



CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

TARCÍSIA KELIANE DE ASSIS MENDONÇA

**A PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL NO CAPS AD DE POMBAL- PB NA
PERSPECTIVA DOS/AS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL: limites e
possibilidades**

SOUSA-PB

2016

TARCÍSIA KELIANE DE ASSIS MENDONÇA

A PRÁTICA PROFISSIONAL NO CAPS AD DE POMBAL- PB NA PERSPECTIVA
DOS/AS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL: limites e possibilidades

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientação: Prof. Me. Luan Gomes dos Santos de Oliveira.

TARCÍSIA KELIANE DE ASSIS MENDONÇA

A PRÁTICA PROFISSIONAL NO CAPS AD DE POMBAL- PB NA PERSPECTIVA
DOS/AS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL: limites e possibilidades

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação do Prof. Me. Luan Gomes dos Santos de Oliveira

Aprovada em: _____ de _____ de 2016

BANCA EXAMINADORA

Profº Ms Luan Gomes dos Santos de Oliveira (UFCG)
Orientador

Profº.Ms. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa (UFCG)
1º Examinadora

Profº.Ms. Helmara Giccelli Formiga Wanderley (UFCG)
2º Examinadora

Sousa-PB
2016

À Tarcísio Roberto, principal inspiração
dessa obra, te amo pai. Espero que sinta
orgulho de mim.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, que me deu sustento e força todos os dias para chegar até aqui, pois essa caminhada não foi nada fácil, mas ele me enviou alguns anjos pelo caminho, foram eles: meu pai, Tarcísio, principal influenciador desse trabalho, que mesmo não estando presente fisicamente, esteve comigo em espírito nessa batalha, me fez desejar coisas que eu nunca nem ousei sonhar, como por exemplo, um diploma: a ele dedico toda essa minha conquista.

Gostaria também de agradecer a Keila Maria, minha mãe, que abdicou de tudo por mim, me criando praticamente sozinha. Mulher forte, guerreira, que trabalhou a vida toda duramente para não permitir que eu passasse por dificuldades. Como eu te amo mãezinha, obrigada pelos sacrifícios e por cada moeda suada que a senhora deu para mim.

E o que seriam dos alunos sem seus mestres? Obrigada ao meu outro anjo que aceitou sem hesitar me orientar nesse trabalho, Luan Santos, você não desistiu de mim em nenhum momento e mesmo á distância, mostrou que eu poderia contar contigo, me deu mais que o simples conteúdo acadêmico, me conduziu sabiamente e com sua paciência até aqui, me mostrando que com fé e trabalho duro tudo é possível.

Ao meu outro anjo Cibelly Michalane, não tenho nem palavras para agradecer por todas as contribuições, você chegou no momento certo, quando eu me questionava sobre essa profissão, você me fez amar o Serviço Social de novo, e que exemplo de ser humano é você, forte, generosa, dura sempre que necessário e doce também, como eu dizia aqui em casa: minha segunda mãe da universidade, você é realmente alguém que eu amo, mais que uma professora, mais que um exemplo, muito obrigada.

Agradeço também a Helmara, outra grande profissional e ser humano, obrigada pelas caronas quando eu não tinha transporte ou condições de ir para universidade (quase sempre, kkk.), pelas conversas de incentivo, pelas aulas maravilhosas e

contribuições importantes, eu sempre te disse e repito: “quando eu crescer quero ser como você”. Verdade seja dita, você é um exemplo para qualquer um que te rodeia.

Aos meus anjos que também chamo de amigos, obrigada pelas conversas maravilhosas, pelos debates políticos, pelas aulas de ABNT dadas por você Tayane, pelas ideias e momentos que me faziam pensar e me questionar sobre tudo, trazidos por vocês meus amigos: Valber, Patrícia, Jefferson, Joseph, Ítalo, Mônica, Vytória, Joseci.

Ao meu amor Janser Tavares, por escutar minhas queixas sem fim, meus choros, pelos abraços nos momentos de tristeza e especialmente pelas palavras de conforto: “tudo dará certo”, “você consegue, você é capaz”, obrigada por acreditar em mim.

Obrigada também minhas colegas de curso: Euriane, Grazielly e Samille, por cuidarem de mim e serem minha família quando eu estava em Sousa. Obrigada Juliana por todos os puxões de orelhas e pela confiança que sempre me passou nos momentos complicados dessa trajetória. Obrigada minha duplinha Gessik Alanny por enfrentar comigo todos os maus bocados e dividir também as suas alegrias, você se tornou uma irmã que irei levar para vida, te amo.

Sou grata, muito grata a tudo e a todos, desde os guardas que em vários momentos esperaram o ônibus comigo e me ouviram. Ao pessoal da limpeza e que cuida da alimentação.

Obrigada Aline pelos fiados e conversas jogados fora ao longo do caminho, obrigada pessoal do CAPS AD III de Pombal por me receberem de braços abertos, obrigada usuários/as por me permitirem conhecer a realidade de vocês, obrigada universo pelas boas vibrações. Muito obrigada!

*[...] Resgate suas forças e se sinta bem,
rompendo a sombra da própria loucura.
Cuide de quem corre do seu lado e de quem
te quer bem, essa é a coisa mais pura. [...]*

Charlie Brown Jr

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso buscou analisar a prática multiprofissional no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da cidade de Pombal-PB, tendo como objetivo central identificar as principais dificuldades encontradas para realização desse trabalho dentro desse espaço. O debate em torno da temática multiprofissionalidade, ainda que recente, revela-se indispensável para a construção de uma intervenção eficaz e humanizada, visto que a presença de profissionais diversificados no espaço da saúde é um fato cada vez mais constante. Portanto, entender as dificuldades que envolvem o trabalho realizado por esses, é contribuir para o fortalecimento e qualidade do processo terapêutico e desenvolvimento de suas potencialidades. Para tanto, desenvolveu-se, pesquisa de cunho bibliográfico abrangendo o contexto de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, uma pesquisa exploratória, na qual foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com quatro profissionais do CAPS AD III de Pombal-PB, onde apreendermos as principais dificuldades enfrentadas por eles no tratamento dos/as usuários/as. O método utilizado foi o materialismo histórico dialético. Os resultados mostraram a presença ainda de uma relação hierárquica entre os profissionais e a falta de interdisciplinaridade entre os mesmos no âmbito, outro fator marcante foi o preconceito como principal dificuldade posta a esses últimos e a ausência de relações de trabalho realmente em equipe, onde tais dificuldades sejam enfrentadas e compreendidas conjuntamente pelos profissionais, sendo necessária a participação de toda a equipe para a construção dessas atividades e elaboração de estratégias para a superação dessas problemáticas.

Palavras-chave: CAPSad. Trabalho Multiprofissional. Dificuldades.

ABSTRACT

This course conclusion work aimed to analyze the multi-professional practice in the Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs of the city of Pombal-PB, with the central object to identify the main difficulties encountered in carrying out this work within that space, the debate around the theme multiprofessionality, although recent, proves to be essential for the construction of efficient and humane intervention, since the presence of diversified in the health space professionals, the fact is increasingly constant, therefore understand the difficulties involved in the work of these, is to contribute to the strengthening and quality of the therapeutic process and develop their potential. It then developed a bibliographic nature of research involving the context of health reform and Psychiatry, a field research in which were carried out semi-structured interviews with 4 professionals CAPS AD III de Pombal-PB, which apprehend the main difficulties faced by them in the treatment of users, the method used was the dialectical historical materialism. The results showed the presence also of a hierarchical relationship between professionals and the lack of interdisciplinary professionals in the area, another important factor was the prejudice as main difficulty put to professionals and the absence of labor relations really a team where such difficulties are addressed and understood jointly by professionals, requiring the participation of all professionals to build these team activities for the development of strategies for overcoming these problems.

Keywords: CAPSad. Multidisciplinary work. Difficulties.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPSad Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPs Caixas de Aposentadorias e Pensões

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

IAPS Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

MNLA Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

OMS Organização Mundial da Saúde

SIM Sistema de Informações de Mortalidade

SISNAD Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SUS Sistema Único de Saúde

SPA Substâncias Psicoativas

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| METODOLOGIA | 13 |
| 1 DA REFORMA SANITÁRIA A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS: Um conto sobre a Política De Saúde e a invenção da loucura como forma de segregação social. | 14 |
| 1.1 REFORMA SANITÁRIA: Ato de bondade ou estratégia para conquista de interesses? | 14 |
| 1.2 CONTEXTUALIZANDO A LOUCURA | 19 |
| 1.3 MOVIMENTOS SOCIAIS E A LUTA ANTIMANICOMIAL: Um conto sobre a indústria da loucura e a resistência popular. | 23 |
| 1.4 A ERA CAPS: Um conto sobre a reinvenção da cidadania e o enfrentamento de velhas práticas. | 26 |
| 2 UM CONTO SOBRE COMO UM CONTO INFLUENCIOU OUTRO: A política de drogadição como um resultado da Reforma Psiquiátrica..... | 29 |
| 2.1 UM FUTURO QUE REPETE O PASSADO: O uso de substâncias psicoativas e seu significado na contemporaneidade. | 29 |
| 2.2 DESVENDANDO A POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL..... | 33 |
| 2.3 REDUÇÃO DE DANOS: Uma proposta de respeito aos usuários de drogas..... | 36 |
| 3 UM CONTO SOBRE O CAPS AD DE POMBAL-PB | 40 |
| 3.1 ABRINDO AS PORTAS DA INSTITUIÇÃO: Conhecendo o CAPS AD da cidade de Pombal-PB. | 40 |
| 3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NOS CAPS. | 42 |
| 3.3 UM CONTO SOBRE VILÕES E HEROIS NA PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL: Com a palavra os profissionais do caps ad de Pombal-PB. | 45 |

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 52 |
| 5 REFERÊNCIAS: | 53 |
| APÊNDICE 1 | 56 |
| APÊNDICE 2 | 57 |

INTRODUÇÃO

A Reforma psiquiátrica no Brasil, realizada através da Lei nº 10.216, pode ser considerada um movimento transformador no tratar das enfermidades ligadas à mente, tendo em vista as diversas transformações que promoveu no âmbito da saúde mental. Para visualizar isso de forma mais concreta, basta comparar as mudanças ocorridas na figura dos hospitais que, na Idade Média, eram de cunho caritativo, espaço de auxílio aos mais pobres, adquirindo, posteriormente, um caráter mais científico, tornando-se um espaço de tratamento.

O interesse pela pesquisa desta temática se deu devido às inquietações carregadas ao longo da nossa existência, diante da convivência direta com um dependente químico: nossa figura paterna. Acompanhando grande parte de seu sofrimento por falta de acompanhamento necessário e até mesmo suas tentativas fracassadas de reabilitação em grupos de apoio, bem como sua recusa a internação, em virtude do preconceito com o modelo manicomial ainda vigente.

Outro determinante para a escolha dessa temática foi a escassa ou inexistente pesquisa direcionada a mesma, haja vista que quando existe algum estudo nesse setor, o enfoque é quase sempre dado nas dificuldades vivenciadas pelos usuários/as e não nos profissionais, que são peças relevantes nesse cenário, uma vez que boa parte da recuperação dos usuários/as depende das práticas profissionais guiadas pelo arcabouço teórico existente na área.

No período antecedente e posterior à Revolução Francesa, o hospital ainda se revelava como um objeto utilizado para isolar os considerados loucos, fato que contribuía para a segregação social desses sujeitos que eram alvos de violência e esquecidos pela sociedade.

Cabe destacar que após o período da Revolução Francesa, diversos modelos de tratamentos psiquiátricos foram surgindo, justamente a partir da exposição da violência com que os/as enfermos/as eram tratados/as. Assim, buscou-se um cuidado não só da doença, mas desses usuários que eram esquecidos e desconsiderados no processo terapêutico, objetivando sua integração a sociedade por meio do princípio da “desospitalização”, que visava diminuir o número de internação dos/as mesmos/as e promover a sua cidadania, entendida aqui como o exercício dos direitos civis, políticos e sociais. Esse processo demorou anos para se

concretizar no sentido do que a figura do hospital e o modo de tratar esses sujeitos se tornou hoje, onde vislumbramos mudanças positivas nesses aspectos.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) surgiu a partir desses princípios no Brasil e é um elemento que pode comprovar tais modificações. Ainda que seja uma política recente do Ministério da Saúde, publicada em 2003, é possível vislumbrar sua característica mais humanitária no processo terapêutico e uma diminuição significativa no número de internações, inclusive é possível observar seu objetivo de promover a cidadania e a socialização de seus/as usuários/as.

Apesar desses avanços nas práticas profissionais, no hospital e tratamento da saúde mental, verificam-se algumas problemáticas que dificultam e muitas vezes impossibilitam o sucesso no tratamento desses/as usuários/as, problemáticas essas que estão ligadas à estrutura, ao investimento nesse âmbito, e ao trabalho multiprofissional, interferindo na prática dos/as profissionais que são elementos chaves no processo terapêutico, o que requer um estudo aprofundado com a finalidade de apreender, a partir da visão dos mesmos, suas principais dificuldades nesse processo.

