrevistados, podendo verificar um alto estímulo dos usuários, se conscientizando do problema no qual estão inseridos. Porém, 40% dos entrevistados relataram que a procura se deu mediante a influência da família. Nesta perspectiva, Carmo (2003) afirma ser indispensável no tratamento da dependência abordar os vínculos familiares, proporcionando com isso um relacionamento mais saudável, promovendo mudanças com a inserção do diálogo familiar.

Para 3,3% dos entrevistados a busca pelo tratamento no CAPS AD deu-se devido ao parâmetro de prejuízo no emprego, pois tal problemática pode afetar a produção e lucratividade. E nos demais, representados por 6,7%, verifica-se motivos diversos como, por exemplo problemas de saúde acarretados pelo consumo.

Encontra-se também na Tabela 4, um alto índice de usuários de álcool que estão sendo acompanhados pelo CAPS AD por um período superior a 8 meses, representando cerca de 63,3% dos entrevistados. Nas demais variáveis não foram observados valores superiores à 20%, sendo de 6-8 meses (20%), 3-5

meses (10%) e de acompanhamento há 1 semana (6,7%). Sendo importante salientar que a frequência dos usuários na instituição depende de seu projeto terapêutico. Acerca desta questão o Ministério da Saúde assevera que:

A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa (BRASIL, 2004c, p.27).

Nesta perspectiva o papel da equipe multiprofissional é de extrema importância para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. Dentro deste contexto, com relação à qualidade dos serviços prestados pela instituição, obtivemos os seguintes resultados: 36,7% relataram que o serviço oferecido no CAPS AD é bom, 33,3% declararam ser excelente e 30,0% informaram ser ótimo.

Associado a essa avaliação institucional, perguntamos sobre a importância do trabalho desenvolvido no CAPS AD e obtivemos as seguintes repostas:

Considero muito importante as atividades desenvolvidas na instituição. A partir do momento que obtive consciência do meu problema procurei a instituição. O CAPS ajuda a quem quer ser ajudado, basta seguir a filosofia da instituição (Entrevista N° 01).

Muito importante, porque se não fosse o CAPS, talvez eu não estivesse vivo (Entrevista N° 03).

A importância é todas as informações que adquirimos durante o tratamento, pela assistência que eu recebo. A instituição me dá apoio para que eu continue em abstinência (Entrevista N° 04).

É um órgão que salva muitas vidas, principalmente a dos jovens que buscam o tratamento no início do vício (Entrevista N° 16).

É muito importante as atividades desenvolvidas no caps, eu gosto muito das palestras, do atendimento com o médico e acho importante a entrega dos medicamentos (Entrevista N° 17).

Assim, 53,3% dos entrevistados confirmaram que o tratamento realizado no CAPS AD resultou em mudanças radicais, pois diminuíram o consumo de bebidas e conseqüentemente sua saúde melhorou, resultado este divergente de uma minoria de usuários, que retrata 10% dos mesmos, os quais obtiveram recaídas, mas permaneceram com o tratamento. Dentro desta perspectiva, 36,7% dos usuários destacaram que as atividades desenvolvidas no CAPS AD ajudaram a se manterem mais calmos e mais seguros, e assim adquiriram mais confiança das outras pessoas, favorecendo o aumento da auto-estima e melhoras no convívio familiar. Os depoimentos a seguir ilustram esta percepção.

Melhorei minha auto-estima, estou com o amor próprio mais elevado (Entrevista N° 29).

Melhorou a minha saúde, a minha convivência com a sociedade, a minha espiritualidade e o diálogo com as pessoas (Entrevista N° 04).

Adquiriti a confiança da minha família, o que melhorou nosso convívio e mudei meu jeito de ser (Entrevista N° 05).

Me mantive mais calmo, mais seguro e aprendi a lidar com coisas que não sabia e minha vida mudou radicalmente (Entrevista N° 19).

Mudei meu modo de pensar, melhorei minha alimentação, consegui novas amizades e até consegui um emprego (Entrevista N° 16).

Mediante estes depoimentos, verifica-se que os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o serviço, durante a permanência na instituição, favorecem a construção do tratamento, pois proporcionam mudanças físicas, biológicas, comportamentais e sociais nestes indivíduos.

