



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE -
UFCG CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
– CCJS UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO SERVIÇO SOCIAL**

JANY RACHELL ABRANTES DE LACERDA

**CONFIGURAÇÕES DA SAÚDE MENTAL CONTEMPORÂNEA: ANÁLISE DOS
SERVIÇOS DESENVOLVIDOS NO CAPS'AD- WALTER SARMENTO DE SÁ,
NO MUNICÍPIO DE SOUSA- PB.**

SOUSA/PB

2016

JANY RACHELL ABRANTES DE LACERDA

**CONFIGURAÇÕES DA SAÚDE MENTAL CONTEMPORÂNEA: ANÁLISE DOS
SERVIÇOS DESENVOLVIDOS NO CAPS'AD- WALTER SARMENTO DE SÁ,
NO MUNICÍPIO DE SOUSA- PB.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social como requisito parcial para obtenção de título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientador: Prof. Ms. Luan Gomes dos Santos de Oliveira.

SOUSA/PB

2016

JANY RACHELL ABRANTES DE LACERDA

CONFIGURAÇÕES DA SAÚDE MENTAL CONTEMPORÂNEA: ANÁLISE DOS SERVIÇOS DESENVOLVIDOS NO CAPS'AD- WALTER SARMENTO DE SÁ, NO MUNICÍPIO DE SOUSA- PB.

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como exigência para obtenção de diploma em Serviço Social.

Aprovado em _____/_____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. LUAN GOMES DOS SANTOS DE OLIVEIRA
ORIENTADOR

Prof.^a. Ms. CIBELLY MICHALANE OLIVEIRA DOS SANTOS COSTA
EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Palloma Maria Gomes Jácome
EXAMINADORA

SOUSA/PB

2016

Dedico este trabalho aos meus pais Eliane e Janduí, a todos os meus familiares, amigos e professores que acreditaram e contribuíram para o meu crescimento acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, sou grata porque sei que tem um Deus que me ama, e que meu sentimento por ele é recíproco, nos momentos mais difíceis e cansativos, eu só preciso fechar meus olhos e silenciar para senti-lo ao meu lado me sustentando, sem ele não sou nada.

Agradeço a meus pais Janduí V. de Lacerda e Eliane A. S. de Lacerda, e meu irmão Junior, por me apoiarem e estarem sempre ao meu lado quando sempre preciso, e agradeço a Deus por ter colocado vocês em minha vida.

Aos meus amigos; Cristiana, Ediane, Sara, Renan, Juliana, Jairo, por sua amizade e carinho, sempre acreditando em mim, ajudando-me a prosseguir nessa trajetória que não foi nada fácil.

Em especial ao meu querido orientador Luan Gomes, te agradeço pela força e a motivação que você tem me dado desde sua chegada à universidade. Deus foi muito generoso em te colocar nessa fase tão importante na minha vida. Obrigada por acreditar em mim, quando muitos não acreditaram. Você soube me acalmar nos momentos mais críticos do trabalho, me mostrando caminhos quando estava perdida, apontou erros e possibilidades. Enfim, com enorme sabedoria, foi meu maior interlocutor nesse período.

Aos Mestres que encontrei neste curso, que para não cometer injustiças não citarei nomes. Foi através de vocês que descobri o sentido da palavra Acadêmico e como é valiosa a busca pelo conhecimento. Se hoje sou uma pessoa melhor, agradeço a vocês.

*Ter que se iludir ao se encontrar
Com mecanismos de uma bruta ilusão
E não sentir o que é real, o que é viver.*

*O que é ser, se já não sente
Se ser drogado é ânsia de não ter querer
Pra que fugir
Se os problemas
Sempre vão amanhecer com você
E não tem fim*

*Droga, de só querer usar mais drogas
Há tanta coisa pra saber,
São tantos rumos pra tomar,
São tantas provas pra vencer,
Mas como se você
Em uma seringa precisar se esconder
Pra não enfrentar,
A covardia sempre vai te perturbar
Vai acabar com você.*

*O que é ser, se já não sente
Se ser drogado é ânsia de não ter querer
Pra que fugir
Se os problemas
Sempre vão amanhecer com você
E não tem fim*

Vai acabar com você.

(Drogas- Catedral)

RESUMO

O presente trabalho tem como tema Configurações da saúde mental contemporânea: análise dos serviços desenvolvidos no CAPS ad- Walter Sarmiento de Sá, no município de Sousa- PB. O interesse pelo assunto surgiu a partir da realização do estágio supervisionado na instituição mencionada. O trabalho em tela discute sobre as políticas sociais, situando-as no contexto da saúde pública brasileira, enfatizando as lutas dos movimentos sociais na área da saúde mental pela reforma psiquiátrica. Posteriormente, abordou-se sobre a Drogadição, enfatizando o papel e contribuições do CAPS ad nesse processo. A pesquisa ora apresentada é de caráter exploratório, cujos sujeitos corresponderam a três profissionais que atuam na equipe da multiprofissional do CAPS ad. A coleta de dados se deu a partir da aplicação de questionário de caráter semi-estruturado. A análise dos dados foi realizada mediante a técnica da análise de conteúdo. Os resultados da pesquisa foram reveladores de que a equipe multiprofissional se depara com inúmeras dificuldades no desenvolvimento das atividades diárias, mas que procuram desenvolver o seu trabalho de forma comprometida, de acordo com as possibilidades.

Palavras - chave: Saúde Mental. Drogadição. Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

This work has the theme settings of contemporary mental health: a review of services developed in CAPS ad- Walter Sarmiento de Sa, in the municipality of Sousa- PB. The interest in the subject arose from the realization of supervised internship in the said institution. The screen work discusses social policies, placing them in the context of Brazilian public health, emphasizing the struggles of social movements in mental health in the psychiatric reform. Later, it was approached about drug addiction, emphasizing the role and contributions of CAPS ad in this process. The research presented here is exploratory, whose subjects corresponded to three professionals working in multidisciplinary team of CAPS ad. The data collection was carried out from the application of semi-structured character questionnaire. Data analysis was performed using the technique of content analysis. The survey results were revealing that the multidisciplinary team is faced with numerous difficulties in the development of daily activities, but seeking to develop its compromised form of work, according to the possibilities.

Key - words: Mental Health. Drug Addiction. Multidisciplinary Team

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria;

ABRASCO- Associação Brasileira Pós- Graduação em Saúde Coletiva;

CAP's - Caixas de Aposentadorias;

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial;

CAPS' AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas CAPS' i- Centro de Atenção Psicossocial Infantil;

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos da Saúde;

CPPII- Centro Psiquiátrico Pedro II;

CID- Classificação Internacional de Doenças;

DINSAM- Divisão Nacional de Saúde Mental;

DST- Divisão Nacional de Saúde Mental;

FAZ- Fundo de Apoio de Desenvolvimento Social;

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social;

MESP- Ministério da Educação e da Saúde;

MTSM- Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental;

NAPS- Núcleos de Atenção Psicossocial;

PACS- Agentes Comunitários de Saúde;

PSF- Programa de Saúde da Família;

PTI- Projeto Terapêutico Individual;

REME- Movimento de Renovação Médica;

RP- Reforma Psiquiátrica;

SISNAD- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas;

SNC- Sistema Nervoso Central;

SRT- Serviços Residenciais Terapêuticos;

SUS- Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	13
3. HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL E DROGADIÇÃO NO BRASIL.....	15
3.1 Contexto das Políticas Sociais e Saúde Pública no Brasil.....	15
3.2 Movimentos Sociais na Saúde e a Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	19
3.3 História da Saúde Mental na Paraíba.....	28
4. DISCUTINDO SOBRE A DROGADIÇÃO E OS SERVIÇOS PRESTADOS NO CAPS'AD WALTER SARMENTO DE SÁ.....	30
4.1 Contexto Histórico da Drogadição.....	30
4.2 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – Walter Sarmento De Sá.....	35
4.3 Uma Análise dos Serviços Prestados no CAPS'AD - Walter Sarmento de Sá, Sousa-PB.....	40
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE.....	47

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso analisou Configurações da saúde mental contemporânea: análise dos serviços desenvolvidos no CAPS ad-Walter Sarmiento de Sá, no município de Sousa- PB. Para tanto, foi aplicado questionário junto aos profissionais que atuam nessa instituição.

O interesse pela temática abordada surgiu durante a realização de estágio supervisionado no CAPS ad, o qual ocorreu durante os semestres letivos de 2013.2 e 2014.1, onde foi possível observar a precarização dos serviços ofertados pelo CAPS'AD de Sousa/PB, fazendo com que os profissionais se sintam prejudicados no ambiente de trabalho.

É de suma importância entender a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial, para isso é preciso compreender o histórico da reforma psiquiátrica no Brasil, tendo em vista que esta trouxe avanços importantes para os indivíduos com transtorno mental que antes eram internados em manicômios e em hospitais, a partir do chamado de modelo de assistência psiquiátrica hospitalar.

