Ana Lucia Marinho Marques

Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina a Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Movimento, Postura e Ação Humana

Orientadora: Profª. Dra. Elisabete Ferreira Mângia

São Paulo

2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Marques, Ana Lúcia Marinho

Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial / Ana Lúcia Marinho Marques. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Área de concentração: Movimento, Postura e Ação Humana.

Orientador: Elisabete Ferreira Mângia.

Descritores: 1.Condutas terapêuticas 2.Transtornos relacionados ao uso de substâncias 3.Alcoolismo 4.Políticas públicas de saúde 5.Serviços comunitários de saúde mental 6.Terapia ocupacional

USP/FM/SBD-098/10

AGRADECIMENTOS

Aos usuários do CAPSad “Travessia”, por todos os questionamentos que me dispararam e por tudo que me ensinaram. Em especial, aos participantes desta pesquisa e sua disponibilidade em compartilhar seu conhecimento.

À Diretoria técnico-administrativa do CAPSad ”Travessia”, pela autorização e apoio na realização desta pesquisa e à equipe deste serviço, por sempre apoiarem e incentivarem meus projetos e pela generosidade com que cuidaram de mim quando precisei.

À minha orientadora Bete Mângia, pela surpreendente capacidade e disponibilidade no processo de orientação e auxílio nos momentos em que me encontrava perdida. Aprendi, aprendo e espero ainda aprender muito com você.

À Banca do Exame de Qualificação: Profa. Dra. Ana Luisa Aranha e Silva, Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver e Profa. Dra. Eliane Dias de Castro, por suas valiosas contribuições e incentivo para a conclusão do trabalho. À Eli, especialmente, por tudo que me ensina nesta vida e por não me ter deixado desistir no meio do percurso. Ao Prof. Dr. Marcelo Sodelli, pela disponibilidade na leitura do meu trabalho e pelas doses semanais de conhecimento compartilhado.

Aos meus companheiros de jornada, que conheci nos trabalhos, cursos, congressos, grupos de estudos e os que eu conheci por obra do acaso, com quem pude compartilhar e trocar tantas experiências neste campo.

Aos meus amigos, com quem troco tantos afetos na vida cotidiana. Em especial, à Ana, Bruna, Pri, Carol, Cris, Éri, Thá, Jú, Mari, Gi e Cintinha, pelo

acolhimento e suporte nas diversas crises. À Mel, companheira fiel, cujo auxílio foi tão importante.

Ao meu amor, que com um jeito manso que é só dele, tanto ajudou e tanto atrapalhou na produção final do trabalho...

À minha família, pelo afeto inabalável e pela ajuda concreta. Amo vocês!

SUMÁRIO

Lista de tabelas

Lista de quadros

Lista de figuras

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO 1

1.1 Impacto do uso de álcool e outras substâncias psicoativas para o campo da saúde pública 1

1.2 Componentes gerais da assistência comunitária 9

1.3 A assistência comunitária e integral no campo dos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras substâncias psicoativas 12

2. A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE DEPENDÊNCIA: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO 17

3. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: ASPECTOS TEÓRICOS 25

3.1 A experiência da enfermidade 25

3.2 O processo de formulação de um projeto de tratamento: reflexões sobre o conceito de itinerário terapêutico 31

3.3 Itinerários terapêuticos e produção de cuidado 37

4. OBJETIVOS 45

5. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA 46

5.1 O município de Santana de Parnaíba 46

5.2 O CAPSad “Travessia” 48

5.3 Os participantes do estudo 61

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 64

6.1 Construção do papel do pesquisador 66

6.2 Discussão em grupo ou grupo focal 68

6.3 Entrevistas semi-estruturadas 71

6.4 Observação participante 72

6.5 Caderno de campo 74

6.6 Análise dos dados 75

6.7 Aspectos éticos 77

7. ITINERÁRIOS 79

7.1 Apresentação 79

7.2 Do uso ocasional à experiência da dependência de álcool 79

7.3 Compreensão e significação 82

7.4 Problematização e reconhecimento sobre a necessidade de enfrentamento da questão vivenciada 84

7.5 O processo de busca de ajuda e resoluções para o seu problema 87

7.6 O papel das redes de relação sociais 90

7.7 O momento de chegada ao CAPSad 92

7.8 A construção de projetos terapêuticos 95

7.9 Sentidos atribuídos ao CAPSad 99

8. DISCUSSÃO 103

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS 112

10. ANEXOS 115

11. REFERÊNCIAS 125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência sobre o *uso na vida* e *dependentes* de Álcool e população estimada distribuída, segundo o sexo e a faixa etária dos 7.939 entrevistados nas 108 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes.

Tabela 2 – Internações por faixa etária segundo lista de morbidade CID10: Transtornos Mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e Transtornos Mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas - janeiro a março de 2006

Tabela 3 – Comparação da distribuição de usuários ingressos em 2008 (n=184) e a distribuição total dos usuários (n=606) por gênero

Tabela 4 – Comparação entre a distribuição dos usuários matriculados no ano de 2008 (n=184) e a distribuição total (n=606), por faixa etária

Tabela 5 – Distribuição da forma de procura dos usuários pelo serviço – agosto a dezembro de 2008

Tabela 6 – Distribuição dos usuários matriculados (n=606) por agrupamento geográfico

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos participantes do estudo

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 – Distribuição dos usuários do serviço (n=606) por principal droga utilizada, em porcentagem

RESUMO

Marques ALM. *Itinerários Terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Os problemas decorrentes do uso de álcool trazem impactos relevantes para o campo da saúde pública e levam ao desenvolvimento de políticas e propostas de tratamento baseadas em perspectivas e abordagens teórico-práticas que apresentam marcantes diferenças entre si, o que resulta na pluralidade de ofertas terapêuticas atuais. Trata-se de questão complexa que envolve fatores de diversas ordens: socioculturais, econômicos, políticos, sócio-familiares e individuais. Tal complexidade deve ser considerada na construção das práticas de saúde e na compreensão dos processos de busca, escolha e adesão as propostas de tratamento, como interativos, relacionais e dotados de significados singulares. O presente estudo visou conhecer os itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool em um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas – CAPSad. A pesquisa, de caráter qualitativo, foi orientada pela perspectiva etnometodológica, e empregou os procedimentos metodológicos de revisão bibliográfica, pesquisa documental, entrevistas semi-estruturadas, grupo focal, observação participante e construção de diário de campo. O trabalho de campo foi realizado no CAPSad "Travessia", situado no município de Santana de Parnaíba/SP, no período de janeiro a março de 2009. Os resultados mostraram que os itinerários terapêuticos dos participantes foram compostos por um conjunto de ações sucessivas e muitas vezes sobrepostas. Os sujeitos tendem a recorrer simultaneamente a diversos lugares de tratamento e cuidado e chegam ao serviço de saúde sem a formulação clara do problema e nem tampouco com conhecimento sobre a proposta

do serviço. Tal percurso não se configura como resultado de escolhas racionais prévias, mas da experiência construída no processo, que dota de significados as vivências e problemáticas relacionadas ao uso de álcool e a própria necessidade de busca de ajuda e enfrentamento do problema. Nesse processo, nota-se a importância das redes sócio relacionais, no contexto das quais são compartilhados os significados atribuídos às experiências e a orientação e sustentação dos processos de busca de ajuda. Concluímos que a preocupação em conhecer os saberes e práticas dos sujeitos na construção de seus itinerários terapêuticos deve compor as práticas de cuidado, desenvolvidas pelos profissionais nos serviços de saúde, comprometidas com o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos, com a construção de direitos e cidadania e com a produção de saúde e de vida.

Descritores: condutas terapêuticas; transtornos relacionados ao uso de substâncias; alcoolismo; políticas públicas de saúde; serviços comunitários de saúde mental; terapia ocupacional

SUMMARY

Marques ALM. *Therapeutic Itineraries of individuals with problems in consequence of the use of alcohol in a psychosocial care center* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Problems in consequence of the use of alcohol bring on relevant impacts to public health field and lead to the development of policies and treatment proposals based on perspectives and theoretical-practical approaches that present marked differences among them, resulting on the plurality of current therapeutic offers. This is a complex question that involves factors in several orders: sociocultural, economics, politics, socio-familiars and individuals. This complexity should be considered in the construction of health practices and understanding of the processes of search, choice and adherence to the treatment proposals, as interactive, relational and endowed of singular meanings. This study aimed to know the therapeutic itineraries of individuals with problems in consequence of harmful use of alcohol in a Psychosocial Care Center for users of alcohol and others substances – CAPSad. The research used qualitative methods and was oriented by the ethnomethodological perspective. It employed the methodological procedures of bibliographical review, documental research, semi-structured interviews, focus group, participant observation and construction of field diary. The fieldwork was conducted in CAPSad "Travessia", located in the city of Santana de Parnaíba/SP, from January to March of 2009. The results showed that the therapeutic itineraries of the participants were composed of a set of successive and often overlapping actions. The individuals tend to appeal simultaneously to several places of treatment and care and arrive to the health service without a clear formulation of the problem and neither informed about the proposal of the service. This pathway do not configure itself as a result of

previous rational choices, but as the experience built during the process, which attributes meanings to the experiences and problems related to alcohol use and to the own necessity of help search and confrontation of the problem. In this process, it is possible to note the importance of social relational networks, in the context of which the meanings attributed to the experiences and the orientation and sustentation of process of help searching are shared. We conclude that the preoccupation in knowing the knowledge and practices of the individuals on the construction of their therapeutic itineraries must compose the care practices, developed by professionals in the health services, committed with the strengthening of individual and collective subjects, with the construction of rights and citizenship and with the production of health and life.

Descriptors: therapeutical approaches; substance-related disorders; alcoholism; community mental health services; health public policy, occupational therapy.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Impacto do uso do álcool e outras substâncias psicoativas para o campo da saúde pública

Em todo o mundo, são significativas as diversas problemáticas decorrentes de transtornos mentais, tanto por atingirem porcentagem considerável da população, quanto pelos impactos e sofrimento que causam na vida dos indivíduos. Dessa forma, há, por parte de gestores, profissionais e pesquisadores, o reconhecimento da importância da formulação de políticas e o crescente investimento na construção de tecnologias de cuidado nesse campo (WHO, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, no "Relatório sobre a saúde no mundo", publicado em 2001, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou de comportamento, mas apenas uma pequena minoria recebe a assistência adequada. Embora esses transtornos respondam por cerca de 12% da carga mundial de doenças, as verbas orçamentárias para a saúde mental, na maioria dos países, representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde. Mais de 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera. Mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes. Também podemos acrescentar o fato de que os planos de saúde, freqüentemente, deixam de incluir os transtornos mentais e comportamentais no mesmo nível das demais doenças, criando significativos problemas econômicos para os usuários e suas famílias (OMS/OPAS, 2001).

Os transtornos mentais e comportamentais ocorrem comumente e afetam mais de 25% da população em alguma fase da sua vida. São também universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos de todas as idades, gênero, condições sociais e econômicas. Exercem impacto econômico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias. Estão presentes em cerca de 10% da população adulta. Aproximadamente, 20% de todos pacientes atendidos por profissionais de atenção primária de saúde apresentam um ou mais desses transtornos (OMS/OPAS, 2001).

Dentro deste quadro, estão os transtornos mentais e comportamentais resultantes do uso de substâncias psicoativas. Estes incluem: transtornos devidos ao uso de álcool, opiáceos como ópio ou heroína, canabinóides como maconha, sedativos e hipnóticos, cocaína e outros estimulantes, alucinógenos, fumo e solventes voláteis. A prevalência do uso de substâncias psicoativas, e de transtornos e risco de infecções decorrentes do mesmo variam entre regiões e populações (OMS/OPAS, 2001; WHO, 2004).

As *substâncias psicoativas* ou *drogas psicoativas* podem ser definidas como "aquelas que modificam o estado de consciência do usuário" (Seibel, Toscano, 2001), afetando processos mentais tais como cognição e humor (Brasil, 2006a). Essas substâncias atuam diretamente na transmissão de informação entre os neurotransmissores e, de acordo com o tipo de alteração provocada, podem ser classificadas em três categorias: estimulantes (aumentam a velocidade de transmissão), depressores (diminuem a velocidade); perturbadoras (confundem e atrapalham a transmissão) (Bloom, 1996).

Utilizadas tanto em situações de celebração como de sofrimento, quase todas as drogas fazem parte de ritos de sociabilidade, cura, devoção, consolo e prazer. Diversas pesquisas, no entanto, apontam o álcool e o tabaco como substâncias de maior uso em todo o mundo e que têm as mais graves conseqüências para a saúde pública. O álcool, apesar de ser uma droga, geralmente, tolerada nas sociedades ocidentais, pode acarretar diversos danos nas esferas sociais e individuais (Brasil, 2004a; Carneiro, 2005).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que cerca de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo consomem bebidas alcoólicas – o que corresponde a aproximadamente 40% da população mundial acima de 15 anos - e cerca de 76.3 milhões apresentam problemáticas decorrentes do uso dessa substância. De uma perspectiva de saúde pública, em muitas partes do mundo, é considerável a carga global relacionada ao consumo de álcool, tanto em termos de morbidade quanto de mortalidade. O consumo de álcool pode trazer conseqüências diversas, e está relacionado a mais de 60 tipos de doenças ou lesões, além de episódios de violência, homicídios e acidentes; está associado a 3,2% de todas as mortes no mundo (sendo, aproximadamente, 6% de todas as mortes entre homens e 1% entre as mulheres) e 4% do total de anos de vida comprometidos por alguma incapacidade (WHO, 2002; WHO, 2004; Anthony, 2009).

No Brasil, segundo o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preencheram critérios para a dependência do álcool e cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida (Carlini et al., 2006). De acordo com o I Levantamento Nacional sobre Padrões do Consumo de Álcool na População Brasileira, do total da

população com 18 anos ou mais, 3% faz uso nocivo e 9% é dependente de bebidas alcoólicas (Laranjeira et al., 2007).

A tabela 1 ilustra a prevalência de uso e dependência de álcool por gênero e faixa etária. Com relação ao uso e dependência entre as mulheres, nota-se o aumento nesse número quando comparado com estudos anteriores (Carlini et al., 2002; Carlini et al., 2006). No entanto, tanto o uso nocivo quanto a dependência predominam entre os homens, sendo em média três vezes mais comum. Não se nota na população geral adulta brasileira um fenômeno que ocorre nos países desenvolvidos, em que aparece uma tendência de maior aproximação do número de mulheres em relação aos homens com problemas com o álcool (Carlini et al., 2006; Laranjeira et al., 2007).

Os homens também apresentam mais problemas decorrentes do uso de álcool, com 37% deles relatando pelo menos um. Os problemas físicos aparecem como os mais citados, seguidos por problemas familiares e aqueles que envolvem situações de violência. Estes últimos aparecem especialmente entre a população mais jovem, de 18 a 24 anos (Laranjeira et al., 2007).

Ainda com relação aos dados apresentados na tabela I, nota-se que é maior a média de uso na faixa etária de 25-34 anos e a de dependência, entre 18 e 24 anos. Esse dado merece destaque, e reforça a necessidade de elaboração de políticas públicas e projetos específicos de prevenção e tratamento direcionadas a população jovem e adolescentes. Importante considerar que há uma tendência mundial que aponta para o uso cada vez mais precoce e intenso de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, que guarda relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde dos adolescentes e jovens, entre os quais se destacam acidentes de trânsito, agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta, ao lado de comportamento de

risco no âmbito sexual e transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis e de outros problemas de saúde decorrentes dos componentes da substância ingerida e das vias de administração (Brasil, 2003; Brasil, 2006b; Carlini et al., 2006; Laranjeira et al., 2007).

Tabela 1 - Prevalência sobre o *uso na vida* e *dependentes* de Álcool e população estimada distribuída, segundo o sexo e a faixa etária dos 7.939 entrevistados nas 108 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes.

Faixa etária (anos/sexo)	**Uso na vida (%)**	**Dependência (%)**
12 – 17	54,3	7,0
M	52,8	7,3
H	50,8	6,0
18-24	78,6	19,2
M	83,2	27,4
H	72,6	12,1
25-34	79,5	14,7
M	85,1	23,2
H	73,0	7,7
≥ 35	75,0	10,4
M	86,1	17,3
H	67,6	5,4
Total	74,6	12,3
M	83,5	19,5
F	68,3	6,9

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, CEBRID, 2006.

Pesquisas consideram que 12% da população brasileira apresenta problemas decorrente do uso de álcool, associados ao uso nocivo e a dependência. Este índice é

especialmente significativo em termos de saúde pública, pois uma parte substancial dessas pessoas necessita de alguma forma de tratamento ou apresentam algum quadro clínico que requer ações do sistema de saúde (Laranjeira et al., 2007).

Na tabela 2, encontramos a freqüência de internações por transtornos devido ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, por faixa etária, entre janeiro e março de 2006. Mais de 70% das internações pelo uso prejudicial de substâncias, em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais Gerais, estão associadas ao uso do álcool. É importante notar que na faixa etária jovem, entre 15 e 24 anos, as drogas ilícitas representam o maior numero de internações. No entanto, o álcool tem sido a principal causa de internação e grande problema de saúde pública. Na população dos hospitais psiquiátricos brasileiros, quase um quarto dos pacientes foram internados por transtornos ligados ao consumo do álcool, e em torno de 40% apresentam o consumo prejudicial de álcool como parte do quadro clínico (Brasil, 2003; Brasil, 2006b).

Dentre as substâncias psicoativas, o uso prejudicial de álcool é considerado o problema principal a ser problematizado. Por muito tempo, o Estado não assumiu sua responsabilidade frente a essa questão, e as políticas públicas direcionadas a questão do consumo prejudicial do álcool, bem como de outras drogas mostravam, até recentemente, uma lacuna de iniciativas consistentes e regulares (Delgado, 2005).

Tabela 2 – Internações por faixa etária segundo lista de morbidade CID10: Transtornos Mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e Transtornos Mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas - janeiro a março de 2006

Faixa Etária	Álcool	Outras substâncias	Total
1 a 9	10	133	143
10 a 14	23	92	115
15 a 19	157	846	1.003
20 a 24	576	1.634	2.210
25 a 29	1.360	1.416	2.776
30 a 34	2.287	988	3.275
35 a 39	3.205	659	3.864
40 a 44	3.686	426	4.112
45 a 49	3.171	281	3.452
50 a 54	2.176	156	2.332
55 a 59	1.216	56	1.272
60 a 64	635	40	675
65 a 69	347	14	361
70 a 74	163	9	172
75 a 79	58	9	67
> 80	25	8	33
Total	**19.095**	**6.767**	**25.862**
%	**73,83**	**26,17**	**100,00**

Fonte: Saúde mental em dados n°2, Ministério da Saúde, 2006

A ausência de uma política pública de saúde consistente neste campo produziu um deslocamento desta questão para instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, associações filantrópicas e religiosas. Como resultado, observou-se a criação e disseminação de práticas e modelos de cuidado baseados predominantemente na internação e segregação, disciplinares ou de cunho religioso e tendo como principal meta a ser alcançada a abstinência (Brasil, 2003; Brasil, 2007a).

Além disso, a tradicional divisão das drogas em licitas e ilícitas produzia o efeito de concentrar toda a preocupação visível do governo e da sociedade na repressão ao consumo das substâncias consideradas ilegais, reservando lugar secundário para o álcool e o tabaco, justamente aquelas que têm sido consideradas as mais danosas à saúde da população (Delgado, 2005).

Na tentativa de preencher essa lacuna, nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem formulado diretrizes e construído propostas de atenção para abordar essa problemática. Em 2002, a Portaria GM 816 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, com o objetivo de organizar demandas e articular ações de assistência e prevenção desenvolvidas nas esferas de governo federal, estadual e municipal (Brasil, 2002).

Em 2003, foi criado o Grupo de Trabalho em Álcool e Outras Drogas (GAOD), ligado ao Ministério da Saúde e composto por representantes de diversas áreas, com o intuito de se discutir de forma ampla essa questão. Como fruto dessas discussões, elaborou-se o documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas*, que contém as diretrizes, propostas pelo MS, na abordagem dessa temática. Entre os pressupostos colocados, estão a avaliação, baseada em dados epidemiológicos, de que o uso de álcool e as problemáticas dele advindas é uma questão importante a ser entendida e trabalhada dentro do campo da saúde pública; a necessidade de incluir os usuários/dependentes de álcool e outras drogas em uma rede ampliada de cuidados; a consciência da urgência de adaptar a legislação vigente sobre álcool e outras drogas aos objetivos da saúde pública e não aos da punição; a compreensão das estratégias de redução de danos como alternativas eficazes no tratamento e na prevenção (Brasil, 2003; Brasil, 2007a).

Essas iniciativas, assim como outras nesse campo, apontam para a necessidade de se abordar os danos decorrentes do abuso/uso prejudicial de substâncias psicoativas em um contexto amplo, considerando as diversas implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas na construção de propostas de atenção nesse

campo (Brasil, 2003; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003). A discussão e a construção de ações nesse campo devem ter como diretriz a busca da superação da tendência de criminalização do consumo de drogas, enfatizar o respeito aos direitos humanos e construir alternativas de saúde pública eficazes e acessíveis aos sujeitos que necessitam de cuidados, incluindo as estratégias de redução de danos (Brasil, 2009a).

1.2 Componentes gerais da assistência comunitária

As recomendações propostas pelo Ministério da Saúde para a abordagem das questões decorrentes do uso de álcool e outras drogas são aceitas internacionalmente e se situam no contexto das propostas de construção de políticas e serviços de saúde baseados na comunidade que partem da crítica à hospitalização e à abordagem focalizada na doença. A atenção centrada na comunidade baseia-se na proposta de atender aos sujeitos em seu território a partir de um enfoque global, contemplando as suas múltiplas necessidades. Nessa perspectiva, assumir o atendimento na comunidade implica em colocar no centro da rede de cuidados o sujeito a ser atendido. As ações a serem realizadas devem buscar atender ao individuo integralmente e consideram a importância da continuidade da atenção. Dessa forma, extrapola o olhar que se volta para o binômio doença-cura e volta-se para as complexas necessidades dos indivíduos, em diversas esferas: atendimentos de profissionais de saúde, educação, trabalho, moradia, participação social, direitos humanos, entre tantas outras (OMS, 2001).

O deslocamento do lócus de intervenção do atendimento centrado no hospital para serviços regionalizados, localizados mais próximos aos indivíduos atendidos, visa facilitar o acesso dos sujeitos ao serviço e a identificação dos recursos disponíveis na comunidade. Entre os objetivos da atenção comunitária, encontramos a preocupação em promover e potencializar ações que promovam o envolvimento de diversos atores no tratamento dos sujeitos atendidos, a fim de construir parcerias que visem à emancipação dos indivíduos, famílias e comunidades. Busca-se, assim, a participação efetiva do usuário, a parceria com familiares, o envolvimento da comunidade local e integração na atenção primária de saúde (OMS, 2001).

Essa abordagem também se aplica ao campo da atenção as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes que integra, ainda, a questão da defesa dos direitos humanos. A abordagem centrada na comunidade é considerada efetiva e mais econômica e contribui com o aumento do protagonismo e a qualidade de vida das pessoas. Para tanto, deve ser composta por uma rede de serviços, articulados entre si, próximos a residência das pessoas, acessíveis e centrados nas necessidades dos sujeitos atendidos (OMS, 2001).