Quando os entrevistados foram perguntados se gostariam de dar alguma sugestão para melhorar a qualidade dos serviços no CAPS AD, 50% preferiram não sugerir nenhuma melhoria, estando satisfeitos já que revelaram que os serviços oferecidos no CAPS AD são muitos bons, conforme indicado na Tabela 4 acerca da avaliação institucional. E mesmo com tal avaliação, outros 50% apontaram algumas sugestões, como pode ser observado a seguir.

Deveria melhorar a estrutura do prédio, que tem infiltração, goteiras e em umas das salas o gesso caiu e tem muito mofo (Entrevista N° 26).

Queria que tivesse mais equipamentos de lazer, como sinuca, pois muitas vezes precisamos ficar aqui o dia todo (Entrevista N° 23).

Deveria funcionar de domingo a domingo, em horário integral, pois é no final de semana que muitas vezes tenho vontade de beber e acontece as recaídas (Entrevista N° 17).

Deveria ter médico em todos os horários, pois quando entrei em crise ninguém pode me dar o remédio (Entrevista N° 11).

Mais recursos financeiros para a aquisição de equipamentos como, por exemplo: data show, que facilitaria o nosso entendimento através das imagens (Entrevista N° 01).

Melhorar as oficinas, pois algumas são monótonas (Entrevista N° 06).

Diante de tais sugestões, faz-se necessário algumas reflexões, vez que constatamos que essas sugestões apontam para duas questões distintas, a primeira de caráter estrutural, relacionada às condições do prédio, de lazer, de funcionamento, da falta de profissionais e de recursos que viabilizem a dinâmica de trabalho. Sendo importante evidenciar que o prédio em que se encontra a instituição é alugado e quem efetiva o pagamento deste aluguel é a Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande. Com relação ao funcionamento da instituição em um período integral, isso não é possível, pois seria necessário que a instituição recebesse a titulação de CAPS AD III²⁰.

A segunda volta-se para questões de ordem subjetiva, correspondendo à forma monótona pela qual são ministradas as oficinas. Dessa forma, salienta-se a importância da formação permanente e continuada, visando à capacitação e novas estratégias para o desenvolvimento das atividades desenvolvidas na instituição. Essas atividades podem ser definidas através do interesse e da

²⁰ Entende-se por CAPS AD III aquele estabelecimento destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana (BRASIL, 2011b).

necessidade dos usuários, além da disponibilidade dos técnicos, promovendo o exercício da coletividade, desenvolvimento da coordenação motora, assim como o desencadeamento da problemática através da discussão de casos e textos de caráter reflexivo junto aos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem investigativa traçada neste estudo centrou-se na realização de uma análise do tratamento direcionado ao usuário de álcool do CAPS AD em Campina Grande/PB. Para tanto, partimos de uma elaboração teórica acerca das categorias pertinentes a este objeto. O referencial constituiu a mediação para a análise dos dados da pesquisa, em uma perspectiva de apreensão do real, que se processa nos movimentos contraditórios da sociedade capitalista, que valida e confere sentido às diferentes relações e práticas sociais, em especial a direcionada à saúde mental.

Assim, de acordo com os dados e suas análises, constatamos as razões que levaram o usuário do CAPS AD a consumir álcool, as quais estão relacionadas a parâmetros como idade, sexo, grau de escolaridade e condições sócio-econômica, esta última relacionada a indivíduos com baixa renda, cuja maioria encontra-se desempregada. Todos esses fatores podem promover e intensificar o consumo de álcool, considerando-se critérios importantes no estudo de dependência alcoólica.

Em relação à faixa etária, observa-se que o consumo de álcool é comum em indivíduos idosos, o que está claramente relacionado a transtornos físicos, depressão, isolamento dos familiares, doenças e questões financeiras. E tendo um aumento considerado nos últimos anos da população de idosos, torna-se necessário uma maior atenção a esta faixa etária. No que se refere ao sexo, conclui-se que a dependência alcoólica é mais frequente no gênero masculino, fato este relacionado a questões de socialização, principalmente em grupos de amigos, sendo intensificado através da mídia que colabora com o aumento do consumo de álcool.