Ressalta-se que, após as mudanças ocorridas, o atendimento passou a ter caráter mais humanizado, distanciando-se da lógica hospitalocêntrica adotada no modelo anterior que era peculiarizado pelos manicômios. Portanto, a partir dos CAPS, deslocou-se os usuários da saúde mental para o convívio com a comunidade, onde a rede de atendimento passou a ser diferenciado, interdisciplinar público, gratuito e universal.

Com o surgimento dos CAPS possibilitou um tratamento mais humano, onde o indivíduo acometido de transtorno mental passou a ser reinserido no âmbito familiar e social. Assim, o CAPS'AD Walter Sarmiento de Sá tem como propósito de resgatar os usuários, reinserindo-o na comunidade, fazendo com que os mesmos percebam as perdas que as drogas causam em suas vidas e que juntamente com a equipe multidisciplinar procurem formas de solucionar seus medos e temores, traçando novas metas para o seu cotidiano.

Assim, o presente trabalho está estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo traz uma discussão histórica da saúde mental e dos movimentos sociais,

abordando a historicidade das políticas sociais e a saúde pública no Brasil a partir da colonização até os dias atuais, com a implantação , com a implantação do SUS-Sistema Único de Saúde; reporta ainda sobre os movimentos sociais inclusos na saúde que influenciaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil e da política de saúde mental na Paraíba. O segundo capítulo discute o contexto histórico da Drogadição, apontando as substancias psicoativas que causam sérios danos ao indivíduo, bem como e a outras pessoas que fazem parte de seu convívio diário; e ainda traz a caracterização do CAPS'AD Walter Sarmiento de Sá. E por ultimo uma analise sobre os serviços fornecidos no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas da cidade de Sousa- PB apontando quais as dificuldades que os profissionais enfrentam no seu cotidiano de trabalho.

2. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Os procedimentos da metodologia são relevantes para que os objetivos propostos sejam alcançados. De acordo com Ander-Egg (apud Marconi e Lakatos, 1990, p.19) a pesquisa é “um procedimento reflexivo, sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento”. Na visão do mesmo autor, os tipos de pesquisa podem ser de dois elementos:

- a) pesquisa básica, pura ou fundamental: É aquela que procura o progresso científico, a ampliação de conhecimentos teóricos, sem a preocupação de utilizá-los na prática. Tem por meta o conhecimento pelo conhecimento;
- b) pesquisa aplicada: Caracteriza-se por seu interesse prático, isto é, que os resultados sejam aplicados ou utilizados, imediatamente, na solução de problema que ocorrem na realidade.

De acordo com a sua natureza esta pesquisa ser realizada de um instrumento teórico observando a prática, a pesquisa pode ser considerada como aplicada. Quanto aos objetivos, Richardson (1999) que apresenta os planos de pesquisa como:

- a) estudos exploratórios, quando não se tem informação sobre determinado tema e se deseja conhecer o fenômeno;
- b) estudos descritivos, quando se deseja descrever as características de um fenômeno;
- c) estudos explicativos, quando se deseja analisar as causas ou consequências de um fenômeno.

Portanto, a presente pesquisa é de caráter O estudo é tido como exploratório, pois busca informações sobre o assunto, na perspectiva conhecer e desvelar o fenômeno. Quanto à abordagem utilizada, pode ser classificada como qualitativa.

Conforme Richardson (1999, p.90), a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como “a tentativa de uma compreensão detalhada dos detalhes dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados

em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos”.

Destarte, a pesquisa em tela é de caráter exploratório, caracterizando-se como qualitativa e quanto aos objetivos é do tipo estudo de caso realizado no CAPS ad - Walter Sarmiento de Sá, no Município de Sousa- PB.

Os sujeitos da pesquisa corresponderam a três profissionais que compõem a equipe multiprofissional da instituição, quais sejam: assistente social, enfermeiro e psicólogo.

Na perspectiva de coletar as informações almejadas para o cumprimento dos objetivos, utilizou-se questionário de caráter semi estruturado. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, sendo consideradas todas as suas categorias.

3. HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL E DROGADIÇÃO NO BRASIL

Pouco importa que se trate ou não de utopia; temos aí um processo bem real de luta; a vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e voltada contra o sistema que tentava controlá-la. Foi a vida, muito mais que o direito, que se tornou o objeto de lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito. O 'direito' à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, o 'direito', acima de todas as opressões ou 'alienações', de encontrar o que se é e tudo o que se pode ser, esse 'direito' tão incompreensível para o sistema jurídico clássico, foi a réplica política a todos esses novos procedimentos de poder que, por sua vez, também não fazem parte do direito tradicional da soberania.
Michel Foucault

3.1 Contexto das Políticas Sociais e Saúde Pública no Brasil

Para entendermos a Reforma Psiquiátrica e suas práticas implementadas na sua totalidade, precisamos conhecer brevemente o contexto da saúde no Brasil. A Reforma Psiquiátrica não se define em uma lei que nasce em certo momento, e sim de um processo histórico de luta social e política no cenário da saúde brasileira. O Projeto da Reforma Sanitária e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS foram cruciais na construção de políticas da saúde brasileira.

O surgimento das políticas públicas de saúde no país se deu com a vinda da família real no século XVI, onde mesmo se dando de forma precária nessa época vários fatores marcaram a saúde pública. A implantação das políticas passou por dificuldade, como a carência de profissionais e a insegurança da população sobre os tratamentos que os profissionais ofertavam, dando assim espaço aos curandeiros. Polignano (s.d, p.03) confirma, "a inexistência de uma assistência médica estruturada, fez com que se proliferassem pelo país os Boticários".

No ano de 1892 ocorreu a epidemia de várias doenças, fazendo com que o Presidente da República Rodrigues Alves intitule Oswaldo Cruz como diretor do

Departamento Federal de Saúde Pública, que iniciou medidas de desinfecção sanitária e de vacinação obrigatória contra a varíola, contrariando a população, que acabou gerando um movimento conhecido como a Revolta da Vacina. Em 1920 foram criadas instituições para combater as doenças: tuberculose, lepra, febre amarela e DST, a exemplo do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

No início do século XX, a saúde passou a ser reconhecida como questão social, superando a concepção da mesma como caso de polícia, conforme era concebida anteriormente a esse contexto. Conforme Yamamoto (2008, p.156), a questão social pode ser compreendida como:

Conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes em tempo de capital e fetiche. As configurações assumidas pela questão social integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto as dimensões subjetivas, fruto das ações dos sujeitos na construção da história. Ela expressa, portanto, uma arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais, que trazem o selo das particularidades históricas nacionais.

No período de 1923 a maior preocupação estatal girava em torno das questões de higiene e saúde dos trabalhadores. Sendo assim estabelecida pelo Congresso Nacional a Lei Elói Chaves, sancionada pelo Presidente da República no Decreto nº 4.682, em 24 de Janeiro de 1923. Tal lei propôs a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAP's. Os benefícios das caixas eram voltados para os trabalhadores contribuintes através de: assistência médica provimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço prestado, velhice e invalidez; pensão para dependentes e auxílio funeral. No início, uma minoria da classe trabalhadora foi beneficiada, como os ferroviários, os estivadores e os marítimos; o restante dos proletariados só conseguiu as caixas em 1931, através do Decreto nº 20.465, onde determina as assistências as demais categorias dos profissionais.

Com a grande expansão do processo de industrialização e os centros urbanos, a saúde da população tornou-se prioridade na década de 30 sob o Governo Provisório do Presidente Getúlio Vargas para garantir a força produtiva,

seu mandato foi marcado pelas mudanças econômicas, políticas e sociais; fazendo com que o Estado reformulasse seu papel perante a sociedade brasileira e trazendo o nascimento das políticas sociais, em resposta a questão social e as reivindicações da classe proletária. Dessa forma:

[...] As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar - se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação (BRAVO, 2006, p. 04).

A Era Vargas aconteceu no Brasil no período de 1930 a 1945, um governo que implantou programas e serviços auxiliares de assistência médica, com perfil clientelista, característica predominante do regime populista, que durou quinze anos de forma contínua. Quando Getúlio Vargas assumiu o governo, projetou novos ministérios, entre eles o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP). O MESP foi criado em 14 de novembro de 1930, era integrado por quatro repartições: educação, saúde pública, assistência social e cultural. No setor da saúde pública, prestava serviços “[...] aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais [...]” (LIMA et al, 2005, p. 41), a maior parte da demanda era voltada para a população do interior.

Vale também ressaltar, a Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que engendrou a I Conferência Nacional de Saúde, realizada no Rio de Janeiro em 1941, tratando as questões sobre a organização sanitária nos estados e municípios, criando meios e campanhas sanitárias de prevenção que foram adotadas para combater as epidemias como: campanhas sanitárias, serviços de combate a epidemias de Febre Amarela, e a Malária do Nordeste, a Tuberculose e a Lepra. Nesse período, foram construídos vários hospitais, asilos e colônias, onde eram tratadas essas epidemias.