Um serviço de saúde mental baseado na comunidade é aquele que se dispõe a oferecer cuidado efetivo em saúde mental para uma população definida, considerando suas vulnerabilidades e que trabalha em colaboração com outros serviços e agências locais. A partir de uma abordagem combinada com o campo da saúde pública, esse cuidado deve estar voltado para a saúde dos indivíduos e das populações, considerando as relações existentes entre contextos sociais e transtornos mentais. Ademais, deve considerar prevenção, tratamento e reabilitação como um *continuum*, e não estágios desconectados entre si (Thornicroft, Tansella, 2009).

De acordo com esses princípios preconizados internacionalmente, no Brasil, observa-se a construção da Política Pública de atenção em saúde mental, que impulsionou o redirecionamento do modelo assistencial, com a implementação de uma rede de serviços articulados entre si, e que considerem a noção de *território*. O território compreende o espaço em que vivem as pessoas, suas instituições e os locais que freqüentam. Contempla, assim, um sentido singular, influenciado pelas diferentes culturas presentes em um mesmo espaço geográfico, cidade ou família (Brasil, 2003; Cruz, 2006).

Neste contexto, ganham destaque os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), modalidade de serviço prevista pela Portaria SNAS 224/92, que regulamenta o funcionamento dos serviços de saúde mental. Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos, integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS, e são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. A referida Portaria acrescentou novos parâmetros aos definidos pela Portaria 224/92 para a área ambulatorial, o que possibilitou a ampliação da abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, a criação de serviços com portes diferenciados de acordo com a população de cada município e o estabelecimento de mecanismos de financiamento. Além disso, definiu a implementação de serviços específicos para as áreas de álcool e outras drogas e infância e adolescência (Brasil, 2002).

Os CAPS ocupam lugar central no processo de construção da rede de atenção substitutiva às internações em hospitais psiquiátricos. Trata-se de uma modalidade de serviço que deve se constituir como porta de entrada para a rede de cuidados em

saúde mental, prestar assistência aos indivíduos que o utilizam, e articular a rede de serviços, organizando demandas e o direcionamento local de políticas e programas de saúde mental (Brasil, 2004b).

Esses serviços podem desenvolver uma série de atividades terapêuticas (grupos, oficinas, atendimentos individuais, tratamento medicamentoso, entre outras) além de atuar na promoção da vida comunitária e de autonomia dos usuários, acompanhando-os e articulando os recursos existentes em seu território (Brasil, 2004b).

1.3 A assistência comunitária e integral no campo dos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas

É no contexto da construção de alternativas e modalidades de tratamento em saúde mental, que se inscrevem as propostas para o campo de cuidados para sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Internacionalmente, tem-se preconizado o acompanhamento integral e contínuo dos sujeitos com dependência de substâncias psicoativas, articulando diversas estratégias de intervenção de acordo com a lógica de atenção baseada na comunidade. A atenção comunitária, compartilhada, contínua e de longa duração possibilita identificar fatores de risco e de proteção para as recaídas, abordar as múltiplas problemáticas envolvidas, bem como acionar parcerias e recursos da comunidade que possam ser utilizados para estimular mudanças e reorganizar a vida cotidiana (OMS, 2001; United Nations, 2003).

Na abordagem da questão do uso de álcool e outras drogas, a OMS também privilegia que sejam articuladas ações de intervenção breve nos contextos da atenção primária, objetivando a detecção precoce e a prevenção de danos à saúde dos indivíduos e das populações, bem como procurar intervir em casos que ainda não se configurem como síndrome de dependência (OMS, 2001).

Dessa forma, considera-se a necessidade da construção de uma rede articulada de serviços de saúde, que possa aumentar o acesso e o acolhimento dos usuários, ser ampla e flexível para prestar um cuidado integral e atender as distintas necessidades dos indivíduos com problemas relacionados ao álcool e outras drogas. Esta rede, também, pode estar articulada e estabelecer parcerias com serviços de outros setores tais como educação, trabalho, promoção social (Edwards, 1995; Brasil, 2003; WHO, 2004; Cruz, 2006).

No Brasil, a construção dessa rede acompanha a lógica proposta na implementação de serviços de saúde mental, que privilegia a inserção comunitária de práticas e serviços, com os cuidados oferecidos em serviços extra-hospitalares em todos os níveis de atenção. O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas deve ser constituído por componentes: da atenção básica; da atenção nos CAPSad, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; da atenção hospitalar de referência; e da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS. (Brasil, 2003; Brasil, 2004c).

O ponto central e estratégico dessa rede de cuidados são os Centros de Atenção Psicossocial. A partir da Portaria nº 336/GM foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo

Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e outras Drogas - CAPSad - para indivíduos cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas (Brasil, 2002; Brasil, 2003). Dados apresentados em junho de 2009 indicam a existência de 200 CAPSad credenciados no MS, sendo 49 no estado de São Paulo (Brasil, 2009b).

Os CAPSad devem oferecer atenção diária a indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, com atendimentos individuais ou em grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também podem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial daqueles que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (Brasil, 2004b).

Esses serviços devem obedecer à lógica de oferta de cuidados baseados na atenção integral, com práticas terapêuticas, preventivas, de promoção de saúde, educativas e de reabilitação psicossocial. Devem estar articulados à rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas bem como à rede de cuidados em saúde mental, devendo ainda ser considerada a rede de cuidados em DST/AIDS. Devem, ainda, adotar a lógica e promover ações de redução de danos no desenvolvimento de suas práticas, recebendo, inclusive, incentivos do Ministério da saúde pelas iniciativas de implementação de tais ações (Brasil, 2004c; Brasil, 2005; Brasil, 2009a).

Nesse âmbito, entende-se por ações de redução de danos como *"determinadas intervenções de saúde pública que visam prevenir as conseqüências negativas do uso de álcool e outras drogas"* (Brasil, 2005). Entre estas ações, podem estar: ampliação da rede de atenção e do acesso aos serviços de saúde; distribuição de insumos

(seringas, agulhas, cachimbos) aos usuários de drogas, com o objetivo de prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C; medidas educativas, de apoio e orientação (Brasil, 2005).

Os CAPSad são dispositivos centrais e responsáveis pela articulação da rede de atenção integral aos sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de substâncias psicoativas e podem desenvolver uma serie de ações que superam a meta da abstinência total. Podem se constituir como espaços privilegiados na construção de projetos terapêuticos para os indivíduos ao desenvolver estratégias que tenham como território de investimentos a *vida concreta* dos sujeitos e ao priorizar o direcionamento das práticas para os contextos reais de vida das pessoas (Dell'acqua, Mezzina, 1991; Saraceno, 1999; Brasil, 2003; Cruz, 2006; Mângia, Muramoto, 2006).

O acompanhamento contínuo e cotidiano favorece a construção de processos de inclusão e trocas de bens sociais, recursos e afetos. Possibilita aos sujeitos ressignificar sua história, restaurar laços que possam ter sido afetados ou mesmo rompidos, e promover percursos que possibilitem a entrada e o pertencimento em outros espaços que possam potencializar a produção de saúde e de vida (Dell'acqua, Mezzina, 1991; Saraceno, 1999; Brasil, 2003; Cruz, 2006; Mângia, Muramoto, 2006).

Para tal, é preciso acolher cada indivíduo e sua história de vida, buscando respostas às particulares demandas das pessoas, com suas distintas trajetórias, formas de consumo de substâncias psicoativas e tentativas de interrupção do mesmo, e as especificidades dos contextos sócio-familiares em que se encontram inseridos (Brasil, 2003; Cruz, 2006).

A construção de projetos terapêuticos é um processo que deve ser centrado nas reais necessidades, desejos e potencialidades dos sujeitos e na co-responsabilização entre usuários, técnicos e outros atores envolvidos. Exige, assim, criatividade e flexibilidade na invenção de distintas respostas para casa sujeito, levando-se em consideração o fato de que os indivíduos interpretam e escolhem certos tipos de práticas, consideradas mais apropriadas para cada situação que enfrentam, a partir de suas experiências e do contexto sociocultural em que se encontram inserido (Lancetti, 1994; Edwards,1995; Kinoshita, 1997; Alves, Souza, 1999; Saraceno, 1998).

A CONSTRUÇÃO DOS CONCEITOS DE USO NOCIVO OU PREJUDICIAL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

2. A CONSTRUÇÃO DOS CONCEITOS DE USO NOCIVO OU PREJUDICIAL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

Estudos históricos, antropológicos e sociológicos demonstram a existência de variadas formas de administrar o uso de substâncias psicoativas em diferentes sociedades e culturas. A repressão e a intolerância ao uso, com que se convive contemporaneamente, nem sempre foram as principais características das abordagens dessa questão (Velho, 1993; Escahotado, 1997; MacRae, 1997; Velho, 1997; Carneiro, 2004).

Observa-se que a diferença de classificação e de tratamento dispensado às substâncias consideradas lícitas e ilícitas deve-se mais aos contextos históricos, culturais, sociais e políticos do que a propriedades intrínsecas das substâncias. Se forem considerados apenas os aspectos biológicos ou propriedades farmacológicas de cada uma, torna-se muito difícil justificar a legalidade do álcool e do tabaco, por exemplo (Velho, 1993; Escahotado, 1997; MacRae, 1997; Velho, 1997; Carneiro, 2004).

O debate sobre o uso das substâncias psicoativas é um problema global, que mobiliza diversos setores da sociedade. Nas sociedades contemporâneas, este tema assumiu lugar central no debate público, principalmente por sua representação enquanto ameaça para a saúde pessoal e coletiva e por sua associação com a criminalidade e a violência urbana (Simões, 2008).

No campo da saúde, essa discussão adquire especificidades no que tange à avaliação sobre o impacto do uso sobre os indivíduos e às diferenciações entre os

padrões de consumo. Trata-se de uma diferenciação importante, pois ajuda a romper com a idéia de que existem apenas duas categorias de sujeitos: os que não fazem uso de drogas psicoativas e os dependentes. De acordo com essa lógica, o uso de qualquer substância culmina necessariamente em dependência. Na verdade, diferentes tipos de consumo levam a problemáticas diferenciadas, dependendo do sujeito e do contexto onde este está inserido, e inspiram cuidados diferentes. Convém notar que tal complexidade não é sempre considerada e em diversas abordagens neste campo a diferenciação entre *usuários* e *dependentes* aparece associada, de certa forma, à noção de "falta de limites", que pode ser influenciada pelo julgamento moral, socioculturalmente construído (Silveira, 1996; MacRae, 1997; Carneiro, 2004; Fiore, 2004; Cruz, 2005; Sodelli, 2006).

A problematização sobre o uso de substâncias psicoativas foi assumida pela Medicina a partir do século XIX. Anteriormente, o uso de álcool e outras drogas psicoativas podia ser considerado ora uma prática condenável ora virtuosa em alguns aspectos, mas sem manter relação com a idéia de patologia (Carneiro, 2002; Cruz, 2005).

Mais especificamente sobre o uso de álcool, a primeira referência ao conceito de dependência data de 1804, quando foi formulada a nova entidade nosográfica, o "hábito da embriaguez", que passou a ser considerado como doença mental (Berridge, 1994; Carneiro, 2002).

Dessa forma, contrariando as explicações morais ou religiosas para o ato de beber em excesso, este foi assumido como uma questão médica e explicado pelas teorias da hereditariedade e da degeneração, como outras formas de adoecimento psíquico. Ao considerado "bebedor-problema" eram imputados diversos adjetivos e

classificações médicas e a essa *doença* eram agregados, além da degeneração física, aspectos morais, culturais e raciais que demarcavam o "caráter" do bebedor. O tratamento proposto ainda se baseava no confinamento compulsório, pouco diferindo da abordagem punitiva (Berridge, 1994; Carneiro, 2002; Fiore, 2004; Cruz, 2005).

Para Berridge (1994), a novidade do século XIX, mais do que os conceitos de vício ou dependência em si, foi a "conjunção de forças políticas, culturais e sociais que deu hegemonia a esses conceitos". Ao longo do século XIX e início do século XX, foi possível perceber a crescente intervenção do Estado sobre a disciplinarização dos corpos e medicalização das populações. Os ideais da "Higiene Social" pretendiam evitar a deterioração racial que se acreditava ser causada pelos degenerados hereditários, entre os quais se incluíam os "viciados" e os "bêbados" (Carneiro, 2002).

Nesse período, diversos países adotaram uma postura repressiva ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Da mesma forma como se almejava a erradicação das doenças contagiosas, buscou-se a extinção do "vício", que culminou no movimento denominado "Ideologia da Temperança". Nos Estados Unidos, este ciclo foi iniciado pela perseguição ao consumo do ópio na Califórnia, passou pela campanha contra a cocaína e a primeira lei contra esta substância ("Harrison Act", de 1914), e chegou à aprovação do "Volstead Act", conhecido como "Lei Seca", que vigorou de 1919 a 1933 e que proibia a venda, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas em todo o território norte-americano (Carneiro, 2002; Araújo, Moreira, 2006).

No início do século XX, a noção de modelo orgânico da doença começou a ser criticada. Esse período marcou o advento e ampliação da influência da Psicanálise e

outras correntes psicológicas como o behaviorismo (Carneiro, 2002). A Psicanálise despontou como importante modelo compreensivo, contrapondo-se à idéia da explicação exclusivamente biológica, e as denominadas "toxicomanias" foram incorporadas na mesma categoria psicopatológica das perversões sexuais e dos transtornos de caráter (personalidades psicopáticas ou sociopatias) (Silveira, 1996; Cruz, 2005).

No decorrer do século XX, a medicina, psicologia e biologia passaram a progressivamente considerar e sistematizar a dependência de álcool e outras drogas psicoativas como uma entidade nosológica específica, que poderia ser diagnosticada independentemente dos critérios morais e raciais (Fiore, 2004).

O termo "alcoolismo" foi utilizado pela primeira vez em 1849, pelo médico sueco Magnus Huss (apud Nóbrega, 1996), que o descreveu como uma "enfermidade crônica", que afetava o sistema nervoso central e outros órgãos. A essa definição foram incorporados outros sentidos: além da noção de "patologia", foi entendido como "vício", "fraqueza moral", "problema de comportamento" (Nóbrega, 1996).

Em 1960, Jellinek* (apud Nóbrega, 1996) ampliou a definição: "alcoolismo é qualquer uso de bebidas alcoólicas que ocasiona prejuízo ao individuo, à sociedade ou a ambos." Esse autor compreendia o alcoolismo como um transtorno heterogêneo e distinguiu cinco "subtipos", o que se acreditava que poderia facilitar a elaboração de estratégias de tratamento e profilaxias mais especificas.

Edwards e Gross, na década de 1970, observaram um repetido agrupamento de sinais e sintomas em indivíduos que faziam um uso "excessivo" de álcool e sugeriram a conceituação de "síndrome de dependência de álcool", que poderia ser

* Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Brunswick: Hillhouse Press, 1960.

definida a partir dos seguintes elementos: estreitamento do repertório de beber; saliência ou prioridade do beber sobre outras atividades; aumento da tolerância ao álcool; sintomas de abstinência; alívio dos sintomas de abstinência por ingestão do álcool; percepção subjetiva da compulsão para beber e reinstalação da síndrome após um período de abstinência (Edwards, 1995; Nóbrega, 1996).

Em 1978, na 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), a OMS propôs a substituição do termo "alcoolismo" por "abuso do álcool sem dependência" e "síndrome de dependência do álcool". Essa definição buscava diferenciar os quadros estabelecidos a partir de diferenciados padrões de consumo (OMS, 1978; Nóbrega, 1996).

Na revisão seguinte, a CID-10, o "abuso" ou "uso nocivo" caracteriza um modo de consumo de uma substância psicoativa, que seja prejudicial para a saúde, com complicações, que podem ser físicas ou psíquicas, enquanto a síndrome de dependência pode ser definida como:

> Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. (OMS, 1993).

Assim como as classificações propostas pela OMS, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) tem influenciado diretamente a conceituação dos fenômenos relativos ao uso de drogas. Tanto a CID-10 quanto a DSM-IV apresentam critérios diagnósticos semelhantes, diferenciando-se no uso de algumas terminologias. Essas classificações utilizam uma definição mais ampla do que as anteriores: abrangem as

dimensões biológica, social e comportamental, e apresentam como aspecto central a perda do controle sobre o uso da substância. (OMS, 1993; APA, 1995; Nóbrega, 1996; Cruz, 2005; Galduróz, 2006).

Apesar dos esforços em se encontrar uma conceituação padrão, convivem ainda muitas divergências nos modos de compreender o uso prejudicial de álcool e outras substâncias psicoativas. Para alguns autores, trata-se de uma patologia, uma entidade nosológica distinta e autônoma, enquanto para outros pode representar um sintoma de uma desorganização psíquica, que pode estar relacionada a outras patologias, como depressão ou transtornos ansiosos. Os fatores envolvidos (biológicos, psicológicos e/ou sociais) podem ser tratados como causadores ou influenciadores, ou entendidos dentro de um contexto de interação complexa, cuja separação se torna simplista e artificial (Edwards, 1995; Silveira, Gorgulho, 1996; Marlatt, 2001; Figlie et al., 2004; Silveira, Moreira, 2006).

Visando à sistematização das abordagens teóricas sobre a questão das drogas, na literatura se pode observar diferentes propostas de categorização dos modelos sobre o uso prejudicial de drogas. Nowlis[*] (apud Acselrad, 2005; Cruz, 2005) identifica, em sua proposta, quatro modelos que se diferenciam nas posições assumidas e no enfoque dado às variáveis droga, sujeito e contexto sócio-cultural: a) *modelo jurídico-moral*: objetiva resolver o problema do uso de drogas impedindo o acesso e a utilização, por meio da repressão; promove a separação entre drogas licitas das ilícitas e se concentra no controle das últimas, apoiando-se na tradição e na divulgação social de idéias que podem ser muitas vezes preconceituosas; considera que todos os indivíduos podem se tornar dependentes, o contexto sócio-cultural é

[*] Nowlis H. A Verdade sobre as Drogas. Rio de Janeiro: Ibesc/UERJ, 1975.

visto como permissivo, por isso sugere-se a importância de rigidez na abordagem da questão; b) *modelo médico-sanitário*: busca construir explicações, que se relacionam à ação das drogas no sistema nervoso central. Traz avanços importantes para o tratamento, mas mantém, como o modelo jurídico, a ênfase na substância, que tem ação determinante enquanto os indivíduos são vistos como vulneráveis e "indefesos"; c) *modelo psicossocial*: compreende os usos de drogas como um comportamento humano, complexo e delimitado por determinados contornos sociais e culturais; enfatiza a relação do individuo com a substância no contexto em que vive, em sua particular história de vida; d) *modelo sociocultural*: sugere que as sociedades humanas sempre utilizaram substâncias psicoativas e que cada grupo social, em dado momento histórico, é quem define seus usos e suas interdições. Sugere transformações no contexto social, tido como responsável por comportamentos desviantes, ao invés de adequar o indivíduo ao meio.

Esses modelos, tomados isoladamente, não são suficientes para a compreensão dessa problemática nem para a definição de abordagens. Cruz (2005) recomenda que as abordagens terapêuticas nesse campo procurem "articular aspectos e desenvolver práticas que utilizem recursos adequados desses modelos".

Sob maior ou menor influência de cada um desses modelos, diversas abordagens e modalidades terapêuticas, antagônicas ou complementares, são oferecidas neste campo: tratamentos baseados em abordagens farmacológicas, as diversas técnicas psicoterápicas, grupos de ajuda mútua, comunidades terapêuticas, terapias comunitárias (Pechansky, 2006).

Cruz (2005) chama atenção para o fato que se há uma mudança importante na compreensão das dependências como uma questão médica, e não moral, ainda assim

deve-se tomar cuidado para que o modelo de doença não reforce uma atitude de não implicação e passividade do sujeito, que como ‘’doente” é desresponsabilizado por seus atos durante o uso de drogas, bem como por seu tratamento: “é preciso ir além, considerando as toxicomanias problemas de *saúde*, incluindo seus aspectos médicos, psicodinâmicos e socioculturais” (Cruz, 2005, grifo nosso).

Apesar de todas as contradições e até algumas inconsistências na conceituação e na determinação do diagnóstico da dependência, é certo que o uso de álcool pode trazer diversos prejuízos para a saúde dos indivíduos, e tem sido alvo de intervenções no campo da saúde pública. E será a partir desse campo de saberes e práticas que buscaremos elementos que problematizem essa questão.

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: ASPECTOS TEÓRICOS

3. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: ASPECTOS TEÓRICOS

3.1 A experiência da enfermidade

A abordagem de questões no campo da saúde pública exige a busca do diálogo interdisciplinar entre disciplinas médicas e biológicas e as ciências humanas (Raynaut, 2002; Minayo, 2006). Nesse campo, a antropologia, em especial, pode trazer importantes contribuições: na relativização dos conceitos biomédicos, colaborando para mostrar o valor do conhecimento que nasce da experiência e da vivência; na contextualização dos sujeitos; na compreensão das relações entre os processos de saúde-doença e realidade social e na elaboração de formas de abordagem (Minayo, 2006).

Canesqui (2003) realizou uma revisão dos estudos da antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. Dentre os temas pesquisados ganha destaque os estudos relacionados às experiências e significados da enfermidade ou do sofrimento, realizados por um grupo de pesquisadores da Universidade Federal da Bahia.

Esses estudos partem da concepção de enfermidade como *experiência* humana (Alves, 1993; Alves, Rabelo, 1999), compreendida como a forma pela qual os sujeitos vivenciam o seu mundo e não se resume à sua capacidade de construir símbolos e representações deste, feita a partir de processos cognitivos. A experiência diz respeito, primeiramente, à esfera da prática, do fazer e agir, do mundo da vida cotidiana e do senso comum (Alves, 2006). O conceito de *"experiência da enfermidade"* refere-se à forma como os indivíduos se colocam diante uma dada

situação de doença, em um processo intersubjetivo de construção de significado (Alves, 1993; Alves, Rabelo, 1999).

Os primeiros grandes estudos sobre experiência da enfermidade datam do início da década de 1980. Byron Good[*] e Arthur Kleinman[*] (apud Almeida Filho et al., 1999; Alves, 2006) foram os principais pesquisadores desse campo.

Kleinman propõe a diferenciação entre duas dimensões da doença (*sickness*): a patologia (*disease*), entendida como alterações ou disfunções ligadas a processos biológicos e psicológicos individuais, e a enfermidade (*illness*), relacionada à maneira como o processo de adoecimento e desconforto é vivenciado, representando reações, percepções e significações pessoais, interpessoais e culturais (Almeida Filho et al.,1999).

Byron Good e Mary-Jo Good[*] (apud Almeida Filho et al., 1999) continuaram os estudos de Kleinman e postularam que a cultura estabelece as fronteiras entre o normal e o patológico, interferindo na experiência e na expressão dos sintomas. Dessa forma, compreender o sintoma apenas como alteração fisiológica mostra-se insuficiente para a "atividade clínica". Nessa perspectiva, o processo saúde-doença não é considerado "nem uma coisa em si, nem a reflexão sobre essa coisa, mas um

[*] Good B. *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994

[*] Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.

[*] Good B, Good MJ. The meaning os symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical pratice. In: Eisenberg L et al. (org.). *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.; 1980. p.165-96.

objeto fruto dessa interação, que sintetiza múltiplos significados" (Almeida Filho et al., 1999).

A enfermidade se constituiria, então, como uma experiência dotada de sentido singular para cada indivíduo, e que guarda relações com a rede de significados inerentes aos contextos culturais aos quais os indivíduos pertencem. De acordo com Good, a enfermidade é dialógica; está inserida em uma teia social de significados, negociações e interconexões (Almeida Filho et al., 1999).