Dessa forma, buscaremos a partir desse estudo compreender os principais obstáculos enfrentados por esses profissionais, visando apreender as possíveis interferências que impossibilitam ou dificultam o tratamento dos/as usuários/as, resultando muitas vezes em recaídas ou abandono do tratamento por parte desses últimos.

Para tanto, o nosso trabalho foi estruturado em três capítulos, quais sejam: no primeiro capítulo traçamos o histórico da política de saúde mental desde sua gênese ao período pós reforma psiquiátrica e reforma sanitária, sinalizando suas principais contribuições, bem como os impasses que ainda rodeiam tal política. No segundo capítulo, abordamos o significado do uso de drogas na contemporaneidade e alguns fatores que explicam o seu crescente consumo, assim, discutimos também a importância da família no tratamento dos/as usuários/as e as contribuições da reforma psiquiátrica na construção de políticas para o enfrentamento dessas problemáticas e a Redução de Danos como um desses avanços. No terceiro capítulo, abordamos a atuação dos/as profissionais dentro do CAPs ad de Pombal-PB, desde a sua inauguração em 2013, objetivando apreender através da narrativa dos mesmos as dificuldades que encontram no processo terapêutico e como se configura o trabalho multiprofissional. Para tanto, faremos uso de entrevistas semi-

estruturadas com alguns profissionais e observação empírica dos trabalhos na instituição.

METODOLOGIA

Entendemos o processo dessa pesquisa científica como dialético, pois “A dialética trabalha com a valorização das quantidades e da qualidade, com as contradições intrínsecas às ações e realizações humanas, e com o movimento perene entre parte e todo e interioridade e exterioridade dos fenômenos.” (MINAYO, 2012, p. 24), sendo, portanto, o método que nos possibilita uma análise para além do imediato, de forma a promover uma compreensão concreta da realidade dos fatos, nos permitindo decifrá-la levando em consideração todos os seus aspectos, até mesmo aqueles que não se mostram visíveis na realidade, e sim, abstratos. Destarte, proporciona um estudo aprofundado dos fatos e resultados efetivos.

Para tanto, a abordagem utilizada será a qualitativa, pois: “a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados. Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisados.” (MINAYO apud MINAYO, 2012, p. 22). O que requer uma pesquisa aprofundada, crítica e questionadora, assim como também uma análise do todo e suas partes, uma compreensão das particularidades que envolvem toda a dimensão desse cenário que é o CAPS AD e mais ainda do agir profissional.

Seguindo essa lógica, realizaremos uma revisão bibliográfica a partir da leitura de livros, revistas, artigos e sites para conhecermos parte do arcabouço teórico referente ao tema, com o intuito de compreendermos um pouco desse contexto histórico e da conjuntura atual em que se inserem os profissionais da saúde mental e, mais especificamente, do CAPS AD. Para alcançarmos os nossos objetivos de pesquisa citados inicialmente, realizaremos também uma pesquisa de campo, utilizando como técnica a entrevista semi-estruturada e a observação empírica no CAPS AD, com a finalidade de captarmos também a visão dos/as profissionais á respeito das dificuldades vivenciadas pelos mesmos no processo terapêutico de seus usuários/as. Entrevistaremos, na cidade de Pombal-PB, um médico psiquiatra, uma assistente social, um psicólogo e o diretor da instituição. Entendemos como fundamental a visão desses, por serem elementos indispensáveis em todo esse

processo terapêutico, já que atuam nele diretamente, sendo de extrema relevância na garantia da efetividade do mesmo, por isso a escolha desses/as profissionais como alvos de pesquisa.

Capítulo 1. DA REFORMA SANITÁRIA A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS: Um conto¹ sobre a Política De Saúde e a invenção da loucura como forma de segregação social.

Para ser possível a compreensão acerca das dificuldades dos/as profissionais envolvidos/as no processo terapêutico dos/as usuários/as do CAPS AD, se faz necessária uma contextualização histórica que abrange todo o processo de reforma psiquiátrica desenvolvida no contexto brasileiro, que se deu por influência da reforma psiquiátrica realizada na França e em outros países.

Discutiremos aqui, o histórico da Política de Saúde Mental a nível mundial, com ênfase no Brasil, e os vários estágios que proporcionaram sua humanização, pontuando os modos de tratamento que eram direcionados aos/as usuários/as, bem como a concepção da “loucura” por parte da sociedade no período que se inicia na idade medieval e que tem continuidade até o século XXI.

Analisaremos também o movimento da reforma sanitária e os elementos que mediante uma lógica mercantil levaram a sua concretização, com a finalidade de apreender o trajeto traçado no Brasil para a construção de uma Política Pública de Saúde, que permitiu mais tarde o processo de reforma psiquiátrica.

Em última instância, introduziremos o CAPS AD, bem como os seus objetivos, surgimento e trabalho multiprofissional, desvendando essa instituição que se constitui como nova forma de tratar as doenças ligadas às substâncias psicoativas e seus dependentes, avaliando os princípios incorporados por essa na contemporaneidade.

1.1 REFORMA SANITÁRIA: Ato de bondade ou estratégia para conquista de interesses?

¹ A palavra conto foi utilizada nesse trabalho apenas como uma metáfora.

Um fator relevante e que veio proporcionar a Reforma Psiquiátrica anos à frente, foi a Reforma Sanitária, que ocorreu de forma concreta no Brasil nos anos de 1980, revolucionando todo o modo de pensar a Saúde Pública e o cuidado com o povo que, no período colonial, não tinha acesso aos mecanismos que garantissem os atendimentos que necessitavam. Esse período foi marcado por epidemias trazidas pelos portugueses e pelos escravos africanos, marcado por intervenções suficientes apenas para o controle dos surtos e abandonadas posteriormente:

Não se pode falar da existência de uma política de saúde no período colonial e imperial. No entanto, eram tomadas medidas que visavam minimizar os problemas de saúde pública que afetavam a produção econômica e prejudicavam o comércio internacional. Eram medidas que incluíam: o saneamento dos portos onde escoavam as mercadorias; a urbanização e infraestrutura nos centros urbanos [...] (AGUIAR, 2015, p.18-19).

Os interesses desses serviços prestados eram comerciais, seguiam a lógica completamente mercantil, tinham o intuito de combaterem as epidemias visando não prejudicarem a imagem do país internacionalmente, para não dificultarem as relações comerciais e a venda de mercadorias, que trafegavam pelos portos de modo nocivo.

O atendimento médico nesse período era restrito a classe dominante e realizado por poucos profissionais vindos da Europa, o restante da população recorria a cuidados oriundos da medicina popular e extração de sangue para cura de doenças. Surgem ainda nesse período as primeiras casas de misericórdia, que funcionavam como abrigos de doentes, viajantes e indigentes sem assistência médica ou tratamento aos seus problemas de saúde:

Datam desse período: a fundação das Escolas de Medicina do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815); a criação da Imperial Academia de Medicina em 1829- órgão consultivo do imperador para questões de saúde pública; e a organização da Inspetoria de Saúde dos Portos em 1828 (AGUIAR, 2015, p.19).

Na República Velha não se vislumbram grandes mudanças nesse quadro, uma vez que o Estado continuava voltado ao atendimento de grupos ligados a exportação de café e pecuária. Um relevante avanço no âmbito da Política de Saúde só acontece em 1920, com a Previdência Social, a partir de contribuições com as caixas de aposentadorias e pensões (CAPs).

No período que vai de 1930 a 1945, denominado como a “Era Vargas”, há um crescimento acelerado da industrialização, e um estado alarmante de epidemias e doenças entre a classe trabalhadora. Diante disso, foram realizadas mudanças na estrutura do Estado com o intuito de proporcionar a expansão do sistema econômico, estando entre essas a criação dos ministérios, como da Saúde e Educação; a promulgação de leis trabalhistas que garantissem alguns direitos sociais aos trabalhadores, mas tudo caminhando no sentido de proporcionar as condições mínimas dos mesmos para a produção, sob uma lógica ainda mercantil:

[...] as medidas adotadas caminhavam no sentido de manter a força de trabalho em condições de produção, valendo-se da assistência médica vinculada à Previdência Social, que a partir de 1933 transformou as CAPS em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS). A gestão dos IAPS passou gradativamente para o controle do Estado[...] O financiamento era de forma tripartite, com a participação dos empregados, empregadores e Estado, sendo este último o centralizador dos recursos financeiros [...] (AGUIAR,2015,p.24).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a vitória dos Estados Unidos da América sobre o facismo e o nazismo, os regimes ditatoriais sofrem um esgotamento e se instaura um período de democratização a nível mundial. Como consequência, a oposição se articula para a deposição de Vargas, que deixa a presidência, tendo seu lugar ocupado por Eurico Gaspar Dutra através das eleições. Dutra, no período de Guerra Fria, se alia aos Estados Unidos em oposição aos países socialistas.

Segundo Aguiar, (2015, p.26) como resultado dessa aliança, o país sofreu tendo como consequências deste governo a intervenção do mesmo em sindicatos e partidos e o congelamento dos salários dos/as trabalhadores/as, objetivando reduzir a inflação. Além disso, Dutra declara o Partido Comunista Brasileiro como sendo ilegal. Em 1948, o referido presidente lança o Plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), que é aprovado em 1950, porém a maior parte dos recursos é destinada ao setor de transporte, contradizendo o seu próprio discurso de que a saúde seria uma das prioridades de seu governo.

Em 1951, por meio de novas eleições, Vargas assume novamente seu governo, sendo essa fase marcada por um forte populismo e pressões. Os serviços de assistência médica foram expandidos por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), promovendo uma redução de custos, uma vez que o acesso a

esses dependia da capacidade organizativa de cada categoria. A implantação de programas e serviços médicos ocorreu sob forte clientelismo, devido a subordinação dos sindicatos e Institutos ao Estado. A situação política segue nos governos que o sucedem, até que após tentativas de reformas políticas e sociais por parte de Jânio Quadros e João Goulart, a burguesia industrial, os militares e a elite do país, se organizam em oposição a essas reformas e instauram a Ditadura Militar.

No período ditatorial iniciado em 1964, acentua-se ainda mais a preocupação do Estado com a modernização, especialmente com a introdução do modelo neoliberal no Brasil, que preconiza maior investimento no mercado e menor investimento na área social, através de uma severa redução de seus custos:

A ditadura significou, para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática (BRAVO,2009,p.93).

Essa realidade se manifesta nesse período através da unificação dos IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões), com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, com o fim da gestão tripartite e a contratação de serviços privados de saúde, mercantilizando essa última.

Tais medidas refletiram diretamente na conjuntura societária, promovendo alta precarização das condições de vida dos trabalhadores, através de aumento de impostos, redução de salários, concentração de renda e esgotamento dos serviços públicos de saúde e transporte. Como consequência desse período, as taxas de mortalidade elevaram-se consideravelmente:

[...] Essa situação reflete-se nas altas taxas de morbidade e mortalidade por doenças endêmicas e algumas epidemias ainda persistentes, altas taxas de mortalidade materna e infantil, entre outras doenças de massas resultantes e/ou agravadas pelas condições de vida e trabalho. No período, também aumentaram as mortes por doenças cardiovasculares e por neoplasias (AGUIAR, 2015, p.32).

Devido a essas condições, inicia-se a discussão em torno da saúde pública à luz da medicina comunitária, que defendia os cuidados primários com a saúde,

realizados por não profissionais desse setor, guiados pelo princípio da desmedicalização, preconizando a participação comunitária, sendo essa ideia amplamente divulgada na América Latina e no Brasil através da Conferência de Alma Ata, realizada em 1978.

A crise do regime militar se torna visível e o processo de redemocratização do país ganha forma com a Lei da Anistia em 1977, que dá o direito de retorno aos condenados por crimes políticos e exilados. Esse cenário favoreceu ainda mais a discussão em torno da reformulação da saúde e uma das propostas surgiu com o PREV-SAÚDE, que defendia a integração entre o ministério da Saúde e da Previdência social, debatido na VII Conferência Nacional de Saúde no governo de João Figueiredo, porém esse projeto não foi implementado por divergências advindas dos dirigentes do INAMPS. Com isso, a pressão dos movimentos sociais aumentou, e esses continuaram articulados, na luta por uma saúde pública universal e de qualidade a ser garantida pelo Estado.

A Ditadura Militar em seus últimos anos encontrava-se em uma grande recessão econômica, fato que levou ao fortalecimento dos sindicatos e em 1984 ao Movimento das Diretas Já, que garantiu através da Emeda Dante de Oliveira, as eleições diretas para presidente naquele ano. Em 1985, com a posse de José Sarney, houve a realização da Assembleia Nacional Constituinte para a discussão da nova Carta Constitucional, e diversos movimentos sociais articularam-se exigindo a participação popular nesse processo e não apenas de elites políticas e econômicas. Esse espaço participativo colocou a saúde na agenda política e difundiu as propostas de Reforma Sanitária:

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia [...] (BRAVO,2009,p.95).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram debatidos os problemas no sistema de saúde e a sua reorientação, como resultado de pressões populares e de longos debates, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando boa parte dos elementos idealizados na Reforma Sanitária e, tendo como princípios, a

universalidade, a equidade, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização do sistema e participação e controle social:

A 8ª Conferência[...] Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos[...] e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2009,p.96).