Nesse contexto, o Departamento Nacional de Saúde se reorganizou, passando a fazer o controle das epidemias, sendo responsável pelos primeiros técnicos em saúde pública.

Nas décadas de 1930 a 1940, passaram a vigorar as novas práticas terapêuticas na área da assistência psiquiátrica, como as lobotomias, as eletroconvulsoterapias, e eletrochoque, as quais eram utilizadas como tratamento de cura para as doenças mentais.

Em 1967 se instaurou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cujo papel era fornecer aposentadoria, pensão e assistência médica aos segurados e dependentes da classe trabalhadora inserida no mercado formal.

A partir da inserção do regime militar em 1964 que se estendeu até o início dos anos de 1980, houve uma estagnação no desenvolvimento político institucional da assistência à saúde, apesar da expansão econômica e das políticas sociais nesse período.

Ainda que de forma velada, a sociedade, a partir de então vai assistir a um escamoteado processo de privatização do setor saúde, da seguinte maneira: No início, através do Fundo de Apoio do Desenvolvimento Social (FAS) e da Caixa Econômica Federal, cujo governo financiava na construção de hospitais e serviços laboratoriais no setor privado. Em seguida, o setor privado começou a vender seus serviços para o INPS através de convênios; ou seja, além de ser financiado e construído pela previdência, ainda se mantinha com o dinheiro público.

Insatisfeitos com o modelo de saúde pública, a sociedade civil se fortaleceu e se organizou através de movimentos sociais, reivindicando por melhorias na rede pública de saúde. Tornando-se cada vez mais frequente as denúncias sobre a precarização dos serviços prestados na saúde, e fraudes no sistema previdenciário. A decepção da população com o regime se fez nítida através eleições de 1974, junto com movimentos sociais, surgindo o movimento sanitário, de grande importância na história do Brasil e na implementação do Sistema Único de Saúde.

Assim, iniciam os anos de 1980, peculiarizados pelas intensas reivindicações da sociedade civil organizada, clamando por políticas públicas, gratuitas para todos os segmentos, e de qualidade.

Nesse contexto, no ano de 1988, através da promulgação da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios fundamentais básicos, a universalidade, equidade e integralidade dos serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde – SUS – foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica de Saúde) e nº 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. Do Sistema único de saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais – incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direitos a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal, ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde). O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal (SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA - PARÁ, 2016).

Indubitavelmente, o SUS se configura como uma conquista inigualável para a sociedade, porém o descompromisso dos governantes e seus respectivos gestores causa um forte distanciamento entre o SUS real e o constitucional.

Na verdade, basicamente, desde que tal sistema fora criado enfrenta um cotidiano processo de desmonte, haja vista que a partir dos anos de 1990 a sociedade se depara com fortes ondas de precarização, sucateamento, privatização, focalização e seletividade do SUS, em decorrência da inserção da política neoliberal, deixando a população usuária a mercê dos seus direitos e necessidades.

3.2 Movimentos Sociais na Saúde e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

Para termos uma compreensão dos movimentos sociais na saúde mental e sobre a reforma psiquiátrica no campo das políticas de saúde, é indispensável ter conhecimento do movimento sanitário.

A Reforma Sanitária no início era representada por trabalhadores na área de saúde; durante o regime ditatorial havia muita denúncia de insatisfação da saúde ofertada a população. A principal proposta de mudança era o acesso à

saúde de forma democrática, e junto a outros movimentos sociais a favor da democracia; o papel crucial do Movimento Sanitário foi à universalização e descentralização da saúde, e a instalação do Sistema Único de saúde – SUS.

Representantes do movimento sanitário aos poucos conseguiram fazer parte da burocracia estatal, passando a ter possibilidades de apresentarem propostas para a população que não tinha acesso aos serviços de saúde.

Ainda nesse contexto, no ano de 1976, surge o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), e a Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que ficara responsável pelos debates do Movimento sanitário, divulgando as novas propostas para a política de saúde.

A década de 1980 foi marcada por movimentos sociais onde exigiam à redemocratização e a melhoria da saúde da população brasileira. O Movimento Sanitário brasileiro avançou e ganhou mais representantes como os profissionais da área de saúde, políticos, usuários e líderes populares; fortalecendo a luta pela reestruturação do sistema de saúde.

Um marco nesse processo foi à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, contando com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas. Na ocasião, decidiram pela expansão do setor público, os princípios da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único e Descentralizado de saúde, definindo a saúde como direito de todos e dever do Estado, ou seja, reverberando a responsabilidade do Estado no tocante o desenvolvimento da política de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS por vários motivos. Foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais [...]” (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016).

Portanto, indubitavelmente, a Conferência ora enfatizada foi um marco propulsor para o reconhecimento da saúde como responsabilidade público-estatal, resguardando a sociedade o direito da atenção à saúde a partir da ótica do direito universal, independentemente da perspectiva contributivista.

Diante da nova Constituição Federativa brasileira, decretada em 1988, a

Reforma Sanitária foi inserida na Seguridade Social, garantindo o direito à saúde para todos, e obrigando ao Estado a assumir seu papel perante a sociedade, enquanto provedor desses direitos.

Seguindo essa perspectiva de avanços de direitos no tocante a atenção à saúde, nos anos de 1990 foram criadas as leis nº 8.080 e 8.142/90, onde são fundadas na criação de um sistema universal e igualitário, delineando práticas focadas na promoção, proteção e recuperação da saúde dos sujeitos sociais.

Cabe ressaltar que um agente ativo nesse contexto foram os movimentos sociais em saúde no Brasil, pois reivindicaram incessantemente pelo acesso universal e igualitário as políticas públicas.

Na perspectiva de atingir os escopos de trabalho, passaremos a discutir a partir de então os movimentos reivindicatórios relacionados à saúde mental, tendo em vista o papel fundamental do Movimento pela Reforma Sanitária nesse cenário de luta de classes.

Para compreendermos a Saúde Mental nos dias atuais e seus novos dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial, não podemos deixar de citar a reforma psiquiátrica, que surge sob a influência do Movimento da Reforma Sanitária que trouxe um enfrentamento dos campos privados e públicos, onde os cidadãos passaram a gozar do direito a saúde, baseado nas perspectivas de universalidade, equidade e integralidade.

Salienta-se que é na década de 1970 que ocorrem os primeiros movimentos da reforma psiquiátrica no Brasil, porém, nesse contexto emergem outros movimentos sociais como o feminista, o movimento pela anistia e movimentos populares e urbanos; em busca do direito à melhores condições da saúde para a população.

No Brasil a assistência psiquiátrica tinha um perfil compulsório com internações em hospitais psiquiátricos, desde abertura do Hospício Pedro II em 1852 no Rio de Janeiro, se tornando um negócio lucrativo, Yasui (2006, p. 27) acrescenta que “adquiriu o *status* de prática assistencial de massa, com o início da mercantilização da loucura, por meio da celebração dos convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967”.

A reforma psiquiátrica no Brasil fundamentou-se pela experiência da reforma italiana conhecida também por Reforma Democrática, que foi conduzida

por Franco Basaglia, em 1961, quando se tornou diretor do Hospital Psiquiátrica de Gorizia, onde a sua primeira mudança veio na melhoria das acomodações e cuidados com os internos, e seu objetivo era a implantação de uma comunidade terapêutica.

À medida que Basaglia se deparava com as miseráveis condições que os internos viviam no hospital, compreendeu que seria necessária uma grande transformação no modelo de assistência psiquiátrica, e quanto às concepções da sociedade com relação à loucura. Tal estudioso passa a criticar o tradicionalismo na cultura médica, onde o indivíduo e seu corpo era usado como objetos de intervenção médica.

Com relação à sociedade e a loucura, o referido autor tinha uma posição crítica sobre as práticas realizadas pela psiquiatria clássica e hospitalar; onde o indivíduo visto como louco, seria isolado da sociedade através da internação (modelo de tratamento) em manicômios. Insatisfeito ele propõe a descaracterização como forma de negação da psiquiatria, que tinha discurso e prática hegemônicas sobre a loucura.

A partir daí se inicia o trajeto de lutas pela desconstrução dos hospitais psiquiátricos e o fim do modelo manicomial, com apoio dos movimentos estudantis em 1968 e do movimento operário em 1969.

De acordo com Valverde (2010),

A luta pela desconstrução do processo manicomial abarcaria ainda problemas a serem questionados em busca de soluções. Reconhece-se neste momento a necessidade da reconstrução da subjetividade do paciente, na reconstrução do cotidiano do mesmo. Para o paciente era necessário casa, trabalho, espaço social, assim como vias de expressão da sua própria condição. A partir destas necessidades, começa a funcionar os primeiros Centros de Saúde Mental de base territorial, assumindo a responsabilidade de prevenção, tratamento e reinserção, com um caráter assistencial, social e terapêutico.