Não pretendemos, aqui, defender o melhor uso nem a terminologia mais adequada. O que queremos explicitar é que partimos da compreensão do processo saúde-doença como uma *experiência*, não como um "fato" ou uma "coisa"; para além de alterações bio-psicológicas, envolve tanto o movimento pelo qual o sujeito percebe e atribui significados subjetivos e intersubjetivos, quanto aquele pelo qual elabora, cotidianamente, meios para lidar com as situações e problemas desencadeados por um episódio de "aflição" ou de "mal-estar". A experiência é um fenômeno complexo, que mostra "o processo pelo qual se toma uma posição existencial em face do mundo" e que não pode ser caracterizado por um único aspecto ou conteúdo, nem pela soma dos diversos fatores envolvidos (Alves, Rabelo, Souza, 1999).

De acordo com essa perspectiva, o mundo se apresenta aos sujeitos como campo de ação ou prática antes de se constituir enquanto objeto de conhecimento. Nossa relação com o mundo e os objetos se dá, primeiramente, na ação e experimentação, e não a partir da apreensão intelectual. E essa inserção prática no mundo nos remete ao *corpo*, enquanto mediador de nossa relação com o mundo (Alves, Rabelo, Souza, 1999).

Diversos estudos antropológicos tradicionais, que constroem explicações a partir de dicotomias tais como corpo/espírito e natureza/cultura, compreendiam o corpo como um receptáculo de representações simbólicas, culturais e sociais; como uma matéria na qual a cultura opera. O corpo, nesse sentido, seria moldado e construído sócio-culturalmente e os atos e atitudes corporais poderiam ser compreendidos como representações sociais (Maluf, 2001).

Contrapondo-se a essa perspectiva, Thomas Csordas* (apud Alves, Rabelo, Souza, 1999) propôs um novo enfoque para os estudos envolvidos com o corpo e a antropologia, no qual o corpo é pensado como sujeito e agente cultural. A partir do conceito de "*embodiment*", problematiza uma série de dualidades conceituais (corpo/mente, biológico/cultural, mental/material) e compreende que o corpo não é um objeto no qual a cultura é introjetada, dada externamente à sua experiência, mas a experiência cultural é subjetivamente corporificada (Maluf, 2001; Alves, Rabelo, Souza, 1999).

A ênfase nos aspectos biológicos dos processos de doença e cura, ou no "corpo/objeto" das ciências biomédicas, leva a desconsideração dos sentidos e significados elaborados em torno de tais processos. Por outro lado, as abordagens centradas nos aspectos sociais e simbólicos, no "corpo/texto" reflexo da cultura, deixam de valorizar as sensações e práticas dos sujeitos (Alves, Rabelo, Souza, 1999).

A abordagem que privilegia a idéia de experiência como modo de ser no mundo nos remete ao "corpo vivido", ao corpo em ação e produtor de sentido. O corpo é compreendido como *"entrelaçamento entre natureza e cultura"*, como

* Csordas T. Embodiment and Experience: the existential ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

fundamento da inserção e forma de entrar em contato com o mundo cultural e como o lugar de onde se parte para a reconstrução contínua desse mundo. De acordo com essa concepção, corpo e subjetividade são indissociáveis. Essa subjetividade encarnada, "*embodied*", expressa um modo peculiar de estar no mundo e é o lugar em que se inscrevem e se mostram diversas dimensões da vida: experiências passadas, planos e esforços realizados, e a partir do qual se criam projetos, desvelando movimentos e engajamento com o futuro. (Alves, Rabelo, Souza, 1999; Alves, Rabelo, 1999; Alves, 2006).

Em um primeiro momento, a enfermidade é vivida como uma sensação de mal-estar, que produz sintomas e *"impressões sensíveis"* que nos remetem à nossa corporeidade, ao corpo vivido. Isso não significa que seja necessariamente produto de perturbações orgânicas ou que todo estado ou processo patológico irá desencadear uma vivência de sentir-se mal. A sensação de mal-estar não se configura, em si mesma, como experiência de enfermidade. A enfermidade envolve a presença subjetiva de tal sensação, mas não deriva exclusivamente dessa experiência; implica também a compreensão, construída intersubjetivamente, das impressões e sensações produzidas e manifestadas pelo corpo. (Alves, 1993; Alves, Rabelo, 1999).

Em toda experiência, há o aspecto intersubjetivo a ser considerado, que remete ao pertencimento dos sujeitos a contextos sociais. O *"social"* relaciona-se a modos de coexistência, processos de interação desenrolados no mundo da vida cotidiana, ao *"ser-com-outros"*. O "*encontro com o outro"* é o campo que torna possível a intervenção na realidade, e a intersubjetividade refere-se ao mundo compartilhado pelos sujeitos, onde desenvolvem suas ações e compreendem-se mutuamente (Alves, Rabelo, Souza, 1999; Alves, 2006).

O social se constitui como campo permanente de toda experiência, dinâmico e refeito pelos sujeitos a partir de suas ações e interações cotidianas. Dessa forma, não é a soma de subjetividades desconectadas, nem realidade objetiva que submete os sujeitos a modelos e determina comportamentos ou formas de existência (Alves, Rabelo, Souza, 1999).

A dimensão sócio-cultural da enfermidade não pode ser reduzida a modelos sociais representados internamente ou processos racionais e explicativos legitimados socialmente. Ao se buscar compreender certas experiências de "sentir-se mal" ou de "aflição", é preciso considerar de que forma estas se encontram enraizadas culturalmente. Mas também, e, principalmente, deve-se atentar para os complexos processos de interação intersubjetivos nos quais tais experiências são compreendidas e comunicadas: como os sujeitos criam, trocam, negociam e legitimam sentidos e significados em torno das mesmas (Alves, Rabelo, Souza, 1999).

A construção de significados e interpretações em torno da enfermidade se desenvolve a partir de processos comunicativos e interativos no mundo da vida cotidiana; os sentidos produzidos são socioculturalmente negociados e legitimados, e podem se modificar ao ser confrontado pelos "diagnósticos" elaborados pelas pessoas que o cercam: familiares, amigos e terapeutas. Em meio à dinâmica relacional é que se sustentam percepções, interpretações, sentimentos e condutas adotadas (Alves, 1993; Alves, Rabelo, Souza, 1999).

O processo de adoecimento é marcado por dúvidas e incertezas; trata-se de uma *"situação-problema",* um processo de rompimento com os saberes e pressupostos da vida cotidiana. Revela, muitas vezes, a insuficiência do conhecimento de que se dispõe e mobiliza os indivíduos a buscarem novas respostas.

A enfermidade, então, constitui-se como uma questão eminentemente prática, que adquire sentido no curso de interações entre indivíduos, grupos e instituições. E é neste campo intersubjetivo que os indivíduos compartilham e desenvolvem a elaboração de proposições, receitas práticas e ações conjuntas para se lidar com este problema (Alves, Rabelo, Souza, 1999; Alves, 2006).

3.2 O processo de formulação de um projeto de tratamento: reflexões sobre o conceito de itinerário terapêutico

Os indivíduos estabelecem relações singulares com suas experiências de enfermidade, da mesma maneira como cada um vivencia, a seu modo, seus sofrimentos, suas alegrias, suas frustrações, suas vitórias, suas inseguranças diante das complexidades da vida. Os processos de escolha feitos cotidianamente, entre as quais se incluem as decisões por determinados tipos de práticas terapêuticas, se dão a partir do sentido e dos significados que vão sendo atribuídos às suas vivências, criados e compartilhados com pessoas significativas dos grupos sociais dos quais fazem parte. Os indivíduos desenvolvem maneiras peculiares de estar no mundo, de estar implicado com suas escolhas, e de resolver seus problemas de saúde, e é no campo relacional que podem sustentá-las (Alves, Souza, 1999; Alves, 2006).

Diante da situação de enfermidade, os indivíduos tendem a iniciar a trajetória em busca de resoluções para seu problema. Constroem, assim, seu itinerário terapêutico, conceito que pode ser definido como “um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição” (Alves, Souza, 1999).

Os estudos socioantropológicos sobre itinerário terapêutico objetivam conhecer os processos pelos quais os indivíduos "escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinados tipos de tratamento". Os primeiros trabalhos relacionados a esse tema foram elaborados de acordo com o conceito de "comportamento do enfermo" (*illness behaviour*), criado por Mechanic e Volkart* (apud Alves, Souza, 1999) na década de 1960.

Essas pesquisas baseavam-se no pressuposto de que as escolhas feitas pelas pessoas são orientadas para a satisfação de suas necessidades, e baseadas em uma avaliação de custo e benefício. Assim, as pessoas escolheriam um determinado tipo de tratamento após a análise cuidadosa das propostas oferecidas e dos benefícios que aquela escolha poderia lhes trazer (Alves, Souza, 1999).

Na revisão de Alves e Souza, são apresentados diversos estudos nesse campo. O modelo proposto por Mechanic e Volkart permaneceu como referência para muitos estudos desenvolvidos, mas também foi alvo de críticas. Com as contribuições dos trabalhos etnográficos desenvolvidos a partir da década de 1970, a análise sobre o itinerário terapêutico dirigiu sua atenção para os aspectos cognitivos e interativos implicados nos processos de escolha por um determinado tratamento de saúde. Esse tipo de análise foi influenciado pelos estudos sobre redes sociais e buscavam a conexão existente entre as escolhas realizadas pelos indivíduos e o suporte social de que dispunham (Alves, Souza, 1999).

Good e Kleinman são expoentes de um grupo de trabalhos relacionados com o conceito de *"modelos explicativos da doença"*, e que procuraram superar os

* Mechanic D, Volkart EH. Stress, illness behaviour, and the sick role. American Sociological Review. 1960; 26: 86-94.

problemas teórico-metodológicos dos estudos tradicionais relacionados ao comportamento do enfermo (Alves, 1993; Alves, 2006).

Esses modelos podem ser definidos como um conjunto de proposições, explicações ou generalizações, acerca um dado episódio de doença e seu tratamento, utilizadas por indivíduos engajados em um processo terapêutico. Compreendem noções e percepções com relação aos processos de saúde e doença, concepções de cura e escolhas por determinados tipos de tratamento. Este conceito apresentava como objetivo o estabelecimento de um quadro de análise, que permitisse estudar e comparar práticas, conhecimentos e valores de diferentes culturas e sistemas de tratamento (Alves, 1993; Alves, 2006).

De modo geral, os teóricos desses modelos observavam a existência de compartimentalizações ou subsetores dentro dos sistemas terapêuticos, e buscavam conhecer os conhecimentos e valores inerentes a estes. O modelo de classificação desses subsetores mais utilizado atualmente tem sido o de Kleinman (Alves, 1993; Alves, Souza, 1999; Almeida Filho et al., 1999).

Para este autor, a saúde, a enfermidade e o cuidado devem ser considerados como partes de um sistema cultural e entendidos em suas inter-relações. A partir dessa premissa, Kleinman propôs o conceito de *"sistema de cuidados com a saúde"*, articulando diversos elementos relacionados aos processos de saúde, doença e cuidado com a saúde, e a forma como a experiência da enfermidade é vivenciada pelos indivíduos tais como experiência dos sintomas, modelos de conduta, decisões relativas ao tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados (Alves, Souza, 1999; Almeida Filho et al., 1999).

Dentro deste sistema de cuidados com a saúde, foram observadas diversas possibilidades e ofertas terapêuticas, classificadas, por ele, dentro de três subsistemas: profissional, *folk* e popular. Esses setores guardam suas especificidades, mas não instituem fronteiras definida entre si e podem se interconectar de formas diversificadas. Dentro do setor *profissional* estariam as práticas constituídas por algum conhecimento científico ou por uma tradição específica de cuidados à saúde; do *folk* fazem parte *"especialistas não-oficiais da cura"*, tais como rezadores e curandeiros; no campo *popular* está incluído o saber leigo, não especializado (conselhos de amigos, automedicação, etc) (Alves, Souza, 1999; Alves, 2006).

O setor popular é considerado o mais importante, pois concentra a maior parte dos saberes e práticas utilizados cotidianamente. É desse setor que partem as primeiras resoluções e cuidados, e as concepções de tratamento e cura que orientam os indivíduos em seu ingresso em um itinerário terapêutico (Alves, Souza, 1999; Alves, 2006).

A teoria dos "modelos explicativos" contribuiu significativamente para os estudos da antropologia e da sociologia da saúde, pois permite explorar questões como aderência a tratamentos, escolha e avaliação de terapias As principais críticas tecidas por Alves e Souza com relação a este modelo, referem-se à sua tendência em explicar em termos cognoscitivos e em premissas pré-estabelecidas os conhecimentos e crenças que os indivíduos constroem acerca de suas questões de saúde e doença (Alves, 1993; Alves, Souza, 1999; Alves, 2006). Dessa forma, acabam por "priorizar as representações e não propriamente as experiências que os atores sociais têm sobre o mundo em que vivem" (Alves, 2006).

Os processos de interpretação e escolha de tratamento são ações humanas singulares, realizadas a partir das experiências dos sujeitos e do contexto sociocultural a qual pertence. Não seria possível, então, considerar que estes processos relacionem-se com um único conjunto de estruturas cognitivas ou a uma única forma de conhecimento. Nas narrativas dos sujeitos, são encontradas explicações diversas, por vezes até contraditórias, baseadas em suas experiências prévias e no conhecimento produzido na interação e negociação de significados com as outras pessoas. Os indivíduos, muitas vezes, engajam-se em determinado sistema terapêutico sem conhecerem a lógica interna do mesmo, ou recorrem simultaneamente a vários tratamentos, e não é possível, dessa maneira, reduzir esse processo de escolha à lógica explicativa. A explicação esclarece algo pela perspectiva racional, lógica da conduta humana; busca regularidade, generalidade e ordem nas ações (Alves, 1993; Alves, Souza, 1999).

É necessário conhecer os detalhes, as sutilezas envolvidas nesse processo, para que se possa apreender o que há de essencial "não apenas das várias culturas, mas também dos vários tipos de indivíduos dentro de cada cultura" (Geertz[*], 1978 apud Alves,1993). Não se pode desconsiderar o fato de que os indivíduos atuam, nascem e se desenvolvem, em um mundo sociocultural específico. Mas as estruturas sociais não são determinantes das ações humanas, pois os sujeitos criam modos singulares de existência no mundo a que pertencem. Tendo em vista o contorno oferecido pelos macroprocessos históricos e socioculturais, os estudos sobre itinerários terapêuticos devem conhecer os *"microfundamentos"* da experiência de enfermidade e de busca de tratamento, as ações que os sujeitos realizam cotidianamente e os procedimentos

[*] Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

utilizados, as trajetórias e projetos singularmente elaborados e intersubjetivamente legitimados (Alves, Souza, 1999).

Os itinerários constituem-se por um curso de ações que se sucedem e se sobrepõem; não são resultado de um plano previamente elaborado, e em seguida executado. É somente durante sua realização, no curso da ação e, portanto, após o ato da escolha, que o indivíduo passa a interpretar sua situação e a olhar para a experiência vivida a partir de seu conhecimento atual, com o objetivo de dar sentido às ações realizadas. No momento da tomada de decisão, o que se tem é uma imagem criada em torno daquele determinado tratamento, do que se espera e antecipa deste (Alves, Souza, 1999).

O processo de interpretação e significação é contínuo, dado o caráter dinâmico da rede de relações dos sujeitos. No percurso definido em busca de estratégias para se lidar com um problema, ou uma dada experiência de enfermidade, ocorrem tanto mudanças em relação à percepção da doença como na definição de estratégias de enfrentamento. Também se modificam as relações estabelecidas pelos sujeitos: determinados vínculos se mobilizam e desmobilizam em certos momentos, relações se criam e rompem, aproximam-se e se afastam nesse processo (Souza, 1999).

A formulação de projetos de tratamento também apresenta um caráter processual e de indeterminação, pois estes são elaborados a partir do conhecimento presente do qual o individuo dispõe, construído a partir de suas experiências e atos já realizados, e da visualização do ato que almeja realizar. No curso de realização do projeto, é importante notar, o sujeito não permanece o mesmo, pois adquire novos conhecimentos e experiências. Os projetos, assim, não são elaborações abstratas, mas práticas situadas em contextos intersubjetivos de ação (Rabelo,1999).

Dessa forma, ao nos referirmos aos itinerários terapêuticos empreendidos pelos sujeitos, compreendemos que se trata de processos complexos, não lineares, singulares e com contornos delimitados por um contexto sociocultural. Marcados por contradições, ambigüidades, e incertezas na elaboração de definições sobre a doença, tratamento e cura, revelam experiências nas quais o sujeito, familiares e outras pessoas com quem convivem estão continuamente negociando significados, construindo e realizando projetos (Rabelo, 1993; Alves, 1993; Alves, Souza, 1999).

3.3 Itinerários terapêuticos e produção de cuidado

No Brasil, a Constituição de 1988 adotou a compreensão de que a saúde é um direito dos indivíduos, sendo dever do Estado garantir a formulação e execução de políticas públicas e o acesso universal e igualitário a ações e serviços neste setor (Brasil, 1988).

A fim de garantir a efetivação desse direito, estipulou-se uma série de instrumentos, sendo o mais importante o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja criação e implementação foram uma conquista de diversos movimentos e de um conjunto complexo de práticas relacionados à Reforma Sanitária Brasileira e à produção teórico-crítica da Saúde Coletiva, que provocou debates e questionamentos acerca da organização dos serviços e dos processos de trabalho e da concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, e impulsionou o movimento pela democratização da saúde (Fleury, 1997; Paim, 1997; Bartolomei, Carvalho, Delduque, 2003).

A implementação do SUS foi orientada por três diretrizes fundamentais: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (Brasil, 1988).

A diretriz do atendimento integral, ou *integralidade* pode ser definida da seguinte forma:

> É um principio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no individuo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (Brasil, 2009c).

A integralidade é um princípio e uma diretriz do SUS, que apresenta múltiplos sentidos e que indica uma direção para práticas de saúde centradas nas necessidades de cada sujeito e de cada comunidade. Para Matos (2006),

> A integralidade não é apenas uma bandeira do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma 'bandeira de luta', parte de uma 'imagem objetivo', um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas (...) desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Para garantir a efetivação desta diretriz nas ações desenvolvidas no sistema de saúde, devem ser articuladas diversas esferas de atuação, operando mudanças tanto no espaço de cada serviço de saúde, quanto na articulação entre os diversos serviços. A integralidade é um desafio a ser assumido e construído a partir das práticas dos

profissionais de saúde, da organização dos serviços, da elaboração e organização de políticas e respostas governamentais aos problemas de saúde (Matos, 2006).

De modo geral, implica "uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação de abertura para o diálogo" (Mattos, 2006). Assim, o conjunto de práticas em saúde deve construir respostas efetivas às múltiplas e complexas necessidades de saúde que apresentam os sujeitos (Mattos, 2006).

Cecílio (2006) desenvolve uma taxonomia de tais necessidades, organizada em quatro grandes conjuntos. Com o devido cuidado para que a complexidade das necessidades apresentadas não sejam reduzidas e cristalizadas nestas categorias, tal taxonomia ajuda a ampliar o olhar dos profissionais de saúde para as necessidades dos usuários que procuram os serviços.

O primeiro conjunto de necessidades apresentada se refere a ter "boas condições de vida". Isso compreende que a maneira como se vive, em seus diversos âmbitos, pode produzir e desvelar diferentes necessidades de saúde. Outro conjunto está relacionado à necessidade de se ter acesso a diversificadas formas de tecnologia de saúde, de acordo com a demanda apresentada pelo sujeito, em cada singular momento de sua vida. O terceiro aspecto relaciona-se ao estabelecimento de relações de confiança e criação de vínculos entre profissionais e usuários. Por último, apresenta a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia na construção de sentidos e modos de conduzir sua própria vida (Cecílio, 2006).

No cotidiano da produção de cuidado em saúde, observa-se que a postura freqüentemente adotada pelos profissionais é a de intervir sobre a doença, com o objetivo de "*curar, tratar ou controlar*". Estas práticas partem de um pensamento

linear e reducionista, que simplifica o sofrimento e formulação de respostas a este, e estabelecem uma relação na qual os sujeitos-alvo das intervenções não participam dinamicamente deste processo (Saraceno, 1998; Ayres, 2001).

Contrapondo-se a essa postura, Ayres (2001) afirma que a tarefa da saúde coletiva deve ser a de *cuidar*, com a compreensão de que esta ação pode ultrapassar a construção de um objeto e intervenção sobre o mesmo. Para cuidar, é preciso construir projetos, sustentá-los no tempo, considerando os desejos e necessidades dos sujeitos atendidos. A atitude cuidadora, nesse sentido, não pode ser considerada como uma pequena tarefa das práticas, mas deve estar presente em todo o conjunto de reflexões e intervenções em saúde.

Para o exercício de tal tarefa, o que deve ser colocado no centro das intervenções é o sujeito a ser atendido, com suas necessidades sociais e de saúde. A ênfase do trabalho, então, deve ser deslocada do processo de cura, para o processo de invenção da saúde e de reprodução social dos sujeitos atendidos, promovendo práticas que tenham por objetivo acolher, responsabilizar, autonomizar os sujeitos (Merrhy, 1997; Campos,2000; Ayres, 2001; Mattos, 2006).

Tendo em vista o objetivo de garantir a integralidade nas ações de saúde, e a centralidade do processo no usuário e suas complexas necessidades, Franco e Magalhães Jr (2004) afirmam que a principal questão a ser enfrentada é a da reorganização dos processos de trabalho. Na mesma direção, para Cecílio e Merhy (2003),

> Uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menos integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores.

O conjunto de trabalhos em saúde gera, enquanto produto, atos de saúde. A produção de um ato de saúde constrói certas situações que serão o objeto de ação e, dessa forma, opera um ato tecnológico, comprometido com a realização de um produto, com o objetivo de satisfazer as necessidades dos usuários (Merhy, 1998).

Nesta produção das ações em saúde, os trabalhadores utilizam tecnologias diversificadas. Merhy classifica tais tecnologias em três agrupamentos: *duras, leve-duras* e *leves*. De acordo com tal classificação, as tecnologias *duras* são aquelas inscritas em máquinas e equipamentos, normas e estruturas organizacionais; as *leve-duras* são definidas pelo conhecimento técnico, por saberes estruturados, tais como clínica médica, psicanálise, epidemiologia, entre outros; as *leves* são as tecnologias das relações, referem-se à gestão, produção de vínculos, acolhimento (Merhy, 1997).

No cotidiano das práticas dos trabalhadores de saúde e na *"micropolítica"* que ali se desenvolve, observa-se que se constrói, nos processos de trabalho e realização de ações de cuidado, um núcleo tecnológico composto de *"Trabalho Morto"* e *"Trabalho Vivo"*. Diferenciando-os, de forma sucinta, pode-se dizer que Trabalho Morto são os instrumentos de trabalho, bem como a organização de seu processo. É dessa forma definido porque, na elaboração destes, foi aplicado um trabalho pregresso, já concluído. Trabalho Vivo é o trabalho em ato, isto é, o trabalho no momento em que está sendo produzido (Merhy, 1997; Merhy, Franco, 2003).

Tanto o trabalho vivo quanto o trabalho morto caracterizam-se por um modelo de produção, um modo tecnológico de agir. No trabalho em saúde, a lógica do trabalho morto se traduz nos equipamentos e conhecimentos técnicos estruturados,

enquanto o trabalho vivo opera no campo das tecnologias de relações, de *"encontro de subjetividades"* (Merhy, 1997; Merhy, Franco, 2003).