Todo esse modo de pensar a saúde, no geral, leva a análise interna de suas áreas, estando entre essas a saúde mental e o cuidado que era dispensado aos/as seus/as usuários/as. Ressalta-se que, como fruto desse contexto de reivindicações e de participação intensa da sociedade civil organizada, a Reforma Sanitária propiciou outra visão acerca dos cuidados médicos e da saúde, que resultou no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, estendendo o debate da cidadania a saúde mental.

1.2 CONTEXTUALIZANDO A LOUCURA

A grosso modo, a “[...] saúde mental é um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde” (AMARANTE, 2007, p. 15). Ainda segundo Amarante (2007), a saúde mental é uma área que não se limita apenas a um campo do saber ou apenas a um tipo de atuação profissional, mas que abarca uma série de conhecimentos e profissionais. Porém, essa conceituação não foi sempre assim. O hospital na idade média era um espaço meramente caritativo e de segregação social. Para Foucault só a partir do final do século XVIII que ocorreu o processo de medicalização do hospital, que se tornou um espaço de tratamento, exames e até mesmo espaço de residência médica. (FOUCAULT *apud* AMARANTE, 2007, p. 25-26).

Essa transformação ocorreu devido a influência dos ideais que foram disseminados pela Revolução Francesa, estando entre esses ideais, a liberdade. A primeira grande matriz que surge nesse período é o alienismo, tendo como principais idealizadores Pinel e Esquirol, que defendiam a ideia dos fatos sociais como sendo causadores de patologias, partindo do pressuposto de que esses

deveriam ser controlados, para erradicação das mazelas, sendo o tratamento moral e por meio do trabalho, o principal objeto de intervenção para com os usuários. “[...] Para Esquirol, a loucura é produto da sociedade e das influências intelectuais e morais [...]” (IBIDEM apud VASCONCELOS, 2009, p. 36). Percebe-se a partir dessa matriz, uma nítida intenção de controle social, tendo em vista que usavam a imposição ao trabalho, a autoridade médica e a moral como formas de tratamento.

Pinel defendia a loucura como sendo fruto de uma vida desregrada e de uma má educação, por isso entendia o tratamento moral e a mudança de hábitos como mecanismos de cura para os “alienados”, enquadrando-os nos parâmetros éticos e morais da sociedade: “Com base nesses conceitos,[...] a terapia visa restabelecer a ordem por meio de uma reeducação moral, segundo as normas sociais vigentes de caráter repressivo.” PESSOTI apud LUIS (2000,p.18) Sua teoria pode ser considerada original pelo fato de ter considerado a subjetividade dos sujeitos mediante a tese de que a loucura era tratável e de que era possível recuperar os indivíduos:

[...] A ideia de cura somente se tornou admissível a partir do momento em que se considerou existir algo de razão no louco, deixando, portanto, de ser um indivíduo totalmente inacessível CAVALCANTI apud LUIS (2000,p.20).

O asilo era o local encontrado para colocar em prática a terapia e, ao mesmo tempo, também era um espaço de exclusão, uma forma de punir os “doentes mentais”, que não poderiam ser submetidos as mesmas formas de punições como o restante da sociedade: “[...] transformando-se no lugar onde são enviados os indesejáveis, por motivos geralmente alheios à doença.” BASAGLIA apud LUIS (2000, p.22)

Nos anos que se sucedem, esse processo se intensifica através da teoria da degenerescência de Morel, onde a preocupação com a origem e causa das doenças é visivelmente crescente, a questão nesse ponto diz respeito a “[...] combater as causas das doenças e a prevenir seus efeitos [...]” (MOREL;CASTEL apud VASCONCELOS, 2009, p.37) Esse movimento adquire ainda mais força após a publicação de obras como A Origem das Espécies de Chales Darwin e o Gênio da Hereditariedade de Francis Galton, geógrafo e estatístico adepto de suas teorias, que defendiam a hereditariedade como não sendo apenas responsável pela herança de aspectos físicos, mas também de aspectos mentais, propondo como alternativa a

intervenção na reprodução humana pela seleção de cruzamentos, a partir de 1880, a eugenia se transformou em um movimento social e científico, tendo continuidade no século XX em movimentos como: de Higiene Mental, movimento de eugenia nazista e psiquiatria soviética stalinista, essa última sendo inclusive utilizada como aprisionamento de divergentes políticos e religiosos, reforçando a ideia de oportunismo nas técnicas de saúde mental para o controle político e social.

Percebeu-se que o hospital, através da ciência do alienismo, nada tinha em comum com os ideais promulgados pela Revolução Francesa, na medida em que os loucos foram desacorrentados do imperativo de caridade e repressão, mas se mantiveram presos ao tratamento terapêutico. Assim, o alienismo, que promulgava o isolamento e o tratamento moral, foi alvo de muitas críticas. Aqui no Brasil, essa crítica se deu, por exemplo, através da obra de Machado de Assis “O Alienista”, que não criticou apenas o alienismo, mas também o método científico positivista que o legitimou, trazendo o debate sobre normalidade e anormalidade, sobre o mito da neutralidade científica entre outros.

Assim, o modelo de hospital psiquiátrico criado por Pinel e Esquirol, logo perdeu a sua credibilidade, pois os primeiros asilos ficaram lotados, a função social de segregação dos marginalizados que ainda era cumprida pelo mesmo se evidenciou e surgiram várias denúncias de violência. Então se buscou uma primeira modificação visando resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica, que foram as colônias de alienados, construídas em áreas agrícolas onde os alienados realizavam trabalhos terapêuticos:

Uma Colônia Familiar é um hospital psiquiátrico baseado na instalação “hétero-familiar”: os doentes que dela dependem, administrativa e terapeuticamente, gozam de um tipo de vida livre e familiar. São assumidos, no plano da moradia, da alimentação e da vigilância diária, por famílias que residem perto do estabelecimento hospitalar, mas que não pertencem propriamente ao pessoal deste [...] (JODELET, 2005,p.65).

As primeiras colônias brasileiras foram criadas após a Proclamação da República e foram denominadas Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita no Rio de Janeiro. Foram criadas dezenas de colônias por todo país, especialmente na gestão de Adauto Botelho nas décadas de 1940 e 1950, em São Paulo a Colônia de Juquery chegou a um número de 16 mil internos.

Porém, esse modelo não obteve êxito, pois era uma instituição similar a tradicional que, por meio do trabalho, tentava recuperar a sanidade dos “loucos”, mas que ainda os mantinham isolados e feriam a sua dignidade humana. Com as duas grandes Guerras Mundiais essa reflexão passou a se evidenciar ainda mais e as pessoas passaram a repensar valores como a solidariedade, o que abriu portas para as primeiras reformas psiquiátricas.

Vários modelos surgiram na época, um conduzido por um grupo composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional que: “tinham em comum a convicção de que seria possível qualificar a psiquiatria a partir a introdução de mudanças no hospital psiquiátrico [...]” (AMARANTE, 2007, p. 41) E outro composto pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva: “[...] experiências que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado [...]” (AMARANTE, 2007, p. 41) Em especial esse último grupo influenciou e influencia ainda hoje demasiadamente no modelo de saúde mental atual, a Psiquiatria de Setor especificamente contribuiu para a criação dos primeiros centros de saúde mental (CSM) e a Psiquiatria Preventiva contribuiu com a promoção da desospitalização, embasada na crença de que o tratamento deveria continuar no ambiente externo ao hospital. Com o objetivo de tornar com o tempo o hospital em um lugar quase inativo, que fosse caindo em desuso.

Mas, entre todos esses grupos, o que de fato foi o principal influenciador no Brasil para o movimento de reforma psiquiátrica, ocorrido na década de 1970, conduzido pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, foi o da Psiquiatria Democrática, que colaborou efetivamente para a continuação da desospitalização através da criação de centros de saúde mental, visando a superação do aparato manicomial, tendo como percussor Franco Basaglia e como continuador Franco Rotelli, ambos italianos. Franco Basaglia criticava a separação da doença enquanto objeto fictício do sujeito, afirmando que muitas vezes a doença era tratada, mas que se esqueciam dos sujeitos. E que era necessário focar na experiência dos sujeitos que a vivenciavam e colocá-la entre parênteses e não os sujeitos. O que auxiliou para a luta pela recuperação da cidadania dos portadores de distúrbios mentais, perdida durante décadas devido a ideais como os disseminados pela ciência do alienismo, Basaglia trouxe para dentro da saúde mental a inclusão social, criou a oportunidades de inserir esses sujeitos no mercado de trabalho os dando autonomia e cidadania:

O movimento brasileiro é influenciado pela experiência italiana, da tradição basagliana (AMARANTE, 1996), que coloca a enfermidade entre parênteses, evidenciando o sujeito enfermo e seu contexto de vida. Constrói seu objeto sobre a complexidade da “existência-sofrimento” (ROTELLI, 1990) das pessoas com transtornos mentais, articulando-a com suas condições de reprodução social, enfatizando o processo de invenção/produção da saúde (MELO, 2009, p.78).

Através da desinstitucionalização, termo atribuído para sinalizar a importância da reinvenção das práticas profissionais, bem o como o cuidado com o doente, se tornou possível o rompimento com o modelo manicomial no Brasil, esse termo foi utilizado por aqui com diferentes propósitos, entre eles a recusa do asilo como parte do processo terapêutico e a importância da participação das famílias no tratamento (LUIS, 2000, p.29). A seguir, trataremos sobre como ocorreu o movimento que culminou nos dispositivos de substituição dos manicômios e na desospitalização, visando resgatar a cidadania e a subjetividade do sujeito, bem como seus direitos sociais.

1.3 MOVIMENTOS SOCIAIS E A LUTA ANTIMANICOMIAL: Um conto sobre a indústria da loucura e a resistência popular

É sabido que o período ditatorial foi marcado por uma série de abusos e medidas de fortes restrições de direitos, porém é necessário salientar que, desse cenário obscuro, também surgiram organizações, mobilizações e, conseqüentemente, um fortalecimento do movimento popular, que passou a ser composto não apenas por operários, mas por figuras de várias esferas da sociedade civil, que vão desde intelectuais aos cidadãos comuns. O período autoritário fez com que os sujeitos distintos se mobilizassem unidos por interesses comuns, como o direito ao transporte, alimentação, educação e saúde.

No meio desses acontecimentos políticos, vislumbra-se a saúde mental, seguindo caminhos que ultrapassam suas questões internas e incorporam um viés que reclama a redemocratização e os direitos de forma geral:

Todo este processo se articulou com outros movimentos sociais e com a luta pela redemocratização do país, levando seus protagonistas a desempenharem uma militância que transcendia a questão específica da saúde mental. Mais do que isso, criou um

movimento social, o Movimento da Luta Antimanicomial, congregador não apenas de setores da saúde mental, como profissionais, associações de usuários e familiares, mas também, estudantes, artistas, jornalistas, intelectuais (YASUI,2006,p.26).

Como narrado anteriormente, a reforma psiquiátrica no Brasil vai ocorrer influenciada pela Psiquiatria Democrática com ênfase no princípio de desospitalização, tendo como principal defensor Franco Basaglia. Essas ideias ganham força especialmente na década de 1970, onde o número de internações em manicômios atinge um exorbitante quantitativo, o dobro em relação a década de 1960:

Enquanto na década de 1960 o número de hospitais psiquiátricos no Brasil não chegava a 140 unidades, na década seguinte o número chegou a 341 unidades, destes 72 públicos e 269 privados, totalizando 80.000 leitos psiquiátricos, essa tendência continuou até o início do processo de redemocratização do país, diminuindo somente quando inicia o processo de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica [...] (AMARAL,2006,p.98).

Nesse período, tornou-se visível a apropriação do espaço de tratamento como fonte de lucro por parte dos setores privados, resultando em números cada vez mais crescentes de internações. Com base nessa conjuntura é que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial se organizou em redes, com grupos e núcleos localizados em todo o Brasil, materializando as práticas da Reforma Psiquiátrica pautadas na psiquiatria democrática basagliana.

Vários encontros surgiram por meio disso e, nesses encontros, eram elaborados relatórios com as principais propostas políticas, permitindo uma melhor avaliação do nível de discussões do movimento. O Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), foi realizado em Salvador no ano de 1993 com a temática “O Movimento Antimanicomial como movimento social”, e foram discutidos nesse encontro a necessidade de novas práticas terapêuticas, o diagnóstico de doenças mentais e desconstrução do doente mental como um ser improdutivo para a sociedade, também foram discutidos os seus direitos sociais e a necessidade da proteção desses direitos:

Já no I Encontro, pela leitura do relatório, podemos perceber que está explícita uma preocupação em torno da representação dos doentes mentais como improdutivos e por isso desnecessários para a sociedade. Não há, entretanto, uma obrigatoriedade de que para os

doentes mentais seja construída uma nova imagem ligada à ideia de produção, mas que estes sejam resgatados para o convívio social e que se promova uma profunda discussão, da qual os próprios devem fazer parte, para que se encontre a melhor forma, de acordo com suas particularidades, de retornar à convivência na sociedade [...] (AMARAL, 2006, p.99).