No ano de 1978, através das lutas antimanicomiais, foi aprovada na Itália a Lei 180 da Reforma Psiquiátrica, ou Lei Basaglia. Segundo Carniel (2010, p. 01) “A Reforma Psiquiátrica foi um processo político e social pelo fim do modelo manicomial de tratamento dos portadores de sofrimento psíquico”. Sendo assim, substituídos por serviços de atenção comunitários, centros de convivência e moradas assistidas para o doente mental.

Um marco na reforma psiquiátrica brasileira foi à crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), onde os profissionais da área começaram a denunciar as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos no órgão do Ministério da Saúde, no qual era encarregado na elaboração das políticas em saúde mental e da administração das quatro unidades no Rio de Janeiro (o Centro Psiquiátrico Pedro II, a Colônia Juliano Moreira, o Hospital Pinel e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho). Em 1978, os profissionais da área deram início a primeira greve no setor público, por melhores condições de assistência aos pacientes como também de trabalho. Amarante (1995) completa:

A crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPP II, ao registrarem no livro de ocorrências do plantão do pronto socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital. Este ato, que poderia limitar-se apenas a repercussões locais e esvaziar-se, acaba por mobilizar profissionais de outras unidades e recebe o apoio imediato do Movimento de Renovação Médica (REME) e do CEBES. Sucedem-se reuniões periódicas em grupos, comissões, assembleias, ocupando espaços de sindicatos e demais unidades da sociedade civil. (AMARANTE, 1995 p. 52)

Rosa (2009, p. 01), acrescenta: “Essa luta, posteriormente, volta-se contra o modelo assistencial psiquiátrico hegemônico, visto que, ao denunciar as condições de trabalho, o movimento termina publicizando as condições de vida e tratamento nas instituições”.

A partir da realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1978, e do I Encontro dos Profissionais de Saúde Mental em 1979, eclode o MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental; composto por profissionais da área de saúde e outras áreas relacionadas, integrantes do movimento sanitário, familiares e membros dos sindicatos. Dessa maneira, o MTSM é definido como “o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental” (AMARANTE, 1995, p. 57).

Foi através das ideias da psiquiatria democrática italiana, que a luta pela cidadania e o direito dos pacientes com transtorno mental foi introduzida neste movimento, e começando a serem evidenciadas mudanças significativas no tratamento e atendimento aos internos.

Logo, tal atendimento se fragmenta em duas partes, como Amarante (1995) aponta, “um que é absorvido pelas instituições públicas e dedica-se à luta no próprio campo das instituições e outro que atua numa linha sindical, buscando, inclusive, exercer vigilância sobre a atuação do primeiro segmento”.

Com a realização de eventos, encontros e congressos, o Movimento da Reforma Psiquiátrica ganhava destaque por mais que a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) fosse conservadora, Yasui completa:

A RP (Leia-se Reforma Psiquiátrica-grifos nossos) foi sendo construída por quem vivenciava o cotidiano de violência das instituições, angustiados pelas contradições e questões que a prática impunha, mas que, inspirados pelo clima político cultural, acreditavam na possibilidade de transformação. Eram os atores implicados nesse processo que continuaram nos anos 80 ampliando a sua influência, ocupando espaços na administração pública e, principalmente, inventando novas instituições (YASUI, 2006, p. 32).

Com o fim ditatorial, na década de 80 a Reforma psiquiátrica no Brasil ganhou uma grande dimensão tanto política quanto social, ocorrendo mudanças na saúde. Para Birman (1992), era essencial um novo espaço social para a loucura, mas para que desse certo exigiu que o saber psiquiátrico e a cidadania fossem posto em debate. Era necessário criar novos locais, instrumentos técnicos e terapias; assim como uma nova postura da sociedade em relação ao sujeito.

Para demonstrar que a Reforma seria viável, fizeram uma experiência na cidade de Santos em São Paulo, “neste período, são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, sendo criadas cooperativas residências para os egressos do hospital e associações” (BRASIL, 2005). Através desse experimento evidenciou-se a importância de uma rede de cuidados para a substituição dos hospitais psiquiátricos.

Segundo Brasil (2004, p. 12) “o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva”. Em 18 de maio 1987 aconteceu o II Congresso

Nacional do MTSM na cidade de Bauru- SP, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que tratavam sobre as denúncias de maus tratos e violação dos direitos humanos com os usuários da saúde mental, com o objetivo de implantar novos serviços alternativos. Este dia ficou marcado como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil. Caminhando na direção de se tornar um “movimento social pela reforma psiquiátrica” (AMARANTE, 1995; 1996).

No ano de 1989, foi criada a Lei 10.216 pelo Deputado Federal Paulo Delgado, que ficou conhecida como a Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a qual determina que o usuário com transtorno mental só possa ser internado caso os CAPS, as Unidades de Saúde, os Serviços Comunitários, os Centros de Convivência e as casas de Serviço Residenciais Terapêuticos não forem o bastante para a recuperação do indivíduo, propondo, portanto, o rompimento da compulsividade de internações nos hospitais psiquiátricos. Contudo, tal lei só foi aprovada no Congresso Nacional em 2001, ou seja, após 12 anos em tramitação. Ressalta-se que essa lei veio com o escopo de reinserir o sujeito à sociedade.

Nos anos de 1990 surgiram à criação e implantação de propostas como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais – dia, através das Portarias nº 189 e nº224 aprovadas pelo Ministério da Saúde em 1992, com “diretrizes que seguem os princípios da universalização, hierarquização, regionalização e integralidade das ações” (AMARAL, 2006, p. 108), e acrescenta, “os NAPS/CAPS constituem-se em unidades de saúde que oferecem atendimentos intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, podendo ser, ainda, a porta de entrada dos serviços de atenção à saúde mental”.

Nesse contexto, a Portaria/GM nº106 de 2000, define os Serviços Residências Terapêuticos como meios de assistência, substituindo a internação psiquiátrica prolongada, por moradias inseridas de preferência na comunidade, designada a cuidar dos portadores de transtornos mentais, que não se tem suporte social e laços familiares, possibilitando sua inserção na sociedade.

A Portaria/GM 336 de 2002 determinou a instalação dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS i (MOURA 2011). O CAPS são estabelecidos por porte/complexidade e dimensão

populacional.

De acordo com Brasil (2004, p.22):

Os diferentes tipos de CAPS são: CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS i: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. CAPS ad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Os CAPS surgiram para substituir os hospitais psiquiátricos, eles são núcleos de uma nova clínica, produtora de autonomia, convidando o usuário a ser o responsável e o próprio protagonista durante o trajeto do seu tratamento (BRASIL, 2005).

Em São Paulo foi realizado o I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial no ano de 2004, trazendo mais de 2mil trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2005). Com relação aos serviços dos CAPS:

São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. O principal critério para o planejamento da rede de atenção mental nas cidades e a implantação dos centros é o perfil populacional dos municípios. São organizados em CAPS de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (AD) e infanto-juvenil (CAPSi). Quanto maior o número de habitantes no município, maior a complexidade desses níveis de atendimento. (PIERRO, 2012)

Em 31 de julho de 2003, o presidente Luís Inácio Lula de Silva criou a Lei Federal 10.708, do Programa de Volta para Casa, que foi de grande valor para a inclusão social dos usuários de transtorno mental que viviam anos em leitos hospitalares. O seu objetivo era a reintegração de pessoas ao convívio social, com uma rede ampla de assistência e cuidados, tendo em vista o bem-estar e a prática de seus direitos políticos, civis e de cidadania.

A Portaria nº 246 de 2005 estabelece a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sendo inserido na política de saúde mental do Ministério da Saúde para serem cumpridas as normas de superação do modelo

de atenção do hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Os municípios são responsáveis pelos Serviços Residenciais Terapêuticos garantindo um local na casa e a inclusão na comunidade, para as pessoas que são transferidas dos hospitais psiquiátricos fechados. “Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação nos municípios de Serviços Residenciais Terapêuticos”. (BRASIL, 2005, p. 15)

Entre os dias 27 de junho e 1 de julho de 2010 aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Brasília, sendo a primeira vez que uma Conferência de Saúde Mental abordou a intersectorialidade. Tal Conferência contou com a presença da Secretaria Especial de Direitos Humanos, do Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome, do Ministério da Cultura, Ministério do Trabalho e Emprego, da Educação, da Justiça e outros. Presume-se que cerca de 46.000 pessoas participaram desse processo, fortalecendo ainda mais o cenário atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil e na criação das políticas públicas de saúde mental.

Vasconcelos garante que:

[...] este componente da intersectorialidade é, sem dúvida alguma, uma marca histórica diferenciada desta IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que carrega no próprio nome institucional o complemento “Intersetorial”, e que portanto tem forte significação e enorme importância política (VASCONCELOS, 2010, p.29).