Merhy (1997) também observa que, no processo de trabalho em saúde,a dinâmica entre produção, consumo e necessidades é muito peculiar, pois está sempre inacabada e em estruturação: é tanto incerto o padrão de seu produto final quanto o modo de satisfação que o mesmo gera. Além disso, o consumo se dá imediatamente na produção da ação, o que torna o trabalho em saúde dependente do *"trabalho vivo em ato"*. Constituindo-se neste processo de criação, em ação, é sempre relacional, pois no momento de sua concreta produção há o encontro de sujeitos e a construção de um *"espaço intercessor"* entre o trabalhador e o usuário (sendo este último um indivíduo ou um coletivo). Neste momento, tem-se a negociação, em ato, dos encontros de necessidades, intencionalidades, desejos (Merhy, 1997; Merhy, 1998; Franco, Merhy, 2003).

De acordo com Merhy (1997), a questão que se coloca não está relacionada ao julgamento valorativo, sobre qual dos tipos de trabalho é melhor, mas de procurar problematizar de que forma se constitui a Composição Técnica do Trabalho (resultado da razão entre trabalho morto e trabalho vivo), e qual o lugar que as necessidades dos usuários ocupam nesse processo (Merhy, 1997; Franco, Merhy, 2003).

Se tal composição técnica estiver sob hegemonia do trabalho morto, o processo de trabalho privilegiará a utilização de tecnologias duras e estará voltado á produção de procedimentos. Se, ao contrário, houver predominância do trabalho vivo, a produção de cuidado estará centrada nas tecnologias leves. A partir desta

distinção, tem-se duas possibilidades de construção de projetos terapêuticos (Franco, Merhy, 2003).

No primeiro caso, o profissional de saúde irá se voltar para resolver o problema de saúde que o usuário apresenta, utilizando-se de exames, medicamentos e procedimentos baseados em seu núcleo específico de conhecimento. Como segunda alternativa, o profissional não deixa de utilizar os instrumentos mencionados, mas trabalha a partir das tecnologias de relações, e reconhece o usuário como um sujeito que apresenta um modo particular de estar no mundo e que apresenta um conjunto de necessidades além de um problema de saúde (Franco, Merhy, 2003).

Para a construção das tecnologias utilizadas nos processos de trabalho em saúde, são mobilizados pelo menos dois "*núcleos de constituição tecnológicos*": o núcleo cuidador e o profissional centrado. No modelo hegemônico utilizado nos serviços de saúde, os profissionais trabalham a partir de seus núcleos específicos, consideram os usuários dos serviços como objetos de suas intervenções e constroem modos de cuidar centrados em procedimentos (Merhy, 2005).

Mas o cuidado, enquanto "*objeto simbólico"* deste campo solicita mais do que um saber, ou a soma destes, pode oferecer. Existem saberes e práticas que não pertencem especificamente a nenhuma profissão da saúde, e que só podem ser identificados nas "*porosidades"* entre "o mundo das profissões em si e entre o mundo dos trabalhadores de saúde e o dos usuários". É no campo das relações, que opera com as tecnologias leves, que há lugar para os encontros entre profissionais e usuários. São nessas porosidades que o usuário "penetra com seu complexo mundo de necessidades que vaza as nossas capturas nucleares" (Merhy, 2005).

É, portanto, no espaço da *"dimensão cuidadora"*, inscrito nas porosidades dos encontros entre os diversos profissionais de saúde e usuários, que é possível construir práticas que possam e devam responder aos diversos pedidos e necessidades dos sujeitos, comprometidas com a produção de saúde e de vida (Merhy, 2005).

Nos serviços de saúde, os usuários têm o direito a encontrar o que necessitam, e não um arsenal de procedimentos pré-definidos pelos profissionais da equipe ou uma oferta fechada à qual devem se adequar ou procurar outro serviço (Saraceno, 1998). Para tanto, os serviços devem ser lugares de encontros, de intercâmbio afetivo e material entre os diversos sujeitos, orientados pela possibilidade de estabelecimento de relações acolhedoras e produtoras de vínculos e responsabilizações, que considerem o usuário como sujeito de saberes e práticas e que se comprometam com a defesa e qualificação da vida individual e coletiva, com a construção de autonomias e produção de cidadania (Saraceno, 1998; Merhy, 2005).

OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Conhecer os itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool em um centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas - CAPSad

4.2 Objetivos específicos

- Identificar aspectos que levam os sujeitos a reconhecerem o uso de álcool como um problema
- Descrever suas estratégias de busca de respostas para seu problema
- Conhecer suas opiniões sobre as experiências de tratamento e cuidado

CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA

5. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

As estratégias de cuidado com a saúde são construídas e compartilhadas intersubjetivamente e as especificidades de cada contexto onde são realizadas podem ser agentes disparadores de determinadas escolhas, especialmente no que tange à oferta e acesso aos serviços e recursos existentes. Dessa forma, para a compreensão dos itinerários terapêuticos dos sujeitos é importante observarmos o contexto onde as ações empreendidas pelos mesmos se realizam (Alves, Souza, 1999; Gerhardt, 2006). Tendo isto em vista, procuramos apresentar algumas características que consideramos importantes do campo onde foi realizada a coleta de dados deste estudo.

5.1 O município de Santana de Parnaíba

O município de Santana de Parnaíba está localizado na Região Metropolitana do Estado de São Paulo, a 35 km da capital. Os dados do censo demográfico realizado em 2000 estimavam uma população de 74.828 habitantes e uma densidade demográfica (hab./km²): de 413,19. A população estimada em julho de 2008 corresponde a 110.730 habitantes (IBGE, 2008; IBGE,2009).

Santana de Parnaíba tem o 23º melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) do País, sendo o 2° melhor da Região Metropolitana de São Paulo. O índice do município corresponde ao valor de 0,853, sendo: 0,880; 0,772; 0,906 os valores de IDH-M Renda, Longevidade e Educação, respectivamente (PNUD, 2003).

Todavia, com relação à renda da população, se observarmos outro indicador, podemos problematizar estes resultados. De acordo com o índice de Gini, utilizado para calcular a desigualdade de distribuição de renda, o valor encontrado é 0,73, próximo das posições de mais alta desigualdade. O município ocupa, a partir deste indicador, 1º lugar no *ranking* de desigualdade do Estado de São Paulo e 35º lugar entre os municípios de todo o País. Em 2000, de acordo com o Censo, os 10% mais ricos do município ganhavam 66 vezes mais que os 40% mais pobres (Santana de Parnaíba, 2006).

De acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), Santana de Parnaíba pertence ao grupo de municípios que, embora tenham níveis de riqueza elevados, não são capazes de atingir bons indicadores sociais e que é composto por três segmentos: municípios industriais localizados em regiões metropolitanas; municípios turísticos e municípios nos quais estão localizados condomínios de alto padrão. Este último é o que melhor caracteriza a cidade, que abriga parte de *Alphaville*, considerado o maior conjunto de condomínios do Brasil (Santana de Parnaíba, 2006; Fundação SEADE, 2008).

A análise do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), também mostra dados importantes para a caracterização do município. Este indicador é resultante da combinação entre duas dimensões – socioeconômica e demográfica – e classifica cada setor censitário existente no município em seis grupos de vulnerabilidade social, caracterizando as situações de ausência de vulnerabilidade até aquelas consideradas de vulnerabilidade muito alta. Permite, dessa maneira, maior detalhamento das condições de vida dos municípios do que outros indicadores, com a identificação e a localização espacial das áreas que abrigam os segmentos populacionais mais

vulneráveis à escassez de recursos e com maior dificuldade de acesso a bens e serviços (Fundação SEADE, 2009).

A dimensão socioeconômica caracteriza-se pela composição da renda apropriada pelas famílias e do poder de geração da mesma por seus membros. Já a demográfica está relacionada ao ciclo de vida familiar. De acordo com o IPVS, 24% da população do município encontra-se em situação de nenhuma ou muito baixa vulnerabilidade (a dimensão socioeconômica é alta ou média, e os responsáveis pelas famílias são predominantemente mais velhos); 10,9%, baixa (nível alto ou médio da dimensão socioeconômica e famílias jovens ou adultas); 25% média (nível médio socioeconômico, e famílias formadas em sua maioria por chefes de família jovens, com menos de 30 anos, e crianças pequenas); 9,6% alta (baixo nível socioeconômico; famílias adultas e idosas) e 30,5% enfrentam situações de vulnerabilidade muito alta (baixo nível socioeconômico; famílias jovens) (Fundação SEADE, 2009).

Chama a atenção o fato de que 70% da população do município apresenta algum grau de vulnerabilidade. Apesar de possuir bons índices de desenvolvimento, trata-se de um município no qual convivem disparidades populacionais e regionais, com áreas que demandam maior atenção na formulação e execução das políticas públicas municipais.

5.2 O CAPSad "Travessia"

O município de Santana de Parnaíba dispõe de uma rede de serviços de saúde mental comunitários e substitutivos às internações psiquiátricas de longa

permanência. No momento de entrada no campo, essa rede era composta por 1 CAPS II, 1 CAPSad (Álcool e Drogas), 1 CAPS Infantil, 1 Ambulatório de Saúde Mental e Adolescência, e equipes básicas de Saúde Mental lotadas em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas denominadas Unidades de Saúde Avançada (USA).

Desta rede, destacamos o denominado CAPSad "Travessia", serviço em funcionamento desde dezembro de 2004, e que tem por objetivo ser referência para o município na prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial dos sujeitos com transtornos decorrentes do uso prejudicial ou dependência de álcool, tabaco e outras drogas. Além das atividades relacionadas à assistência, busca o diálogo intersetorial e parcerias com outras Instituições, públicas e privadas, afim de promover encontros de capacitação e sensibilização da população e das equipes de outros serviços de saúde.

O horário de funcionamento do serviço é de segunda à sexta-feira, das 7 às 19 horas. Durante todo o período em que permanece aberto há, no mínimo, um profissional da equipe técnica disponível para acolher, orientar, encaminhar os indivíduos que chegam buscando tratamento, tanto por procura espontânea, quanto por encaminhamentos de outras unidades de saúde, outras secretarias e terceiro setor.

5.2.1 Espaço físico

O CAPSad localiza-se na região central do município, de fácil acesso e próximo ao terminal urbano de ônibus. Situado em área agradável, assemelhando-se a uma chácara, com bastante espaço físico para realização de atividades como horta ou jardinagem. O espaço é dividido com o CAPS II "Alvorecer", sendo ambos

separados por uma cerca, e tendo como única área compartilhada a cozinha e o refeitório.

Conta com duas edificações, onde são realizadas as atividades assistenciais. Na casa principal, tem-se: uma sala de recepção/espera, três consultórios (utilizados para consultas médicas e demais atendimentos individuais), um posto de enfermagem, duas salas de enfermaria (totalizando quatro leitos), uma sala de reunião da equipe técnica, uma sala administrativa, uma cozinha e um refeitório. A outra casa corresponde ao espaço onde são realizadas as atividades grupais e oficinas terapêuticas.

5.2.2 Equipe técnica e administrativa

Em janeiro de 2009, a equipe do serviço era composta por 1 assistente social, 1 enfermeiro, 1 auxiliar e 1 técnico de enfermagem, 1 médico clínico geral, 1 médico psiquiatra, 2 psicólogas, 1 terapeuta ocupacional, 1 artesã, 1 chefe e 1 auxiliar administrativo, 1 cozinheira, 2 recepcionistas, 2 auxiliares de limpeza, 3 vigias, 1 chefe e 2 auxiliares de serviços gerais, 1 diretor técnico-administrativo.

Os profissionais são contratados com jornadas de trabalho diferenciadas (de 15 a 40 horas semanais) e não há divisão por turnos. Mais da metade está no serviço desde sua inauguração, e apenas duas pessoas estão no serviço há menos de um ano.

A equipe técnica (profissionais com Ensino Superior) possui, em sua maioria, algum tipo de formação complementar na área das Dependências. Cinco profissionais (incluindo o diretor) possuem curso de Especialização nessa área, e um concluiu um curso de Aconselhamento.

5.2.3 Rotinas

A maioria das atividades assistenciais realizadas é compartilhada por todos os profissionais da equipe técnica, com exceção da artesã, que é considerada como parte desta equipe, mas é responsável apenas pela realização das oficinas terapêuticas.

Todos são responsáveis, semanalmente, pelo desenvolvimento de pelo menos um grupo terapêutico, educativo ou de orientação, por um período de plantão e pela gestão de casos. Além disso, cada profissional realiza atividades correlatas à sua área de formação: consultas médicas, atendimentos psicoterápicos e terapêutico ocupacionais, orientações relacionadas à assistência social. A equipe de Enfermagem é responsável por avaliações e rotinas como coleta de sangue, aferição de sinais vitais e dispensação de medicação.

Visitas domiciliares podem ser realizadas por todos os profissionais, mas são feitas, em sua maioria, pela assistente social e pela equipe de enfermagem. O serviço não dispõe de veiculo próprio para essa atividade, e é necessário o agendamento prévio junto à Secretaria de Saúde.

Diariamente, são realizados grupos, oficinas terapêuticas, consultas e atendimentos individuais específicos. Os grupos e oficinas oferecidos são: Acolhimento, Recepção, Reflexão, Psico-educacional, Prevenção de recaídas, Comunicação e Cidadania, Artesanato**,** Horta, Yoga/Lian Gong, Manutenção. Há, também, um Grupo de Orientação familiar, no qual são apresentados, aos familiares, aspectos básicos relacionados à Dependência Química (tais como síndrome de abstinência, efeitos agudos e crônicos do uso das diversas substâncias, critérios diagnósticos, entre outro). Estas atividades passam constantemente por

reformulações, de acordo com a demanda apresentada pelos usuários e as possibilidades da equipe.

Para os usuários que ficam dois turnos no serviço, são oferecidas até quatro refeições: café e lanche da manhã, almoço e lanche da tarde. Todas as refeições são preparadas na cozinha do serviço.

5.2.4 Acolhimento

O individuo que chega pela primeira vez no serviço é acolhido por um profissional da equipe técnica disponível para essa função. Esse primeiro atendimento consiste em uma entrevista, que pode ser realizada com o usuário sozinho ou com algum acompanhante. Nesse primeiro contato, procura-se colher dados de sua trajetória e identificar a intensidade de cuidado de que ele precisa, para que se possa indicar a modalidade de tratamento (intensivo, semi-intensivo ou não intensivo) considerada mais adequada às suas necessidades e possibilidades. Na modalidade intensiva, geralmente, os usuários freqüentam o serviço diariamente, em período integral, participando de todas as atividades terapêuticas oferecidas. No regime semi-intensivo, essa freqüência é reduzida, e o usuário freqüenta o serviço em dias da semana e atividades especificadas. O modo não intensivo é caracterizado pela freqüência no serviço de forma pontual, para consultas médicas ou acompanhamento terapêutico individual.

Não há fila de espera para inicio do tratamento e, quando há a avaliação da necessidade de encaminhamento médico, as consultas são agendadas dentro de um prazo médio de uma semana.

Na primeira semana de atendimento, é proposto ao usuário que freqüente diariamente o Grupo de Acolhimento. A proposta deste grupo consiste na realização de cinco sessões pré-estruturadas, cada uma conduzida por um profissional diferente, abordando uma temática diferenciada: critérios para o diagnóstico de dependência química; sintomas de abstinência; levantamento de fatores de risco e de proteção para o uso de substâncias psicoativas; mapeamento de redes sociais; apresentação do contrato com as regras do serviço. Após a conclusão desta etapa, o usuário é direcionado para um atendimento individual com o profissional indicado para a gestão do seu caso.

5.2.5 Gestão de caso

O serviço utiliza a proposta de *gerenciamento de caso*, que consiste em modalidade de atenção definida por um conjunto de intervenções voltadas para o acompanhamento do sujeito em tratamento. As principais funções do gerente ou gestor de caso são: identificar as necessidades específicas do cliente; planejar, desenvolvendo uma proposta específica para cada cliente; estabelecer uma conexão com outros serviços, seja na rede formal ou informal de serviços de saúde; monitorar e avaliar o caso, visualizando os progressos obtidos; facilitar o amparo legal em caso de necessidade (Figlie, Laranjeira, 2004).

Na prática cotidiana, verifica-se que as funções do gestor de caso se limitam, geralmente, apenas ao estabelecimento do plano terapêutico do usuário, que consiste na programação das atividades a serem realizadas como parte de seu tratamento, dentre aquelas oferecidas pelo serviço. Após discussão com outros profissionais da

equipe, o gestor reavalia periodicamente, junto com o usuário, sua participação nas atividades estabelecidas, refazendo seu plano terapêutico se necessário.

5.2.6 Reuniões e espaços para trocas de informações

A equipe técnica dispõe de uma reunião semanal, com duas horas de duração que consiste basicamente na discussão dos casos atendidos e na troca de informações burocráticas relativas à organização do serviço. É no cotidiano do serviço que ocorrem a maior parte das trocas entre os profissionais, muitas delas registradas, quando possível, nos prontuários dos usuários.

Não existem reuniões regulares para o conjunto da equipe, que contemple a participação dos demais funcionários, que também não participam de discussões de casos nem estão envolvidos nos procedimentos e atendimentos terapêuticos. Tal prática dificulta a constituição de uma linguagem comum compartilhada, a integração interna da equipe e a validação do papel e dos saberes dos profissionais de apoio.

Esporadicamente, são realizadas assembléias que reúnem usuários e todos os profissionais, agendadas apenas quando solicitadas por algum profissional ou usuário, ou quando se considera que há algum assunto importante a ser discutido coletivamente.

5.2.7 Caracterização da população atendida

Em janeiro de 2009, o serviço apresentava 606 usuários matriculados. Não foi possível calcular o número exato de prontuários ativos, pois a equipe não tem claramente definidos os critérios para alta nem abandono. Também não se excluem os prontuários de óbitos e transferências para outros serviços.

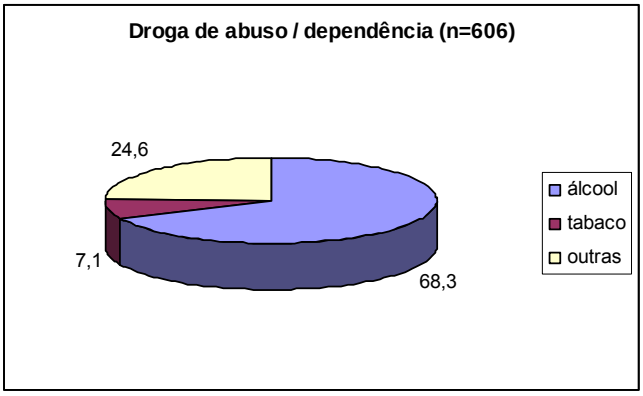
No ano de 2008, a média mensal de ingresso de novos usuários foi de 15,3. Em dezembro deste mesmo ano, havia 89 usuários freqüentando o serviço, de acordo com os dados de APAC* enviados. Destes, 23 freqüentaram o serviço na modalidade intensiva, 38 na semi-intensiva e 28 na não-intensiva (Santana de Parnaíba, 2009).

- **Droga de escolha**

Com relação à droga de escolha, ou principal droga consumida, podemos perceber que a grande maioria dos usuários que procuraram o serviço tem problemáticas resultantes do uso de álcool: representam 68,3% do total. A procura por tratamento para a dependência de tabaco representa 7,1% dos usuários e 24,6% dos indivíduos que buscaram tratamento neste CAPS apresentam dependência ou abuso de outras drogas, tais como cocaína, crack, maconha e benzodiazepínicos, conforme o gráfico 1 (Santana de Parnaíba, 2009).

* Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo, para fins de faturamento do serviço,

Gráfico 1 – Distribuição dos usuários do serviço (n=606) por principal droga utilizada, em porcentagem



Fonte: Relatório anual do CAPSad "Travessia", Santana de Parnaíba, 2009

- **Gênero**

Conforme apresentado na Tabela 3, do total dos usuários matriculados no serviço, 16,8% correspondem à população do sexo feminino. Se observarmos apenas os dados referentes ao ano de 2008, podemos perceber que dos 184 novos usuários, 46 (25%) foram mulheres. Verifica-se, dessa forma, aumento nessa demanda, que pode estar associado a introdução de grupos específicos para tabagistas, compostos em sua maioria (75%) por mulheres (Santana de Parnaíba, 2009).

Tabela 3 – Comparação da distribuição de usuários ingressos em 2008 (n=184) e a distribuição total dos usuários (n=606) por gênero

2008	Total
138 (75%)	504 83,2%)
46 (25%)	102 (16,8%)
184 (100%)	606 (100%)

Fonte: Relatório anual do CAPSad "Travessia", Santana de Parnaíba, 2009

- **Faixa etária**

Do total dos usuários matriculados (n=606), 10,7% compreendem a faixa etária entre 18 e 25 anos; 24,1% têm entre 26 e 35anos; 28,7% possuem de 36 a 45 anos; 22,8%, de 46 a 55 anos e tem-se 13,7% com mais de 56 anos. A idade média é de 41 anos. (Santana de Parnaíba, 2009).

Tabela 4 – Comparação entre a distribuição dos usuários matriculados no ano de 2008 (n=184) e a distribuição total (n=606), por faixa etária

	Em 2008	Total
18 a 25 anos	20 (10,9%)	65 (10,7%)
26 a 35 anos	51 (27,7%)	146 (24,1%)
36 a 45 anos	49 (26,6%)	174 (28,7%)
46 a 55 anos	39 (21,2%)	138 (22,8%)
+ de 56 anos	25 (13,6%)	83 (13,7%)
TOTAL	184	606

Fonte: Relatório anual do CAPSad "Travessia", Santana de Parnaíba, 2009

- **Encaminhamentos**

Outro dado interessante a ser analisado é a forma de procura pelo serviço. Em um levantamento realizado entre os meses de agosto a dezembro de 2008 (Santana de Parnaíba, 2009) constatou-se que 46,1% dos usuários buscaram espontaneamente o serviço. Neste quadro estão incluídos: busca própria, retornos e indicações de familiares ou amigos. Os serviços de saúde do município foram responsáveis pelo encaminhamento de 43% dos sujeitos que procuraram o serviço. Cabe acrescentar que, destes, mais da metade (54,5%) foram encaminhamentos realizados pelos prontos-socorros (PAM Fazendinha e PAM Santa Ana). Os 10,9% restantes são encaminhamentos provenientes de outras secretarias do município, outros municípios ou judiciais (Santana de Parnaíba, 2009).

Tabela 5 – Distribuição da forma de procura dos usuários pelo serviço – agosto a dezembro de 2008

Forma de procura	ago/08	set/08	out/08	nov/08	dez/08	TOTAL	%
Busca espontânea	9	15	16	7	12	59	46,1
Encaminhamento de serviços de saúde do município	14	11	4	18	8	55	43,0
Outros encaminhamentos	4	3	3	2	2	14	10,9
TOTAL	27	29	23	27	22	128	100,0

Fonte: Relatório anual do CAPSad "Travessia", Santana de Parnaíba, 2009

- **Territorialidade**

O serviço possui sistematização da distribuição dos usuários a partir de agrupamentos geográficos, que correspondem aos seus locais de moradia, utilizando as USA's e UBS's como elemento denominador destes, sem existir nenhuma relação de "referência", "contra-referência", "encaminhamentos", etc. A tabela 6 demonstra essa distribuição, a partir do total de usuários (n=606) e a porcentagem correspondente. (Santana de Parnaíba, 2009).

De acordo com esta tabela, A UBS "Álvaro Ribeiro" é a referência para a maior parte dos usuários do serviço. Localizada no centro do município, esta UBS é referência para os munícipes do centro e de diversos bairros adjacentes. Já as UBS "Fazendinha", "120" e USA "São Pedro" localizam-se todas no mesmo bairro-

Fazendinha. Sendo assim, este bairro concentra o maior número de usuários encaminhados (40% do total) ao CAPSad.