Esses fatores são bastante agravantes e, quando relacionados com o grau de escolaridade, evidencia-se resultados negativos nos sujeitos que tinham apenas o ensino fundamental (quarto ano), evidenciando que a falta de oportunidade de estudos e, conseqüentemente de trabalho são intensificadores dessa problemática.

Constata-se ainda que o papel da família é importantíssimo no processo de recuperação dos dependentes, pois a interação da família contribui com um tratamento mais eficaz, deixando de ser apenas por medicamentos.

Nessa perspectiva, verifica-se também que os usuários foram muito bem atendidos e recepcionados pelos profissionais do CAPS AD. Dessa forma, é possível observar que o atendimento desenvolvido no referido serviço ultrapassa o tratamento medicamentoso, quando procura oferecer um tratamento para o indivíduo, tendo em vista a totalidade e realidade de cada um, ou seja, busca atender seus usuários na perspectiva de um tratamento eficaz, porém, encontra desafios, identificados tanto no âmbito objetivo, como subjetivo. Por essa razão, torna-se necessária a realização de um trabalho com uma concepção ampla dos aspectos diretamente relacionados ao usuário, sujeito de direitos, à família, e sua inserção na sociedade.

Por outro lado, temos que ter clareza que a discussão sobre o uso nocivo das bebidas alcoólicas, tal qual referenciado pela mídia, necessita ser ultrapassada, o que requer uma compreensão integral e transdisciplinar do ser humano. Daí, a necessidade de incentivar pesquisas e debates científicos que possam identificar os ramos sociais mais frequentes ao consumo do álcool, pois os estudos que existem acerca desta problemática, embora importantes, ainda são insuficientes.

Também torna-se imprescindível o desenvolvimento de metodologias de intervenção e principalmente de prevenção, sendo essencial, portanto, a capacitação dos profissionais, provendo subsídios necessários para o desenvolvimento de ações de prevenção primária do uso prejudicial do álcool, para o diagnóstico precoce e desenvolvimento de ações de redução de danos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; LESSA, I.; MAGALHÃES, L. Determinantes sociais e padrões de consumo de álcool na Bahia, Brasil. **Revista Saúde Pública**. v.38, n.1, p.45-54, 2004.

ANDRADE, T. M; ESPINHEIRA, C. G. A. **A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**. In: ANDRADE, T. M. (org.) O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. SUPERA. Módulo 1. Brasília: SENAD, 2006.

BERTOLETE, J.M. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2010. 132 p.

BONAVIDES, P. **Do Estado Liberal ao Estado Social**. 1. ed. São Paulo: Malheiros, 2007, 230 p.

BONFIM, Renata, O. **A construção de uma nova clínica em saúde mental**. Disponível em: <http://letraefel.blogspot.com/2007/01/loucura-na-histria.html>. Acesso em: 04 Março 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Ministério da Saúde. 2ª ed. Rev. Amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. 1988.

_____. Ministério da Saúde - CAPS - **Nova sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos** – Portarias 336/02 e 189/02. Perguntas e Respostas. Brasília: CAPS, 1ª Ed. 2002b. Apostila.

_____. Ministério da Saúde (2001). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. In: NENO, E. C. C.; ALENCAR, G. A. **A influência de propagandas comerciais de bebidas alcoólicas no consumo desta droga lícita por adolescentes entre 15 e 17 anos**. 2002. 62 f. Monografia (Graduação em Psicologia) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade da Amazônia, Belém, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acessado em: 23 de outubro de 2011a, às 19:20 h.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336/GM em 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf. Acessado em: 03 de abril de 2011b, às 20:00 h.

_____. ECA. **Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho DE 1990.** Disponível em: http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/eca_L8069.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2011c, às 21:30 h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição.** Ministério da Saúde. Brasília. 1. ed. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral 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, 2005. 56 p.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. **Sistema Único de Saúde.** Conselho nacional de saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3 2001. Brasília. *Anais...* Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 2002a. 213 p.

_____. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Lei Federal Nº 10.216 de 04 de Abril de 2001.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. 106 p.