Desse modo, pode conceber que não houve apenas o progresso no tratamento dos indivíduos com transtornos mentais, mas também uma grande transformação na política de saúde mental, passando os usuários destas a serem vistos a partir de um novo olhar perante a sociedade, ou seja, a partir de um olhar mais humano sabendo o quanto eles sofreram nas condições miseráveis que viviam e com os tipos de tratamentos bárbaros nos hospitais manicomial, preocupando-se com a cidadania destes, lutando para que os mesmos deixassem de serem invisíveis para a sociedade.

Portanto, a Reforma Psiquiátrica é mais que serviços inovadores e humanizados. Trata-se de um cenário de intermédio entre a sociedade e a loucura, “de interferência nas representações dos sujeitos sobre a doença mental,

seus significados e práticas. Além disso, tem como princípios fundamentais a inclusão social e a construção da cidadania [...]” (AMARAL, 2006, p. 112).

Nessa perspectiva, tanto o processo de debates da cidadania do sujeito como o processo da reforma psiquiátrica estão de certo modo interligados, especialmente, porque foi através dos movimentos sociais e a democratização do país que estimulou a reforma e que conduziu a luta pela cidadania e a universalização dos direitos.

3.3 História da Saúde Mental na Paraíba

A Saúde Mental Nacional veio do processo que deu início a RP, com avanços já na década de 1970, iniciando uma mudança no cenário da Política de Saúde Mental, introduzindo novos serviços na assistência psiquiátrica.

Para traçar a trajetória da assistência psiquiátrica no estado da Paraíba é uma pouco difícil, pela falta de fontes de pesquisa, e de referências dos principais acontecimentos da política de saúde mental no estado, mas não se torna algo impossível, pois o quesito da loucura na Paraíba não teve um cenário distinto do resto do mundo.

Um dos primeiros modelos da assistência no estado da Paraíba surgiu no Hospício da Cruz do Peixe, e logo em seguida veio à implantação do Hospital Colônia Juliano Moreira. O Hospício da Cruz do Peixe foi fundado em 1889, sendo concebido como o principal experimento da Políticas de Assistência Psiquiátrica na Paraíba naquela época.

Completamente excluídos da sociedade, os internos viviam em condições miseráveis. A comunicação que tinha com os enfermeiros e os familiares era através das grades, suas medicações e refeições eram feitas dentro das selas, presos como animais irracionais ferozes.

O tratamento era à base de calmantes, não sendo diferente do contexto nacional. Os atendimentos específicos não demoravam muito, e os médicos faltavam com frequência, geralmente os doentes eram vistos a partir de uma distância considerada aceitável.

Assim sendo, a assistência psiquiátrica na Paraíba, até 1928, era caracterizada por um cenário de completo abandono e desolador (FILHO,

1977).

No mesmo ano (1928), no governo de Solon B. de Lucena, começaram a compreender que a assistência à saúde mental não poderia continuar do jeito que estava, começando, a partir de então, a serem feitas mudanças fazendo com que a Paraíba desse um passo a frente para a Política de Assistência Psiquiátrica.

Com uma verba liberada pelo Presidente Epitácio Pessoa, o recurso foi direcionado para a compra de um terreno na Estrada dos Macacos, que hoje é a Avenida Pedro II, sendo iniciada a construção do Hospital Colônia Juliano Moreira (FILHO, 1977, p. 160). Sendo inaugurada no dia 23 de junho do mesmo ano, onde João Suassuna foi responsável pela administração dessa unidade de atenção e assistência psiquiátrica.

Foi através dessa instituição que começaram as inovações na Política de Saúde Mental no estado. Nessa época, o complexo era considerado como um hospital modelo nas ações aos doentes mentais. A sua estrutura se dividia em duas alas, a masculina e a feminina, e cada uma possuía três enfermarias. Tinham também seis quartos de proteção para usuários inquietos, um refeitório e salas de hidroterapia (tipo de terapia realizada dentro de uma piscina).

O Juliano Moreira passou por períodos bons e ruins, mais foi de grande importância para a Política de Saúde Mental.

No setor terapêutico, a Paraíba se torna referência ao uso da meloterapia (terapia que se utiliza música). A equipe de profissionais percebeu que usar música com propósito terapêutico estava contribuindo significativamente nos resultados obtidos com os doentes mentais, pois os sons e as canções rompiam o cotidiano dentro do hospital, fazendo com que o doente mental se habituassem a realidade a sua volta, facilitando a inserção ao social.

4. DISCUTINDO SOBRE A DROGADIÇÃO E OS SERVIÇOS PRESTADOS NO CAPS'AD WALTER S. DE SÁ.

*Droga, maldita droga
Não me deixa em paz
Se existe o último pedido
Volte o tempo há 20 anos atrás
Quando eu nasci...
(Jaupaci, GROGAS)*

4.1 Contexto Histórico da Drogadição

Nos dias de hoje sempre surgem novos desafios para serem enfrentados no campo da saúde, cujo objeto, na maioria das vezes, se apresenta com certa complexidade, sendo exigido dos profissionais maior empenho e compromisso para que ocorra redução de determinadas problemáticas, as quais na verdade, se configuram como expressões da questão social nas suas variadas expressões. Este é o caso do uso abusivo do álcool e outras drogas, que sempre estiveram presentes na história do homem.

Em épocas mais antigas, as drogas eram utilizadas por pessoas de todas as culturas e crenças, com diversas finalidades. Nunes e Jólluskin (2007, p.232) afirma que, “as drogas têm acompanhado o percurso da Humanidade, sendo consumidas em diversos contextos, de várias formas e díspares objetivos”.

Conforme Torloni (1977) foi através dos escravos vindos da África que as drogas entraram no Brasil, pois os escravos tinham o hábito de cultivar a maconha e em seguida consumiam de diversas formas, como: cigarro, chá e até mesmo na fabricação de doce. A primeira evidencia das drogas no Brasil surgiu no nordeste e em seguida no Mato Grosso e outras regiões.

Segundo Reis (2005), os índios no século XVI não ficavam de fora ao consumo das drogas, eles utilizavam a folha de Coca como meio de tratamento para doenças como a fadiga e resfriado, sem terem o conhecimento de que poderia causar dependência. Os chineses se utilizavam da planta Cannabis sativa (maconha) em 4.000 a.C, com utilidade terapêutica, fazendo presente nos tratamentos da medicina chinesa no século I (SEIBEL; TOSCANO, 2001). Ela era usada para combater a febre, insônia, para meditação ou como incenso,

provocando ilusões e relaxamento.

As drogas modificam as funções do Sistema Nervoso Central (SNC), ocasionando mudança no emocional e na consciência do usuário, lhe proporcionando um sentimento de prazer, quanto mais se consome seu organismo se adapta aquela dosagem, passando a sentir cada vez mais a necessidade de maior consumo, fazendo com que o usuário absorva doses maiores, causando assim a dependência.

De acordo com a época e cada contexto sócio-cultural, as drogas eram vistas de diferentes formas podendo ser benéficas ou maléficas. Na antiguidade, as plantas tinham o caráter fitoterápico, sendo utilizada até mesmo para diversão. Segundo Macrae:

O ópio produzido a partir da folha da papoula vem sendo usado a mais de cinco mil anos. [...] Apesar de ser, atualmente, considerado muito pernicioso, foi considerado, até o século XIX, uma dádiva divina para aliviar inúmeras mazelas do ser humano, especialmente a dor (MACRAE, 2015, p. 31).

Na Europa, durante as grandes navegações e colonizações da Ásia e América, por volta do século XIV, o homem entrou em contato com diversas culturas, fazendo com que ganhassem um conhecimento de variadas substâncias que seriam utilizadas como drogas. Nos séculos XVII e XVIII, poucos eram “favorecidos” para consumir as drogas, depois de certo tempo houve um grande crescimento do consumo destas, onde a modernidade e o progresso da ciência influenciaram de certa forma.

Lessa (1998) assevera que “[...] as drogas que a princípio se apresentavam na forma de produto advindo da natureza, quando levadas para o laboratório foram transformadas e passaram a produzir outras, artificialmente - as drogas sintéticas”.

No decorrer do século XIX, as duas Guerras Mundiais trouxeram bastante sofrimento ocasionando o consumo do álcool e outras drogas como a anfetamina que era distribuída em pílulas para a sociedade e os soldados, para reduzir a fome, o cansaço e o sono “[...] sua comercialização não era mais o fator primordial e sim estratégico, servindo ora para enfraquecer o inimigo, ora

como amenizador da dor para os feridos e revigorante de energia para os soldados” (LESSA, 1998); e a morfina por ser um poderoso analgésico era utilizada para fins terapêuticos, porém, também ocasionando dependência.