Tabela 6 – Distribuição dos usuários matriculados (n=606) por agrupamento geográfico

UBS / USA	N	%
Álvaro Ribeiro	178	29,4
Fazendinha	149	24,6
Isaura	90	14,9
São Pedro	59	9,7
120	37	6,1
Colinas	35	5,8
Cururuquara	27	4,5
Outros Municípios	31	5,1
TOTAL	606	100,0

Fonte: Relatório anual do CAPSad "Travessia", Santana de Parnaíba, 2009

Esse dado é considerado importante na caracterização da população atendida pelo serviço. Se observarmos a distribuição dos setores censitários classificados de acordo com o grau de vulnerabilidade ao qual a população encontra-se exposta,

baseada no IPVS (Índice Paulista de Vulnerabilidade Social), podemos afirmar que o território que compreende este bairro corresponde exatamente à área com o maior contingente populacional em situações de vulnerabilidade muito alta (Fundação SEADE, 2009).

5.3 Participantes do estudo

O grupo de oito participantes do estudo foi formado por sujeitos com idade entre 30 e 60 anos, de ambos os sexos (sendo duas mulheres e seis homens) e que apresentavam transtornos decorrentes do uso de álcool. No momento de realização da pesquisa, quatro estavam trabalhando, sendo que nenhum estava inserido no mercado formal de trabalho. A maioria morava com familiares, com exceção de dois participantes, que moravam sozinhos, como pode ser observado no Quadro 1.

Não encontramos, nos prontuários, informações que nos permitissem construir um desenho dos itinerários percorridos por estes sujeitos neste serviço. Em linhas gerais, pôde ser apreendido que, em um primeiro momento, todos freqüentaram o CAPSad intensivamente e que sua freqüência ao serviço foi gradativamente diminuída. Dependendo da demanda apresentada, para todos foram estabelecidos projetos terapêuticos diferenciados. Os participantes B e H, por exemplo, são os que estavam no serviço há mais tempo e tiveram diversas reformulações em seus respectivos projetos terapêuticos, o que inclui momentos de intensificação do cuidado ao longo do trajeto. Nesses casos, os usuários já estavam em “manutenção”, ou haviam abandonado o tratamento, quando passaram por uma recaída e voltaram a fazer uso de álcool de forma não controlada, com prejuízos para o desempenho nas

atividades cotidianas e reinstalação da síndrome de dependência. Quando resolveram voltar ao CAPSad, tiveram que passar pelas mesmas etapas iniciais de quem está ingressando no tratamento.

No momento de realização da pesquisa, cada participante utilizava o serviço de uma forma diferenciada, como pode ser observado no Quadro 1. A escolha por cada oficina ou grupo que participam foi feita de acordo com as necessidades e afinidades de cada usuário.

Identificação	Sexo	Data de nascimento	Escolaridade	Ocupação	Estado civil	Com quem vive/ núcleo habitacional	Data do primeiro atendimento	Projeto terapêutico
A	F	11/06/54	E.Fundamental incompleto	Dona-de-casa	Casada	Marido	09/12/08	Semi-intensivo (Reciclagem e P.R.)
B	M	14/12/65	E.Fundamental incompleto	Vigia	Separado	Sozinho	25/04/06	Semi-intensivo (Reciclagem e P.R.)
C	M	19/01/55	E.Fundamental incompleto	Auxiliar gráfico	Separado	Pais	19/03/08	Não intensivo (Manutenção)
D	M	23/02/73	Ensino Médio completo	Desempregado	Separado	Sozinho	16/01/08	Intensivo
E	M	25/07/56	Não alfabetizado	Pedreiro	Casado	Esposa e filhos	28/08/07	Não intensivo (Manutenção)
F	M	09/01/48	E.Fundamental incompleto	Aposentado	Casado	Esposa e 2 filhas (4 anos)	11/02/08	Semi-intensivo (Yoga e Manutenção)
G	M	17/03/78	E.Fundamental incompleto	Desempregado	Separado	Tios	04/03/08	Semi-intensivo (Reciclagem e at. individuais)
H	F	07/01/70	E.Fundamental incompleto	Diarista	Amasiada	Marido e filhos	10/06/05	Semi-intensivo

Quadro 1 – Caracterização dos participantes do estudo

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O campo das intervenções em saúde é complexo, exige a integração de diversos conhecimentos e a constante reflexão e possibilidade de reformulação das teorias e práticas adotadas pelos profissionais. Dada essa complexidade e a necessidade de abarcar de forma ampla a realidade a ser estudada, esta pesquisa utilizou de técnicas e métodos do campo da pesquisa qualitativa para buscar conhecer e descrever os itinerários terapêuticos de usuários de um centro de atenção psicossocial (Queiroz, 1991; Minayo, 1993; Victora et al., 2000; Vasconcelos,2002).

A pesquisa qualitativa se caracteriza enquanto um campo de investigação preocupado em trabalhar com os significados atribuídos pelo sujeito aos fatos sociais e ao mundo que o cerca. Busca descrever *como* os acontecimentos são produzidos, a partir da perspectiva de quem as vivencia. Parte da premissa de que o conhecimento da realidade é produzido na interação dinâmica entre pesquisadores e sujeitos participantes da pesquisa. Busca compreender valores e percepções de um grupo sobre certo tema, observar relações entre os sujeitos, avaliar políticas e serviços a partir do ponto de vista do usuário a quem se destina (Minayo, 1993; Deslandes, Assis, 2003; Denzin, Lincoln, 2006; Silverman, 2009).

Outro aspecto importante a ser observado nas pesquisas qualitativas é o fato de privilegiarem os cenários reais e a observação de processos interativos que se desenrolam nas situações e contextos da investigação. O trabalho de campo é, dessa maneira, essencial na pesquisa qualitativa (Minayo, 1993; Deslandes, Assis, 2003; Denzin, Lincoln, 2006).

Neste estudo, a construção do trabalho de campo esteve embasada na perspectiva etnometodológica, que define estratégias específicas para o desenvolvimento da investigação qualitativa; sugere técnicas para se conhecer o universo relacional no qual a pesquisa se inscreve e formata o papel e o lugar do pesquisador (Angrosino, 2009).

A etnometodologia se caracteriza pela pesquisa dos procedimentos que os sujeitos utilizam para construir, manter e transformar o mundo em que vivem. Parte da premissa de que o mundo não é dado aos sujeitos, mas se realiza e pode ser descrito e analisado através de seus atos práticos, produzidos na interação com os outros, em contextos específicos. As ações cotidianas, as relações, as conversas são mediadas por uma série de significados não ditos, que fazem parte das rotinas, dos hábitos, e que não são, necessariamente, predeterminados, nem formulados e racionalmente explicados pelos sujeitos. A compreensão de suas experiências se dá a partir dos objetos, situações e símbolos que os cercam, articuladas, compartilhadas e sustentadas em seus contextos relacionais e interativos (Coulon, 1995; Denzin, Lincoln, 2006: Angrosino, 2009).

Nessa perspectiva, a inspiração etnometodológica propiciou a formulação da postura utilizada no desenvolvimento do trabalho de campo, que se deu no CAPSad "Travessia", situado no município de Santana de Parnaíba/SP, no período de janeiro a março de 2009.

Os procedimentos metodológicos empregados foram: revisão bibliográfica, pesquisa documental, entrevistas semi-estruturadas, grupo focal, observação participante e construção de um diário de campo. Os procedimentos adotados visaram a maior aproximação do mundo da experiência estudada, e a apreensão

ampla do fenômeno em questão. Os registros escritos, observacionais e discursivos são complementares e cada um destes aproxima-nos a uma parte da realidade. O uso de estratégias mistas possibilita comparar práticas e discursos, bem como as documentações a respeito dos mesmos (Queiroz, 1991; Minayo, 1993; Victora et al., 2000; Vasconcelos, 2002; Denzin, Lincoln, 2006).

6.1 Construção do papel do pesquisador

É importante considerar que os questionamentos e reflexões que impulsionaram a realização da pesquisa são fruto de um processo anterior de imersão no campo, pois a pesquisadora já fazia parte da equipe do serviço há dois anos e meio, desempenhando atividades como terapeuta ocupacional. Esse fato se colocou como uma questão a ser permanentemente problematizada pois, se por um lado, favoreceu sua entrada e permanência no contexto estudado como pesquisadora, exigiu o desenvolvimento de precauções metodológicas.

Primeiramente, foram discutidos com a diretoria técnica-administrativa do serviço os objetivos da pesquisa e os procedimentos metodológicos que se pretendia utilizar. Após seu consentimento, em uma reunião técnica, foi possível discutir e avaliar o projeto com a equipe e elaborar o cronograma de realização. A etapa seguinte consistiu no contato com os usuários que foram eleitos pela equipe para participarem da pesquisa. Com cada um deles, foi realizado um encontro para convidá-los a participação e apresentar, detalhadamente, os objetivos e procedimentos da pesquisa, além da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), que foi assinado por todos.

No inicio do processo, percebeu-se que havia limites para a obtenção do distanciamento necessário para a observação do contexto a ser estudado. Por isso, a observação participante contou com um pesquisador externo ao grupo, que também foi o observador do primeiro encontro do grupo focal, e que pôde contribuir com suas impressões e reflexões. O pesquisador convidado faz parte do Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde Mental – Conexões, do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, no qual esta pesquisa está inserida.

O processo consistiu em um exercício constante de deslocamento do lugar de terapeuta para o de pesquisadora, o que foi facilitado e sustentado pelo grupo de profissionais e de usuários participantes. Para exemplificar, em dado momento da realização do grupo focal, um participante perguntou à pesquisadora sua opinião referente ao seu processo terapêutico. Nesse momento, o próprio grupo afirmou que não seria possível discutir esse assunto e naquele momento, e sugeriram que aquela pergunta fosse feita em outro contexto.

As relações anteriormente estabelecidas contribuíram para que se criasse um clima confortável na realização dos grupos e das entrevistas, em que os participantes conseguiram expor livremente suas idéias. Além disso, foi possível realizar o processo de observação participante sem que a presença da pesquisadora fosse questionada, como pode acontecer quando o observador é externo ao grupo. Criaram-se espontaneamente alguns momentos de interação informal com os participantes, em que foi possível colher informações que não apareceram nas entrevistas e que também possibilitavam rever algumas estratégias da pesquisa.

6.2 Discussão em Grupo ou Grupo Focal

O *Grupo Focal* é uma técnica de pesquisa qualitativa que se apóia na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos fornecidos pelo pesquisador. Tem sido utilizado em diversas pesquisas na área da saúde e apresenta como importante vantagem o fato de basear-se em opiniões e atitudes apresentadas pelos indivíduos em processos interativos. Este recurso é especialmente interessante quando se pretende conhecer graus de consenso sobre um determinado assunto e descrições sobre uma dada realidade compartilhada por diversos atores (Morgan, 1993; Carlini-Cotrim, 1996).

No trabalho grupal, as opiniões dos sujeitos são confrontadas e discutidas coletivamente, o que possibilita a apreensão de uma multiplicidade de pontos de vista, idéias, conceitos, experiências, sentimentos e normas de grupo, bem como pode atenuar a influência do pesquisador, qualificar e dar maior validade às informações dos sujeitos. A sinergia do grupo contribui para a elaboração de respostas coletivas à determinada questão, diferentes das opiniões individuais, mediante as trocas, as reafirmações mútuas, produção de consensos e dissensos (Morgan, 1993; Gatti, 2005).

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram selecionados 10 usuários, cujo processo de escolha foi realizado pela equipe técnica do serviço em um processo de discussão coletiva no contexto de uma reunião. Nesse processo, não houve interferência do pesquisador, que apenas orientou a equipe a seguir os seguintes critérios: usuários de álcool, entre 30 e 60 anos, de ambos os sexos, e que estivessem no serviço há pelo menos três meses. Na composição do grupo, a equipe também

procurou escolher pessoas com facilidade de se comunicar e expor suas idéias, e que estivessem freqüentando o serviço, o que facilitaria o contato para o convite.

Apesar de apresentarem essas características em comum, a equipe também foi orientada de que o objetivo não era o de constituir um grupo homogêneo, mas sim um grupo *representativo* do serviço, que pudesse ajudar a captar maior variedade de opiniões e a conhecer diferentes histórias de vida, distintos processos de busca de auxílio e tipos de vínculos estabelecidos com o serviço. Tratava-se de colher um conjunto de depoimentos que se mostrasse suficiente para constituir um quadro representativo de vários aspectos da cultura institucional.

Os 10 usuários indicados pela equipe foram convidados, pessoalmente ou por contato telefônico, pelo pesquisador. Foram realizados dois encontros, com a duração de uma hora e meia cada um. Ao primeiro, compareceram 8 participantes. Ao segundo, compareceram 7. A condução das discussões do grupo foi feita pelo pesquisador, que já possuía experiência previa em trabalho com grupos, e que, no papel de moderador, apresentou os tópicos a serem discutidos e atuou no sentido de facilitar a discussão, garantir a participação de todos, e criar um ambiente propiciador para a exposição de diferentes percepções e pontos de vista. Na composição do grupo, também contou com um observador, que executou a função de descrever o que aconteceu durante o grupo, além de expressar suas impressões e reflexões e registrar aspectos não-verbais da comunicação, tais como posturas, gestos e expressões faciais, que não poderiam ser apreendidos nas transcrições das gravações.

No primeiro encontro, antes de se dar inicio à discussão, foram explicitados aos participantes os objetivos do grupo, os critérios de escolha dos participantes, o papel

do moderador e o papel do observador, e foi obtido o consentimento grupal para a gravação da discussão, e utilização integral de sua posterior transcrição. Também foram apresentados aos participantes os tópicos a serem discutidos. Explicou-se que seriam realizados dois encontros para discussão e que em cada um seria desenvolvida uma idéia-chave. No primeiro, foi discutido o processo de reconhecimento do uso de álcool como um problema. No segundo, os processos de busca de auxilio e tomada de decisão pelo tratamento no CAPSad.

No início do processo, foi feita uma rodada de abertura com uma questão que pudesse facilitar a entrada na tarefa e deixar os participantes confortáveis na colocação de seus pontos de vista. Escolheu-se uma pergunta genérica, pertinente ao grupo, relacionada ao tema e que possibilitasse a expressão de opiniões mais abertas e a identificação de divergências, nas diferenciadas opiniões e experiências. Após um tempo de "aquecimento", o moderador introduziu o primeiro tópico de discussão previsto. O roteiro utilizado encontra-se em anexo (Anexo B).

Ao término de cada discussão, o moderador apresentou uma devolutiva aos participantes do que foi produzido no encontro, oferecendo a possibilidade de que acrescentassem ou modificassem alguma idéia.

A discussão de grupo serviu, assim, para colher coletivamente informações com relação às crenças, atitudes e percepções dos indivíduos, bem como possibilitou ao pesquisador construir relações com os depoentes que permitissem aprofundar, individualmente, respostas e comentários que foram considerados relevantes pelo entrevistador ou pelo grupo (Minayo, 1993; Carlini-Cotrim, 1996).

Os encontros foram gravados e posteriormente transcritos pelo próprio pesquisador. As gravações são dados importantes, pois são um registro público,

preservam as seqüências das falas, e podem ser reproduzidas várias vezes, o que possibilita melhora nas transcrições (Silverman, 2009).

O processo de transcrição é uma atividade importante da pesquisa, que possibilita ao pesquisador debruçar-se sobre o material de cuja construção ele participou, estudá-lo exaustivamente, e apreender aspectos que, no momento de sua realização, possam lhe ter escapado, além de rever observações e aprofundar reflexões (Queiroz, 1991; Silverman, 2009). As transcrições, na íntegra, encontram-se em um volume separado.

6.3 Entrevistas semi-estruturadas

A *entrevista* pode ser entendida como uma técnica utilizada para a coleta de informações "objetivas", "concretas", assim como pode permitir uma aproximação a aspectos mais "subjetivos", ao universo singular do sujeito entrevistado, suas crenças, idéias, valores, e ao modo como os sujeitos relatam suas experiências. Constitui um processo de interação, no qual tanto o entrevistador quanto os entrevistados são participantes ativos e produtores de conhecimento e é considerado um recurso flexível e importante no esclarecimento de temas-chaves (Minayo, 1993; Vasconcelos, 2002; Silverman, 2009).

Os oito participantes do grupo focal foram convidados para a realização de uma entrevista individual. Destes, dois não puderam comparecer, de forma que foram realizadas, no total, seis entrevistas. Optou-se pelo uso de entrevistas semi-estruturadas, que se caracterizam pela elaboração de um roteiro combinando questões abertas e fechadas, apresentado ao sujeito entrevistado, ao qual é conferida certa

flexibilidade e grau de liberdade para escolha dos tópicos sugeridos. O entrevistado discorre sobre o tema proposto e o pesquisador realiza intervenções apenas quando julgar necessário. O roteiro elaborado serve como guia, e o entrevistador não o desenvolve rigidamente, podendo excluir e incluir questões que possam auxiliar na compreensão e aprofundamento das informações colhidas, e dar abertura para o aparecimento de associações de pensamentos, preocupações, compreensões e ênfases dos próprios entrevistados. (Minayo, 1993; Deslandes, Assis, 2003; MacRae, 2004). O roteiro utilizado encontra-se em anexo (Anexo C).

Tal como procedeu-se com o material coletado nos grupos focais, as entrevistas foram gravadas e transcritas pelo próprio entrevistador e as transcrições integrais encontram-se em um volume separado.

No processo de realização de entrevista, a fala dos sujeitos pode trazer idéias e modos de comportamento que refletem certos modelos culturais. Assim, os depoimentos são considerados enquanto parte de um contexto sócio-histórico e de pertinência a um determinado grupo com características específicas (de gênero, raça, idade, entre outras) e que mantém relações diferenciadas com a cultura dominante. Ao mesmo tempo, a fala singular de cada indivíduo é significativa, pois cada sujeito vivencia suas experiências de maneira muito peculiar. Dessa forma, aliadas às demais técnicas utilizadas, as entrevistas serviram para aprofundar, individualmente, opiniões e aspectos singulares dos itinerários terapêuticos de cada um dos sujeitos participantes da pesquisa (Minayo, 1993).

6.4 Observação Participante

O processo de *observação participante* caracteriza-se pela presença do pesquisador em um contexto do qual passa a fazer parte, modificando-o e sendo modificado por este. A inserção no contexto estudado traz a possibilidade de acesso a dados de domínio privado e apreensão de sutilezas e aspectos mais subjetivos, dos indivíduos e grupos. Além disso, pode ajudar a vincular fatos e representações, as ações e os discursos sobre as mesmas, e mostra contradições, vivenciadas cotidianamente, entre as leis criadas e constantemente atualizadas pelo grupo e suas práticas (Cicourel, 1990; Minayo, 1993; Coulon, 1995; Vasconcelos, 2002; Silverman, 2009).

A observação de ações cotidianas contribui na captação de aspectos rotineiros e informais presentes nos comportamentos, relações, interações e práticas realizadas pelos sujeitos. Os discursos não podem ser separados dos contextos das ações onde ocorreram, pois a fala é situacional, e atravessada pelas relações estabelecidas pelos sujeitos (Zaluar, 1986; Haguette, 1987; Silverman, 2009).

A *observação participante* é um processo construído, ao mesmo tempo, pelo pesquisador e atores sociais envolvidos. Nessa relação, a entrada e postura mantida pelo pesquisador no campo podem se dar de diferentes maneiras, com maior ou menor envolvimento no contexto estudado. Neste estudo, foi desenvolvida a postura denominada de "Participante como Observador". Nesse tipo de inserção no campo, o pesquisador deixa claro sua situação, para si e para o grupo, e observa informalmente, participando de rotinas cotidianas e de acontecimentos considerados importantes (Minayo, 1993).

A observação participante foi realizada durante um período de três meses, de janeiro a março de 2009. De acordo com a sugestão da equipe técnica, os momentos

de observação foram realizados em dias e horários diversificados, no sentido de apreender os diversos fluxos e atividades que ocorrem ao longo de cada semana.

Nas três primeiras semanas de trabalho de campo, realizou-se uma observação livre, não sistematizada, que serviu para situar os pesquisadores em campo, bem como auxiliar no processo de refinamento dos roteiros previamente elaborados. Em um segundo momento, a observação participante esteve centrada na forma como os usuários-participantes circulam e como utilizam o serviço, priorizando a atenção para os momentos informais de contato destes com outros usuários e com os profissionais.

6.5 Caderno de campo

Para o registro das informações coletadas durante o processo de observação, foi elaborado um "caderno de campo", em que foram descritas situações consideradas importantes para o estudo, o processo de realização das entrevistas e discussões em grupo, bem como as impressões e reflexões ocorridas ao pesquisador durante o trabalho de campo.

Considerando-se que o pesquisador é sempre um fator de perturbação para o campo e que as informações podem ser afetadas de acordo com as relações estabelecidas com os informantes, neste caderno também foram anotadas as percepções e análises relativas às situações de interação e a sua permanência no campo (Zaluar, 1986; Vasconcelos, 2002).

Além disso, foram registradas reflexões mais sistematizadas com relação ao próprio processo de pesquisa, aos materiais e técnicas empregadas, o que auxiliou no processo de ordenação inicial dos dados coletados.

6.6 Análise dos dados

Um ponto considerado importante da pesquisa de campo é a possibilidade desta ganhar forma durante o próprio processo de realização. Após um tempo no contexto estudado, dados interessantes e não esperados são apreendidos, o que pode levar a questionamentos e reflexões sobre seus objetivos e procedimentos e, até mesmo, à mudança de foco da pesquisa (Silverman, 2009).

Durante o processo de trabalho de campo, procuramos manter uma postura interrogativa e atenta aos acontecimentos cotidianos, questionando o que poderia parecer conhecido ou esperado, observando e registrando os pequenos detalhes, os encontros, as interações de diversas ordens. Esta atitude possibilitou perceber e introduzir elementos relevantes para o estudo, não previstos nos roteiros e acrescentar aspectos novos à abordagem teórica escolhida (Sato, Souza, 2001; Vasconcelos, 2002; MacRae,2004).

Dessa forma, adotou-se como estratégia a *análise seqüencial* do material obtido. O processo de análise dos dados coletados aconteceu durante toda a realização do trabalho de campo, o que pôde permitir o refinamento dos roteiros de observação e de entrevistas, a correção de falhas metodológicas que foram sendo identificadas, e melhor compreensão dos fenômenos investigados (Vasconcelos, 2002; MacRae, 2004).

Compreendemos os relatos como parte do mundo dos sujeitos e não apenas sua mera representação, que podem construir diferenciados aspectos da realidade dependendo do processo de interação no qual foram produzidos. Os discursos são elaborados em processos dinâmicos e expressam opiniões, contradições, reações

afetivas e incertezas existentes no momento de sua produção e em dado contexto de realização (Minayo, 1993; Silverman, 2009).

Partindo desse pressuposto, optamos pela combinação das estratégias propostas pelas técnicas de *"análise de enunciação"* e *"análise temática"*. Desta forma, foram analisados tanto os conteúdos expressos pelos depoentes quanto o contexto e o processo de produção da narrativa (Minayo, 1993).

Ao final da coleta de dados, reunimos todo o material produzido e, em um primeiro momento, analisamos separadamente os dados colhidos nos grupos focais, nas entrevistas, e os registros do caderno de campo. Assim, poderíamos comparar os três tipos de registros e buscar apreender a existência de sentidos e significados múltiplos e diferenciados naquilo que foi dito, pelos participantes, ao pesquisador, um ao outro, ou a outros sujeitos no contexto estudado.