Já no II Encontro realizado em Belo Horizonte em 1995 o tema escolhido foi “Cidadania e Exclusão”, onde as ideias debatidas eram baseadas na defesa da cidadania, da subjetividade dos sujeitos e de sua igualdade, discutiram a exclusão presentes em universos diversificados como cultura, assistência, direito e trabalho. Esses encontros tiveram continuidade em cidades diferentes, fortalecendo a sua articulação em redes, alguns conservaram debates antigos e outros introduziram novas propostas, estando entre elas a extinção dos manicômios, proposta recebida com muita resistência, especialmente por parte de psiquiátricas, donos de clínicas privadas e por parte de algumas famílias.

Essa resistência vinda dos donos de clínicas ocorreu devido a interesses estritamente econômicos, esses últimos eram denunciados constantemente pelos maus tratos aos seus pacientes e atingidos diretamente pelas ações do movimento, no tocante aos familiares. Isso aconteceu devido a falta de condições financeiras para arcarem com o tratamento e suas despesas e ao próprio despreparo destes para lidarem com as doenças, além das condições de espaço e outros fatores.

Com o incentivo da criação de uma rede extra-hospitalar em 1990, o projeto de desospitalização passa a compor as políticas do Ministério da Saúde, resultando na recusa por parte desse órgão a expansão dos leitos em instituições similares as manicomiais, fato que rendeu inclusive um protesto em 1992 por parte dos familiares na Câmara Municipal do Rio de Janeiro exigindo novos leitos. De acordo com Amaral (2006,p.101), essas problemáticas foram enfrentadas pelo MNLA nos encontros por meio de debates internos e propostas para a política de saúde mental, um fator que contribuiu para o enfrentamento dessa resistência foi a própria formação do movimento, que era composto por familiares, psiquiatras, usuários, ex usuários, trabalhadores do âmbito e simpatizantes de outras áreas.

Essa diversidade de participantes, aliada a participação dos próprios usuários, garantiu uma melhor definição das necessidades no âmbito e propiciou a autonomia dos pacientes. Tal articulação levou a apresentação do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT-MG) que tinha como objetivo principal a extinção dos

manicômios e a garantia da cidadania e inclusão, além de delegar a responsabilidade de fiscalização das internações involuntárias ao poder judiciário:

O projeto de Lei nº3.657 foi apresentado em 12 de setembro de 1989 e tinha como ementa: "Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória". Na explicação da ementa, justificou-se eu a internação psiquiátrica só seria indicada quando os demais recursos hospitalares fossem insuficientes, onde acrescentou a urgência do projeto (Diário do Congresso Nacional do dia 13 de setembro de 1989, página 9275.) (AMARAL, 2006,p.103).

O referido projeto percorreu um extenso caminho até sua aprovação, isso se deu devido ao embate de interesses antagônicos que representou, especialmente no tocante aos empresários de clínicas privadas, que fizeram todo o possível para impedir sua aprovação, incluindo um abaixo assinado em 1991 que adiou a sua votação. O projeto tramitou durante 12 anos até a sua aprovação em 2001 após a sua conversão na Lei nº 10.216, depois de pressões internacionais que influenciaram a tomada de medidas no espaço da saúde mental, como foi o caso da Organização Mundial da Saúde (OMS) que recomendou maior investimento e ações no âmbito, a Declaração de Caracas EM 1990, que foi uma das primeiras iniciativas para a adoção de políticas públicas e proteção dos direitos em saúde mental na América Latina e o Ministério da Saúde que em 1992 lançou uma campanha com o tema "doença mental não é crime". As demais medidas tomadas posteriormente foram no sentido de redirecionar a saúde mental em conformidade com os princípios basaglianos de desospitalização e humanização.

1.4 A ERA CAPS: Um conto sobre a reinvenção da cidadania e o enfrentamento de velhas práticas

Influenciando diretamente por meio desse princípio, de rompimento com o modelo manicomial e com o intuito de garantir a cidadania, foi criado aqui no Brasil os serviços de atenção psicossocial, onde as portarias ministeriais 189/91 e 224/92 instituíram várias modalidades, estando entre essas os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de forma mais direta os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD). Consiste numa política recente do Ministério da Saúde elaborada pela Área Técnica de Saúde Mental/ Álcool e

Drogas, publicada em março de 2003, voltada para a atenção integral desses usuários (DUARTE, 2009, p.186). Assim:

Os CAPSad oferecem atendimento diário nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, possibilitando o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua e intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. O documento da política informa sobre a implantação de CAPSad na rede de atenção em saúde mental do país, em substituição ao modelo assistencial vigente em saúde mental, predominantemente hospitalocêntrico, por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitalares (DUARTE, 2009, p.187).

Ainda segundo Duarte (2009), o CAPSad tem como objetivo através de atividades terapêuticas e preventivas, fornecer tratamento à comunidade, respeitando a área de abrangência definida. Devendo integrar-se a cultura daquela localidade e articular-se com toda a rede de cuidados em álcool e drogas. O trabalho desenvolvido pelo CAPSad é multiprofissional, conta com uma equipe de profissionais de diversas áreas do saber distintas: “Quanto ao trabalho da equipe, este deve ser multidisciplinar, de caráter interdisciplinar, que promova trocas importantes necessárias ao melhor plano terapêutico e reabilitação psicossocial estabelecido para cada usuário [...]” (SCHNEIDER, 2009, p. 80-81).

Sendo, portanto, uma das estratégias utilizadas pelo CAPSad visando uma melhoria na qualidade de seus serviços e um rompimento definitivo com o modelo manicomial hegemônico, os atendimentos prestados se dão por meio de atendimentos individuais e em grupos, esse último realizados por dois profissionais para permitir uma visão mais ampla dos acontecimentos naquele espaço em que os usuários estão inseridos, além das oficinas que são voltadas para atividades de promoção de renda e cidadania.

No que tange respeito ao trabalho profissional do Assistente Social nesse espaço, é bem diferenciado, tendo em vista que diferentemente dos outros profissionais, esse não possui formação em saúde mental, sua atuação volta-se justamente para viabilizar os direitos dos usuários e garantir sua participação na sociedade e cidadania, socializando entre os mesmos as informações necessárias nesse percurso:

[...] Acreditamos que o profissional de serviço social muito tem a contribuir nessa discussão. Sua formação de base política, aliada ao

papel fundamental que esse profissional tem em equipes multiprofissionais, torna-o apto para contribuir para a construção de uma prática interdisciplinar pautada nos princípios da política e da clínica na atenção psicossocial, entendendo-se essa última como algo que inclui reabilitação, cidadania e política [...] (LEME, 2013, p.25).

Porém, ainda com a inserção de grupos multiprofissionais, observa-se que existem limitações no âmbito do processo terapêutico. Segundo Duarte (2009) a introdução desses dispositivos não foi suficiente para alterar o quadro de internações prolongadas ou das reinternações, tendo em vista que apesar das implicações e possíveis contribuições do trabalho interdisciplinar, as práticas profissionais ainda são extremamente fragmentadas e os profissionais sentem dificuldades de comunicação e sofrem com a hierarquização, tendo que conviver ainda com velhas práticas terapêuticas operando no mesmo terreno socioinstitucional.

Em decorrer desses fatos, se evidencia ainda mais a necessidade de um estudo sobre as principais dificuldades dos profissionais no processo terapêutico dos usuários, pois apesar do movimento da reforma psiquiátrica e da introdução de uma série de técnicas novas, fica claro que ainda não foi possível estabelecer efetivamente o modelo de saúde mental almejado aqui no Brasil através da inspiração Basagliana, o que fortalece a ideia da necessidade de uma pesquisa aprofundada, visando compreender as dificuldades enfrentadas por esses profissionais com a intenção de romper com as barreiras que impedem a total superação do modelo hospitalar manicomial e das práticas que o acompanharam durante décadas.

Capítulo 2 UM CONTO SOBRE COMO UM CONTO INFLUENCIOU OUTRO: A política de drogadição como um resultado da Reforma Psiquiátrica

No referido capítulo, abordaremos o consumo de drogas a partir da pré história e alguns significados que podem explicar a motivação para o uso de drogas e o que seu consumo representa na sociedade contemporânea, ao passo em que discutiremos também a importância da família no processo terapêutico dos usuários, bem como alguns fatores de risco de sua não participação.

Traçaremos ainda uma linha entre a Reforma Psiquiátrica e a criação da política de drogas no Brasil, essa última revela-se como um resultado da primeira e trouxe diversas contribuições no âmbito da Saúde Pública, visto que o usuário de drogas que, antes era invisível aos olhos do Estado e da sociedade que o excluía, passa a ser reconhecido como sujeito de direitos, ganhando a atenção e cuidados necessários para a sua reabilitação.

Abordaremos também a Redução de Danos enquanto uma proposta ética, que contribui tanto para o rompimento de preconceitos quanto para uma melhoria na qualidade de vida dos usuários, viabilizando uma maior integração dos mesmos à sociedade, priorizando o bem estar dos sujeitos por meio de medidas preventivas e sociais.

Dessa forma, analisaremos a seguir os elementos que fazem parte da Política de Drogas no Brasil, como surgiu e o seu funcionamento para compreendermos os desafios que a cercam e assim atingirmos o objetivo central desse estudo, que é apreender as dificuldades profissionais no processo terapêutico do Caps ad.

2.1 UM FUTURO QUE REPETE O PASSADO: O uso de substâncias psicoativas e seu significado na contemporaneidade

Ao pararmos para refletir sobre o uso de drogas, logo nos remeteremos ao tempo presente, mais precisamente ao século XXI, entretanto isso não ocorre por acaso, e sim pela dimensão que tal problemática vem ocupando na atual conjuntura, porém o uso dessas substâncias data de um período bem antigo, originado desde a pré-história, sua utilização tinha variados objetivos que partiam do lazer, misticismo, rituais religiosos ao medicinal.

Com o processo de industrialização e o crescimento do capitalismo ocorreram um série de disputas em torno dessa temática, disputas essas que se resumiam na concorrência entre quem deveria produzir e quem deveria prescrever essas substâncias, tendo como atores principais profissionais como médicos, farmacêuticos, fabricantes de remédios, herbolários e praticantes da medicina popular. Isso se dava, porque naquele momento histórico as drogas já eram vistas como fonte de renda e se compreendia como sendo necessária uma divisão entre os grupos envolvidos para a restrição de sua posse e de seu lucro. (LINS; SCARPARO,2010,p.262) Diante desse quadro algumas medidas foram tomadas por parte do Estado.

Nos Estados Unidos da América por exemplo, houveram medidas que objetivavam conter a produção de substâncias psicoativas, prova disso foi a Lei Seca, que proibiu o uso de álcool de 1919 a 1932. A motivação para tanto era meramente política e econômica, pois vislumbra-se uma forte contradição aos discursos oficiais do governo que, em atitude antagônica, priorizou a saúde em segundo plano, além disso, essa medida não foi capaz de restringir o uso de drogas, agravando ainda mais esse quadro, gerando como resposta um estímulo ao tráfico de drogas e violência, evidenciando que medidas de repressão não são alternativas para diminuição do uso dessas substâncias.

Questões como essas vem sendo estudadas com a finalidade de obter respostas plausíveis para o presente, e um desses estudos aponta o mundo globalizado através de suas características próprias como o individualismo, consumismo e a busca inconsequente pelo prazer, como um dos fatores que influenciam no uso de drogas:

[...] O mundo contemporâneo vive esvaziamentos simbólicos da herança cultural. Surgem progressivos rompimentos da articulação entre passado, presente e futuro, gerando o eterno presente. A palavra de ordem do mundo globalizado é sedução, tendo o consumo como suporte e emblema característico (SARAIVA apud LINS;SCARPARO,2010,p.263).

Desse modo, o mundo globalizado implica uma série de relações de trocas de interesses e produção de valores, impondo a exploração de novas formas de lazer e diversão. Assim sendo, as drogas servem atualmente como alternativa de negação das problemáticas atuais e de uma lógica capitalista socialmente construída, de tal

forma que a culpabilização do próprio indivíduo é demasiadamente incessante, assim também é entendida a dependência química, como culpa e responsabilidade exclusiva dos mesmos, que devem enfrentar sozinhos essa dificuldade, o que fragmenta ainda mais a compreensão desse fenômeno e a incerteza da multidimensionalidade dos processos humanos:

Essa posição impede a dialógica que possibilitaria juntar, por exemplo, individual e coletivo, público e privado, família e indivíduo, na produção de entrelaçamentos do fenômeno ao complexo. São perspectivas que enfocam o indivíduo para explicar as práticas humanas. Desse modo, responsabilizam isoladamente o dependente químico pelo uso de SPA, ao mesmo tempo em que, do ponto de vista recursivo, tal lógica reforça e legitima o paradigma moderno, assim como o sujeito da modernidade o corrobora e é produzido por essa perspectivas ao agir no mundo [...] (MORIN apud LINS;SCARPARO,2010,p.263).