Nos Estados Unidos em 1960 os hippies se expressaram por meio de movimentos, onde se utilizavam de drogas alucinógenas e maconha como símbolo de rebeldia e liberdade, tornando-se preocupante para o governo. Nessa época, as pessoas usavam essas drogas fantasiando uma sensação, ou até mesmo como um modo de vida (Rappaport, 2000).

Destaca-se que já na década de 1950 se evidenciava o consumo de drogas entre adultos, mas na década de 1970 ocorre o aumento desse consumo entre adolescentes e idosos. A maior parte dos jovens sempre usavam com frequência as drogas ilícitas, como o solvente que se encontra na cola de sapateiro, a cocaína e a maconha, já os idosos se utilizavam das drogas lícitas como o cigarro, o álcool, medicamentos e a cafeína (LESSA, 1998).

Nós dias atuais, diante da emergência de uma sociedade eminentemente capitalista, delineada pela lógica mercadológica, exige-se do sujeito nela inserida uma caracterização individualista, que faz com que o remeta a questionamentos e cobranças das mais diversas formas e complexidades, exigindo que o seu "eu" seja resguardado, diante das dificuldades que ali surgirá no decorrer da sua vida, dentre outros aspectos que interferem diretamente no emocional desses sujeitos sociais que nem sempre estão preparados para suportarem os desafios e as cobranças geradas pela família, pela sociedade e por si próprios. É diante de situações dessa natureza, que os sujeitos sentem a necessidade de buscar meios ou formas que “preenchem” e “saciam” os vazios que emergem.

Cabe notar que em alguns casos, o consumo de drogas é iniciado por curiosidade, ou influência do meio em que estão inseridos. No entanto, muitas vezes um simples experimentar pode causar dependência.

O consumo de substâncias psicoativas causa sérios riscos a vida do sujeito que a consome. Silveira e Doering-Silveira (2014), destacam uma pesquisa realizada e publicada em 2010 na *Lancet*, uma revista de grande prestígio na área médica, o responsável pelo artigo foi o professor de neuropsicofarmacologia David Nutt da *Imperial College* em Londres. Tal

pesquisa reuniu um grupo de cientistas para avaliar quais os riscos que estão relacionados ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. No estudo classificaram vinte tipos de drogas que ocasionam grandes danos, definindo em uma escala de zero a cem, os danos causados pelo álcool chegam a 72; heroína, 55; crack, 54; cocaína, 27; tabaco, 26; maconha, 20; ecstasy, 9; e LSD, 7. Vale ressaltar que os critérios de classificação das drogas foram avaliados conforme os danos causados tanto ao próprio sujeito (exemplo: doenças cardiovasculares provocadas pelo cigarro) quanto às outras pessoas ao seu redor (exemplo: causar acidentes por dirigir embriagado), chegando a uma análise que abrange fatores psicológicos, biológicos e sociais.

As drogas proporcionam uma sensação de bem-estar ao sujeito, fazendo com que o induza a consumir cada vez mais, tanto as drogas lícitas quanto as ilícitas, trazendo problemas à saúde. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), existe o uso nocivo e a dependência, com critérios inerentes para o diagnóstico. O uso nocivo “é aquele que resulta em dano físico ou mental, enquanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) “abuso” engloba também consequências sociais” (Serviço social industrial do Paraná, 2013).

Silveira e Doering-Silveira (2014), enfatizam que para ser dependência o período de uso deve ser de no mínimo um ano de adição das drogas e diversos sintomas como:

- Assim que começa a usar a droga não conseguir para o consumi-la, perdendo o controle;
- Um desejo desregrado de usar a droga;
- Necessidade de doses cada vez maiores, causando o aumento à tolerância;
- Ansiedade quando se encontra sob a ação da substancia;
- Tremores;
- Sudorese.

Em muitas situações, o sujeito dependente de substâncias psicotrópicas acaba causando problemas nos relacionamentos afetivos e sociais, porque não conseguem manter o controle sobre o uso da droga. Segundo Silveira e Doering-

Silveira (2014), o usuário não consegue abdicar da droga por duas razões: a primeira é porque a pessoa se acostumou a viver sob o efeito da droga, fazendo com que use com mais frequência, ou porque o organismo se adaptou a substância causando sintomas de abstinência.

A Drogadição é uma problemática que hoje é de responsabilidade da saúde pública, e através de políticas públicas SUS busca melhorias com o desenvolvimento de ações e serviços para garantir a preservação de seus princípios fundamentais, que é o direito a cidadania.

[...] o fenômeno moderno das drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, situa-se no centro dos conflitos da sociedade, sendo produzido por ela e decorrente dos seus modos desequilibrados e injustos de organização e valorização, configurando-se como grave problema de saúde pública, com repercussões em todas as esferas da sociedade [...] (MORAES, 2008, p.27).

Diante dessa questão da Drogadição, foi aprovada a Lei nº 11.343 em 23 de agosto de 2006, criando o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), como objetivo de possibilitar a prevenção, integração, de modo a reinserir os usuários dependentes de drogas à sociedade, assim como o combate contra a produção e o tráfico de drogas.

Não podemos negar que as drogas representam uma questão bastante preocupante nos dias atuais. De acordo com Nonticuri (2010), a problemática das drogas envolve questões mais complexas e na maioria das vezes ficam escondidas, a partir disso a autora afirma que:

O uso de drogas sempre existiu, mas atualmente o abuso de entorpecentes acentuou-se a partir da combinação de vários fatores que marcam também as mudanças ocorridas na sociedade no último século. A mundialização do capital, a dificuldade dos Estados em manter sua soberania e governança diante de um poder transnacional, o conseqüente enfraquecimento dos Estados, com uma economia de incertezas promovida pela globalização, às mudanças no mundo do trabalho e a emergência da sociedade de consumo, trouxe o aumento das desigualdades da miséria e do desemprego. Neste contexto, a sociedade entra em um novo estágio de individualismo, trazendo a identidade simbolizada por Narciso, figura mitológica que representa a beleza vaidosa de si mesma, mas fragilizado e inseguro. Nas relações consigo e com os outros Narciso tem dificuldades e medo de sofrer. Quer o prazer imediato. Com esses sentimentos, as relações são fluidas, pouco comprometidas. Consumir passa a ser o objetivo da existência,

uma compensação para o que não vai bem na vida (NONTICURI, 2010, p. 115-116).

Assim, diante de uma sociedade capitalista, a utilização das drogas acaba se tornando um meio que o sujeito encontra para fugir da sua realidade, diante das dificuldades que aparecem, como as más condições de vida, de trabalho, de acesso à saúde, educação, lazer, aos bens de consumo – seja ele material ou espiritual. Se tornado uma expressão da questão social (SANTOS; SILVEIRA, 2013). Ao mesmo tempo, as drogas, em decorrência do elevado consumo, tornaram-se nicho de mercado para os traficantes, e em igual proporção o consumo das mesmas tornou-se, em decorrência da série de problemáticas que ocasiona (violência, roubos, mortes etc.), problema de segurança pública, necessitando de maiores intervenções dos governantes. Porém, é um problema ainda muito distante de ser solucionado, pois não se identifica fortes e eficazes iniciativas de combate.

4.2 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – Walter Sarmiento de Sá.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são as principais táticas do processo da Reforma Psiquiátrica, onde foi definido um novo modelo de assistência psiquiátrica.

Tais instituições são voltadas para receber pessoas com transtornos mentais, ajudando na reintegração dos mesmos a sociedade, no âmbito familiar e cultural, encorajando-os sua conquista pela independência, desenvolvendo o cotidiano, que inclui:

[...] seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 11).

Para que os CAPS tenham um bom desempenho em suas ações devem esta ligados diretamente ao Programa de Saúde da Família (PSF) e com os Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O atendimento ao paciente com

transtorno mental pode ser feito diretamente no CAPS de sua cidade ou pela Unidade Básica de Saúde, através do agente comunitário do seu bairro, onde o mesmo encaminha o caso ao enfermeiro da sua unidade, sendo assim encaminhado para o CAPS específico.

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento históricos social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas (LABATE; ROSA, 2005).

As atividades dos CAPS são realizadas em ambiente aberto, confortável que estejam inseridos no setor urbano. Mesmo tendo um ambiente apropriado para acolher os usuários, os serviços prestados pela instituição não se limitam apenas na estrutura física, mais também se preocupando com o individuo e sua individualidade, sua cultura, sua história e a vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Como uma grande demanda, o sistema os CAPS são bem diversificado, podendo ser diferentes quanto ao tamanho, estrutura física, profissionais e atividades terapêuticas aplicadas, foram criados cinco tipos de CAPS, com serviços direcionados a crianças e adolescentes, para transtornos psicóticos e para usuários de álcool e drogas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o sistema CAPS é dividido nas seguintes modalidades: o CAPS I e CAPS II são para adultos com transtornos mentais, com atendimento diário. O CAPS III é para pessoas com transtorno mental severo e permanente, que funcionam sete dias da semana com atendimento de 24 horas. O CAPS i é voltado para crianças e adolescentes com algum tipo de transtorno mental como: autismo, psicoses e outras condições psíquicas, com atendimento diário. E por fim o CAPS'AD, com atendimento diário, para pessoas dependentes de substancias psicoativas como o álcool e outras drogas.