O primeiro momento da analise, ou *pré-análise*, consistiu no contato exaustivo com o material coletado, em um processo dinâmico que procurou relacioná-lo com as hipóteses e objetivos iniciais, os que emergiram durante a pesquisa, e a ancoragem teórica escolhida. Após essa ordenação inicial do material, se pôde explorá-lo extensivamente, identificar e registrar os temas que se colocavam como mais relevantes, agregando-os dentro de categorias especificadas. As categorias foram elaboradas a partir dos objetivos do estudo, e relacionadas aos referenciais teóricos assumidos (Minayo,1993; Gibbs, 2009).

Após a análise de cada tipo de material coletado, buscamos parear os conteúdos dentro das categorias estabelecidas, compondo um campo interativo e dialógico entre as diferentes produções e experiências, as descrições feitas pelos

sujeitos participantes, as reflexões do pesquisador e a abordagem teórica adotada (Gibbs, 2009).

Nesse processo, não se buscou chegar a generalizações que permitissem descrever completamente o fenômeno estudado. Ao contrário, compreendemos o trabalho de interpretação e análise como "mais próximo de uma lógica de incertezas e probabilidades do que de conclusões verdadeiras e dedutivas". O que se buscou foi apresentar um saber construído não apenas por conceitos e definições teóricas, mas também pelos processos de interação vivenciados no trabalho de campo, tendo em vista que nenhum trabalho de interpretação, de busca de significações, pode vir a esgotar "os horizontes potenciais de sentido que podem se atualizar a partir das ações dos indivíduos" (Alves, Souza; 1999).

6.7 Aspectos éticos

De acordo com as normas para pesquisa prescritas pelo Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi apresentado para apreciação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e aprovado em 10 de setembro de 2008 (protocolo n° 0698/08) (Anexo D). Todos os sujeitos participantes aceitaram e confirmaram sua participação por meio de assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa obteve também consentimento da Diretoria Técnico-Administrativa do CAPSad "Travessia", onde foi realizado o trabalho de campo.

Os participantes têm o direito a: acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas; liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência; salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade; disponibilidade dos pesquisadores para qualquer questão relacionada ou decorrente da pesquisa. Está prevista, também, uma devolutiva da pesquisa para todos os participantes.

ITINERÁRIOS

7. ITINERÁRIOS

7.1 Apresentação

A análise dos resultados a seguir apresentados é fruto do cruzamento de três tipos diferenciados de coleta: as entrevistas individuais, os grupos focais, e as observações cotidianamente colhidas e registradas no caderno de campo. Após a identificação de temas que se configuraram como relevantes, estabelecemos os oito códigos analíticos abaixo apresentados (Gibbs, 2009)

Para preservar a identidade dos participantes, utilizamos o seguinte sistema: as entrevistas foram identificadas pelas letras de A a F. As siglas G1 e G2 referem-se, respectivamente, ao 1° e 2° encontro de realização do grupo focal. As letras seguintes a essa sigla diferenciam os depoentes e estão diretamente relacionadas às entrevistas (por exemplo: a sigla G1.B caracteriza o trecho de um depoimento, no contexto grupal, do mesmo sujeito entrevistado e identificado pela letra B).

7.2 Do uso ocasional à experiência da dependência de álcool

As primeiras experiências envolvendo o uso de álcool acontecem de maneiras e por motivos muito diversos. Alguns sujeitos associam esse momento à vivência de situações em que sentiram raiva, medo ou tristeza e descobrem no álcool um alívio para tais sentimentos ou sensações. Para outros, o uso de álcool é algo que passa a fazer parte do cotidiano desde os primeiros anos de vida, na infância, no próprio convívio familiar,

incitado pelos pais ou cuidadores. O início do uso também pode ser associado a situações de lazer e sociabilidade, estimulado por amigos ou até mesmo pela mídia.

Inicialmente, o uso de álcool é compreendido como fonte de prazer, alívio, desinibição e descontração. É só com o passar do tempo e com o aumento do uso que começam a ser percebidos os primeiros prejuízos. Apesar de referirem-se à bebida alcoólica consumida como *"a malvada", "disgramada"*, reconhecem que as conseqüências negativas do uso não estão ligadas exclusivamente à substância psicoativa em si, mas sim à relação que estabelecem com ela.

> Mas é que a gente não sabe beber, e enquanto não vê o fundo da garrafa, a gente não sossega. (...)A gente não tem esse controle. Então, esse é que é o problema. O padre bebe um vinho. Passou hoje de manhã na televisão: O vinho é uma saúde. Mas não uma dúzia, um tonel. Uma dose. (G1.C)

A quantidade e a freqüência de uso foram aumentadas gradativamente, até um estágio em que os sujeitos passam a se perceber como dependentes. Esse momento é marcado, principalmente, pela perda de controle sobre o uso, a impossibilidade de realizar as atividades cotidianas sem estar sob efeito do álcool, a busca do alívio do desprazer provocado pela abstinência e a dificuldade de interromper o consumo a despeito do conjunto de problemáticas relacionadas ao mesmo.

Na trajetória dos participantes, nota-se também o processo de estreitamento de espaços de intercâmbio social cotidianos. Os sujeitos passam a priorizar a manutenção

do uso de álcool em sua vida e a organizar o cotidiano em torno desta prática. Dessa forma, abandonam atividades produtivas e de lazer que costumavam realizar. Essa saliência do uso também provoca a limitação ao convívio com os familiares com quem residem e com os chamados "colegas de bar".

> Quando você vê, você já tá dependente. Aí é quando você fica viciado e nisso ela se torna uma doença já. Fica dependente da bebida e não consegue mais viver sem a bebida. Tudo que você vai fazer, você precisa beber pra conseguir fazer as coisas. (…) Tudo tem uma desculpa. É uma de manhã para parar de tremer, é duas pra almoçar, é duas à tarde, é quatro pra jantar... Aí vai. Eu já estava tomando mais de um litro de pinga por dia (G1.G).

No campo das relações sócio-familiares, os sujeitos se percebem em situações de submissão, desvalorização e até de invalidação. No cotidiano, perdem poder contratual nas decisões relativas às questões domésticas e nas negociações no trabalho. Mais ainda, rotulados como "bêbados", são vistos apenas como "um copo de bebida", e invalidados no exercício de outros papéis sociais.

> A moral da gente também vai pro lixo. O cara bêbado, que razão que ele tem, fala pra mim? O cara alcoolizado não tem razão de nada. Ele quieto, já tá errado. Porque tá quieto, mas já tá

> com hálito de bebida, já tá incomodando com o cheiro de álcool, né? Então.. pro cara conseguir tudo de novo .. vai trabalhar assim.. que nem, o pessoal ia me procurar lá. E eu manjo de trabalhar de encanamento, de pintor, de pedreiro, um monte de profissão. Mas o pessoal ia lá me procurar não pelo meu trabalho, porque eu sou um bom profissional, mas porque eu trabalhava a troco de bebida. "Ah, você dá um maço de cigarro e uma garrafa de pinga pro cara lá e ele faz isso aí legal pra você". Entendeu? E o seu valor, vai pra onde? (G1.G)

7.3 Compreensão e significação

A compreensão da dependência contempla aspectos de julgamento moral, ligados às noções de força e virtude individual. A dependência de álcool, em si, apesar de desencadear diversos problemas de saúde, não é compreendida, geralmente, como uma questão de saúde, mas de fraqueza moral. O uso das palavras "forte/fraco", "coragem", "vontade", entre outras expressões, aparece diversas vezes nos relatos dos participantes.

Apesar de reconhecerem a dificuldade em interromper o uso: "*o vício é maior que tudo*" (C), "*é mais forte que a gente*"(C), identificam um certo momento de tomada de decisão em suas vidas, e acreditam que ainda falta essa postura àqueles que ainda não tiveram "coragem" ou "vontade" suficientes para tentar interromper o consumo ou buscar algum tipo de auxílio. Da mesma forma, quando comentam sobre algum usuário que "recaiu" ou abandonou o tratamento no serviço, declaram acreditar que a "culpa" é

do indivíduo, que não teve a vontade ou determinação necessária. Mesmo referindo-se àqueles que estão em tratamento e que já alcançaram a abstinência e a reorganização da vida cotidiana sem o uso de álcool, incorporam em seu discurso a necessidade de estar sempre "em alerta", como se a "força" adquirida pudesse ser facilmente perdida.

> É só querer e buscar ajuda. (...)não adianta você forçar. (...)Não adianta você ajudar a pessoa, se ela não quer ajuda. Você tem que querer também. (G2.F)

> Uma coisa que eu sempre falo "Quando a gente pensa que tá forte, que a gente tá fraco". A gente tem que sempre tomar cuidado.(G2.G)

Trata-se de um campo problemático, no qual convivem muitas formas de se conceber a dependência e as estratégias de enfrentamento das questões associadas a esta experiência. O sofrimento corporalmente vivenciado pelos sujeitos não é, muitas vezes, compreendido pelas pessoas ao redor, que estabelecem julgamentos e atuam de forma preconceituosa. Um participante relatou que o receio de sofrer com algum tipo de preconceito o levou a postergar o início do tratamento:

> Eu falava assim: "olha, a única coisa que eu tenho pra falar pra vocês é que vocês não tão nesse corpo. Porque isso aqui é uma doença, não é fácil sair dela. Porque é ruim né, vocês não

> tem esse vício e eu não desejo pra ninguém, mas eu não agüento.”(G2.C)

> As pessoas ficavam “zoando” de quem vinha pra cá. Tem muito preconceito. Eu tinha, sinceramente. Eu tinha vergonha de entrar aqui. (G2.D)

7.4 Problematização e reconhecimento sobre a necessidade de enfrentamento da questão vivenciada

Em todos os relatos, se destaca o conjunto de perdas, rupturas e prejuízos em diversas áreas da vida, bem como a preocupação com a exposição a riscos de diversas ordens, relacionados a situações de periculosidade no trabalho, no trânsito e envolvimento em diversas situações de violência.

O reconhecimento de que a forma como fazem uso de álcool se configura como problema a ser enfrentado parece associado a essas conseqüências, sendo este um processo singular e marcado por situações peculiares.

No processo de problematização desta experiência, um dos campos considerados importantes é o das relações sócio-familiares. A vontade ou necessidade de preservar tais relações podem contribuir para a decisão de busca de ajuda ou de interrupção do uso de álcool.

> Eu, na verdade, nunca quis parar. Minha mãe, minha esposa ficavam falando de parar, mas eu: “que parar que nada não...”. Mas aí, quando minha filhinha de quatro anos me falou, quando eu fui beijar ela: “hmm, você tá com um cheiro de cachaça.. pára com isso. Você não sabe que isso mata?”, aí eu parei. (…) Depois que a menina falou isso eu pensei: ”Agora não tem mais como beber, né?”. Uma criança de quatro anos dando uma moral num velho de 60, tá “ferrado” né...(G1.F)

Os depoimentos mostram, também, os comprometimentos para a saúde que emergem, geralmente, como doenças associadas ao uso de álcool, tais como arritmias, hipertensão, anemia, doenças respiratórias, transtornos musculoesqueléticos, entre outras. Foi através de alguma experiência de doença, vivida e corporificada, que a maioria passou a perceber que estava diante de uma situação que deveria ser enfrentada. O gradativo agravamento do quadro clínico leva os sujeitos a situações que se configuram como experiências “limite” para cada um, tais como cirrose e outras doenças hepáticas alcoólicas, convulsões, quadros de alucinose alcoólica e delirium tremens.

> Quando eu percebi o vulto, que eu levantei da poltrona e eu fui lá na grade de casa pra saber quem tava me chamando, e vendo passar os vultinhos assim do meu lado, pensei: ”Não, você tá errado..” Aí eu telefonei pra minha mãe e falei: “tô ruim, tô ruim, tô ruim”. Eu ia dormir, começava a suar, e você não

> dorme, e rola pra cá, tira o lençol, e sua, sua, sua... E eu falava: "Meu Deus do céu, por que eu tô fazendo isso meu Deus do céu?", mas quando é no outro dia, caía na mesma ladainha. Porque, quando eu tava bem alterado, eu dormia... (G1.C)

> Eu tava de um jeito que eu já tinha perdido família, já tinha perdido emprego. Aí, falei:"pô, agora vou perder minha saúde, minha vida?" a última coisa que me restava era eu mesmo, não tinha mais nada pra perder. (G1.G)

Para os sujeitos, além do mal-estar provocado, o agravamento do quadro clínico foi associado à perda ou diminuição da capacidade de administrar os fazeres cotidianos e de cuidar do próprio corpo:

> A gente se sente inútil. Sabe quando você tá na mão dos outros, que você não sabe o que vai acontecer com você? Que nem, eu tive internado, se eles me aplicassem injeção do que fosse, de veneno, eu não tava nem aí... (...) Tá certo que eles são profissionais da saúde e tal, mas mesmo assim, não é você que está administrando o seu corpo, é outra pessoa. (G1.F)

Por meio da reconstrução das trajetórias dos sujeitos, pode-se apreender o caráter dinâmico e complexo dessa experiência e o espectro de percepções e concepções relativas ao uso de álcool, que vai desde a inexistência de problematização (geralmente

presente no início do uso) até a definição da situação como um problema a ser enfrentado.

7.5 O processo de busca de ajuda e resoluções para seu problema

As primeiras experiências de aconselhamento ocorrem, principalmente, em dois núcleos relacionais que ocorrem as: familiares e "colegas de bar". Com relação aos conselhos advindos das pessoas que faziam uso de álcool junto com eles, nota-se que não são, geralmente, bem recebidos. Sentem-se sem apoio real e inferiorizados pelos colegas, dos quais se diferenciam devido à "perda de controle":

> Essa turma de bar é assim: eles tão bem, eles não são totalmente dependentes ainda do álcool, eles têm controle, e eles falam assim, "tirando um sarro": "ô meu você tem que parar, você precisa de ajuda, pára com isso", querendo dizer "porque não, eu não preciso disso, eu sou mais forte que isso, mais forte que a bebida; mas você, você tem que parar, você tá precisando. Eu não, eu bebo socialmente" (G2.G)

No geral, os sujeitos afirmam que os conselhos não são efetivos, pois vêm, em sua maioria, desacompanhados do que consideram "ajuda": o incentivo ou pedido para que interrompam o uso é considerado insuficiente e sentem falta de ações mais diretivas para o enfrentamento da questão. Alem disso, não reconhecem que as pessoas pudessem

ajudá-los de fato, por não conseguirem compreender a dificuldade que enfrentam, e por acreditarem que se trata de uma questão de “falta de vontade”.

> [As pessoas] criticam muito. Mas ajudar não... Não estão “nem aí”: ”uma hora morre”. É assim mesmo. E os que bebem com você não vão falar. Mas as pessoas só falam mal, ofendem, metem o pau mesmo: “vagabundo, pinguço, cachaceiro, pudim de pinga”... Você nem tem noção. (D)

As primeiras tentativas de interrupção do uso foram feitas solitariamente e sem o que consideram ser algum tipo de apoio. Para os sujeitos, o insucesso dessas tentativas pode ser atribuído à dificuldade de alcançar e manter a abstinência sem ter suporte ou continência de profissionais especializados ou de grupos religiosos, por exemplo. Afirmam, também, que a maior dificuldade do que chamam de “parar sozinhos” advém das conseqüências e desconfortos que caracterizam a síndrome de abstinência alcoólica.

> Se o cara virar evangélico, ele pára de beber. Porque ele se apegou em um outro tipo de bebida (G2.C).

> A gente tem que ter muita vontade e tem que ter o apoio médico porque sozinho não pára não. Mas a gente precisa de uma medicação pra desintoxicar, precisa de um calmante pra dormir à noite, precisa de muita coisa. Sozinho, ”vou parar de

> hoje para amanhã", sem nenhuma medicação, vai te dar uma convulsão e você morre (G2.G).

Apenas dois sujeitos relataram a passagem por lugares considerados de tratamento, sendo que ambos recorreram à internação, e um deles freqüentou um grupo de mútua ajuda. Tais espaços foram criticados, e considerados não eficazes na resolução de seus problemas.

> Eu tive uma crise na casa da minha irmã. Eu chorei, falei que ninguém se punha no meu lugar, que ninguém queria me ajudar e o caramba. Aí, eles me levaram em um lugar, eu fiquei quase três meses e fugi. Até choque eles davam na gente. Tratavam a gente como cachorro, não tratavam a gente como vocês tratam. Aí, aconteceu o que? Piorei. Saí de lá com uma vontade de fazer tudo o que não presta, sabe? (G2.D)

A internação pode ser considerada a resposta mais conhecida e a primeira a ser procurada. Em alguns casos, a procura por tratamento foi postergada por não aceitarem submeter-se a essa modalidade de tratamento, mas acreditarem que esta seria a única possibilidade.

Em todas as trajetórias descritas, existe a passagem por serviços de saúde, em decorrência de algum desconforto ou comprometimento clínico decorrente do uso crônico ou intoxicação pelo uso de álcool. São situações emergenciais, não associadas pelos sujeitos como tentativas de enfrentamento do problema. Mas, de algum modo, as

passagens por esses serviços constituíam-se como situações que levavam à percepção da existência de um problema, mesmo que não admitido ou significado enquanto tal neste momento.

7.6 O papel das redes de relação sociais

Os percursos vivenciados e as tentativas de enfrentamento da dependência não são lineares e, freqüentemente, contemplam a idéia de ajuda, que foi apresentada de forma contraditória. Os participantes do grupo focal construíram o consenso de que nunca foram ajudados, que as pessoas ao seu redor se afastaram ao invés de apoiá-los, que foram humilhados e abandonados. Por outro lado, todos os processos de busca por ajuda, e de chegada a um serviço de saúde foram mediados por familiares ou amigos.

A tentativa de compreender essa contradição se deu através da reconstrução de suas trajetórias, nas quais foi possível identificar as ações e discursos dos sujeitos, bem como os movimentos das pessoas que fazem parte de sua rede de relacionamentos.

De modo geral, se pode verificar que, em um primeiro momento, os familiares e amigos mostraram-se dispostos a ajudar: aconselharam à abstinência ou redução do consumo e os convidaram para ir à igreja, por exemplo. Neste processo, freqüentemente, encontraram resistência dos sujeitos que não acreditavam que o uso de álcool estivesse representando algum problema em sua vida e, portanto, não sentiam a necessidade de serem ajudados e nem atentavam ao que lhes era dito:

> E o pessoal falava: “Pô, meu, pára de beber, você é novo, e tal”, e eu: “Saí, vai cuidar da sua vida, deixa a minha, eu bebo com o meu dinheiro” (...) Pro que falavam ou não falavam, eu não estava nem aí. (G2.G)

Após diversas tentativas de aconselhamento, familiares e amigos deixam de dar crédito aos sujeitos e passam a tratá-los como irrecuperáveis. Os participantes reconheceram que, muitas vezes, o afastamento ou falta de suporte das pessoas ao seu redor está relacionado ao seu próprio movimento: às promessas de tentativas de abstinência não realizadas; às problemáticas decorrentes do uso que afetam não apenas o usuário; à postura, muitas vezes mantida, de quem não precisa de ajuda, que o uso é uma escolha, e que pode ser interrompido quando tomarem essa decisão.

> Porque você já trai a confiança das pessoas tantas vezes, que perde a confiança. “Então, eu estendo a mão pra ele, e amanhã ele volta tudo de novo... E aí, como eu fico? Eu vou insistir naquele pessoa, pra aquela pessoa depois, sei lá...” Então, eles ficam em cima do muro, nem falam que sim, nem que não (G2.G).

As pessoas que fazem parte de seu circulo de relações, muitas vezes, se cansam dos prejuízos que acabam lhes afetando de forma direta ou indireta, e param de investir

na possibilidade de mudança dos sujeitos, configurando-se, inclusive, situações de afastamento familiar e separação conjugal.

Não foram descritas, contudo, situações nas quais os sujeitos pediram ajuda e esta lhes foi negada. Ao contrário, em todos os relatos nota-se que, na medida em que perceberam a necessidade de suporte para interrupção do consumo, acionaram algum contato próximo, solicitando auxílio na procura por tratamento. Após o pedido expresso pelos sujeitos, suas redes relacionais mobilizaram-se no sentido de procurar lugares para tratamento.

Embora nosso foco estivesse voltado para os sujeitos participantes dos grupos focais e entrevistas, durante o processo de observação foi possível perceber que muitos usuários recém-ingressos no tratamento são, num primeiro momento, acompanhados por seus familiares ou amigos. Seja porque estão ainda muito debilitados ou com certa desorientação temporo-espacial, necessitando de apoio para conseguir circular pela rua, seja porque a família teme que, no percurso da casa até o CAPS, eles acabem por parar em algum bar ou outro local onde façam uso de álcool ou de outra substância psicoativa.

Se, por um lado, o momento de escolha e decisão por algum tipo de tratamento seja visto pelos sujeitos como individual, identifica-se claramente nos relatos a importância do papel das redes no papel de orientar e sustentar os processos de busca de ajuda.

7.7 O momento de chegada ao CAPSad

As trajetórias empreendidas pelos sujeitos na busca de estratégias para o enfrentamento das questões decorrentes do uso prejudicial de álcool são diversas e distintas, sendo também diferenciados os momentos de chegada ao CAPSad. De forma geral, a escolha por este serviço parece não decorrer de um processo racional e de análise sobre vantagens e desvantagens das ofertas existentes. Os participantes afirmam que se direcionaram ao CAPSad porque alguém da sua rede de relacionamentos mencionou a existência do serviço e resolveram conhecer e saber do que se tratava. Essa escolha também se deu, para alguns, devido à escassez de ofertas terapêuticas: não conheciam lugares no município que pudessem oferecer algum tipo de suporte, ou tentaram recorrer à internação, mas não encontraram vagas disponíveis

Foi difícil reconstituir a imagem criada em torno do tratamento no momento em que resolveram procurar o CAPSad. Os participantes relataram que chegaram ao CAPSad sem muitas informações sobre o funcionamento do serviço, nem sobre como se estrutura sua proposta terapêutica. A maioria acreditava que o tratamento estaria relacionado à hospitalização ou internação. Com relação às expectativas em relação ao tratamento, afirmam que, devido ao seu histórico e a dificuldade de interromper o consumo, não acreditavam que pudessem conseguir mudanças em sua vida. O esgotamento, a falta de crédito da família também está presente nos depoimentos sobre si mesmos.

> Eu, por exemplo, achava que eu ia vir pra cá, e ia ficar deitado numa cama tomando soro, na enfermaria. Entrava de manhã, à tarde ia embora pra casa, no outro dia voltava. (G2.F)

> Eu achava que seria entrar aqui, eles fecham o portão e você fica aqui, preso. (G2.B)

> Quando eu vim pra cá, eu não sabia nada, porque eu tava fora de mim, então eu não sabia nem aonde eu tava direito. (...) eu não tinha noção nenhuma de como era aqui, se eu ia parar, se não ia... (G2.G)

No estudo dessas trajetórias, a hipótese inicial de que os usuários escolhem certos tipos de tratamento à procura de uma resposta ao problema enfrentado foi modificada: há a recorrência simultânea a outros espaços de apoio e outras modalidades de tratamento, como internação em clínicas ou comunidades terapêuticas, grupos de ajuda mútua (Alcoólicos Anônimos) ou grupos religiosos, por exemplo, e a percepção e o reconhecimento das problemáticas decorrentes do uso de álcool não é um processo que necessariamente ocorre antes da chegada ao serviço de saúde. Algumas pessoas, apesar de não considerarem que o uso de álcool pudesse trazer algum problema para sua vida, aceitaram ir ao CAPSad para atender a um pedido de um familiar ou de colegas de trabalho. No caso de uma participante, a chegada ao CAPSad não foi voluntária. Ela afirma que foi ao serviço "enganada", pois havia saído de casa com o marido para "ir ao banco" e ele acabou levando-a até lá.