No capitalismo pós moderno, portanto, verifica-se elementos da sociedade de consumo, que contribui para o aumento da drogadição, tendo em vista, a grande lucratividade e poder econômico ofertados pelo mercado das drogas, que engloba desde as classes mais subalternas às classes com grande poder aquisitivo e, ao associarmos esse fenômeno com as esferas coletivas, percebemos sua ligação com questões macrossociais, conferindo às dimensões de classe, etnia, religiosidade e gênero uma falsa perspectiva de totalidade, essas categorias na atualidade vão ganhando um novo significado, tendo em vista as mudanças nas práticas sociais que estão sendo promovidas pela globalização. A pós modernidade, entendida como novo nível do capitalismo vem gerando assim exclusão e miséria, dando espaço a uma sociedade cada vez mais consumista, a produção ilimitada de mercadorias, pobreza e até mesmo mortes.

Uma das propostas das políticas que vem sendo direcionadas para a problemática das drogas é a participação da família no tratamento, pois a família é entendida como produto e produtora dos modos de vida pós modernos, como um dos modos de regulação da vida social, essa instituição vem se modificando no decorrer dos tempos. No século XV essa palavra era utilizada para se referir aos trabalhadores dos donos de propriedades, seu termo inclusive é derivado do latim *famulus*, que significa escravo, atualmente seu termo refere-se a todos os membros da casa, na contemporaneidade a família ainda sofre transformações, especialmente

no que diz respeito aos seus diversos arranjos, de modo que é mais fácil descrevê-la do que defini-la.

Essa instituição que é a família vem sendo alvo dos mais variados estudos que buscam analisar fatores de risco para uso de substâncias psicoativas. O problema desses estudos é que falta sua articulação com fatores sociopolíticos e culturais, exemplo disso é que um desses estudos aborda a falta de limites e superproteção da família como um dos fatores de risco para o uso drogas, sem levar em consideração que no histórico do país de “drogaditos” e “drogaditas”, constam sofrimentos e responsabilidades precoces que muitas vezes os impediram de exercerem seu papel.

O fator que mais chama atenção e que de fato revela-se como mais importante é o sucesso no tratamento de usuários de drogas nos quais os familiares participam que esses estudos apontam, prova que a participação da família no tratamento é um elemento primordial para seu sucesso, e que de acordo com alguns estudos a maioria dos não usuários de drogas possui uma família bem estruturada e que os apoiam nas dificuldades:

O segundo levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas revelou que 78% dos não usuários de SPA referiram-se a uma família que tinha clareza sobre suas regras e apoio diante das dificuldades. Entre 30 usuários de drogas, 21 afirmaram a importância de uma família “bem resolvida” para evitar o envolvimento com psicotrópicos, sendo o bom relacionamento entre figuras parentais um fator de proteção. A pesquisa com estudantes com uso pesado de álcool e de outras drogas demonstrou um relacionamento ruim do jovem com seus pais e desarmonia entre pai e mãe (CARLINI;GALDURÓZ;NAPPO;NOTO apud LINS;SCARPARO,2010,p.265).

Contudo, apesar de encontrarmos na família uma possível explicação para o uso de substâncias psicoativas, não podemos limita-la como único fator que leva a tanto, haja visto que o uso dessas substâncias se referem a muitas outras dimensões e processos que vão além dos familiares, sendo necessário para entendê-los ampliarmos a sua compreensão:

[...] não é conveniente considerar separadamente família, indivíduo, cultura, economia e avanços tecnológicos, entre outros, ao abordar a questão. A família considerada recursivamente é produto e geradora de uma sociedade pautada pelo individualismo e pelo consumo na qual o uso de SPA é prática corrente. Assim, maneiras de intervir na constituição de um sujeito contemporâneo têm, na família, parte e

totalidade, o que impõe a condição de considerar continuamente articulações em rede que se processam nas experiências globais (LINS; SCARPARO, 2010,p.265).

Analisaremos a seguir a situação de drogadição no país, incluindo algumas formas de enfrentamento a esse contexto, políticas públicas voltadas a essa dimensão e alguns avanços obtidos nesse sentido.

2.2 DESVENDANDO A POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL

A discussão da temática (drogas) ainda é um tabu na conjuntura societária, ainda que o número de usuários no Brasil seja alarmante e essa problemática tenha ganhado dimensões extensas, o seu debate ainda é escasso, quando existente há um enfoque na realidade dos usuários e basicamente nenhum no aspecto dos profissionais, que são peças indispensáveis no enfrentamento dessa conjuntura.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “a situação de dependência das drogas é um dos mais sérios problemas da saúde pública no mundo, o que remete à carência de tratamentos psicossociais e farmacológicos que sejam realmente eficazes” (WHO apud SPOHR, 2006). Tal afirmativa demonstra a importância do estudo das questões dentro do CAPS AD que possam pôr em risco a sua efetividade. Segundo Spohr, no Brasil os serviços de saúde em sua totalidade, acabam sendo falhos devido a falta de acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos nessa área. (FORMIGONI, apud SPOHR, 2000, p. 223).

Dessa forma, se compreende uma dificuldade no Brasil com relação a avaliação de serviços e programas de saúde. Revelando-se uma despreocupação com relação a efetividade desses serviços, o que é fundamental, levando em conta sua gravitação e o número de demandas que os profissionais do CAPS AD tem que responder.

O portal saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, online) aponta que existem no Brasil referência 2.096 Centros de Atenção Psicossocial, que podem realizar 43, 1 milhões de atendimentos por ano. Ainda segundo o portal, a rede de atendimento a dependentes químicos também é composta por 101 consultórios na rua, com a finalidade de atender os usuários no local de uso. Esses dados não são apenas números, mas sim uma demonstração da responsabilidade diária dos profissionais da área de saúde mental, considerando as grandes taxas de

mortalidade devido ao uso de drogas. Segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas de acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2009, p.201) em uma avaliação feita no período que vai de 2001 a 2007, no Brasil o número de mortes devido a transtornos comportamentais e mentais devido ao uso de álcool correspondem a aproximadamente 90% dos casos relacionados as mortes devido ao uso de drogas, seguidos pelo uso do tabaco que corresponde a 6% , ao uso de múltiplas drogas que corresponde a 0,7% e de cocaína com 0,4%.

Ainda segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas, de acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), (BRASIL, 2009, p. 201) no Nordeste nos anos de 2006 e 2007 as taxas de morte ao uso de drogas em geral, chegam a atingir 5 mortes por 100.000 habitantes. Observou-se também que no mesmo período houve tendência de crescimento no Brasil como um todo. Da aí a necessidade de assegurar que o tratamento seja realmente eficaz, é relevante diante desses dados, que haja um estudo e uma avaliação que de fato verifique o andamento de tal processo, o estudo dos principais obstáculos enfrentados pelos profissionais de saúde mental, faz-se fundamental, já que os mesmos são ferramentas insubstituíveis e indispensáveis em meio ao procedimento terapêutico, e é compreendendo as dificuldades enfrentadas por eles, que se pode viabilizar meios para fortalecer o tratamento e romper com quaisquer elementos que possam impossibilitar a sua efetivação, garantindo a reinserção dos usuários na sociedade e uma vida livre da dependência causada pelas drogas.

Apesar dessas dificuldades, podemos perceber muitos avanços no âmbito da saúde mental, especialmente após o processo de abertura democrática que resultou em uma série de eventos, a exemplo a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988, o SUS e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Esses acontecimentos fortaleceram ainda mais o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, por meio das discussões sobre as mudanças necessárias no campo dos direitos e da saúde, as ações propostas pela Reforma Psiquiátrica ocorreram inicialmente em manicômios e dentro dos hospitais psiquiátricos:

No contexto político da abertura democrática, ocorreram a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988, a legislação do Sistema Único de Saúde-SUS e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Nesse momento fecundo para a ampliação das discussões sobre as mudanças necessárias a serem implantadas no campo da saúde e dos direitos, fortalece-se o movimento da

Reforma Psiquiátrica. As ações propostas pela reforma no campo da Saúde Mental iniciaram dentro dos hospitais psiquiátricos e nos manicômios mentais dos trabalhadores [...] (CONTE at al(orgs),2004,p.60).

O intermédio dos debates trazidos pela Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, permitiu uma visão inovadora daqueles que sofrem de distúrbios psíquicos, distanciando-se de preconceitos e estigmas, para reconhecer os/as usuários/as de drogas como portadores de direitos e usuários/as da saúde, trazendo uma diversidade de contribuições e avanços, a começar pelo fato de ter aberto as portas do manicômio, que até então enquadrava qualquer portador de distúrbio mental, exercendo um controle social por meio da disciplina que era imposta a esse último.

Outra relevante contribuição veio através da humanização dos profissionais desse âmbito e da sua relação com os usuários que antes perdiam seus direitos sociais e eram excluídos da sociedade, o trabalho pós Reforma Psiquiátrica por parte dos profissionais trouxe o reconhecimento de si mesmo ao usuário, um resgate de sua cidadania, a retirada de uniformes e o uso de roupas próprias, a revisão de diagnósticos e prognósticos:

A abordagem da Saúde Pública voltada para os usuários de álcool e outras drogas acompanhou os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária, o que significou o reconhecimento de direitos e deveres dos “loucos” e, por consequência também dos “toxicômanos”. Neste sentido, passa-se a dar maior visibilidade ao usuário, como um sujeito de direitos e coloca-se em debate aspectos fundamentais, como responsabilidade individual; responsabilidade penal; liberdade de escolha; descriminalização; diversificação das modalidades de atendimento, objetivos e direção dos tratamentos; qualificação na interface da saúde e da lei dispositivos de saúde socioculturais (esporte, lazer, cultura, trabalho), no compasso com os princípios e as diretrizes do SUS. (CONTE at al(orgs),2004,p.61).

Nesse sentido, trabalhar em saúde, seja na área da Atenção Básica ou mental, requer disponibilidade de ouvir, se colocar em posição de canal para compreender as necessidades dos usuários, através da escuta, deixando-os falar, o que permite descobrir novas possibilidades, bem como suas potencialidades. A flexibilidade envolvida na Reforma Psiquiátrica e na Reforma Sanitária, pressupõe o entendimento da saúde para além de preconceitos, da moral e do juízo de valor, focalizando-se na demanda e nas necessidades dos usuários em seu sistema. Essa

flexibilidade também faz parte da proposta Redução de Danos que iremos introduzir no próximo tópico.

2.3 REDUÇÃO DE DANOS: Uma proposta de respeito aos usuários de drogas.

A redução de danos teve início em 1926 na Inglaterra, através da iniciativa de um grupo médico que determinou por meio do Relatório Rolleston, que a forma mais eficaz de tratar dependentes de morfina e heroína era por intermédio da administração monitorada dessas drogas, objetivando proporcionar ao usuário uma vida mais produtiva e estável, na época, tal medida foi considerada polêmica, pois até aquele momento a crença da sociedade era pautada na interrupção do uso de tais drogas:

À época, pressupunha-se, como hoje, ser mais adequada a interrupção completa do uso de opiáceos. No entanto, por reconhecer que seu uso estava intrinsecamente associado às características de vida dos usuários, a prescrição médica da droga poderia minimizar os efeitos mais danosos à saúde dos indivíduos com ela envolvidos. Segundo Sodelli (2010), o programa gerou polêmicas por ter um caráter inovador no enfrentamento do uso indevido de drogas, mas pela primeira vez na história moderna a dependência de drogas é vista de outra perspectiva, a qual trata a dependência como problemática complexa devendo, ser abordada através de estratégias múltiplas e singulares (SODELLI apud FÔNSECA, 2012, p. 12-13).

Tal ideia só volta a ser retomada em 1980, em virtude de um surto de AIDS, por esse motivo a transmissão do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis passou a representar um risco eminente para a sociedade. Em decorrência desse fator foi reconhecida a necessidade de medidas preventivas, que não dependessem exclusivamente da adesão dos usuários ao tratamento embasado na abstinência, nesse sentido, ocorreu na Holanda em 1984 o primeiro programa de troca de seringas, que se disseminou rapidamente por todo o continente europeu, significando não só uma alternativa de controle de epidemias, mas também uma forma de atender a demanda de grupos marginalizados como os de usuários de drogas.

No Brasil, esse método só vai acontecer em 1989, quando a prefeitura da cidade de Santos, sob a direção de Fábio Mesquita, anuncia um serviço de troca de

seringas, tendo como objetivo conter o surto de AIDS que fazia do município recordista em número da doença no país, porém essa medida foi barrada pelo Ministério Público que apreendeu todo o material e processou diversos médicos por considerar a ação um estimulante ao uso de drogas ilícitas. Esse impedimento fez com que os técnicos recorressem a medidas alternativas, dentro de uma lógica de redução de danos.

A redução de danos só se torna política governamental no Brasil durante a década de 90, com a atuação das organizações civis, aqui o primeiro programa de Redução de Danos só vai acontecer em 1995 na cidade de Salvador-Bahia, depois do parecer favorável dado pelo Conselho Federal de Entorpecentes em 1994, se compararmos com o primeiro programa de trocas de seringas realizados na Holanda, identificamos um atraso de 15 anos na adoção da ação por parte do Brasil, o que consequentemente representou uma série de problemáticas aqui no país para controlar a epidemia de HIV:

A força política da Redução de Danos vai se intensificando ainda mais ao longo dos anos 90 com as conferências mundiais de redutores de danos, realizadas anualmente em diversos países. Em 1997, surge a ABORDA - Associação Brasileira de Redutores de Danos e em 1998 surge a REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos. Acompanhando estes programas, várias leis foram sancionadas para legitimar a prática da redução de danos em vários estados e municípios. Entretanto, o foco da Redução de Danos nesta época está na população, ou seja, do ponto de vista epidemiológico. Nesse sentido, a Redução de Danos visa minimizar danos à sociedade que sofre uma epidemia de HIV e outras doenças (FÔNSECA, 2012, p.14).

Fato que comprova essa força que a redução de danos vinha conquistando é que em setembro de 2001, existiam aproximadamente 100 projetos em andamento no país e em 2002 a mesma foi incorporada ao Sistema Único de Saúde pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia de prevenção ao uso e abuso de drogas através de serviços como os Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas (CAPSad): “Em 2003, mais de 150 programas de Redução de Danos estavam em funcionamento no País[...]”(CRUZ apud FÔNSECA, 2012,p.15) Esses projetos eram desenvolvidos às margens do SUS, com pouca integração formal com outras instâncias, situação que não se modificou muito atualmente.

Em 2004, há uma mudança de foco por parte do Ministério da Saúde, que até então travava uma luta contra a Aids, nesse período essa última deixa de ser o

centro das atenções devido a uma nova problemática: o crack. Que ganha um novo olhar e passa a ser incluído no âmbito da saúde mental, por esse motivo a Redução de Danos passa a ser compreendida como uma estratégia na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. lançada pelo Ministério da Saúde, sendo que essas estratégias não se limitam apenas as ações de trocas de seringas, mas na construção de ações que ultrapassem os serviços da rede assistencial do SUS, especialmente os serviços de saúde mental (como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) e os serviços de atenção primária à saúde (como a Estratégia Saúde da Família). Ainda nesse período, muitas associações foram fechadas ou paralisaram suas atividades por falta de financiamento.

Em 2006, vários avanços foram obtidos em decorrência da divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde que fortaleceu a ideia de ações preventivas e de redução de danos que envolvam a co- responsabilização e autonomia da população:

[...] Esse trabalho avançou gradativamente até ampliar seu campo de atuação para outras drogas, passando a conceber as estratégias de RD como uma política de saúde. Avanços também foram obtidos no campo dos direitos, com muitos estados e municípios criando legislações específicas sobre práticas de redução de danos (FONSECA,2012,p.15).

Fato que reforça essas conquistas no campo dos direitos é a instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, por meio da lei federal 11.343/2006, esse Sistema sinaliza medidas de reinserção social dos usuários e dependentes químicos, bem como ações preventivas na perspectiva de combate do uso inadequado de drogas, impõe também regras para Repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, distanciando essa questão do espaço policial, extinguindo a pena de prisão para usuários de drogas e aproximando-se mais das questões de saúde:

A lei federal 11.343/2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad – que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crime fez avançar um pouco mais, na medida em que afastou o uso de drogas do âmbito policial (supressão da pena de prisão para usuários de drogas), aproximando-o mais das questões da saúde (FONSECA,2012,p.15).

Na atualidade, a política de redução de danos se configura como um conjunto de ações que visam em primeiro plano o bem estar dos usuários, como uma conquista ética, na medida em que se distancia de conceitos morais, do que é dado como certo e errado pela sociedade, da culpabilização dos indivíduos, preconizando não a abstinência dos mesmos, mas sim, a sua segurança e qualidade de vida através de medidas preventivas e sociais, que visam garantir sua cidadania e resgatar o seu direito ao convívio social e comunitário:

A redução de danos é uma aposta inovadora, uma aposta ética. Não tem como meta fixa a eliminação desses comportamentos, o que a torna, desde logo diferente de outras práticas outrora utilizadas no tratamento de dependentes químicos (como por exemplo, os Alcoólicos Anônimos, que visam a abstinência total e permanente). O que a redução de danos pretende é a construção de atitudes responsáveis em face de comportamentos de risco. Percebemos com isso, que o conceito de redução de danos traz como meta informar, se aproximar do usuário de drogas, além de educar as pessoas e a sociedade no sentido de produzir atitudes saudáveis que minimizem as consequências adversas do consumo de drogas (ROSSI apud FÔNSECA,2012,p.17).

Em resumo, o programa de Redução de Danos tem um objetivo e um princípio maior, que é uma política social que tem como meta principal reduzir os efeitos negativos causados pelo uso de drogas, estimulando por meio de suas práticas os usuários ao cuidado de si mesmos, para que ocupem seus lugares dentro da sociedade. E é justamente em consonância com esse princípio que a atuação dos profissionais deve estar voltada dentro do CAPS AD, haja vista que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil apresenta um histórico de práticas permeadas pela repressão e pelo tratamento moral.

A Redução de Danos se mostra como uma arma de enfrentamento a velhas práticas e como norteador de dispositivos como o CAPS AD, que desempenham função estratégica de organização de rede em seu território de atuação. No próximo capítulo iremos aprofundar no modo em como esse trabalho acontece no CAPS AD na perspectiva multiprofissional, dando ênfase posteriormente no CAPS AD da cidade de Pombal-PB e nas dificuldades que foram observadas para realização desse trabalho do ponto de vista profissional, a partir de uma pesquisada que realizamos na área.

Capítulo 3: UM CONTO SOBRE O CAPS AD DE POMBAL-PB

Nesse capítulo, iremos apresentar o CAPS AD da cidade de Pombal-PB, introduzido no município de forma ainda recente e que atende demandas de localidades vizinhas. Assim, discutiremos sua estrutura, seu desenvolvimento, profissionais, condições de trabalho e serviços os serviços ofertados pela instituição. Discutiremos também sobre o trabalho multiprofissional no âmbito, bem como suas dificuldades, importância e métodos de realização.

Finalizaremos esse trabalho expondo a pesquisa realizada na instituição onde, através de observações empíricas e entrevistas semi-estruturadas, apreendemos os principais obstáculos que permeiam o trabalho dos profissionais dentro do CAPS AD, de início, convidamos vocês leitores a embarcarem nesse universo repleto de possibilidades e também limitações que é o CAPS AD da cidade de Pombal-PB.

3.1 ABRINDO AS PORTAS DA INSTITUIÇÃO: Conhecendo o CAPS AD da cidade de Pombal-PB.

Pombal é um município localizado no alto sertão paraibano, que segundo dados do IBGE do ano de 2010, contava com uma população de 32.110 habitantes, destes, 16.729 são mulheres e 15.381 são homens. O Centro de Atenção para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD III), recebeu o nome de Pe. Solon Dantas de França, em homenagem a um padre muito conhecido na região, foi inaugurado no dia 27 de maio de 2013. Sendo localizado na Rua Monsenhor Valeriano, nº96, no bairro centro, que possui um total de 3.986 habitantes, onde 1740 são homens e 2246 são mulheres.

O CAPS-AD de Pombal, é o 6º do país e o 3º no Estado da Paraíba na modalidade de atendimento 24 horas. Atendendo Pombal e a 16 municípios circunvizinhos. Compondo a rede de serviços, previsto pelas Políticas Públicas de saúde mental, subsidiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o site Liberdade PB (ONLINE,2013.), o CAPS III, no ano de 2013 recebeu elogios do Ministério da Saúde e foi indicado como referência para Estados do Norte e Nordeste que estavam implantando o serviço a exemplo do Piauí, Maranhão, Ceará,

Amazonas e Pernambuco. No mês de agosto do mesmo ano o Caps realizou 627 atendimentos, superando a média de vários Estados brasileiros.

Os/As usuários/as atendidos pela instituição são pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Seu serviço é especializado na recuperação de dependentes químicos de forma holística, ou seja, integral e contínuo. Baseado em abordagem biopsicossocial e realizado por equipe multiprofissional, a equipe do CAPS-AD da cidade de Pombal PB é composta atualmente por 1 recepcionista, 1 diretor, 1 Assistente Social, 1 Psicólogo, 1 Médico Psiquiatra, 1 farmacêutico, 1 educador físico, monitores e equipe de apoio. O quadro profissional encontra-se em defasagem em decorrência da ausência de profissionais que ainda não foram convocados após a realização de concurso público no ano de 2015.

Tendo em vista que a recuperação da dependência química envolve uma abordagem Biopsicossocial, o CAPS-AD III realiza acolhimento dos usuários exclusivamente em caráter voluntário, considerando a motivação como critério na recuperação desses. O tratamento ocorre em diferentes níveis de acolhimento, em que se avalia o apoio e estrutura familiar, sendo a participação da família fator essencial nesse processo.

No momento o CAPS AD III Regional conta com 40 usuários subdivididos em três categorias de tratamento: Acolhimento 24 horas, Acolhimento Diurno e Acolhimento Noturno. (Quantos intensivos, semi-intensivos, não-intensivos.) São realizadas em seu âmbito oficinas pedagógicas, artísticas e sociais por sua equipe multiprofissional, objetivando a inserção do portador de sofrimento psíquico com neuroses graves e usuários de álcool e outras drogas na família e na sociedade.

Além das oficinas a instituição oferece outras atividades, como por exemplo, o atendimento individual, que é uma modalidade de atendimento que inclui assistência psiquiátrica, psicológica, assistência clínica e orientações. Tendo como indicação de tratamento usuários que necessitem de uma escuta instrumentalizada e individual, outra atividade ofertada é o atendimento em grupos, que inclui oficinas terapêuticas, psicoterapia em grupo e grupos terapêuticos, o CAPS AD de Pombal também conta com o Brasil Alfabetizado, que é um programa voltado para a alfabetização de jovens, adultos e idosos que visa promover a superação do analfabetismo entre os

mesmo, o que é primordial, visto que na instituição de Pombal muitos usuários não sabem ler e escrever.

Com relação a estrutura do CAPS AD de Pombal, este conta com salas para Psicólogo, Assistente Social, Psiquiatra, Clínico Geral e Diretor. Sala de reunião, copa, um salão de jogos, onde usuários/as frequentam para lazer e socialização, sala de enfermagem, um espaço para as oficinas de artesanato, onde estão expostos trabalhos feitos pelos usuários, farmácia onde ficam os medicamentos e recepção.

O espaço ainda possui uma capela, academia ao ar livre para a prática de exercícios físicos, e dois quartos, um referente a ala feminina e outro a ala masculina, esses quartos estão em excelentes condições, dispõem de camas confortáveis, ar condicionado e televisão, além de banheiros, também há na instituição uma horta para plantio, que é cuidada pelos próprios usuários com ajuda de um profissional da área, porém atualmente devido a falta de condições financeiras e profissionais, a horta encontra-se em condições instáveis.

3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NOS CAPS.

O trabalho em equipe, que inclui a presença de profissionais distintos e de múltiplas áreas de conhecimento, é uma realidade cada vez mais visível dentro dos espaços de saúde, pois esse trabalho vem sendo visto como uma estratégia de enfrentamento a intensificação de especialização no cenário da saúde.

No Brasil, desde a década de 1970 esse tipo de trabalho passou a ser priorizado, porém, existe a predominância de uma visão do mesmo estritamente técnica, na qual é encarado como uma realidade dada e não há uma problematização dos trabalhos especializados.

Existem algumas concepções sobre o trabalho em equipe, três delas podemos destacar aqui: a primeira é que segundo estudos que analisam seus resultados o trabalho em equipe contribui para o aumento da produtividade e racionalização dos serviços; a segunda se baseia em estudos que tomam como bases conceitos da psicologia, analisando a equipe de acordo com suas relações interpessoais e nos processos psíquicos; a terceira diz respeito a vertente da

interdisciplinaridade na qual estão inclusos estudos que trazem a discussão da articulação dos saberes e da divisão do trabalho.

De certo, a proposta multiprofissional traz consigo um aumento das possibilidades terapêuticas, mas também a possibilidade de uma crescente fragmentação do trabalho, impondo a necessidade de uma integração realmente interdisciplinar.

O trabalho interdisciplinar começa a ganhar força a partir da década de 1960, tendo como intuito superar a fragmentação do conhecimento em um mundo cada vez mais difícil, seu termo apesar de não ter sentido único, remete de maneira geral a troca de conhecimento entre os especialistas e a intensidade de integração das disciplinas em um projeto profissional, de ensino ou pesquisa (VASCONCELLOS, 2010, p.2).

Como já assinalamos, no Brasil a Reforma Psiquiátrica contribuiu para diversas mudanças, estando entre elas a cidadania dos usuários e a introdução de instituições extra-hospitalares como os CAPS. O que ainda não ressaltamos foi a defesa que esse processo trouxe do trabalho interdisciplinar, bem como a exigência de equipes multiprofissionais nas políticas públicas, o que também representou uma estratégia a superação do modelo manicomial, tendo em vista que a introdução de profissionais diversos influenciou na problematização da exclusividade da narrativa médica sobre loucura e doença mental.

Embora a introdução de múltiplos profissionais na saúde tenha trazido essa problematização, não foi capaz de sozinha romper com a desigualdade e hierarquização no processo de trabalho em saúde, no qual é visível em sua divisão a soberania do poder médico:

Quanto à divisão do trabalho em saúde, entende-se que a prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, portanto, núcleo original do qual outros trabalhos especializados derivam. Os trabalhos que se separam ou se agregam ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde. No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social (PEDUZZI, 2001, p.107).

As diferenças técnicas referem-se as especializações dos conhecimentos e intervenções entre as diversas áreas profissionais, e as desigualdades dizem

respeito a valores e normas sociais que hierarquizam e disciplinam as diferentes técnicas entre as profissões, o que significa que algumas profissões são mais consideradas que outras e que existe uma relação hierárquica e de subordinação entre os profissionais:

[...] Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho (PEDUZZI,2001,p.107).

Os profissionais, sejam eles médicos ou não, mesmo em seus discursos críticos acerca da divisão do trabalho, reforçam essa relação desigual e de subordinação. Todos dividem o valor comum delegado ao modelo biomédico, colocando em segundo plano outras áreas de saberes e ações de outras esferas como educativa, preventiva, psicossocial, comunicacional.

A reiteração, por parte de todos esses sujeitos, deve-se a tendência de reprodução das práticas sociais de seu tempo histórico e a alienação de sua capacidade de posicionarem-se mediante as situações, tomando decisões conscientes dos valores e regras que servem de base para os consensos.

Dito isto, observa-se que no trabalho coletivo onde há menores desigualdades entre os variados trabalhos e seus protagonistas, ocorre uma maior integração da equipe:

[...] À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho (PEDUZZI,2001,p.107).

O trabalho em equipe não impõe imperativamente a desconstrução das especificidades de cada área de conhecimento, pois são essas especificidades que podem contribuir para a divisão do trabalho e uma possível melhoria nos serviços prestados. Os profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que defendem a necessidade de manutenção de cada trabalho especializado, também defendem uma flexibilização da divisão do trabalho.

Essa flexibilidade significa a necessidade de ações exclusivas dependendo do âmbito do profissional e que só podem ser realizadas por ele, e também de ações

que podem ser realizadas por todos os trabalhadores, independente de sua área de atuação. A flexibilidade da divisão do trabalho auxilia dessa forma para uma maior integração da equipe.

A integração da equipe em saúde vem se mostrando, apesar das desigualdades sociais e técnicas, como uma realidade cada vez mais possível, sendo necessário para a sua concretização iniciativa por parte dos/as profissionais no sentido de romper com sua subordinação, com as relações hierárquicas entre médicos e não médicos. Lutando por essa flexibilização e sua autonomia técnica, o que poderá definir maior ou menor nível de integração será a prática desigual da valorização social dos diferentes trabalhos mediante a ação comunicativa, pois isso impõe o compartilhamento não apenas de premissas técnicas, mas também de um horizonte ético.

No próximo tópico, explanaremos as principais dificuldades para realização do trabalho em saúde mental, a partir da visão dos próprios profissionais, com base em uma pesquisa de campo realizada no CAPS AD do município de Pombal, no qual realizamos entrevistas e observações empíricas a fim de apreendermos os obstáculos que permeiam suas atividades e a prática multiprofissional, assim como também as possibilidades que existem para melhor prestação de serviços e a realização desse trabalho em equipe.

3.3 UM CONTO SOBRE VILÕES E HERÓIS NA PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL: Com a palavra os profissionais do caps ad de Pombal-PB

Ao adentrar nesse mundo que é o CAPS AD de Pombal, nos deparamos a princípio, com uma realidade de infinitas possibilidades dado alguns aspectos positivos que observamos. Entretanto, ao mesmo tempo vislumbramos algumas incógnitas no que se refere ao modo como se dá o trabalho multiprofissional mediante a postura diversificada de alguns/as profissionais envolvidos nesse trabalho e também de algumas condições socialmente postas a esses/as.

Primeiramente, observamos que a instituição é fortemente influenciada pelos princípios cristãos, a começar pelo nome que recebeu em homenagem a um padre da região, Pe. Solon Dantas de França; o símbolo da instituição são duas mãos segurando um cálice que não aparece na imagem, uma referência religiosa, o que

gerou muita polêmica logo na inauguração da unidade na cidade, pois a população e alguns políticos criticaram a mistura da religião com a política de saúde mental. Esses elementos demonstram uma não superação da lógica caritativa e moral conservadora, que apesar do processo de laicização, acompanha a profissão do Assistente Social e os serviços de saúde, segundo CASTRO (2000,p.53): “O poderoso recurso da religião e da Igreja católica foi esgrimido diretamente para justificar através da inquestionável vontade divina a injustiça reinante sobre a terra.[...]” Desse modo, isso pode induzir os profissionais a apreenderem a realidade de forma acrítica e fragmentada e interferir na maneira como os mesmos tratam os/as usuários/as, levando em consideração que esses/as profissionais devem ser livres de preconceitos e dogmas no processo terapêutico e adeptos da Redução de Danos e da flexibilização que esta trás consigo:

A política de RD apresenta-se como princípio norteador das práticas e cuidados executados nos dispositivos responsáveis pela atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Segundo Alves (2009), os CAPSad desempenham função estratégica de organização da rede em seu território de atuação, trabalhando com os diversos dispositivos sociais e de saúde existentes e buscando a atenção integral e a inclusão social dos usuários e seus familiares. Neles, as práticas devem ter base em uma concepção ampliada de Redução de Danos assumindo, deste modo, seu compromisso com a preservação e a promoção dos direitos de cidadania dos usuários (ALVES apud FORTESKI;FARIA, 2013,p. 84).

Os/as profissionais do CAPS AD, portanto, devem se despir do conceito do bem e do mal e se empenharem na inclusão dos/as usuários/as e sua cidadania, livres de julgamentos que dizem respeito ao estilo de vida levado por eles/as, objetivando prioritariamente sua saúde e melhores condições. Contrariando isso, estão algumas posturas profissionais que presenciamos durante observação na instituição de Pombal, onde um dos/as profissionais em conversa informal com os/as usuários/as chegou a defender a pena de morte e dizer que por ele matava os “bandidos” e que “cadeia” não resolvia nada, que eles mereciam morrer.

Essa postura demonstra uma descrença na reabilitação dos/as usuários/as, o que é no mínimo uma afronta, dentro de uma instituição que trabalha diretamente comprometida com isso, que tem o intuito de fazer com que esses retomem a vida social, levar esse discurso para os/as usuários/as não é só um incentivo a violência, mas também a negação da possibilidade de “cura” deles, que também passam a

desacreditar em novas oportunidades de vida, prejudicando assim todo o trabalho de uma equipe profissional dentro da instituição.

Durante a entrevista realizada com os/as profissionais, também percebemos opiniões bastante diversas com relação a assuntos que dizem respeito ao tratamento dos/as usuários/as, as dificuldades que eles encontram na instituição, a possibilidade de exercer um trabalho com uma abordagem interdisciplinar dentro da mesma e até mesmo oposta à própria reforma psiquiátrica. No que diz respeito a essa última, quando questionados sobre os avanços, possibilidades e limites trazidos pelo seu acontecimento, os mesmos reagiram antagonicamente:

A reforma psiquiátrica ela mudou muito né? Ela trouxe o doente de saúde mental o que sofre de algum transtorno mental para a comunidade, para a sociedade em si né? Tirou ele do isolamento em que ele vivia, a partir desse momento o paciente de saúde mental, ele foi visto com novos olhos, foi quebrado esse tabu, esse preconceito e a partir desse momento ele foi se integrando com a sociedade, foi se interagindo, foi se socializando realmente com as outras pessoas. Aí, foi algo que veio pra contribuir para a sociedade. Ele não vai virar só aquele peso, e também na questão de melhorias na qualidade de vida pra eles, que antigamente ele era visto como algo que ninguém queria ver na sociedade, que queria esconder, então trancavam eles, só faziam esconder da sociedade, mas ainda há muito o que melhorar, eu vejo aí em outras sociedades, outros países, o trabalho deles são mais intensos, o álcool e drogas por exemplo, a internação nos Estados Unidos gira em torno de 8 meses a 1 ano e 2 meses, enquanto aqui no CAPS AD III é em torno de 14 dias, pra você ver né? A disparidade em tempo de internação, então os EUA eles trabalham muito mais, eles dão ênfase muito mais no tratamento, eles acompanham mais o paciente né? Ficam com eles um período muito mais longo que ajuda realmente a desintoxicar o organismo, muda um pouco a personalidade do paciente, dá uma nova visão de vida ao paciente (Entrevista 1).

Esse pensamento se revela incoerente em vários sentidos, pois vemos a princípio um/a profissional que reconhece que antes da Reforma Psiquiátrica acontecia um isolamento dos/das usuários/as por parte da sociedade e que afirma que após a mesma foi possível romper com esse isolamento, porém, ao mesmo tempo discorda de uma conquista trazida pela reforma, que é a redução da internação a longo prazo, alegando que estamos em atraso em relação a outros países e defendendo o prolongamento dessa última.

Na mesma linha de raciocínio, segue outro/a profissional que, ao falar da Reforma Psiquiátrica, critica o processo de redução dos leitos, justificando a

necessidade de aumento dos mesmos em virtude de demandas que segundo o/a mesmo/a, necessitam de internação e que devido essa redução a instituição não consegue responder essas demandas:

[...] Então assim, a saúde mental ficou muito marginalizada por um tempo e aí o que acontece é que veio a reforma, isso culminou com o fechamento de vários leitos hospitalares né? E não foi acompanhado proporcionalmente ao aumento do número de CAPS III com a quantidade suficiente de profissionais da saúde, que eu digo psiquiátricas né? Médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem, Assistente Social, toda a equipe que pode e deve compor a unidade para poder garantir aquela ação 24 horas né? E também não foi acompanhado da criação de leitos psiquiátricos em hospital geral na proporção necessária sabe? Porque o CAPS não vai garantir toda a questão de evitar surtos né? Porque assim, as coisas implicadas são muitas, não é só a questão de você prevenir, as vezes as famílias tem uma dinâmica muito disfuncional, as vezes porque faltou o remédio, porque não tão dando direito ou porque se enganaram ou porque simplesmente não quis tomar, ou porque aconteceu alguma crise a família, uma briga familiar, morreu alguém, tudo, os pacientes entram em crise e muitas vezes é difícil você conseguir segurar essa crise no CAPS né? Vez por outra é necessário por causa do risco ao paciente, risco a outras pessoas né? Você tá num ambiente mais protegido que o CAPS né? E aí precisa internar e esses leitos foram reduzidos e aí quase não tem mais leitos psiquiátricos ou se tem ainda são unidades pelo menos aqui na Paraíba tá? Unidades que a estrutura tá muito precária né? Não é em hospital geral.[...] (Entrevista 2).

Com relação a essas opiniões, os/as outros/as dois/as entrevistados discordaram; ambos afirmaram que uma das grandes contribuições da reforma, foi o ato de abrir as portas dos manicômios, de dá liberdade aos/as usuários/as para que eles escolham se querem ou não ficar na instituição. Segundo eles/as, essa liberdade fez com que os/as usuários/as se sentissem seguros/as e tivessem vontade de continuar o tratamento, pois os mesmos/as perceberam a autonomia conquistada por eles/as e se sentiram seguros, o que contribui para a eficácia do tratamento. A única dificuldade percebida por eles/as foi o preconceito da sociedade, que dificulta a reinserção social dos/as usuários/as tanto na sociedade, quanto no mercado de trabalho:

[...] Antes um paciente quando diziam eu vou pra um Caps ou pra uma clinica, ele já botava na cabeça: eu vou ser maltratado, eu não vou, eu não quero ir porque vai me internar, eu não sou doído. E hoje devido ter a mudança, abriu a questão do tratamento, não é aquele tratamento fechado, a família participa, a sociedade participa, o paciente ele ver que não é o que ele pensava, a gente ver como avanço isso. E hoje ele quando chega o primeiro dia não quer ficar e depois que começa ele não quer mais parar, porque ele ver que o

tratamento é um tratamento aberto, que ele não vai ficar preso, ele não vai para uma camisa de força, nada do que acontecia e isso é um ponto muito positivo, de dificuldade o que a gente ver é o preconceito, as vezes a gente tenta inserir o paciente em curso profissionalizante e já chegou a ter pacientes que foram discriminados, porque é drogado, é usuário de droga, vamos esconder o celular, vamos esconder a bolsa, porque ele vai roubar e eles se queixam muito disso[...] muitos deles estão controlados, mas não acham espaço para viver em sociedade (Entrevista 3).

Ressaltamos que outro/a profissional também compartilhou do mesmo posicionamento da entrevista mencionada anteriormente. Segundo ele, a Reforma Psiquiátrica promoveu a cidadania dos/as usuários de álcool e outras drogas e também daqueles/as que sofrem com algum transtorno mental, além disso, também rompeu com o imperativo de prisão qual estes/as eram colocados, promovendo a autonomia e liberdade, uma conquista extremamente relevante.

A diminuição do tempo de internação, também foi um fator importante, pois fez com que a vida dos/as usuários/as não se limitasse àquele ambiente, permitindo que os/as mesmos/as trabalhassem ao mesmo tempo em que buscavam atendimento no CAPS, em decorrência da nova dinâmica da instituição. Ainda segundo o/a profissional, as principais dificuldades encontradas no processo terapêutico são o preconceito e a participação da família no tratamento. Foi relatado que muitas vezes os/as usuários/as sofrem com a ausência e com a constante discriminação da sociedade, especialmente no mercado de trabalho:

Eu acho que a política de saúde mental avançou muito nos últimos tempos, especialmente pós Reforma Psiquiátrica, onde a gente ver que os usuários podem retomar a sociedade, antes eram vistos como uma ameaça para a sociedade, hoje não são mais acorrentados ou presos como acontecia antes. O trabalho no Caps é importante para quebrar o estigma e o rotulo de que o louco precisa ficar isolado da sociedade, ainda existe aqui o internamento compulsório, mas só com permissão do psiquiatra e da justiça, em casos de abstinência quando entram em surto e a família não pode cuidar. As dificuldades que eu vejo hoje na sociedade é o preconceito, a ressocialização é muito difícil, pois a maioria dos usuários sem ex presidiários geralmente presos por roubo[...] (Entrevista 4).

Essas exposições dos/as profissionais nos revelam uma dicotomia de opiniões, divergências que podem dificultar o processo terapêutico se não existir um consenso entre a equipe e uma coerência com os parâmetros de atuação profissional. É importante destacar o direito a autonomia profissional dos/as

mesmos/as e também a liberdade de pensamento. Sim, há espaços para oposições de opiniões, mas deve-se decidir conjuntamente o modo de tratar os/as usuários/as, para que não existam discrepâncias que venham pôr em cheque a sua eficácia.

O fato que chama a atenção é que, apesar dessas divergências, os/as profissionais entrevistados/as, de maneira unânime, afirmaram trabalhar de forma multiprofissional e razoavelmente interdisciplinar. Em sua maioria afirmaram que a única dificuldade que encontram para isso é com relação a participação do/a profissional de medicina, que geralmente não possui tempo para participar das reuniões e dessa troca profissional efetivamente, conforme a fala abaixo:

Antigamente a gente tinha, nas reuniões, geralmente as dificuldades eram encontradas nas reuniões com os médicos, porque eles tinham falta de tempo (Profissional 4).

Vale ressaltar que o que pode justificar essa falta de tempo é a rotatividade dos/as profissionais e também a lacuna que acontece pela falta desses/as, tendo em vista que o CAPS AD de Pombal encontra-se em defasagem profissional desde dezembro de 2015, quando foi realizado concurso público e muitos/as profissionais não foram convocados/as, incluindo o médico psiquiatra, em virtude de que somente dois foram aprovados no concurso do município. O médico psiquiatra só começou a trabalhar na instituição em abril desse ano mediante um contrato. Isso impactou drasticamente no tratamento e acompanhamento dos/as usuários/as e a instituição ficou sem condições de realizar internamento até abril desse ano. Os/As usuários/as que tomavam medicação sofreram com a ausência desta, pois não tinham prescrição médica para obtê-la.

Com relação ao trabalho em equipe, foi possível visualizar durante observação que as narrativas profissionais desse trabalho “ótimo” em equipe eram exageradas, em pouco tempo dentro do CAPS AD de Pombal já foi possível presenciar um atrito entre um dos profissionais que foi criticar o excesso de sal na comida e as cozinheiras, isso revela inclusive um despreparo dessas profissionais, pois em um ambiente de saúde as comidas não deveriam ter sal ou açúcar, haja visto que quase todos os usuários são hipertensos ou diabéticos. Os usuários também foram várias vezes reclamar desses excessos, lembrando que muitos já haviam passado mal e que poderia ser por causa da comida.

No que diz respeito a infraestrutura, não identificamos nenhuma dificuldade que fosse relevante para esse estudo, ao contrário, visualizamos um espaço amplo, adequado e bastante avançado em relação a outros locais. As dificuldades principais encontradas na instituição, foram o preconceito por parte da sociedade, o qual ainda precisa ser trabalhado fora da instituição, onde os/as próprios/as profissionais poderiam contribuir com isso, realizando projetos com os/as usuários/as nas ruas, para que os/as mesmos/as tenham esse contato direto com a população e esse preconceito possa ser desconstruído. Outra dificuldade está nas relações de trabalho, é necessário maior contato entre os profissionais, mais reuniões para que eles/as debatam suas ideias, compartilhem seus pensamentos e elaborem intervenções conjuntas, respeitando a área de atuação de cada um.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nenhum trabalho é fácil e, supostamente, quando recebemos o auxílio de outros indivíduos esse processo deveria se tornar menos árduo. Entretanto, no mundo em que vivenciamos, onde as relações sociais são dicotômicas e as desigualdades produzidas pela lógica do capital, o trabalho em equipe se torna tarefa complicada, porém, sobretudo, necessária. No âmbito da saúde mental, a mesma se tornou ferramenta de combate a soberania médica, a hierarquização e as velhas práticas.

A presença de profissionais de áreas diversificadas é o reconhecimento da loucura como algo que não se limita ao saber médico, da necessidade de ampliação de seu conceito e da apreensão dessa realidade em suas múltiplas dimensões, sejam elas econômicas, sociais, éticas ou políticas.

No CAPS AD de Pombal-PB, isso não se mostrou diferente, pois foi visível a necessidade de melhor comunicação entre os/as profissionais e principalmente de uma relação interdisciplinar, na qual haja realmente uma troca de conhecimento entre esses profissionais, visando fortalecer o trabalho em equipe e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Ainda temos muito que transformar, somos projetos constantes do tempo e resultado das mudanças que construímos. É preciso mais que vontade para superar nossos obstáculos, é necessário coragem e ousadia, ousadia para idealizar aquilo que está a frente do nosso tempo e coragem para lutar contra as adversidades diárias e transformar o presente. E foi exatamente isso que essa experiência dentro do CAPS AD de Pombal-PB nos proporcionou: coragem e ousadia.

Não sejamos apenas reprodutores da realidade, mas sujeitos ativos em sua produção, que possamos ser capazes de nos questionar sempre e apesar das diferenças dialogar com os/as outros/as profissionais que se posicionam diferente, essa é uma das chaves para o conhecimento. Ressaltamos que várias dificuldades foram apreendidas dentro dessa instituição nesse processo, mas essas foram as maiores. O diálogo é a chave, a ousadia é a chave, a coragem é a chave e a mudança é a porta. Portanto, enquanto profissionais eticamente comprometidos devemos ousar abriremos essa porta.

REFERÊNCIAS:

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde-antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: martinari, 2015.

AMARAL, Marcela Corrêa Martins. **Narrativas de Reforma Psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal**. 2006.p. 7-178. Dissertação de mestrado-Instituto de Ciências Sociais, Brasília.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2009.p.88-110.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CONTE, Marta et al. **Redução de Danos e Saúde mental na perspectiva da atenção básica**. Boletim da saúde, v. 18, n. 1, p. 60-77, | Jan./Jun. 2004.

DUARTE, Marco. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo/Rio De Janeiro: Cortez, 2009. UERJ, 2009.

DUARTE, Paulina; STEMPLIUK, Vladimir; BARROSO, Lúcia. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília: SENAD, 2009. Disponível em:<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>>. Acesso em: 2 agos. 2014.

FARIA, Jeovane Gomes de; FORTESKI, Rosina. **Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas**. Florianópolis: Rev. Saúde Pública, v. 6, n. 2, p. 78-91, abr./jun. 2013.

FÔNSECA, Cícero José Barbosa da. **Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma proposta ética**. Psicologia & Saberes, v. 1, n.1, p. 11-36, 2012.

JODELET, Denise. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

LEME, Carla Cristina Cavalcante Paes. O Assistente Social na Saúde Mental, um trabalho diferenciado, uma prática indispensável. In: NICACIO, Erimaldo Matias; BISNETO, José Augusto (orgs). **A prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013. p. 21-32.

LIBERDADE PB. **Depois de João Pessoa, Pombal é a cidade da PB com maior número de CAPS em funcionamento.** Disponível em: <http://www.liberdadepb.com.br/noticia/depois+de+joao+peessoa+pombal+e+a+cidade+da+pb+com+maior+numero+de+caps+em+funcionamento-11956>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

LINS, Mara Regina Soares Wanderley; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. Curitiba, v. 28, n. 62, p. 261-271, jul./set. 2010.

LUIS, Margarita Antonia Villar. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE, Maria Salete Bessa et al (orgs). **Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.** São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 15-40.

MINAYO, Maria Cecília De Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 32. ed. Petrópolis: Editora Vozes Ltda, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil debate experiências com pesquisador americano, Carl Hart.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/12796-brasil-debate-experiencias-com-pesquisador-americano-carl-hart>> Acesso em: 20 de maio. 2014.

OLIVEIRA, Claudete. **O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo estado brasileiro.** In: BRAVO et al (orgs.). Saúde e Serviço Social. São Paulo/Rio De Janeiro: Cortez, 2009. UERJ, 2009.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** São Paulo: Rev Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 103-109. 2001.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. **A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental** In: Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4843/5389> Acesso em: 2 agos. 2014.

SPOHR, Bianca; LEITÃO, Carolina; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis.** Florianópolis, EDUFSC: Revista de Ciências Humanas, n. 39, p. 219-236, Abril de 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/viewFile/17997/16944>> Acesso em: 1 agos. 2014.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens Psicossociais: história, teoria e trabalho no campo.** 2.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. **Trabalho em equipe na saúde mental: O Desafio interdisciplinar em um CAPS.** Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 1-16, Nov.2009.

YASUI, Silvio; AMARANTE, Paulo. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006, p. 7-196. Tese de doutorado- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL

1. Perfil dos sujeitos da pesquisa.

1.1 Profissão: _____

1.2 Idade: _____

1.3 Identidade de gênero: Feminino ()

Masculino ()

Outros ()

1.4 Naturalidade: _____

1.5 Há quanto tempo trabalha na instituição? _____

1.6 Trabalha em alguma outra instituição? Sim () Não ()

2. Informações referentes ao objeto de estudo.

2.1 Vocês atendem em média quantas pessoas por dia? _____

2.2 Quais são os problemas de saúde mais recorrentes apresentados pelos/as usuários?

2.3 Os/as usuários passam em média quanto tempo “internados” na instituição?

2.4 Há muitos casos de reinternação? _____

2.5 Como você percebe e avalia a política de saúde mental?

2.6 O que você acha da reforma psiquiátrica com ênfase no trabalho desenvolvido pelo Caps? Quais os seus impactos, avanços e possíveis retrocessos?

2.7 Quais as dificuldades (infra-estruturais, profissionais, econômicas, etc) encontradas no cotidiano para o desenvolvimento desse trabalho?

2.8 Existe, na instituição, o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional? Sim () Não ()

2.9 Em caso afirmativo, existem dificuldades para o desenvolvimento desse trabalho?

Sim () Não () Qual (is) ?

APÊNDICE 2



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
CURSO SERVIÇO SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador (a) do RG _____, Luan Gomes dos Santos de Oliveira, tendo sido satisfatoriamente informada (o) sobre a pesquisa A PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL NO CAPS AD DE POMBAL- PB NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL: limites e possibilidades, que pretende investigar as principais dificuldades que permeiam a prática dos profissionais do Caps AD no âmbito, A PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL NO CAPS AD DE POMBAL- PB NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL: limites e possibilidades é desenvolvida a partir dos pressupostos do projeto ético-político do serviço social, a ser realizada sob responsabilidade da pesquisadora: Tarcísia Keliane De Assis Mendonça, e com orientação do Professor Luan Gomes dos Santos de Oliveira, concordo em participar da mesma, com a garantia de anonicidade e sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão aos pesquisadores, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal.

Pesquisador: Tarcísia Keliane De Assis Mendonça

Endereço: Jerônimo Rosado N° 392

Telefone: (83) 99070170

E-mail: tata_t12@hotmail.com

Orientador: Luan Gomes dos Santos de Oliveira

E-mail: luangomessantos@terra.com.br

PESQUISADOR

PARTICIPANTE DA PESQUISA