O CAPS'AD Walter Sarmiento de Sá foi inaugurado no dia 01 de maio de 2004, no período do mandato do então prefeito Salomão Benevides Gadelha, por iniciativa da secretária de saúde Aline Pires Benevides Gadelha. Está localizado a

rua Dep. Lindolfo Pires, no bairro da Estação. A unidade funciona através do atendimento que só pode ser realizado de forma eficiente se houver a participação e o acolhimento da família e da comunidade, unidade funciona de segunda a sexta das 07h00min às 17h00min, com uma equipe multidisciplinar.

O governo municipal é responsável pelos serviços ofertados no Centro de Atenção Psicossocial de sua cidade, com atendimento diário, contando com uma equipe multiprofissional prestando assistência qualificada e humanizada, através de tratamento tentando resgatar o usuário.

A reinserção social dos usuários pode se estruturar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade. Ainda é um grande desafio colocar em prática a reforma psiquiátrica no nosso país, as dificuldades de efetivar os serviços de atenção diária são as mais prejudicadas. Mesmo enfrentando problemas, os CAPS completaram 14 anos de sua existência, nos mostrando que vale a pena substituir o modelo dos hospitais psiquiátricos.

O propósito do CAPS'AD Walter Sarmiento de Sá é prestar atendimento aos usuários, levando-os a refletirem sobre as perdas que as drogas trouxeram para suas vidas, onde junto com a equipe multidisciplinar procuram meios para solucionar seus problemas, planejando novas metas de vida.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), cerca de 6% da população brasileira acaba desenvolvendo problemas psiquiátricos pelo uso abusivo de substâncias psicoativas.

Hoje a equipe multidisciplinar do CAPS'AD é formada por profissionais de diversas áreas e qualificados na área de saúde mental, a equipe é composta por:

- 1 Assistente Social;
- 1 Enfermeiro;
- 1 Técnica em Enfermagem;
- 1 Guarda municipal;
- 1 Médico Psiquiátrico;
- 1 Psicóloga;
- 1 Terapeuta Ocupacional;
- 1 Nutricionista;
- 2 Monitores;
- 1 Farmacêutico;

- 1 Medico Clinico Geral.

Tivemos oportunidade de vivenciar o trabalho desenvolvido pelo CAPS'AD da cidade de Sousa-PB, onde foi o nosso campo de estágio curricular supervisionado I e II em Serviço Social, de novembro de 2013 a setembro de 2014.

O ambiente de estágio contribuiu significativamente para passássemos a enxergar e relacionar a teoria que adquire na sala de aula à prática do Serviço Social e a equipe multidisciplinar.

No primeiro dia de estágio conhecemos a Assistente Social do CAPS'AD, ela nos mostrou as instalações do local, e nos falou sobre as atividades presentes no CAPS'AD Walter Sarmiento de Sá que são: o primeiro atendimento; atendimento individual e em grupos por uma equipe multidisciplinar – psicoterapia em grupos, grupos operativos e assembleias; atendimento clínico psicossocial e medicamentoso frente aos transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas; elaboração do projeto terapêutico singular – projeto de vida; acolhida; oficinas terapêuticas; atendimento domiciliar – visitas; atendimento familiar – individual ou reuniões em grupos; terapia ocupacional – resgatando as aptidões dos usuários; e orientações e autos cuidados.

A assistente social explicou sobre o primeiro atendimento quando o usuário chega ao CAPS'AD, através de uma entrevista e preenchimento de alguns formulários, onde qualquer profissional de nível superior pode realiza-lo, em seguida o usuário assina um termo de compromisso entre ele e a instituição. Cada usuário terá seu perfil traçado e em cima dele deve-se criar um Projeto Terapêutico Individual (PTI), respeitando sua particularidade, tendo um atendimento personalizado para cada usuário, de acordo com suas necessidades, potencialidades e limitações. Segundo a Portaria GM 336/02 e o Projeto Terapêutico Individual, o tratamento deve se em regime:

- Intensivo: o atendimento diário é ofertado ao usuário quando se encontra em grande sofrimento psíquico, com intensa dificuldade no âmbito social e familiar, com atenção continuada;

- Semi-intensivo: essa modalidade é colocada em ação quando o sofrimento e a desestruturação psíquica diminuem, sendo atendido até doze dias do mês. É importante ressaltar com mesmo nesse modo o usuário continua tendo apoio direto da equipe multidisciplinar;
- Não-intensivo: é quando o usuário não precisa mais de ajuda da equipe para conviver no âmbito social e familiar, sendo atendido em até três dias no mês.

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial tem revelado outras realidades: as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, 2004).

Ao chegar à instituição CAPS ad o indivíduo é recebido e acolhido por uma equipe multidisciplinar que não lhe trata com qualquer estigmas ou preconceitos, ali se insere um sujeito que é visto como alguém que necessita de apoio e atenção. Todo esse tratamento diferenciado é derivado de uma capacitação, formação e humanização dos profissionais ali inseridos.

Quando falamos dos usuários do CAPS'AD e sobre seus serviços prestados a pessoas dependentes de álcool e outras drogas, a sociedade ainda os vê com um olhar receoso e preconceituoso, onde não são vistos como doentes de outros transtornos, mais sim como indivíduos sem força de vontade, incapazes. O Senso comum ainda é presente em uma parte da sociedade onde ao atendimento por psiquiatras e psicólogos, é vista como uma fraqueza. Um meio que pode mudar esse modo de pensar da sociedade sobre a instituição e os usuários, é investir na divulgação dos seus serviços e tratamentos que o

CAPS'AD oferta, fazendo com que a instituição chega às comunidades e famílias. Ajudando ate mesmo a famílias e usuários a buscar o tratamento, conseguindo enfrentar com determinação e sem medo de como ele serão vistos perante a sociedade.

4.3 Uma Análise dos Serviços Prestados no CAPS'AD - Walter Sarmiento de Sá, Sousa-PB.

Primeiramente, é de grande importância lembrar o problema da pesquisa, a pesquisa busca analisar os serviços na Saúde Mental no CAPS'AD-Walter Sarmiento De Sá, No Município De Sousa- PB. Será observado como o trabalho dos profissionais é desenvolvido junto aos usuários. Dessa forma, foi aplicado um questionário para que fossem respondidos pelos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar da instituição.

Logo, só foi possível o contato com três funcionários que tem contato direto com os pacientes, que forma um Enfermeiro, um Psicólogo e um Assistente Social. O questionário se dividiu em catorze questões.

O Enfermeiro, já foi plantonista no Hospital Regional de Cajazeiras – PB, e na área de saúde mental esse é o seu primeiro trabalho. O profissional conta que começou a se identificar com a área de saúde mental desde os estágios de quando era universitário e com a aprovação no concurso da instituição pesquisada, teve o seu sucesso profissional. Constatou-se que se trata de um profissional altamente qualificado, que reconhece os direitos e deveres dos cidadãos e acima de tudo respeita-os. Sabe qual o seu papel na instituição e o exerce sem ressalvas.

O Psicólogo relatou que quando começou a trabalhar na área de saúde mental foi um grande desafio, pois tudo no início era muito difícil. Percebeu-se que o profissional está em sintonia com o ambiente de trabalho e que não mede esforços para executar sua função.

O Assistente Social que respondeu o questionário sempre atuou, mas na área de saúde mental esse é o seu primeiro trabalho. O profissional comentou que começou a trabalhar na área por ter sido a sua única oportunidade de emprego na época, mas pode confirmar que se sente muito envolvida e realizada

com o que faz, ela exerce suas funções no CAPS'AD há cinco anos. Notou-se que o profissional desenvolve seu trabalho com muita precaução e deposita muito amor em tudo que faz.

Depois de analisado o perfil de cada um, buscamos nos informar sobre quais as técnicas que os profissionais utilizam ou instrumentos para o tratamento de recuperação dos usuários. Todos relataram que utilizam da terapia ocupacional, através de grupos operativos, realizando também atendimento individual, atendimento domiciliar. Porém, essas atividades são desenvolvidas de acordo com a necessidade específica de cada paciente. No tocante as técnicas mais utilizadas, a terapia cognitiva comportamental, terapia com incentivos motivacionais e terapia de grupo.

Quando indagados sobre as dificuldades que esses profissionais encontram para desempenhar seu trabalho no CAPS'AD, os mesmos informaram que as dificuldades maiores são a resistência dos usuários em relação ao tratamento que precisam desenvolver. Porém, todos afirmaram de forma enfática que contam com uma equipe bem preparada para superar todos os problemas, encarando cada dificuldade como um desafio a ser superado coletivamente.