> Eu não sabia que ele ia aprontar essa comigo. Aí, eu peguei ódio, eu fiquei com raiva dele, entendeu? Ele entrou ai, tudo. E eles me receberam muito bem. Aí, quando menos espera.. tô até hoje, tô me sentindo bem, não tenho reclamação. Mas eu vim enganada, se não fosse por ele eu estaria sofrendo. (G1.A)

7.8 A construção de projetos terapêuticos

Embora os sujeitos tenham chegado ao CAPSad por trajetórias diferenciadas, ao ingressarem no serviço encontraram uma mesma proposta de tratamento: cuidados intensivos nos primeiros 15 dias, com participação no Grupo de Acolhimento e atendimento médico, quando necessário, na primeira semana. A equipe do serviço busca manter este protocolo de início de tratamento, pois compreende que, para a maioria dos casos, é um momento de necessidade de cuidados intensivos, especialmente devido aos sinais e sintomas da Síndrome de Abstinência Alcoólica.

A proposta de cuidados em modalidade intensiva consistia, de forma geral, na freqüência ao serviço de segunda a sexta-feira, em período integral e com participação em todos os grupos e oficinas oferecidas (Anexo E).

A proposta de freqüência ao serviço foi reduzida de forma gradativa e singular, de acordo com a necessidade de cuidados e com a vontade ou necessidade dos sujeitos em frequentar outros espaços, trabalhar, cuidar de sua casa e de sua vida cotidiana.

A forma como os sujeitos foram recebidos no CAPSad parece causar impacto ou surpresa nos sujeitos. Acostumados a serem desvalorizados nas relações cotidianas,

receberam de forma bastante positiva a possibilidade de ser bem acolhidos e de estabelecerem vínculos de confiança.

> Eu não imaginava como que era. O pessoal atendeu a gente muito bem... Estamos acostumados só com patada, né? "Cachaceiro, pinguço..." Chega aqui e o pessoal: "oi, tudo bem?" (G2.D)

Uma característica do tratamento considerada importante é a proposta de tratamento que prescinde da internação. Os usuários valorizam a idéia de serem atendidos no território, circulando na cidade e "aprendendo a conviver" com o álcool. Essa possibilidade de manter os vínculos no território e o convívio familiar, também é vista como positiva na medida em que possibilita a reconstrução de laços e a recuperação da "confiança" das pessoas que os cercam:

> Eu acho legal essa coisa de ir embora todo dia porque você fica mais fortalecido. Porque, vamos supor, o cara fica internado, bota o cara na rua, e ele vai procurar o bar. (..) E os familiares da gente vão vendo: "Olha ele tá saindo, indo e voltando todo dia, e não tô sentindo um cheiro de bebida na boca dele." Nessas daí, você vai ganhando ponto: "Oh, ele tá indo e tá levando a sério" (G2.G)

Sobre o processo no serviço são identificados resultados positivos em vários aspectos. Dentre estes, são mencionadas transformações significativas no próprio corpo. O uso crônico de álcool ocasiona uma série de comprometimentos clínicos e, após algum tempo de acompanhamento, podem ser observadas mudanças marcantes na aparência física. Além dos ganhos para a saúde, relatam que voltam a dar atenção às ações direcionadas ao auto-cuidado e aumento da "auto-estima", que possibilita novas formas de se estabelecerem nos relacionamentos interpessoais.

> A aparência influencia muito. Você chega com aquela cara inchada, parecendo o Kiko, magro, com hálito de bebida, quem vai te dar um emprego? Agora, você estando com uma aparência melhor... Que nem, eu estava perdendo os meus dentes e agora to correndo atrás de tratamento e tal. (...) ou você chega em qualquer ambiente e "oh o cachaceiro, olha o bêbado aí chegando, nem vamos dar atenção pra esse cara..". Agora, você chega e conversa de igual pra igual com todo mundo. (G2.G) (G2.G)

Durante o processo de tratamento e reabilitação, os usuários constroem projetos de vida, de reorganização do cotidiano e de criação de outros espaços de pertencimento. Associam o uso de álcool ao abandono de muitas atividades e deveres e, ao falarem da elaboração desses projetos, associam este processo a idéia de "recuperar o tempo perdido":

> Eu faço [o meu dia-a-dia] ficar corrido. Porque eu acho que perdi muito tempo quando eu bebia, que não fazia nada. "Ah, deixa que amanhã eu faço." Minha mulher pedia algo, eu dizia "Amanhã eu faço." Chegava no outro dia e era a mesma coisa "depois eu arrumo..." e ia passando, aí ficou meio bagunçado ,e agora tô tentando colocar tudo em ordem. (F)

No momento da realização desta pesquisa, todos utilizavam o serviço de maneiras muito diferenciadas (ver Quadro 1, apresentado no capítulo 5). A maior ou menor presença no serviço parece estar associada às formas de suporte proporcionadas por suas redes de sociabilidade e à inserção no trabalho.

O participante D, por exemplo, freqüentou cotidianamente o serviço no período em que foi realizado o processo de observação participante. O contrato com o profissional responsável pela gestão de seu caso estabelecia que ele pudesse ir ao CAPSad quando quisesse ou precisasse, sem dias e horários pré-estabelecidos ou atendimentos previamente agendados. Foi possível observar sua circulação pelo serviço de diversas maneiras. Quando não estava se sentindo bem, ou quando precisava de algum tipo de ajuda, solicitava um momento para conversar com algum profissional. Às vezes, participava dos grupos e oficinas. Além disso, havia aprendido algumas técnicas de trabalho com material PET na oficina de reciclagem e ia ao serviço, muitas vezes, para entregar encomendas a profissionais ou outros usuários.

Dentre todos os participantes, este era o usuário que apresentava situação de maior vulnerabilidade: desempregado, morava sozinho, e relatava um empobrecimento em

suas atividades cotidianas. Além de cuidar dos afazeres domésticos, e passar algumas horas com a filha mais nova, afirmava que saia pouco de casa: *"não tenho lugar para onde ir"*.

Durante o período de realização da observação participante, os participantes que estavam trabalhando foram aqueles que freqüentaram o CAPSad por períodos mais restritos, tendo portanto uma presença menor nas dinâmicas do serviço. A participante H, por exemplo, foi observada apenas por um período. Na ocasião, dirigiu-se ao serviço para marcar uma consulta com o clínico geral. Um profissional questionou sua ausência nas atividades sugeridas como parte de seu plano terapêutico, e ela se justificou, dizendo que *"arranjou um bico"* e que precisava trabalhar. Foi, também, por esse motivo que ela não pôde participar do segundo encontro do grupo focal nem da entrevista.

O usuário C também foi observado por apenas um período. Na ocasião, chegou e foi direto à cozinha, conversar com a cozinheira. Depois, procurou o recepcionista e pareceu combinar alguma coisa com ele. Finalmente, veio em nossa direção apenas para se despedir: "Já vou. Estou indo trabalhar. Passei só para dar um oi pro pessoal."

7.9 Sentidos atribuídos ao CAPSad

Mesmo após terem atingido a meta da abstinência, consideram importante a continuidade do acompanhamento, devido à característica de cronicidade dada ao alcoolismo: uma vez que não tem "cura", requer a manutenção constante dos cuidados. Assim, o acompanhamento permanente e de longa duração, no território, possibilita a

continuidade da atenção, a prevenção de recaídas e a reconstrução de diversos aspectos da vida cotidiana.

> Existe ex-mulher, ex-marido. Agora, ex-alcoólatra não existe. A partir de que o cara é alcoólatra, é alcoólatra para vida inteira. Porque, qualquer coisinha, o cara recai. (G2.F)

O CAPSad é visto como tendo uma função protetiva, que assegura a continência necessária para a continuidade dos cuidados que acreditam que precisam. Dessa forma, os depoentes continuaram frequentando o serviço por determinados períodos, seja porque temem a recaída, seja porque de fato tenham vivenciado tal situação. Além disso, temem se afastar do serviço e "sentir saudades" das pessoas que ali conheceram.

O serviço se torna um espaço importante de encontro e intercâmbio e, para alguns, o único lugar que freqüentam e onde podem estabelecer trocas em seu cotidiano além da própria casa.

> Agora mesmo, que eu parei de beber, só saio de casa para o serviço, e pra cá, pro CAPS. Eu vou ficar aonde? Se eu for pra algum lugar, eu não bebo, vou ficar só olhando os outros beber. Então, não tem graça. Eu fico em casa. (E)

> Não tem muita coisa [para fazer], só quando tem férias. Agora, que nem, essas últimas férias minhas eu não aproveitei

> nada. Também não tinha como né. Sem dinheiro. Fiquei mais aqui no CAPS nas férias. (B)

Na avaliação dos sujeitos sobre as práticas de cuidado desenvolvidas no contexto do serviço, consideram importante o fato de o tratamento ser constituído por uma série de intervenções diferenciadas e articuladas: "Não é só tomando remédio que vai parar. A conversa, o dia a dia daqui que ajuda bem...(G2.C)". Mas, de forma geral, os nomes dos profissionais com quem estabeleceram vínculo foram mais mencionados do que os grupos, atividades, ou qualquer outro procedimento em si.

Em observação de campo, presenciamos uma cena na qual a participante A perguntou ao profissional que era o gestor de seu caso se ela poderia mudar o dia em que participa das atividades no CAPS. Ao ser interrogada sobre o motivo, respondeu que "*de quinta, tem macarrão no almoço e eu não gosto"*. Poder-se-ia questionar se ela vai ao CAPS só para o almoço, mas esse não pareceu ser o motivo. Nos grupos em que A participava, demonstrava envolvimento e interesse nas atividades realizadas, além de ressaltar a todos o quanto o processo de tratamento provocou mudanças em sua vida. Mas, ao que pareceu, não fazia diferença alguma para ela participar da oficina de Tear ou de Reciclagem, nem se participava do grupo de Prevenção de Recaída ou o de Reflexão. Na verdade, quando questionada sobre a troca dos grupos, demonstrou maior ou menor afinidade com o profissional que coordenava o grupo, mas não pelo objetivo ou a proposta desenvolvida.

Em outro momento de observação e interação no campo, o participante B se aproximou, sentou-se ao lado da pesquisadora e começou a conversar, contando fatos de

sua vida. Enquanto falava, os demais usuários se dirigiam à sala de oficina, após o aviso do técnico de que daria início à atividade. Após terminar sua fala, foi questionado: "Você não participa deste grupo?". "Não preciso mais. Eu já sei de tudo. Hoje em dia eu venho ao CAPS só para visitar, como uma manutenção, porque eu gosto daqui, eu gosto do pessoal".

O *vínculo* com o serviço, com os funcionários e com os demais usuários apareceu de forma recorrente nas entrevistas e nos grupos focais. Em um encontro grupal, foi construído o consenso sobre o que consideram o aspecto mais importante do tratamento oferecido neste serviço: a possibilidade de encontro com as pessoas, sejam os profissionais ou os demais sujeitos atendidos. Quando questionados quanto ao sentido atual do tratamento, afirmam que a vinda ao CAPS está, principalmente, associada a esse encontro.

> O melhor daqui são as pessoas. Todos. Desde o pessoal da faxina, as cozinheiras, os enfermeiros.. todos. Porque todos te tratam bem aqui. Você é tratado como um ser humano aqui. É isso que levanta a auto-estima de todos aqui.(G2.G)

> O Doutor pede pra eu vir na primeira quinta de cada mês, ai eu venho né. Pra pegar remédio e bater um papo. Só isso. E pra ver os amigos aqui. É bom, saber como é que vão, ter notícias se estão bem.(E)

DISCUSSÃO

8. DISCUSSÃO

O álcool é uma substância psicoativa cujo uso é tolerado nas sociedades ocidentais e até incentivado nas campanhas publicitárias que o associam à juventude, à beleza, ao sucesso, vinculado à imagem de figuras públicas. (Carneiro, 2002; Acselrad, 2005). Tal como aponta Ehrenberg[1](apud Adorno,2006), o uso de álcool é um "lubrificante da sociabilidade popular", faz parte de situações de lazer, recreação e descontração. O álcool é a substância mais utilizada em momentos de festas e comemorações (Dias, 2009), sendo nessas situações que os sujeitos, geralmente, experimentam essa substância pela primeira vez, junto com familiares e amigos.

Em certo sentido, tal uso é orientado por regras e se dá de acordo com tradições culturais. Se, por um lado, é estimulado, por outro, a embriaguez excessiva e sem ponderação não é tolerada. No Brasil, particularmente, a mensagem socioculturalmente construída e legitimada é "aprecie com moderação" (Dias, 2009).

O conhecimento sobre esse problema, propiciado pela investigação apresentada, mostra que a tensão entre o que seria o uso controlado, no contexto de determinado grupo social, representa uma questão em torno da qual os sujeitos constroem aspectos da experiência que envolve a identificação e busca de ajuda diante das conseqüências do uso prejudicial de álcool.

A falta de limites no consumo é difícil de ser admitida, pois parece implicar na afirmação da fragilidade e incapacidade de controlar o próprio corpo. Como

[1] Ehrenberg GA. L´individu incertain. Paris: Calmann-Lévy; 1995.

conseqüência da dificuldade de estabelecer o controle sobre o uso, os sujeitos perdem contratualidade nos processos de trocas sociais. Nos relatos dos sujeitos identificamos que frequentemente suas opiniões não são consideradas e sua força de trabalho é desqualificada nas relações cotidianas. São rotulados como "bêbados" e suas identidades invalidadas e reduzidas à substância que consomem (Fiore, 2004).

Além das repercussões nas diversas esferas da vida cotidiana, esses sujeitos também têm pouco poder contratual nas trocas com os profissionais de saúde. Seus saberes e experiências são muitas vezes deslegitimados, pois os profissionais os consideram como incapazes de realizar escolhas para sua própria vida.

Muito se tem avançado na formulação de teorias compreensivas relacionadas à dependência de substâncias psicoativas. Contudo, os profissionais que atuam na área nem sempre assumem o compromisso com a afirmação e garantia dos direitos de cidadania dos sujeitos atendidos (Acserald, 2009) e atuam orientados por uma lógica moralista e normativa, que não considera os sujeitos enquanto "cidadãos de direito e donos de uma capacidade critica de reflexão e de eleição mais autônoma de modos de levar a vida" (Campos, 2000).

***

No inicio, o processo de busca de tratamento e cuidado é constituído por tentativas isoladas e solitárias de interrupção do consumo. Diante da situação de perda de controle, os sujeitos colocam, para si, o desafio de recuperar a "força" perdida. É só depois de certo tempo e de algumas tentativas, com a vivência de situações que se configuram enquanto limite para cada um, que os sujeitos solicitam auxilio para sua rede

de relações. A chegada a serviços de saúde, pelo que pôde ser observado, se deu devido à emergência de comprometimentos clínicos severos e não pela compreensão de que tais serviços poderiam ser os mais eficazes na resolução das problemáticas vivenciadas no cotidiano. Os sujeitos afirmam que recorreram simultaneamente a outras ofertas de tratamento e ajuda e chegaram ao CAPSad sem conhecerem a proposta terapêutica do serviço e sem a formulação clara do problema que enfrentavam. Assim, a procura pelo serviço de saúde é um processo que não resulta de ações racionalizadas, planejadas e em seguida executadas.

Nesse processo, percebemos a importância dos movimentos das redes de relação sociais. Os sujeitos afirmam que, em um primeiro momento, não receberam ajuda embora observamos que o suporte das redes sócio-familiares esteve sempre presente no processo de compreensão da experiência e busca de ajuda. As redes oferecem aconselhamento, procura de lugares que ofereçam tratamento e cuidado, acompanhamento aos serviços de saúde, etc. Mesmo quando avaliam de forma negativa o papel de suas redes sociais, os sujeitos revelam sua importância e desenvolvem grande expectativa sobre seu papel na resolução de problemas.

Observamos, também, o processo de envolvimento das redes sociais é complexo e dinâmico. As relações ora se fortalecem ora se fragilizam, as pessoas que constituem as redes dos sujeitos estudados ora se aproximaram na tentativa de ajudar, ora se afastaram por acreditarem-se impotentes diante das situações vividas, pois as decisões ligadas à busca de ajuda e tratamento dependem principalmente dos próprios sujeitos. Diante das dificuldades na manutenção da interrupção do uso por parte dos sujeitos, as redes se

mobilizam, orientam e sustentam a construção de um projeto de tratamento, até mesmo sem o pedido expresso dos mesmos.

Acreditamos, assim, que conhecer e dar protagonismo às pessoas que fazem parte das redes sociais dos sujeitos atendidos é de grande importância para os processos de tratamento e reabilitação. Faz-se necessária a abertura de espaços de negociação, para que as famílias, amigos e demais membros de tais redes sejam ouvidos e participem ativamente deste processo de trocas. No contexto estudado, o serviço oferece um espaço para a participação das famílias, com o intuito de orientar e ensinar aspectos técnicos relacionados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas. De acordo com algumas premissas teóricas, nesses espaços, tem-se o objetivo de incluí-las no processo de tratamento para que também sejam "tratadas", a partir da compreensão de que os membros das famílias são "co-dependentes" ou orientá-las para que "entendam" que a dependência se configura enquanto patologia e possam ser instrumentalizadas para se lidar com esta questão.

Observa-se que, apesar da abertura de espaços para a escuta de familiares e amigos, seus discursos e saberes construídos são pouco legitimados. Nos contextos de tratamento, predomina a soberania do saber técnico especializado e as redes não são incluídas como parceiras e como recursos a serem utilizados no processo de tratamento.

***

Os serviços voltados a essa população, geralmente, acabam incorporando práticas orientadas por uma compreensão linear, reducionista e até mesmo moralista. Tendem a simplificar o sofrimento dos sujeitos em categorias nosológicas definidas que se tornam

a base para a formulação do processo terapêutico. Para a dependência, a meta a ser atingida é a abstinência, que orienta e define as ações profissionais. Assim, reduzem a existência dos sujeitos a uma patologia, transformando o usuário em um objeto da intervenção profissional e não um sujeito capaz de produzir sentido e construir projetos. Esse modo de pensar e agir reforça a construção de modos de cuidar centrados em procedimentos e desconectados dos contextos reais e concretos de vida dos sujeitos atendidos (Saraceno, 1998; Merhy, 2005; Cecilio, 2006).

Essa postura também foi observada no contexto estudado, uma vez que a equipe do serviço oferece aos sujeitos um rol pré-definido de ações, configurado em atendimentos especializados, oficinas terapêuticas, dispensação de medicação, entre outros. Essa oferta define que todos os sujeitos devam, em um primeiro momento, participar de todos os grupos e oficinas existentes e só após se determina procedimentos mais específicos para cada caso.

Embora essa proposta possa trazer benefícios ao processo terapêutico dos sujeitos, faz-se necessário criticar sua lógica que adequa as demandas dos sujeitos às ofertas disponíveis no serviço. Tal lógica oferece respostas simples e universais à demandas complexas do sofrimento e da existência dos sujeitos. Pode, com isso, gerar a desassistência daqueles que não se "enquadram" naquilo que é oferecido no serviço, que são considerados "refratários" ou que abandonam o tratamento por não encontrarem respostas efetivas para seus problemas. Tal como propõe Merhy (2005), defendemos a inversão dessa lógica: é o sujeito e seu complexo mundo de necessidades que deve orientar a construção do projeto terapêutico. Se o processo de trabalho é orientado apenas a partir de ofertas pré-definidas, às quais os sujeitos devem se adequar, perde-se

a possibilidade da riqueza e potência do encontro entre profissional e usuário, momento singular no qual podem ser desveladas as necessidades concretas e simbólicas dos sujeitos.

Os projetos terapêuticos devem ser resultado da articulação de todos os sujeitos envolvidos e de todos os recursos disponíveis (Franco, Magalhães Jr, 2004), garantindo um cuidado contínuo e permanente, que acompanhe e referencie os sujeitos pelo tempo que demandarem e que extrapolem a meta da manutenção da abstinência.

O grupo participante da pesquisa apresenta a particularidade de ser constituído por sujeitos que, de alguma forma, aderiram ao tratamento e valorizam as terapêuticas recebidas. Se no momento de chegada ao serviço não haviam formulado claramente uma imagem acerca do tratamento, o acompanhamento continuo possibilitou a compreensão sobre aspectos que consideram importantes na construção de seus projetos terapêuticos.

Percebemos ainda que algumas de suas concepções iniciais foram modificadas. Antes da chegada ao CAPSad, acreditavam que a única possibilidade de tratamento deveria ser aquela configurada a partir da internação hospitalar ou em comunidade terapêutica, mas, ao longo de seu processo terapêutico no serviço, passaram a valorizar a possibilidade do atendimento substitutivo à internação com a realização de ações no território em que vivem.

Verifica-se que após certo tempo de acompanhamento no serviço, é possível ressignificar e produzir novas demandas. Se no momento de chegada ao serviço não possuíam claramente definidas suas expectativas sobre o tratamento, no cuidado continuo e cotidiano puderam perceber necessidades tais como a de recuperar os laços

familiares e afetivos, trabalhar, estudar, criar vínculos, entre outras. Assim, tais ações, poderiam compor e delinear os projetos terapêuticos dos usuários.

***

Através da construção dos itinerários terapêuticos dos sujeitos, foi possível aprofundar o conhecimento sobre a forma como compreendem suas experiências e sobre os elementos que influenciam suas escolhas na busca de cuidado para suas aflições e que adquirem importância no percurso do tratamento. Nesse sentido, os itinerários terapêuticos podem ser considerados recursos importantes para compor a construção de projetos terapêuticos cuidadores, que considerem o conjunto de recursos, experiências e projetos de vida de cada pessoa (Mângia, Muramoto, 2008).

Embora não se tratando de objetivo inicial do trabalho, o conhecimento sobre os itinerários possibilitou a reflexão sobre o sentido das práticas de atenção e cuidado à saúde desenvolvidas no serviço estudado. Três aspectos que nos chamaram a atenção são; a demanda de ampliação de espaços de trocas sociais; a inclusão no trabalho e a importância do serviço como um lócus de vínculos e trocas interpessoais.

Na reconstrução de suas trajetórias, notamos que os percursos vivenciados evidenciam que uma das conseqüências da experiência da dependência é a priorização do uso de álcool em detrimento de outras atividades cotidianas o que provoca o estreitamento no repertório de trocas e intercâmbio social. Assim, coloca-se a necessidade de promover percursos de inclusão em circuitos de trocas materiais e afetivas como estratégia de cuidado. É somente com a participação nos circuitos de trocas que os sujeitos podem exercer outros papéis, outras identidades.

Também a inserção no trabalho é um importante fator para o processo de (re)aquisição de direitos, construção de cidadania, aumento da autonomia e da contratualidade nas ações cotidianas. A possibilidade de trabalhar é compreendida como uma "conquista", que leva os usuários a sentirem-se mais confiantes em si e no tratamento realizado.

Contudo, muitas vezes, o serviço apresenta dificuldade em acolher diferentes possibilidades e demandas de adesão ao tratamento de usuários que mantém vínculos ativos de trabalho. Exemplos colhidos no cotidiano mostram que a impossibilidade de freqüentar a totalidade dos grupos propostos na fase inicial do tratamento tende a ser interpretada pela equipe como dificuldade de adesão e não como uma real dificuldade para aqueles que tentam administrar, concomitantemente, a adesão ao tratamento e a manutenção do vinculo de trabalho. Observou-se, também, situações onde usuários, após conseguirem vincular-se a novos trabalhos, são criticados por faltarem aos grupos de atendimento. Tais exemplos remetem a necessidade de questionamento do modelo do serviço centrado em procedimentos e pouco sensível às demandas e mudanças na vida cotidiana dos sujeitos.