CARDOSO FILHO, P. **Álcool e Drogas Ilícitas.** João Pessoa: Editoração Eletrônica – druzz@openline.com.br. 2001. 263 p.

CARMO, G. A. V. A. **Dependência Química e Relações Familiares: A importância da família no tratamento da drogadicção.** 2003. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

CEBRID. **Maconha: TCH.** Disponível em: www.cebrid.epm.br/folhetos/maconha. Acessado em: 23 de outubro de 2011, às 22:00 h.

CERQUEIRA FILHO, G. **A Questão Social no Brasil: análise do discurso político.** Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, Coleção Retratos do Brasil, v.162, 1982. p.21.

CUNHA, M. C. P. **Cidadelas da ordem: a doença mental na República.** 1990. In: PAVÃO, S. R. **Louco e a Ciência: a construção do discurso alienista no Rio de**

Janeiro do século XIX. Rio de Janeiro: **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Ano 6, n. 2. p.147-151, 2006.

DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. **Conversando sobre drogas com pais e responsáveis**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. 2010. 52 p.

EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991, 247p.

FARAH, M. F. S.; BARBOZA, H.B. **Novas Experiências de Gestão Pública e Cidadania**. Rio de Janeiro: FGV. 2000. 296 p.

FLEURY, S. Democracia e Saúde: In: FLEURY, S. (org.). **Saúde: coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, p. 173, 1992.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 207 p.

GUALBERTO, J. R. **A imagem feminina nas propagandas de cerveja: estímulo ao consumo de álcool**. 2010. 73 f. Monografia (Graduação em Comunicação Social) - Faculdade de Ciências Sociais e Tecnológicas, Taguatinga, 2010.

KATO, J. M.; PONCHIROLLI, O. O desemprego no Brasil e os seus desafios éticos. **Revista da FAE**. Curitiba, v. 5, n.3, p. 87-97, 2002.

MARTINS, G. A. **Metodologias convencionais e não-convencionais e a pesquisa em administração**. São Paulo: Caderno de Pesquisas em Administração, v. 00, n. 0, 1994, 6 p.

MEDICINANET. **CID 10**. Disponível em: www.medicinanet.com.br. Acessado em: 04 de março de 2011, às 22:00 h.

MIOTO, R. C. T. Perícia social: proposta de um percurso operativo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 67, p. 145-158, 2001.

MOCHON, F.; TROSTER, R. L. **Introdução à economia**. 1 ed. São Paulo: Makron Books, 1994. 391 p.

MOREIRA, D. **Psiquiatria: Controle e repressão social**. Petrópolis: Editora Vozes, 1983. 206 p.

NENO, E. C. C.; ALENCAR, G. A. **A influência de propagandas comerciais de bebidas alcoólicas no consumo desta droga lícita por adolescentes entre 15**

e 17 anos. 2002. 62 f. Monografia (Graduação em Psicologia) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade da Amazônia, Belém, 2002.

NEVES, D. P. **Alcoolismo: Acusação ou Diagnóstico?**, 2004. In: ELIAS-CYMROT, R. S. F. **Ingestão abusiva de álcool e possibilidades de intervenção.** 2006. 134 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura.** São Paulo: Brasiliense, 1989. 215 p.

PILLON, S. C.; CARDOSO, L.; PEREIRA, G. A. M.; MELLO, E. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 742-748, 2010.

PORTAL SÃO FRANCISCO. **Teor alcoólico de algumas bebidas.** Disponível em: <http://www.portalsaofrancisco.com.br>. Acesso em: 05 de maio. 2011.

ROSA, L. C. S. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família.** São Paulo: Cortez, 2003, 368 p.

SILVA, M. R. **Problemas na vida social relacionadas ao consumo do álcool: estudo dos pacientes do Programa de Atendimento ao alcoolismo do HUB.** 2008. 77 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

TIBA, I. **Respostas sobre as drogas.** 3 ed. São Paulo: Scipione, 2000.

TUNDIS, Silverio Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs). **Cidadania e Loucura, Políticas de Saúde Mental no Brasil.** In. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. RESENDE, Heitor. 7 ° Ed. Vozes. Petrópolis, 2001.

UVB. **Emprego e Desemprego.** Disponível em: <http://arquivos.unama.br>. Acessado em: 20 de novembro de 2011, às 14:00 h.

VIEIRA, P. P. **Reflexões sobre a História da Loucura de Michel Foucault.** Revista Aulas, Campinas, n. 3, p. 21, 2007.

WIKIPÉDIA. **Anamnese.** Disponível em: wikipedia.org. Acessado em: 26 de novembro de 2010, às 19:47 h.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo.** Rio de Janeiro: Record, 1996. p.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Título: ÁLCOOL E TRATAMENTO: UM ESTUDO REALIZADO NO CAPS AD EM CAMPINA GRANDE/PB.

ROTEIRO DE ENTREVISTA
(USUÁRIOS)
ENTREVISTA Nº. _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DOS USUÁRIOS

- 1) Sexo: Feminino () Masculino ()
- 2) Idade: _____
- 3) Estado Civil: Solteiro (a) () Casado (a) () Outros ()
- 4) Filhos: Sim () Não () Quantos _____
- 5) Nível de Escolaridade:
- 6) Reside com quantas pessoas?
- 7) Inserção no mundo do trabalho:
Trab. Formal () Desempregado () Pensionista () Do lar () Aposentado ()
Estudante () Trab. Informal () Bicos () outros () _____
- ▶ Caso esteja trabalhando:
- 7.1) Qual a atividade de trabalho?
- 7.2) Local de trabalho?
- 7.3) Caso esteja desempregado, há quanto tempo?
- 8) Renda familiar (Mensal):

Sem renda () Abaixo de ½ S M () 1 S M () De 1 a 2 S M ()
De 2 a 5 S M () Acima de 5 S M ()

QUESTÕES REFERENTES AO OBJETO DE ESTUDO

1) Com que idade bebeu pela primeira vez?

- () Antes dos 12 anos;
- () Dos 13 aos 18 anos;
- () Dos 18 aos 25 anos;
- () Depois dos 25 anos.

2) Começou a beber, porquê?

- () Para acompanhar o grupo;
- () Porque gosta do sabor das bebidas;
- () Porque sentia-se nervoso ou tinha problemas;
- () Porque estava triste;
- () Outro. Qual? _____

3) Onde bebeu pela primeira vez?

- () Em casa com a família;
- () Em casa sozinho ou com amigos;
- () Num café ou bar sozinho ou com amigos
- () Numa festa ou evento social;
- () Outro. Qual? _____

4) Com que frequência ingeria bebidas alcoólicas?

- () Uma vez por ano;
- () Uma vez por mês;

- Mais que uma vez por mês;
- Uma vez por semana;

- Mais que uma vez por semana;
- Uma vez por dia;
- Mais que uma vez por dia.

5) Quando ingere bebidas alcoólicas, sente que tem auto-controlo sobre a quantidade que bebe?

- Sim
- Não

6) Considera-se dependente do álcool?

- Sim
- Não Por quê?

7) Considera-se bem informado quanto à problemática do consumo de álcool?

- Sim
- Não

8) Você considera que as propagandas vinculadas nos meios de comunicação, incentivam o consumo do álcool?

- Sim
- Não

Se sim, porque?

9) Por que motivo procurou o CAPS AD?

- Porque o consumo prejudicou o emprego;
- Por influência da família;
- Em busca de um tratamento;
- Outros.

10) Há quanto tempo está sendo acompanhado pelo CAPS AD?

- Uma semana;
- 3-5 meses;
- 6-8 meses;
- Mais de oito meses.

11) Foi fácil ou difícil ser atendido? Justifique sua resposta.

12) Qual a importância do trabalho do CAPS AD para você enquanto usuário?

13) O que mudou depois do tratamento realizado no CAPS AD?

14) Como você avalia a qualidade dos serviços prestados pelo CAPS AD?

() Regular;

() Bom;

() Ótimo;

() Excelente.

15) Aponte algumas sugestões para melhorar a qualidade dos serviços no CAPS AD?

Data da entrevista: _____/_____/2011.