Também foi questionado quais as melhorias que poderiam ser implantadas na instituição. Os que se dispuseram a responder informaram que se faz necessária a melhoria do espaço físico do CAPS'AD, para que as atividades de tratamento dos usuários possam ser desenvolvidas em um ambiente mais adequado, em que estes se sintam mais acolhidos e incentivados a frequentarem.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa realizada e apresentada neste trabalho, é evidente que a política de saúde mental brasileira enfrentou inúmeros percalços no desenvolvimento da sua trajetória, até chegar ao patamar desejado pela reforma psiquiátrica.

Contudo, tal política ainda não é desenvolvida na perspectiva de atingir a sua magnitude e complexidade em decorrência da política de corte neoliberal, que almeja o Estado mini Max, ou seja, mínimo para o social e máximo para o capital, precarizando os serviços públicos, de modo a incentivar a inserção e fortalecimento da perspectiva privada.

No que se refere as dificuldades que os profissionais enfrentam para desempenhar suas atividades, observou-se que faltam elementos necessários como: medicamentos, leitos, por exemplo, dificultam o processo de adaptação para os usuários. Salienta-se que os leitos são fundamentais para que os usuários sejam medicados e colocados em repouso, para assim ser iniciado o seu tratamento.

A estrutura física do ambiente deixa a desejar, diante do pouco espaço, notou-se que seriam necessárias mais salas para que as atividades de recuperação sejam desenvolvidas de forma mais eficaz.

Um aspecto interessante evidenciado durante a pesquisa foi o fato de que mesmo os profissionais se deparando com uma série de demandas e dificuldades no cotidiano de trabalho, obviamente, apontam que os problemas precisam ser sanados, mas que coletivamente o trabalho procura ser desenvolvido da melhor maneira possível. Porém, apenas o compromisso da equipe multiprofissional não é suficiente para que as demandas sejam atendidas de forma eficaz. Portanto, se faz necessário um maior compromisso e envolvimento da gestão municipal, bem como da administração da instituição.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Marcela Corrêa Martins. **Narrativas de Reforma Psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal**. Dissertação de Mestrado. Brasília, 2006.

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

Birman, J. (1992). A cidadania tresloucada. Em: B. Bezerra & P. Amarante (orgs.), **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

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

BRASIL. **Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: **Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 246 de fevereiro de 2005**. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2005

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. "As Políticas de Seguridade Social Saúde". In: CFESS/CEAD. Editora Cortez, Julho de 2006.

CARNIEL, Aline Cristina. **Atendimento em Saúde Mental: desafios e perspectivas**. Disponível em: http://www.faepa.br/Downloads/palestras/ALINE_CRISTINA_D_CARNIEL.pdf. Acessado em: 05 maio 2016.

FILHO, Heronides Coêlho. **A psiquiatria no país do açúcar**. Associação Brasileira da Indústria Gráfica – ABIGRAF - Regional Pernambuco, 1977- 2. ed.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LABATE, Renata Curi; ROSA, Walisete de Almeida Godinho. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no. 6 Ribeirão Preto. Nov./Dec. 2005; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016 Acesso em: 15 maio 2016.

LESSA, M. B. M. F. **Os paradoxos da existência na história do uso das drogas**. 1998. Disponível em: <http://www.ifen.com.br/site/23-informativos-ifen/94-os-paradoxos-da-existencia-na-historia-do-uso-das-drogas>. Acesso em: 13 maio 2016.

LIMA, N. T. et al. A saúde na construção nacional do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In:_(org). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MACRAE, Edward. **A história e os contextos sócio culturais do uso de drogas**. 26 abril 2015. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/edsoncop/curso-de-preveno-s-drogas>. Acesso em: 12 maio 2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Maria Eva. **Técnicas de Pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Coordenação de política pública para saúde mental**- 2004.

MORAES, Maristela. **O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais**. Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 13, 2008, p. 27.

MOURA, Joviane A. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial**. Jun. 2011. Disponível em: <https://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>. Acesso em: 10 maio 2016.

NONTICURI, Amélia Rodrigues. **As Vivências de Adolescentes e Jovens com o Crack e Suas Relações com as Políticas Sociais Protetoras Neste Contexto**, 2010. Disponível em: <https://www.google.de/search?q=NONTICURI%2C+Am%C3%A9lia+Rodrigues.+As+Viv%C3%AAs+de+Adolescentes+e+Jovens+com+o+Crack+e+Suas+Rela>

[%C3%A7%C3%B5es+com+as+Pol%C3%ADticas+ Sociais+Protetoras+Neste+Cotexto%2C&trackid=sp-006](#). Acesso em: 14 maio 2016.

NUNES, Laura M.; JÓLLUSKIN, Glória. **O uso de drogas:** breve análise histórica e social. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. 2007. 8p. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15.pdf>. Acesso em: 08 maio 2016.

PIERRO, Bruno de. **Especial CAPS – A Reforma Psiquiátrica**. 30 jan. 2012. Disponível em: <http://advivo.com.br/materia-artigo/especial-caps-a-reforma-psiquiatrica>. Acessado em: 08 maio 2016.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil:** Uma pequena revisão, Minas Gerais, [s.d]. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf Acesso em: 21 de Março de 2016.

RAPPAPORT, Clara. **Encarando a Adolescência**. 8ªe d. São Paulo: ÁTICA, 2000. 111 p.

REIS, T. R. **O uso abusivo de álcool e outras drogas na sociedade brasileira e seus rebatimentos no âmbito da família:** breves considerações. In Revista Agora: Políticas Públicas e Serviço Social, Ano 2, nº 3, dezembro de 2005. Disponível em :<<http://www.assistentesocial.com.br>> Acesso em: 12 maio 2016.

RICHARDSON, RJ, e Colaboradores. **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL:** cenários e atores no contexto neoliberal. agost. 2009. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/12_seguridade/politica-publica-brasileira-de-saude-mental-cenarios-e-atores-no-contexto-neoliberal.pdf Acesso em: 06 maio 2016.

SANTOS, M.G.; SILVEIRA, T.E.S. **O uso Crescente das Drogas e o Processo de Criminalização da Pobreza**. III Simpósio Mineiro de Serviço Social. 2013. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simpósio/O%20USO%20CRESCENTE%20DAS%20DROGAS%20E%20O%20PROCESSO%20DE%20CRIMINALIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20POBREZA.pdf>. Acesso em: 13 maio 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA – PARÁ. **O que é o SUS?** Disponível em: www.sespa.pa.gov.br/sus/sus.htm. Acesso em 24 abril 2016.

SERVIÇO SOCIAL INDUSTRIAL DO PARANA. **ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:** Experimentação, uso, abuso e dependência. 28 maio 2013. Disponível em: <http://www.sesipr.org.br/cuide-se-mais/alcool-e-outras-drogas/experimentacao-uso-abuso-e-dependencia-1-23999-216244.shtml>. Acesso em: 14 maio 2016.

SILVEIRA, D. X.; DOERING-SILVEIRA, E. **Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ed. 6. Rio de Janeiro 2014.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Historia SUS**. Disponível em: <http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>. Acesso em 02 maio 2016.

VALVERDE, Dayana Lima Dantas. **Reforma Psiquiátrica: Panorama sócio-histórico, político e assistencial**. 21/11/2010. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2010/11/21/reforma-psiqui-trica-panorama-s-cio-hist-rico-pol-tico-e-assistencial/>. Acesso em: 05 maio 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios Políticos no Campo da Saúde Mental na atual conjuntura**: Uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. Rio de Janeiro, abril-maio de 2010, p. 29.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado – ENSP, Rio de Janeiro. 2006, p. 27.

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DO CAPS ad, SOUSA-PB.

1. Qual a sua idade?

2. Qual o seu nível de escolaridade?

3. Qual a sua profissão?

4. Qual o seu cargo no CAPS ad? Já teve outros cargos? Quais?

5. Já trabalhou antes em outras instituições ligadas à saúde mental?

6. Há quanto tempo está trabalhando no CAPS ad?

7. O que te levou a escolher trabalhar na área de saúde mental?

8. O que entende por cidadania?

9. Qual o seu papel no CAPS ad?

10. Quais técnicas ou instrumentos você utiliza no tratamento para a recuperação dos usuários?

11. Quais são as dificuldades que você encontra como profissional no CAPS ad?

12. Como profissional cite algumas melhorias no CAPS ad que poderiam ser implantadas na instituição.

13. Quais os tipos de terapias são utilizados nos usuários do CAPS ad? (pode marcar mais de uma alternativa)

- Terapia cognitiva comportamental.
- Terapia com incentivos motivacionais.
- Terapia de grupo.
- Outros,

cite: _____

14. Quais os tipos de tratamento se encontra no CAPS ad? (pode marcar mais de uma alternativa)

- Tratamento da síndrome de abstinência.
- Permanecer em tratamento (intensivo, semi-intensivo, não- intensivo).
- prevenção de recaídas.