A terceira questão se coloca como complementar às anteriores e diz respeito ao papel dos serviços como referência para o desenvolvimento de vínculos e novas relações interpessoais. O relato sobre os itinerários e a observação de campo mostrou que, em muitos momentos, a freqüência cotidiana ao serviço se dá como possibilidade de rever amigos, conversar, planejar encontros e atividades fora do serviço e não como validação e/ou reconhecimento do papel terapêutico dos grupos propostos. Há momentos onde se

percebe claramente que usuários optam por faltarem aos grupos por considerarem mais importante alimentarem as relações que ocorrem de forma difusa no serviço.

Essa questão merece atenção particular das equipes, pois não podem ser interpretadas de forma unívoca como estratégias diversionistas ou de fuga e recusa ao tratamento, e sim como movimentos que podem refletir atitudes ativas dos sujeitos na reconstrução de percursos de convivência social. São muitos os aspectos ligados às demandas complexas dos usuários que escapam da atenção da equipe quando esta opta por uma forma de organização do serviço centrada em um repertório pré-estabelecido de procedimentos que, dificilmente, são negociados com os sujeitos interessados.

Não observamos no contexto estudado a preocupação clara com os aspectos apontados. Falta assim, maior desenvolvimento de estratégias que envolvam a comunidade, que explorem os recursos existentes e criem outros. Os serviços de saúde, equipamentos comunitários (igrejas, associações de bairro, ginásios esportivos, escolas), usuários e suas famílias são todos recursos a serem utilizados. O CAPSad acaba sendo um espaço importante de convívio, mas não pode ser o único lugar de pertencimento no qual as trocas sociais sejam possíveis (Saraceno, 1998).

Como articulador das ações de saúde mental de um determinado território, o CAPSad deve funcionar como um serviço disponível e atento a gerar oportunidades de trocas de recursos materiais e afetivos e construir, junto com os sujeitos, uma linha de produção de cuidado que os acompanhe nos serviços e instituições que disponham dos recursos e tecnologias que necessitem, efetivando o desafio da integralidade em suas ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pelas temáticas desenvolvidas neste trabalho da experiência profissional no CAPS ad “Travessia”. No contato com profissionais e suas diversas formas de conceber e realizar suas práticas. Na relação com os usuários e na potência que esse encontro promove, trazendo indagações e inquietações num processo que, como define Olivenstein(1985) “tem mais a ver com flutuações, turbulências e turbilhões”.

Ao longo dessa experiência profissional e da vivência junto à equipe na construção de estratégias do serviço, em muitos momentos fui levada a questionar aspectos muito presentes no cotidiano e na cultura técnica tais como: quais os sentidos construídos em torno do termo “tratamento”? Como se pode compreender a adesão do usuário à proposta do serviço? Quais as possibilidades de construção de processos de tratamento que não sejam baseados unicamente na meta da abstinência?

Somado a esses questionamentos, pude perceber que dificilmente profissionais e usuários compartilham da mesma compreensão sobre o que deva ser um tratamento nesse campo, suas estratégias e objetivos, o que pode parecer um paradoxo.

A partir do desenvolvimento do estudo, com a busca de uma postura interrogativa e atenta no desenvolvimento do trabalho de campo e o aprofundamento dos referenciais teóricos assumidos, a hipótese inicialmente delineada foi ganhando forma: estamos diante de um campo onde todos os atores envolvidos (usuários, profissionais, familiares e outros) estão continuamente negociando significados e concepções acerca dos processos saúde-doença e das formulações de tratamento e cuidado. Assim, é importante

conhecer e validar os saberes de todos os sujeitos que fazem parte desse processo, compreendendo que estes delineiam formas singulares de ser e estar no mundo e de cuidar da própria existência.

Acredito que a principal conclusão deste trabalho se colocaria na validação do estudo dos itinerários terapêuticos dos sujeitos como possibilidade ímpar para aprofundar o conhecimento sobre os saberes e práticas dos sujeitos e favorecer o processo de construção de projetos terapêuticos singulares, emancipadores e cuidadores. Mas não basta o simples acesso às trajetórias de vida, faz-se necessária a criação de espaços de escuta atenta, que considere o usuário como um sujeito capaz de produzir sentidos para sua vida e não um simples objeto das intervenções técnicas. O encontro entre usuários e profissionais deve possibilitar abertura de espaços de negociação, trocas e a formulação de respostas comprometidas com a produção de vida.

Nesse sentido, espero que este estudo possa contribuir para o debate no campo de atenção aos sujeitos que apresentam problemáticas decorrentes do uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Em especial, na construção de abordagens e tecnologias direcionadas às necessidades dessa população dentro do campo de conhecimento e de práticas da saúde pública e da saúde coletiva.

O desenvolvimento do trabalho suscitou diversas questões que poderiam vir a ser aprofundadas na realização de projetos de estudos futuros. Dentre eles, destaco duas possibilidades: a análise do movimento das redes sociais nos processos de compreensão e elaboração de formas de enfrentamento das problemáticas relacionadas ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas; a compreensão sobre como as situações de vulnerabilidade em que geralmente vivem os sujeitos atendidos em serviços como os

CAPSad podem influenciar na produção de certas necessidades sociais e de saúde e nos processos de tomada de decisão por determinadas formas de tratamento.

O trabalho aponta para uma direção que diz respeito ao *sentido* das práticas na atenção e no cuidado à saúde. Penso que estudos futuros poderiam vir a aprofundar as reflexões aqui desenvolvidas e sugerir propostas concretas para a reorganização dos processos de trabalho em serviços como os CAPSad, contribuindo para a construção de novas formas de pensar e agir em saúde.

ANEXOS

10. ANEXOS

A. Termo de consentimento livre e esclarecido

B. Roteiro para realização de grupos focais

C. Roteiro de entrevistas semi-estruturadas

D. Protocolo de aprovação da pesquisa pelo comitê de ética para análise de projetos de pesquisa – CAPPesq

E. Grade de atividades e oficinas oferecidas pelo CAPSad

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .:..... .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M □ F □

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE .....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....

2.RESPONSÁVEL LEGAL .....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M □ F □

DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....

ENDEREÇO:.....Nº..... APTO: .....

BAIRRO:.....CIDADE:.....
CEP:.....TELEFONE: DDD(.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA "Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial"
2. PESQUISADORES :

Ana Lucia Marinho Marques

CARGO/FUNÇÃO: Pós-graduanda INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL - CREFITO 03/8364-TO

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP

Elisabete Ferreira Mângia

CARGO/FUNÇÃO: Docente (Profa. Doutora) INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL – CREFITO 03/446-TO

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 18 MESES

Este estudo buscará conhecer os processos de busca de tratamento e resultados encontrados de usuários do CAPSad "Travessia", localizado no município de Santana de Parnaíba/SP. Os dados serão coletados através de: pesquisa bibliográfica e documental, observação do cotidiano do serviço e entrevistas com os usuários e com os profissionais que compõem a equipe técnica.

Gostaríamos de poder contar com a sua autorização para a realização e gravação de duas entrevistas e inclusão de suas opiniões no relatório final da pesquisa. As entrevistas serão realizadas por Ana Lucia Marinho Marques, aluna de pós-graduação do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP e que está realizando esta pesquisa.

Será realizada, primeiramente, uma entrevista em grupo. Em um segundo momento, iremos entrevistar individualmente as pessoas que participarem da discussão de grupo. Nessas entrevistas, gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre alguns aspectos de suas experiências anteriores de busca de tratamento e sobre seu tratamento atual no CAPSad.

Com este estudo, esperamos aprofundar o conhecimento sobre as necessidades e expectativas das pessoas que procuram tratamento em serviços substitutivos de Atenção Psicossocial, como os CAPSad, fundamentais no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil e assim oferecer contribuições para seu aprimoramento.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é **Ana Lucia Marinho Marques**, que pode ser encontrada no endereço: *R. Cipotânea, 51 Cid.*

Universitária- Butantã, São Paulo/SP. Telefone 30917454. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

Colocamo-nos à sua disposição para prestar esclarecimentos sobre objetivos, procedimentos, riscos e benefícios relacionados ao estudo. Também estamos à disposição para orientações e esclarecimentos, caso a entrevista, individual ou em grupo, lhe cause algum desconforto ou constrangimento.

Sua participação é voluntária, não lhe trará despesas financeiras, e você poderá sair do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

Após o término da pesquisa, *o* relatório final será apresentado em um seminário aberto a todos os participantes, usuários, profissionais e estagiários do referido CAPS. Pretendemos também divulgar os resultados deste estudo em eventos e publicações científicas e seu nome será sempre mantido em sigilo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo intitulado: "Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial"

Eu discuti com **Ana Lucia Marinho Marques** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento.

Assinatura do participante/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

para casos de participantes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

Anexo B - Roteiro para realização dos grupos focais

I – Identificação do grupo

Data da reunião:

Número de participantes:

Composição:

Local da reunião:

Início: Término:

II – Questões disparadoras das discussões

- Aquecimento: O que é alcoolismo na opinião de vocês?

- Como e quando você percebeu algum problema, em sua vida, ligado ao uso de álcool?
- O que você fez para enfrentar esse problema?
- Por que resolveu procurar tratamento neste CAPS?

Anexo C - Roteiro de entrevistas semi-estruturadas

1- Dados de caracterização:

- naturalidade; escolaridade; experiência profissional; trabalho atual; composição familiar; religião

2- Descrição de um dia e de um fim-de-semana típico típico

- lugares que freqüenta

- atividades que realiza

- com quem passa a maior parte do tempo

- situações cotidianas nas quais solicita auxílio; quais pessoas são acessadas nestas situações

3- Sentidos atribuídos ao tratamento atual

4- Concepções em torno do termo “alcoolismo”

5- Concepções acerca dos termos “saúde” e “doença”

Anexo D – Protocolo de aprovação da pesquisa pelo comitê de ética para análise de projetos de pesquisa - CAPPesq

Anexo E – Grade de oficinas e grupos terapêuticos

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
		09:00 - 10:30 FAMÍLIA	09:00 - 10:00 HORTA	
09:00 - 10:30 OFICINA	09:00 - 10:00 PSICO-EDUCACIONAL	09:00 - 10:30 OFICINA	09:00 - 10:00 REFLEXÃO	
11:00 - 12:00 CHEGADA	10:30 - 12:00 OFICINA	10:30 - 12:00 PREV. RECAÍDA	10:30 - 12:00 OFICINA	09:00 - 12:00 RECICLAGEM
12:00 - 13:00 - ALMOÇO	12:00 - 13:00 - ALMOÇO	12:00 - 13:00 - ALMOÇO	12:00 - 13:00 - ALMOÇO	12:00 - 13:00 - ALMOÇO
14:00 - 16:00 REUNIÃO TÉCNICA	13:30 - 15:00 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	13:30 - 15:00 COMUNIC. E CIDADANIA	13:30 - 15:00 RELAXAMENTO	13:30 - 15:00 PREV RECAÍDA
	15:15 - 15:30 - LANCHE	15:15 - 15:30 - LANCHE	15:15 - 15:30 - LANCHE	15:15 - 15:30 - LANCHE

	15:30 - 17:30 YOGA		15:30 - 17:30 YOGA	16:00 - 17:00 ATIV. FÍSICA
16:00 - 17:00 ACOLHIMENTO	16:00 - 17:00 ACOLHIMENTO	16:00 - 17:00 ACOLHIMENTO	16:00 - 17:00 ACOLHIMENTO	16:00 - 17:00 ACOLHIMENTO
REDE SOCIAL	CONTRATO	GATILHOS, FR e FP	CRITÉRIOS DQ	SINT. DE ABSTINÊNCIA
	17:00 - 18:30 TABAGISMO		17:00 - 18:30 TABAGISMO	
			17:00 - 18:30 MANUTENÇÃO (primeira 5ªf. do mês)	

REFERÊNCIAS

11. REFERÊNCIAS

Acselrad G. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: In: Acselrad G (org.). *Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.183-212.

Adorno RCF. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog (Ed. Port.).* 2008; 4(1).

Almeida Filho N, Coelho MT, Peres MFT. O conceito de saúde mental. *Revista USP*. 1999; n.43: 100-125.

Alves PCB. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cad. Saúde Pública*. ago 2006; 22 (8): 1547-1554.

Alves PCB, Rabelo MCM. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p.171-185.

Alves PCB, Souza, IMA. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Alves PCB, Souza, IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA.

Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p.125-138.

Alves PCB. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad. Saúde Pública.* jul-set 1993; 9 (3):263-271.

Angrosino M. *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Anthony, JC. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. In: Andrade, AG, Anthony JC (eds.). *Álcool e suas conseqüências*: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Manole; 2009. p.1-36.

Araújo MR, Moreira FG. Histórias das drogas. In: Silveira DX, Moreira FG (orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.

Associação de Psiquiatria Americana. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª Edição (DSM-IV).* Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Ayres, JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2001; 6(1): 63-72.

Bartolomei CEF, Carvalho MS, Delduque MC. A Saúde é um Direito! *Saúde em Debate.* Set/dez 2003; 27(65): 184-191.

Berridge V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: Edwards G, Lader M (orgs.). *A natureza da dependência das drogas.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.13-34.

Bloom FE. Neurotransmissão e o sistema nervoso central. In: Goodman AH. *As bases*

farmacológicas da terapêutica. 9 ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 1996. p.197- 214.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.* Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; 2007a.

Brasil. *Constituição Brasileira*. Brasília, DF: Imprensa Oficial; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z:* garantindo saúde nos municípios. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009c. Série F: Comunicação e Educação em Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de saúde mental. *Saúde mental em dados.* Ano I, nº 2,jan-jul, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas. *Saúde mental em dados.* Ano IV, n°6, jun, 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.* Brasília, 2003. Série B. Textos Básicos de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. *Álcool e redução de danos:* uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília, 2004a. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental, 1990-2002*. 3 *4ª* ed. Brasília,

2002. Série E. Legislação de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1059/GM, 04 de julho de 2005*. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad – e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n.2197, 04 de outubro de 2004*. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.* Brasília, 2004b. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: acesso, eqüidade, qualidade. Desafios para consolidar a mudança do modelo*. Relatório de gestão 2008. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas. Brasília; 2009a.

Brasil. Presidência da República. Gabinete de Segirança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. *Glossário de Álcool e Drogas*. Tradução e notas: Bertolote, J.M. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2006a.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(2): 219-230.

Canesqui AM. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990.

Ciênc. saúde coletiva. 2003; 8(1): 109-124.

Carlini EA, et al. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2006.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:* Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2002.

Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*. 1996; 30 (3): 285-293.

Carneiro H. *A fabricação do vício*. 2002. Disponível em: http://www.neip.info

Carneiro H. *Bebidas alcoólicas e outras drogas da época moderna. Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII.* Historiador Eletrônico, 2004. Disponível em: http://www.neip.info

Carneiro H. *Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas.* São Paulo: Campus; 2005.

Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: 2003. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf

Cecilio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ,IMS/ ABRASCO; 2006. p. 115-128.

Cicourel A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: Guimarães AZ. *Desvendando máscaras sociais*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990. p.87-121.

Coulon A. *Etnometodologia.* Petrópolis: Vozes, 1995.

Cruz M. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In: Acselrad G (org.). *Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.277-288.

Cruz MS. *As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substancias psicoativas.* [CD-ROM]. In: Ministério da Saúde, Universidade Federal de São Paulo. SUPERA - Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 2006.

Delgado PG. Drogas: o desafio da saúde pública. In: Acselrad G (org). *Avessos do Prazer*: drogas, AIDS e direitos humanos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.165-181.

Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Delgado J (org.). *A Loucura na sala de jantar.*

São Paulo, 1991. p. 53-79.

Denzin NK, Lincoln YS (e col.). *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa*: Teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Deslandes S, Assis S. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes S. (orgs.). *Caminhos do pensamento:* epistemologia e método**.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.195-223.

Dias LF. Usos e abusos de bebidas alcoólicas segundo os Povos Indígenas do Uaçá. In: Labate BC et al (orgs.). *Drogas e Cultura*: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008.

Edwards G. *O tratamento do alcoolismo*. Tradução de José Manoel Bertolote. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

Escahotado A. A Proibição: Princípios e Conseqüências. In: Ribeiro MM; Seibel, SD (orgs.). *Drogas: hegemonia do cinismo***.** São Paulo: Ed. Memorial, 1997. p.29-46.

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. O abuso de álcool e outras drogas. In: *Textos de apoio em saúde mental***.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Figlie NB, Laranjeira R. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 26(1): 63-7.

Figlie, NB; Bordin, S; Laranjeira, R (orgs.). *Aconselhamento em Dependência Química***.** São Paulo: Roca, 2004.

Fiore M. *Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre uso de "drogas"*. XXVIII Reunião Anual da ANPOCS. Caxambu: 2004. Disponível em: http://www.neip.info

Fleury S. A questão democrática na saúde. In: Fleury S (org.). *Saúde e democracia*: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

Franco TB, Magalhães Jr HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy et al (orgs.). *O Trabalho em Saúde*: olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2004.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). *Índice paulista de responsabilidade social.* São Paulo: Assembléia Legislativa de São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/iprs/.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). *Índice paulista de responsabilidade social.* [citado 20 jun. 2009]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/.

Galduróz, JCF. *Critérios diagnósticos: CID-10 e DSM-IV* [CD-ROM]. In: Ministério da Saúde, Universidade Federal de São Paulo. SUPERA: sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 2006.

Gatti BA. *Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Liber Livro; 2005.

Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*. nov 2006; 22(11):2449-2463.

Gibbs G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Haguette TMF. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes; 1987.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados do Censo demográfico 2000*. [citado 20 jun. 2009]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas das populações residentes, em 1° de julho de 2008, segundo os municípios*. 2008. [citado 20 jun. 2009]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.

Kinoshita RT. Em busca da cidadania. In: Campos FCB, Henriques CMP (orgs.). *Contra a maré à beira-mar:* A experiência do SUS em Santos. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

Lancetti A. *SaúdeLoucura* v.2. São Paulo: Hucitec,1994

Laranjeira R, Pinsky I, Zalesky M, Caetano R. *I Levantamento Nacional sobre Padrões do Consumo de Álcool na População Brasileira.* Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

MacRae E. A excessiva simplificação da questão das drogas nas abordagens legislativas. In: Ribeiro MM, Seibel SD (orgs.). *Drogas: hegemonia do cinismo.* São Paulo: Ed. Memorial, 1997. p.327-334.

MacRae E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: Tavares

LA, Almeida ARB, MacRae E, Ferreira OS et al. (orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo.* Salvador: EDUFBA;CEETAD/UFBA; 2004. p. 27-48. Disponível em http//:www.neip.info

Maluf SW. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. *Esboços*: Revista do programa de pós-graduação em história da UFSC. 2001; 9(9): p. 87-101.

Mângia EF, Muramoto M. Integralidade e construção de novas profissionalidades no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Rev. Terapia Ocupacional USP*, v.17, n.3, p.115-122,set/dez 2006.

Mângia EF, Muramoto MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 2008; 19(3): 76-182.

Marlatt GA. *Redução de Danos*. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ,IMS/ ABRASCO; 2006. p. 41-66.

Merhy E.E. *Engravidando palavras: o caso da integralidade*. (Palestra proferida no Congresso da Rede Unida; 2005; Belo Horizonte, MG). Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no

campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*. 2003;27(65):316-23.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (orgs.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.

Merhy, EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Merhy EE et al (orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte* – Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã; 1998.

Minayo MCS. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva.* Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p.201-230.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.

Morgan DL. *Successful focus groups*: advancing the state of the art. California: Sage Publications, 1993.

Nóbrega AAN. Alcoolismo. In: Silveira DX, Gorgulho M. *Dependência: Compreensão e Assistência das Toxicomanias***.** São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 1996. p.105-126.

Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). *Relatório sobre a saúde no mundo – 2001*. Saúde Mental: nova concepção, nova

esperança. Gráfica Brasil, Organização Mundial da Saúde, 2001.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação Internacional de Doenças.* 9ª ed. São Paulo: OMS/OPS, 1978.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação Internacional de Doenças.* 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S (org.). *Saúde e democracia:* a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

Pechansky,F. (coord.) *Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas* [CD-ROM]. In: Ministério da Saúde, Universidade Federal de São Paulo. SUPERA: sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 2006.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. 2003. [citado 20 jun. 2009]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/.

Queiroz MIP. *Variações sobre a Técnica de Gravador no Registro da Informação Viva.* São Paulo: T. A Queiroz Editora; 1991.

Rabelo MC. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cad. Saúde Pública*. jul-set.1993; 9(3): 316-325.

Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Rabelo, MCM. A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 205-227.

Raynaut C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2002; v. 5, supl. 1: 43-55.

Santana de Parnaíba. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas "Travessia". Relatório anual CAPSad "Travessia"-2008. 2009. [circulação interna]

Santana de Parnaíba. Secretaria Municipal de Planejamento. *Plano Diretor do município de Santana de Parnaíba 2005-2006*. 2006. [citado 20 jun. 2009]. Disponível em: http://www.santanadeparnaiba.sp.gov.br/plano_diretor.htm.

Saraceno B. *La cittadinanza come forma di tolleranza*. Rio de Janeiro: 1998. [conferência]. Disponível em: http://www.exclusion.net

Saraceno B. *Libertando identidades:* da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Te cora: Rio de janeiro, 1999.

Sato L, Souza MPR. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. *Psicol. USP* [online]. 2001, vol.12, n.2 [cited 2009-06-21], p. 29-47

Seibel, SD, Toscano Junior A. Conceitos Básicos e Classificação Geral das Substâncias Psicoativas. In: Seibel, SD, Toscano Junior A. *Dependência de drogas.* São Paulo: Atheneu, 2001.

Silveira DX, Gorgulho M. *Dependência: Compreensão e Assistência das Toxicomanias*. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 1996.

Silveira DX, Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependências.* São Paulo: Atheneu, 2006.

Silveira DX. Dependências: de que estamos falando, afinal? In: Silveira DX, Gorgulho, M. *Dependência: Compreensão e Assistência das Toxicomanias*. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo; 1996. p.1-14.

Silvermann D. *Interpretação de dados qualitativos:* métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Simões JA. Prefácio. In: Labate BC et al (orgs.). *Drogas e Cultura*: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

Sodelli M. *Aproximando sentidos: Formação de Professores, Educação, Drogas e Ações Redutoras de Vulnerabilidade* [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2006.

Souza, IMA. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 89-124.

Thornicroft G, Tansella M. *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole; 2009.

United Nations. International Drug Control Programme Vienna. I*nvesting in Drug Abuse Treatment:* A Discussion Paper for Policy Makers. New York: United Nations, 2003.

Vasconcelos EM. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar:* epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.

Velho G. Dimensão cultural e política do mundo das drogas. In: Inem CL, Acselrad G (orgs.). *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993. p.274-279.

Velho G. Drogas, Níveis de Realidade e Diversidade Cultural. In: Ribeiro MM, Seibel SD (orgs.). *Drogas: hegemonia do cinismo.* São Paulo: Ed. Memorial, 1997.

Victora C: Knauth D, Hassen MN. *Pesquisa qualitativa em saúde*: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

World Health Organization (WHO). *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders.* Mental Health: Evidence and Research. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva, 2004.

World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2002* - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, 2002.

Zaluar A. Teoria e método do trabalho de campo: alguns problemas. In: Cardoso R (org.). *A aventura antropológica: teoria e pesquisa.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo