



Universidade Católica do Salvador
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania

JAMERSON LUIS GONÇALVES DOS SANTOS

**POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA PARA USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL:
A PRÁTICA NO CAPS AD EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA, BRASIL**

**Salvador
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JAMERSON LUIS GONÇALVES DOS SANTOS

**POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA PARA USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL:
A PRÁTICA NO CAPS AD EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Mestrado
em Políticas Sociais e Cidadania da
Universidade Católica do Salvador,
como requisito parcial para a obtenção
do Grau de Mestre

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Kátia Siqueira de
Freitas

Salvador
2009

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

S237 Santos, Jamerson Luis Gonçalves dos
Política de saúde pública para usuários de álcool e outras drogas no
Brasil: a prática no CAPS ad em Feira de Santana, Bahia, Brasil/ Jamerson Luis
Gonçalves dos Santos. – Salvador, 2009.
129 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas
Sociais e Cidadania, 2009.

Orientação: Profa. Dra. Kátia Siqueira de Freitas

1. Política social - Saúde pública (Brasil) 2. Alcoolismo – Toxicomania 3.
Interdisciplinaridade - Integralidade
I. Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e
Pós-Graduação II. Freitas, Kátia Siqueira de (Orient.) III. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

JAMERSON LUIS GONÇALVES DOS SANTOS

POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: A PRÁTICA NO CAPS AD EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA, BRASIL

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, Bahia, 14 de dezembro de 2009.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Celma Borges

Prf^ª. Dr^ª. Dora Leal Rosa

Prof^ª. Dr^ª. Inaiá Carvalho

Prof^ª. Dr^ª. Kátia Siqueira de Freitas (Orientadora)

Dedico a

Cristiane Eny, querida esposa, por revelar o caminho da paixão escondida pelas políticas sociais, pela compreensão nas ausências, mesmo quando presente, e, sobretudo, por ser minha principal incentivadora. Sem você não teria chegado até aqui!

A meus filhos, Artur Antonio e Luis Felipe, por revelarem o verdadeiro amor.

AGRADECIMENTOS

A todos que comigo souberam compartilhar todos os momentos de alegrias e dificuldades...

A meus pais, Antonio e Eremita, por me terem gerado e muito mais pela sabedoria com que me educaram e me prepararam para a vida. Também pela compreensão, quando da repentina mudança de domicílio, e pela distância e ausência física.

A Cristiane Eny, por seu amor, carinho, companheirismo e dedicação conjugal. Pela palavra meiga nas horas difíceis, o afago na dor, o bálsamo no cansaço e, principalmente pela compreensão por tantas ausências.

A Artur Antonio e Luis Felipe, meus amados filhos, pela felicidade, simplicidade e inocência.

A meus irmãos, Jeferson, Anderson, Lídia e Jemima, pelo amor fraternal, amizade e gestos de carinho.

A todos os meus mestres, que, com muita sabedoria, dedicação e ética, nestes dois anos e meio, sempre indicaram o melhor caminho a seguir.

Especialmente a minha querida orientadora, Prof^a. Dr^a. Kátia Siqueira, pela simplicidade, centralidade, objetividade e senso de democracia que demonstrou .na condução desta dissertação.

A todo (a)s o (a)s companheiro (a)s de turma pela convivência, ensinamentos e amizade.

A equipe multiprofissional do CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida pelo subsidio a efetivação deste trabalho.

RESUMO

A pesquisa analisou a prática institucional efetivada pela equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) Dr. Gutemberg de Almeida, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, entre os meses de setembro e dezembro de 2008. Foi empregado o arcabouço teórico crítico que concebe a realidade sociopolítica situada historicamente e que orienta uma práxis emancipatória para a saúde pública na assistência às pessoas usuárias de álcool e outras drogas. O objetivo geral foi analisar a prática institucional multiprofissional desenvolvida na instituição citada e sua coerência com o paradigma da interdisciplinaridade, tendo em vista a concretização da Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, conforme as diretrizes da Política do Ministério da Saúde, vigente desde 2004. Os 19 profissionais componentes da equipe técnica do CAPS ad constituíram os sujeitos da pesquisa. Foi usada a metodologia qualitativa do estudo de caso. Os dados foram coletados mediante a realização de 10 entrevistas semi-estruturadas e um grupo focal. Estes foram problematizados a partir da análise de conversação de Greg Myers, identificando os encontros e desencontros entre os discursos dos sujeitos. Resultados da análise dos dados apontam clara tensão entre o modelo tradicional e o novo, fundamentado nos pressupostos ideopolíticos e teórico-metodológico da Reforma Psiquiátrica, na implementação da política vigente. Os principais desafios enfrentados estão relacionados à cultura tradicional na forma de conceber as questões relativas ao álcool e outras drogas e seus usuários, à hierarquização de saberes vigente na sociedade e entre membros da equipe, como a super-valorização do saber médico e a gestão do sistema público municipal de saúde baseada em princípios neoliberais. A complexidade do problema em pauta solicita o concurso interdisciplinar no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, para que possa ser posta em prática em sua plenitude e impactar positivamente usuários, familiares e sociedade em geral. Ao mesmo tempo, exige mais estudos, uma vez que na prática as mudanças culturais ocorrem muito lentamente.

Palavras-chave: Política Social - Saúde Pública (Brasil); Alcoolismo - Toxicomania; Interdisciplinaridade - Integralidade.

SUMMARY

This work analyzed the institutional practice carried out by the multiprofessional team of the Psychosocial Attention for alcohol users and other drugs Center (CAPS ad) Dr. Gutemberg de Almeida, in Feira de Santanta, Bahia, Brazil, between September and December of 2008. Critical theoretical basis was used, which conceives the historically situated sociopolitical reality and that guides the emancipatory praxis for the public health in the assistance to the alcohol and other drugs users. The main objective was to analyze the institutional multiprofessional practice developed at the institution mentioned and its coherence with the interdisciplinary paradigm, to make possible the solidification of the Integral Attention to the Alcohol and other Drugs Users, as the Health Department Politics rules, which came into force since 2004. Nineteen professionals, part of the CAPS AD technical team participated of the research. It was used the case study qualitative methodology. The data had been collected by using 10 half-structuralized interviews and a focal group. These were thought analyzing the Greg Myers conversation, identifying the common and not common points between the citizens speeches. The data analysis results show clearly, a tension between the traditional model and the new one, based the Psychiatric Reform ideopolitic and theoretical-methodological assumptions, in the implementation of the politics in force. The main faced challenges are related to the traditional culture conceiving relative questions to alcohol and other drugs and their users, to the effective knowledge hierarchization in the society and between members of the group, as a medical knowledge super-valuation and the health public municipal management system based on neoliberal principles. The problem complexity requests an interdisciplinary way to server the alcohol and other drugs users, so that, it can be done in its fullness and cause a positive impact to users, family and society. At the same time, it demands more studies, regarding to that the cultural practice changes happen very slowly.

Key-words: Social politics - Public Health (Brazil); Alcoholism - Drug addiction; Interdisciplinaridade – Completeness.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Despesas do SUS com alcoolismo em relação a despesas do SUS com transtornos conseqüentes de outras drogas.

Tabela 02 - Representação em unidades de álcool dos riscos conseqüentes do seu consumo para homens e mulheres.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas, conforme inscrição feita no CID-10.

Quadro 02 - Comparação do consumo per capita de etanol nos anos de 1960 e 2005.

Quadro 03 - Representação dos elementos observáveis para a elaboração do diagnóstico de alcoolismo.

Quadro 04 - Parâmetros basilares das práticas do modo asilar e do modo psicossocial.

Quadro 05 - Tipologias de práticas multiprofissionais.

Quadro 06 - equipe técnica multiprofissional do CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida.

Quadro 07 - Categorias de análise e respectivos indicadores.

LISTA DE FIGURAS

Diagrama 01 - Esquema representativo do modelo de análise da prática multiprofissional desenvolvida no CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida.

Gráfico 01 - Nível de dependência de álcool e problemas associados ao uso.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDETRAN	Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito
AIH	Autorização de Internações Hospitalares
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e outras drogas
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CF	Constituição Federal
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, décima versão
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Pública
CPMF	Contribuição por Movimentação Financeira
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
Fiesp	Federação das Indústrias de São Paulo
GM	Geral Ministerial
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
LDB	Lei de Diretrizes e Bases para a Educação
LOAS	Lei orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Política Nacional Anti-droga
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSF	Programa Saúde da Família
PTI	Projeto Terapêutico Individual

SENAD	Secretaria Nacional Anti-drogas
SPAs	Substâncias Psicoativas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TR	Terapeuta de Referência
UCSAL	Universidade Católica do Salvador

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	16
2.POLÍTICAS SOCIAIS E SAÚDE PÚBLICA	23
2.1 POLÍTICAS SOCIAIS E O ESTADO PROVIDÊNCIA/ESTADO SOCIAL	23
2.2 NEOLIBERALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS	28
2.3 A REALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL	32
2.4 A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	35
3.TOXICOMANIA: UMA IMPORTANTE EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL NO BRASIL	42
3.1 A TOXICOMANIA E SUAS COMPLEXIDADES PARA A SAÚDE PÚBLICA	42
3.1.1 Alcoolismo: Uma complexa questão de saúde pública	48
3.1.2 A complexidade das causas do alcoolismo	51
3.1.3 Epidemiologia do álcool	52
3.1.4 Existem níveis seguros de ingestão do álcool?	54
4.O CUIDADO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE MENTAL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	57
4.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA INTERFACE COM A QUESTÃO DO USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS/TOXICOMANIA	58
4.2 A TRAJETÓRIA DOS MODELOS DE INTERVENÇÃO À QUESTÃO DO USO DE DROGAS NO BRASIL: DA REPRESSÃO À ASSISTENCIA INTEGRAL	63
4.3 O PARADIGMA DA INTERDISCIPLINARIDADE E DA COMPLEXIDADE	69
4.3.1 Interdisciplinaridade e Reforma Psiquiátrica	73
4.3.2 Tipologias de práticas multiprofissionais	74
4.3.3 Interdisciplinaridade: um princípio fundamental para a atenção integral a usuários de drogas	75
4.4 PERSPECTIVAS, LIMITES E DESAFIOS POLÍTICO-SOCIAIS A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR	76

5.INTERDISCIPLINARIDADE E A PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL NO CAPS AD EM FEIRA DE SANTANA-BAHIA	82
5.1 TRAJETÓRIA DA PESQUISA DE CAMPO	83
5.2 HORIZONTALIZAÇÃO OU HIERARQUIZAÇÃO DO SABER-FAZER?	93
5.3 RECONSTRUIR OU CONSERVAR O SABER-FAZER?	99
5.4 DEMOCRATIZAÇÃO <i>VERSUS</i> CENTRALIZAÇÃO DO SABER-PODER	102
5.5 ENTÃO COMO FICA A INTEGRALIDADE?	106
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICES	129

1. INTRODUÇÃO

A problemática do uso indevido de drogas vem sendo motivo de preocupação de autoridades e instituições públicas, organizações da sociedade civil e estudiosos, entre outros. A principal razão disso é a intensificação do uso de substâncias psicoativas (SPAs), lícitas e ilícitas, que vem ocorrendo nas últimas décadas do século XX e início do século XXI no Brasil. Os números apresentados no capítulo três deste trabalho mostram uma ascendência para o uso experimental e para a dependência, atingindo cada vez mais um público precoce, jovens e adolescentes.

Diante deste quadro, foi publicada em 2004 a Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, acompanhando a lógica da Reforma Psiquiátrica, implementada no Brasil nas duas últimas décadas do século passado, e como um desenrolar da Lei Federal 10216/2001, também denominada de Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Essa política de atenção a usuários de álcool e outras drogas rompeu, no plano legal, com o modelo de intervenção institucional baseado no binômio médico-jurídico, hegemônico durante todo o século XX. Nesta perspectiva, ela propõe uma intervenção ancorada na lógica da redução de danos, que concebe o sujeito em suas múltiplas dimensões biopsicosocioculturais, tendo como objetivo não apenas a cura, mas respeitando a diversidade e a autonomia da pessoa usuária de SPAs. Assim, o uso indevido de drogas deixou de ser um problema de polícia e/ou da intervenção psiquiátrica alienista, fundamentadas em preceitos coercitivos e moralizantes, passando a se configurar como um problema de saúde pública.

Essa política pública buscou inspirações na teoria basagliana, que fundamenta a Reforma Psiquiátrica brasileira, discutida no capítulo quatro, determinando a desinstitucionalização de todo o aparato tradicional de intervenção à saúde mental e, conseqüentemente, à questão do uso de álcool e outras drogas. Assim, propõe a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, baseados numa lógica territorial e comunitária, abertos à comunidade, que se configurem como um ponto de referência às pessoas usuárias de álcool e outras drogas. Esses serviços devem oferecer um conjunto de ações condizentes com a realidade de cada demandatário da política em suas múltiplas dimensões. Por isto, precisam, necessariamente, ser compostos por equipes multiprofissionais, capazes de

desenvolver intervenções que tenham como norte a transformação da forma de conceber e de conviver com a questão em foco (VASCONCELSON, 2002).

Na tentativa de acompanhar essa dinâmica sócio-política, o município de Feira de Santana, Bahia, conta com um conjunto de serviços, composto por um Centro de Atenção Psicossocial especializado no atendimento a pessoas usuárias de álcool e outras drogas (CAPS ad), um Hospital Geral com 18 leitos destinados a esse público com ocorrências clínicas, um Hospital Especializado em Saúde Mental, que, embora seja administrado pela Esfera de Governo Estadual, desenvolve atendimento em pronto socorro psiquiátrico aos usuários de álcool e outras drogas, além de alguns Centros de Recuperação (comunidades terapêuticas) gerenciados por iniciativas filantrópicas.

O CAPS ad tem o papel de organizador da rede de atenção às pessoas usuárias de SPAs, atribuído pela atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Esta pesquisa analisou a prática institucional multiprofissional do CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida, em Feira de Santana, Bahia, a partir do pressuposto da interdisciplinaridade apontado por Vasconcelos (2002) como o paradigma precípua ao cumprimento do que é preconizado por essa política de saúde pública.

A escolha deste objeto pelo autor desta pesquisa vem sendo amadurecida desde a época de graduação. Atuando nessa unidade de saúde durante cinco semestres como estagiário acadêmico de Serviço Social e aproximadamente dez meses como profissional, foi ao longo do tempo inquietando-se quanto à (in)coerência entre a prática no cuidado com os usuários de álcool e outras drogas desenvolvida institucionalmente e os princípios elencados na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

Sua sensibilidade com essa questão foi aumentando ao se deparar, diariamente, com um número cada vez maior de pessoas que procuravam atendimento na unidade de saúde, principalmente em idade precoce. Somaram-se a isto os estudos bibliográficos feitos pelo autor durante a busca por capacitação, na trajetória profissional pelo atendimento a usuários de álcool e outras drogas. O aumento acentuado de usuários e dependentes de SPAs, bem como a complexidade que envolve principalmente para a saúde pública, tem proporções mais ampliadas, conforme discutido adiante, no capítulo três.

O Município de Feira de Santana é o maior do interior da Bahia. Pela importância de sua localização geo-econômica, lidera a macrorregião, que abrange 96 municípios, com população de aproximadamente três milhões de habitantes. Sendo um dos maiores entroncamentos rodoviários do interior do país e o maior do Norte e Nordeste, é cortado por três rodovias federais: Brs 101, 116 e 324, e quatro rodovias estaduais: Bas 052, 502, 503 e 504, favorecendo uma corrente e concentração de fluxo de população, mercadorias e dinheiro, num entreposto que liga o Nordeste ao Centro-Sul do Brasil, na fronteira da capital, Salvador, com o sertão, do recôncavo ao semi-árido da Bahia, contendo estimadamente, segundo dados do IBGE (2007), um total de 571.997 mil habitantes. Como muita das cidades brasileiras, apresenta graves problemas sociais, sobretudo com relação ao crescimento desordenado e principalmente pelo elevado processo migratório, o que desencadeia uma série de conseqüências (questões habitacionais, de educação, de trabalho, de saúde, de violência, entre outras). A falta de políticas públicas capazes de efetuar intervenções eficazes contra essa realidade, principalmente na prevenção, contribui para o aumento dessas questões, não se excluindo do contexto o consumo abusivo de drogas. Embora não tenha sido encontrado um estudo epidemiológico que discorra sobre a realidade do município, segundo o livro de registro de pacientes do CAPS ad de Feira de Santana, existiam aproximadamente 2200 pessoas matriculadas naquele serviço até março de 2008, entre usuários de álcool, tabaco e diversas drogas ilícitas.

É relevante refletir sobre a atuação do CAPS ad diante da importância social, sanitária e educacional de seus serviços para usuários de drogas, seus familiares e a comunidade em geral em um município estratégico para o Estado da Bahia, assim como para o Brasil, não apenas por sua dimensão geográfica mas, sobretudo, por seus aspectos políticos e sócio-econômicos.

Da mesma forma, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas deve ser elemento de reflexões. Sendo o ordenamento político e ideológico a ser seguido pelos serviços públicos de saúde no consoante ao cuidado com as pessoas usuárias de substâncias psicoativas, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), traz em seu escopo um teor emancipatório: a Intersetorialidade e a Atenção Integral são as diretrizes a serem seguidas institucionalmente.

Por outro lado, por seu reduzido tempo de publicação (apenas seis anos), requer uma avaliação constante, principalmente no que se refere ao recorte analisado neste trabalho, a prática institucional multiprofissional e interdisciplinar, que, conforme já referido, é apontada como elemento indispensável pelas políticas públicas vigentes.

Reflexões elaboradas a partir desta dissertação têm um estimado valor acadêmico-científico e relevância técnico-profissional e social, uma vez que poderão servir para aprofundar o conhecimento sobre a aplicabilidade de uma Política Social muito importante na atualidade e os subsídios a práticas institucionais no cuidado relativo a toxicomania.

A questão do uso e abuso de substâncias psicoativas necessita de uma atenção especial das Políticas Públicas face à complexidade que envolve em termos de causas e conseqüências, individuais, familiares e sociais. Desta forma, merece também a atenção da academia, que, ao considerar essa questão, cumpre alguns dos seus papéis, quais sejam: sua responsabilidade social, a construção e sistematização de conhecimentos para fomentar práticas profissionais e institucionais com maiores índices de resolubilidade, ajudando nas tomadas de decisões relativas às políticas públicas e às suas práticas.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a atenção à saúde mental, inclusa a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, deve ser feita dentro de uma rede de cuidados que inclua os diversos mecanismos públicos estatais e comunitários (Unidades de Saúde, Escolas, Centros Comunitários de Assistência Social, Empresas Privadas, Autarquias Públicas, entre outras). Essa problemática se apresenta de forma transversal às demais áreas da saúde, a justiça, a educação e outras, requerendo assim intersetorialidade nas ações de prevenção. Nesse sentido, o CAPS ad constitui-se como um dos dispositivos estratégicos e principal responsável pela organização desta rede, com o desenvolvimento do apoio matricial¹ desempenhado pela equipe multiprofissional, através da responsabilização compartilhada.

Neste ponto, a abordagem se afirma como clínica-política, pois,..., a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar

¹ Conforme o Ministério da Saúde (2004), o apoio matricial se configura na intersecção entre o CAPS e as equipes de PSF, através do desenvolvimento de atividades em parcerias, capacitações em saúde mental e co-responsabilidade da assistência.

outros movimentos possíveis na cidade,... Neste sentido, o locus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis,... más também de educação, de trabalho, de promoção social etc. (BRASIL;2003: 11)

Segundo a Portaria Geral Ministerial (GM) 336/02, cabe ao CAPS ad instituir-se como centro de referência no sistema de saúde mental, sendo responsável pela organização, regulação, supervisão e coordenação da rede assistencial no âmbito de sua territorialização (área total do município ou suas sub-áreas, de acordo com o número de habitantes e de CAPS). Por isto é indispensável que o CAPS ad esteja interligado a toda rede de saúde, educação e ação social.

Tendo a Redução de Danos como fundamentação teórico-filosófica, essa política de atenção integral ao usuário de drogas não preconiza a abstinência como principal objetivo, mas prevê a consecução de atividades que respeitem a autonomia e particularidade de cada sujeito, ao mesmo tempo em que o coloca como co-responsável pelo seu tratamento junto à equipe profissional. Nesse sentido, seu principal objetivo se configura na integração social das pessoas usuárias de drogas, prevendo assim a construção e fortalecimento de redes comunitárias, associadas à rede de serviços sociais e de saúde, capaz de lhes provocar uma reabilitação psicossocial a partir de suas diretrizes: Intersetorialidade, Transversalidade, Atenção integral, Prevenção, Promoção e Proteção à Saúde de consumidores de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Certamente, a atuação multiprofissional e interdisciplinar é condição indispensável e precípua para cumprirem-se as diretrizes referidas. Conforme Vasconcelos (2007), as tentativas de homogeneização do saber e da intervenção técnico-profissional foram desastrosas por considerar que os fenômenos sociais, biológicos, físicos e subjetivos seriam da mesma natureza e com características fenomenais homogêneas. Desta forma, poderiam ser explicados por um único tipo de saber globalizante e, conseqüentemente, constituir competência de um super-profissional. Os resultados disso foram a redução da complexidade dos fenômenos a partir de sistematizações particulares pretendentes universais, que produziram uma espécie de imperialização do saber, através da submissão de todas as esferas da vida humana a uma instituição total, cognitiva e epistemológica. Dentre os vários exemplos que retratam tal realidade social encontra-se o paradigma da psiquiatrização/alienação, reproduzido globalmente por séculos, que, apropriado por

movimentos e idéias eugênicas, disseminou genocídios por vários países. Da mesma forma, a Psiquiatria Alienista estigmatizou as pessoas com transtornos mentais, entre elas aquelas com transtornos decorrentes da toxicomania como “loucas”², improdutivas e ameaçadoras aos preceitos morais capitalistas liberais, dispensando-lhes um tratamento excludente e desumano.

A partir deste autor, a capacidade técnico-operativa interdisciplinar e interparadigmática se caracteriza pela interseção entre diversas disciplinas/paradigmas, determinando ações emancipatórias, hábeis para emitir respostas à complexidade dos fenômenos humanos contemporâneos. Unidos por um objetivo político-social superior e comum, às práticas fundamentadas nos princípios epistemológicos da interdisciplinaridade são guiadas por relações democráticas, refutando, assim, qualquer tipo de hierarquia do saber-poder.

Nessa perspectiva, esta dissertação corrobora a tese de Vasconcelos (2007, p. 37), que diz: “[...] principalmente no contexto atual das sociedades capitalistas avançadas e do pós-modernismo, os conceitos e estratégias epistemológicas de complexidade e de interdisciplinaridade devem constituir valores explícitos da teoria crítica e da agenda de lutas emancipatórias e antiopressoras [...]”.

Diante disso, surge a importante questão: A prática institucional multiprofissional desenvolvida no CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida, em Feira de Santana, Bahia, é coerente com esse princípio de interdisciplinaridade, tendo em vista a consecução da Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em conformidade com as diretrizes da Política do Ministério da Saúde?

Utilizando-se a metodologia qualitativa do estudo de caso, conforme apresentada no capítulo cinco, a pesquisa, da qual resultou esta dissertação, teve como objetivo principal analisar a prática institucional multiprofissional desenvolvida no CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, e sua coerência com o princípio da atuação interdisciplinar, tendo em vista a concretização da Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, conforme as diretrizes da Política do Ministério da Saúde.

Para isto, identificou o nível de conhecimento dos profissionais membros da equipe técnica quanto à política de saúde pública desenvolvida no serviço e sua relação com os propósitos da Reforma Psiquiátrica e com o paradigma da

² Termo utilizado na idade média e ainda muito difundido na contemporaneidade para designar o estado de sofrimento mental, segundo Lucia Rosa (2005).

interdisciplinaridade. Além disso, investigou como se perpetua a relação de poder interprofissional e interinstitucional, destacando a participação dos sujeitos demandatários da cidade política na gestão do serviço e tomadas de decisões, do ponto de vista técnico e político-administrativo. Outro ponto considerado foi a perpetuação dos saberes e práticas profissionais aplicados no serviço, analisando, assim, em que medida o conhecimento é reconstruído cotidianamente e contribui para a construção de novas abordagens interprofissionais. Por último, averiguou a concretização do princípio da integralidade, através das intervenções efetuadas intra e interinstitucionalmente.

Entendendo que a unidade de saúde em tela está inserida num contexto histórico, político e sócio-cultural, o autor desta dissertação construiu sua trajetória de trabalho fundamentando-se num referencial teórico-crítico que considera a história e os embates sócio-políticos, como fatores que ao mesmo tempo determinam e retroalimentam-se na e pela realidade encontrada no campo empírico da pesquisa. Assim, discute inicialmente como as políticas sociais germinaram na sociedade capitalista, e especificamente no Brasil. Num segundo momento, destaca o percurso da Saúde Pública brasileira e sua intersecção com a pretensa Seguridade Social brasileira. Traz à tona a complexidade que envolve o uso e abuso de álcool e outras drogas, dando ênfase à questão da alcoolemia, por se apresentar como um grave problema de saúde pública. Em seguida elabora uma reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica e a importância do paradigma da interdisciplinaridade para o desenvolvimento de uma atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Por último, analisa como se dá a prática multiprofissional no CAPS ad em Feira de Santana e sua (in)coerência com a interdisciplinaridade.

2. POLÍTICAS SOCIAIS E SAÚDE PÚBLICA

Entendendo a saúde pública como uma das principais políticas sociais concebidas na emergência do Estado protetor nos países capitalistas centrais, a reflexão sobre sua elaboração no Brasil e seu papel na consecução da cidadania brasileira requer primeiramente uma discussão sobre os conceitos e aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais que perpassaram e continuam imbricando-se nas políticas sociais ao longo dos séculos, internacionalmente.

Apresentando-se como construção social, as políticas sociais foram sendo ao longo do tempo, perpassadas por intensas lutas sociais, com elaboração e implementação diversificada nos diferentes países que aderiram ao modelo de proteção social denominado por alguns autores, como Rosanvalon (1984), de Estado-providência ou nas palavras de Castel (1996), Estado Social.

Vale ressaltar que não se pretende estabelecer uma discussão sociológica sobre a diferenciação entre os conceitos de Estado Social, Social Democracia e Welfare State. Quando utilizados, esses termos buscam identificar apenas os elementos que os unem, ou seja, o modelo político e social que emerge diante das crescentes lutas sociais e miserabilidades proporcionadas no e pelo capitalismo liberal.

Será introduzida neste capítulo uma discussão sobre os preceitos da proteção social durante a consecução do Estado Social e as transformações ocorridas com o advento do Estado Neoliberal. Em seguida, serão evidenciadas as inflexões dessas ideologias e práticas políticas, econômicas e sociais no Brasil, focalizando a saúde pública.

2.1 POLÍTICAS SOCIAIS E O ESTADO PROVIDÊNCIA/ESTADO SOCIAL

Conforme Castel (1996), as políticas sociais no sentido que são concebidas atualmente surgem nos países centrais junto ao Estado Social, ainda na primeira metade do século XX, como uma estratégia na busca de aliar altas taxas de produtividade a condições de vida menos excludentes para os operários, tendo em vista salvaguardar a perpetuação do capitalismo. Durante os séculos anteriores, até

mesmo antes do surgimento do capitalismo, não existem registros na história da consecução de qualquer política de Estado que buscasse assistir aos menos favorecidos com objetivos de diminuir sua distância da classe dominante. Conforme discutem Polany (2000) e Castel (1996), dentre outros autores, a proteção social existente no Estado Liberal era baseada em preceitos morais e na filantropia para os inaptos ao trabalho, e na coerção e/ou marginalização dos miseráveis que não se adaptavam ao modelo político e econômico³.

Vários fatores concorreram para que países centro do capitalismo como Inglaterra, Alemanha e França, se voltassem para a elaboração de medidas político-econômicas capazes de frear as ameaças sociais emergentes. Entre estas destacam-se a intensificação da miséria devido às péssimas condições de vida dos trabalhadores, que Castel (1996) denominou “vulnerabilidade de massa”, ocorrida durante todo curso da revolução industrial, intensas lutas políticas entre a classe trabalhadora, já organizada politicamente enquanto classe social em forma de sindicatos e partidos políticos de esquerda, e os detentores dos meios de produção, que tentavam a qualquer custo a manutenção dos privilégios de classe, a grande crise econômica do final dos anos vinte e início dos trinta e duas grandes guerras (séc. XX).

Principalmente a luta operária na consecução do socialismo, a partir da Revolução Russa de 1917, e da polarização do mundo em dois extremos, garantiu sobrevivência ao modelo capitalista de produção social. Nas palavras de Castel (1996), nesse momento o capital passa a preocupar-se com a “segurança social”, pois não é só a miserabilidade operária que coloca em risco seu projeto de dominação social, a ameaça principal passa a ser o ideal de modelo político, econômico e social alternativo, levado a cabo pela classe trabalhadora.

Embora o Estado Social tenha sufocado os movimentos revolucionários em muitos países, a realidade é que mesmo conservando as hierarquias sociais e econômicas, pois, conforme aponta Castel (1996), o Estado Social mantém intactos a propriedade privada e a “mais-valia”, elementos precípuos ao capitalismo, esse modelo político-econômico conseguiu, durante determinado período de tempo, conceder aos trabalhadores acesso a bens e serviços essenciais, ao tempo em que pode alavancar a economia mundial. De fato, seu objetivo não era produzir

³ Ver Karl Polany. A Grande Transformação: As origens de nossa época ed. Campus, Rio de Janeiro, 2000 e Robert Castel. As metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário ed. Vozes, Petrópolis, 1996.

igualdade econômica, “[...] A igualdade de *status* é mais importante que a igualdade de rendas [...]” (MARSHALL, 1967, p.94), mas imprimir ao trabalhador o *status* de cidadão, através da garantia de certos bens e serviços essenciais (saúde, educação, habitação e lazer), além da proteção no trabalho por meio de legislação trabalhista e do que se passou a chamar sistema de seguro social, que Marshall (1967) irá demonstrar, em sua obra clássica, como um processo evolutivo da cidadania desde a consecução dos direitos civis e políticos aos sociais⁴.

Para isto buscou-se a união entre os princípios do keynesianismo e do fordismo aliados ao taylorismo, contrariando o *laissez faire* do liberalismo, que determinava quase ausência do Estado nas questões econômicas, onde a política social se confundia com filantropia “[...] A política social que preconizam não é a de responsabilidade do governo, mas de responsabilidade dos cidadãos esclarecidos, que devem assumir voluntariamente a proteção das classes populares [...]” (CASTEL, 1996, p. 314). O Keynesianismo remete ao Estado a função de mediador econômico. Assim, em tempos de crise, cabe ao Estado intervir, seja através de regulamentações, serviços ou até mesmo diretamente no mercado para proporcionar seu aquecimento. Já o fordismo inaugurou o que se chamou de produção em massa para consumo em massa, promovendo significativa mudança cultural, onde o trabalhador passa a se configurar como consumidor de bens e serviços (ROSANVALLON, 1984). Nesse sentido era preciso que todos, independentemente de pertencimento de classe, tivessem acesso aos bens e serviços produzidos, mesmo que resguardando certo grau de hierarquia social, pois, conforme Castel (1996) havia significativas diferenças nos bens e serviços consumidos pela classe trabalhadora em relação aos consumidos pelos capitalistas. Assim, o Estado se alia à Indústria, que era a principal fonte econômica da época, criando um conjunto de serviços, que nos dizeres de Marshall (1967), imprimiram nos sujeitos uma igualdade de *status*, pois, na sua concepção, “[...] a preservação de desigualdades econômicas se tornou mais difícil pelo enriquecimento do *status* da cidadania “(MARSHALL, 1967, p.109).

Alguns fatores sociais, políticos e econômicos foram decisivos para a possibilidade de implementação desse modelo nos países centrais. Martinelli (2007) aponta que desde meados do século XVII, com a Revolução Inglesa, e no século

⁴ Ver MARSHALL, T. H. Cidadania, classe social e *status*. Zaha, Rio de Janeiro, 1967.

XVIII, com a Revolução Francesa, emergiram os ideais de igualdade, fraternidade e liberdade aliados as idéias do liberalismo econômico, e embora tivessem como principal propósito a expansão do capital burguês, num dado momento histórico esses preceitos foram fundamentais para a consecução da luta operária. Foi através deles que a burguesia provocou a revolução do Estado Absolutista ou Absolutismo⁵ para o Estado Liberal⁶. Porém, esses mesmos ideais alimentaram em certa medida os sonhos operários de igualdade, principalmente com a publicação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1789, que embora os trabalhadores ainda não tivessem organização de classe, foi essencial para alavancar os embates sociais, posteriormente arregimentados pelos ideais revolucionários comunistas.

Ironicamente, burguesia e proletariado, assim como a Questão Social representada na contradição capital X trabalho são resultados de uma mesma dinâmica social, o surgimento do capitalismo. Desde sua fase puramente mercantil até a fase industrial, essas duas classes sociais emergem na figura do proprietário dos meios de produção e do proprietário da força de trabalho, respectivamente (CASTEL, 1996). No entanto, é a partir da Revolução Industrial que surgiu a “sociedade salarial”, a qual Castel (1996) aponta como fator indispensável na consecução do Estado Social, e conseqüentemente, das políticas sociais, uma vez que é através do fundo público, constituído pela contribuição financeira social (tributos trabalhistas de empregados e empregadores, impostos, etc.), que a “propriedade social” representada nos serviços sociais e seguro social é financiada. Da mesma forma, Martinelli (2007) destaca que essa mesma Revolução Industrial permitiu a organização operária em classe social, pois foi ela quem provocou macroscópicas transformações sociais, dentre elas a elevação quantitativa da massa de operários e sua conseqüente pauperização.

⁵ Regime político que defendia a concentração total do poder nas mãos do Rei (soberano), este entendido enquanto representante de Deus na terra, pois política, religião e economia se confundiam. Ver Nicolau Maquiavel, *O Príncipe*, tradução de Francisco Morais, Coimbra, Atlântida, 1935, Thomas Hobbes, *Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um estado Eclesiástico e Civil*, tradução de João Paulo Morais e Maria Beatriz Nizza da Silva, 2.^a Ed., Lisboa, Imprensa Nacional - Casa da Moeda 1942.

⁶ Também chamado de Estado de Direito é o modelo político onde há a separação entre público e privado, a divisão entre os poderes e o surgimento das concepções de cidadania e soberania popular. Ver LOCKE, John. *Dois tratados sobre o governo civil*. São Paulo: Martins Fontes, 1998; MONTESQUIEU, Charles de Secondat, Baron de. *O espírito das leis*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

Então, o Estado Providência se valeu de alguns pressupostos políticos e sócio-econômicos para se constituir, a “sociedade salarial” propiciada pelo avanço industrial e pela política do pleno emprego, pelo Estado-nação uma vez que a proteção social se limitava à cidadania nacional, pela consecução da “propriedade social”, representada nos serviços sociais e seguro social através do Keynesianismo, e, principalmente, no que Rosanvallon (1984) chama de “pacto inter-classes”, uma vez que grande parte do operariado organizado aceitou as condições desse modelo de regulação social, abandonando os ideais revolucionários.

É necessário evidenciar que o Estado Social conseguiu manter o controle social durante os chamados “anos gloriosos”, aliando crescimento econômico e bem estar social, mesmo que conservando parte dos princípios liberais na preservação da propriedade privada e da “mais-valia”, na hierarquia social no consumo de bens e serviços já evidenciados, além da dualidade do modelo de proteção social na divisão entre aptos X inaptos para o trabalho (CASTEL, 1996). Para aqueles, as políticas sociais se apresentam no pleno emprego, nos serviços sociais e seguro social. Para estes, resta apenas a assistência. Por outro lado, Marshall (1967) considera um significativo avanço no modelo de proteção social do Estado Social ao consubstanciar os direitos sociais, imprimindo ao trabalhador o *Status* de cidadão, defendendo inclusive que a igualdade econômica seria uma utopia inalcançável do ponto de vista prático, sendo a implementação dos direitos sociais através das políticas sociais a única forma de redução das desigualdades sociais.

A análise histórica mostra significativos avanços entre o modelo de proteção social liberal e o social-democrata, apesar da manutenção do *status quo*, como demonstra Castel (1996), e do quase total esgotamento dos ideais revolucionários. Porém, é necessário concebê-lo histórica e socialmente situado e, como tal, é engendrado em meio aos condicionantes políticos, culturais e econômicos, na correlação das forças sociais existentes em cada momento. São estes fatores que determinam avanços e retrocessos nos projetos societários, significando que a crise que o Estado Social vem sofrendo desde os anos setenta do século passado, sendo quase que totalmente sucumbido em alguns países, deve ser devidamente contextualizada, conforme será discutido em seguida.

2.2 NEOLIBERALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS

O Estado Social sobreviveu hegemonicamente durante aproximadamente três décadas, do pós-guerra ao início da década de setenta, quando seus pressupostos começam a ser colocados em xeque. Muitos estudiosos apontam como a principal causa da decadência do paradigma social democrata a crise econômica dos anos setenta (século XX), porém, na realidade, há a concorrência de diversos fatores ideológicos, culturais, políticos e econômicos nas transformações societárias ocorridas nas três últimas décadas do século XX e primeira do século XXI. Assim, com base em alguns pensadores, discute-se a seguir sobre a crise do Estado Social e a emergência do Neoliberalismo nas principais sociedades capitalistas.

Conforme Rosanvallon (1984), Mishra (1995), entre outros, não se pode apontar apenas a crise econômica como fator decisivo na derrocada do Estado Social. Essa crise teve sua contribuição ao diminuir as receitas dos Estados-Nações. No entanto esses autores assinalam que fatores ideológicos e político-culturais foram decisivos na mudança de paradigma: “[...] encontra-se num *impasse* financeiro, a sua eficácia econômica e social diminui, o seu desenvolvimento é contrariado por certas mutações culturais em curso” (ROSANVALLON, 1984, p.13). Igualmente, Mishra (1995) destaca que a crise é concebida como um conjunto de circunstâncias objetivas e interpretações subjetivas conforme orientação ideológica. Neste sentido, ambos reconhecem a existência de uma crise representada na contradição entre a diminuição de receitas por quotizações e impostos X aumento de despesas sociais, determinando impasse no financiamento da proteção social e sua conseqüente ineficácia.

Porém, Rosanvallon (1984) aponta que essa crise do capitalismo não se limita apenas a relações econômicas, mas está ligada à relação Estado e Sociedade. Ao assumir a responsabilidade em libertar a sociedade da necessidade e do risco, o Estado-Providência passa a atuar no campo da valoração social, significando que necessidade e risco dependem de aspectos sócio-culturais. Isto implica que em cada momento histórico cada sociedade cria suas necessidades conforme seus valores. Nessa perspectiva, Rosanvallon (1984) assinala a infinitude do objetivo proposto pelo Estado Providência, destacando que as despesas com o sistema de proteção social francês já alcançava, no início dos anos de 1980, a casa dos 44% do

Produto Interno Bruto (PIB), quando o próprio Keynes previa nos anos de 1940 que o Estado Social não suportaria a ultrapassagem de 25%. Isto implica que as necessidades sociais aumentaram conforme as mudanças culturais ocorridas durante as décadas e que seu financiamento remete à ideologia e prática política em disputa.

Outra discussão introduzida por esse autor se refere à crise de “solidariedade mecânica”, base do modelo de proteção social das sociedades tradicionais. O Estado Social, ao assumir o ônus da proteção social através do que Castel (1996) denominou de “propriedade social”, em que toda a sociedade contribui compulsoriamente para com o bem estar social, permitiu o avanço do neoliberalismo. Ao propor a proteção social, o Estado Social se coloca como um mediador afastado das disputas político-ideológicas, ao mesmo tempo em que propicia a quebra dos laços de solidariedade comunitária, dando permissão à ascensão da individualização neoliberal. Nesse momento, as idéias neoliberais, adormecidas desde o pós-guerra, começam a ressurgir oportunamente, desta vez ganhando legitimidade pública.

Por outro lado, Behring (2007) afirma que o *Welfare State* foi uma experiência político-econômica que já nasceu condenada, sobretudo pela incompatibilidade entre acumulação e equidade. Para a autora, esse modelo sucumbiu ao tentar unir dois aspectos contraditórios e impossíveis de conciliação. Como projeto ideológico da classe dominante, o *Welfare State* foi mais uma estratégia na busca da perpetuação do capital, uma opção à crise do modelo liberal, representado na quebra da bolsa de valores de Nova York 1929. Enquanto permitira audacioso crescimento econômico fora hegemônico, porém, ao ameaçá-lo, deveria ceder lugar a outro modelo capaz de manter o *status quo*.

Nesta perspectiva, Behring (2007) mostra que, apesar de existirem desde os anos quarenta (séc. XX), é na crise dos anos de 1970 que as teses neoliberais vão tomar fôlego, atribuindo-a ao Estado Protecionista e ao poder dos sindicatos. Assim, o neoliberalismo propõe a desoneração social do Estado, uma vez que, segundo seus pressupostos, era a proteção social a principal responsável pela queda na taxa de lucros e aumento da inflação.

[...] A fórmula neoliberal para sair da crise pode ser resumida em algumas proposições básicas: 1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um estado parco para os gastos sociais

e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa *natural* de desemprego; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos e 6) os desmontes dos direitos sociais [...] (BEHRING, 2007, p. 24 e 25).

Diante disso, Fitoussi et. al (1997) elaboram uma análise sobre as desigualdades sociais desenvolvidas ao longo das mutações ocorridas no capitalismo. O primeiro tipo, chamada por eles de “desigualdades tradicionais”, se dá na relação inter-categorias, sendo própria do Estado Social, através da hierarquização social. O segundo tipo, inerente ao neoliberalismo, ocorre com o processo de “individualização negativa”, através da crise de identidade social, que Fitoussi denominou de “desigualdades novas”. Com a vulnerabilização do trabalho representada no aumento do desemprego, terceirização e desregulamentação trabalhista, cada vez mais os sujeitos perdem o sentido de classe social e assumem a postura de concorrentes. Segundo esses autores, a cultura neoliberal não se resume apenas às relações trabalhistas, expandindo-se para todas as relações sociais, determinando assim desigualdades até nas relações familiares. Assim como outras instituições comunitárias, a família perde seu referencial de proteção e acolhida, configurando-se também em um espaço de concorrências, fundamentada apenas em uma espécie de contrato de convivência. Soma-se a isto a perda de referencial ideológico e político alternativo, provocando cada vez mais individualização dos sujeitos.

Mishra (1995) aponta, em suas análises sobre a falência do Estado Social, o desequilíbrio do sistema Keynesiano através do que denominou de estagflação, estagnação do crescimento econômico e aumento da inflação, determinando a quebra do pleno emprego, um dos principais pressupostos do Estado Social, porém destaca como principal fator a luta de classes, concorrências e conflitos de ideologias. Para ela, as últimas décadas do século XX vêm alimentando uma intensa disputa ideológica entre o “Social corporativismo” e o Neoliberalismo, quando por um lado há a afirmação da falência total do Estado Social e, por outro, a deliberação de sua irreversibilidade. Nessa intensa luta, é difícil tomar partido por um ou outro, seus estudos assinalam que o projeto ideo-político neoliberal está sendo implementado de diferentes formas nos diversos países, havendo uma clara contradição entre o discurso e a prática, sobretudo pela resistência da classe trabalhadora na garantia dos direitos conquistados no Estado Social. Nesse sentido, tanto o governo Reagan,

nos Estados Unidos, como Thatcher, na Inglaterra, não conseguiram implementar suas propostas de total privatização da proteção social. No entanto se registra ao longo das décadas o sucateamento dos serviços públicos pela falta de investimentos e o aumento da taxa de desemprego, o que vem acarretando maiores custos sociais devido o aumento da pobreza.

Assim como o paradigma social democrata, o neoliberalismo vem sendo construído e reconstruído na sociedade contemporânea dentro de limites históricos, políticos e sociais. Nesse sentido, em cada Estado Nação se apresenta conforme a correlação de forças existente, que, por sua vez, determina sua composição global. O fato é que, de acordo com Behring (2007), o neoliberalismo não vem cumprindo suas promessas, pois não conseguiu promover taxas de crescimento próximas das alcançadas durante o Welfare State. Por outro lado, nos países onde controlou a inflação, o fez por meios contraditórios ao provocar altas taxas de desemprego e queda de tributação, elevando assim a demanda por proteção social. Assim, nos finais dos anos 1990 e início de 2000, o balanço social é desalentador, representado no aumento da pobreza, do desemprego e da desigualdade, com avanço da concentração de riquezas aliado ao desmonte do sistema de proteção social.

De fato, a história vem comprovando que o capitalismo se adapta à realidade, buscando em cada momento estratégias propícias à sua perpetuação. Com a crise global que vem ameaçando o mundo desde o final do século passado, com maior intensidade nos últimos anos, a realidade parece repetir-se. Assiste-se novamente as nações tidas como centros do desenvolvimento político-econômico retomarem pactos de cunho keynesiano como estratégias de saída da crise gerada no e pelo próprio capitalismo, através do mercado financeiro. Assim, a intervenção do Estado com políticas de proteção social e incentivo à produção industrial e ao consumo, retomam a pauta do dia no Brasil e no mundo. Isto pode ser exemplificado nacionalmente na redução do imposto sobre produtos industrializados, diminuindo o preço de bens de consumo, e internacionalmente, na estatização de grandes multinacionais como é o caso da General Motors e o Estado Norte-Americano. Não se sabe o quanto vai durar a crise, nem tão pouco se essas medidas serão eficazes, porém o que preocupa é que, como resultado do neoliberalismo, a classe que vive do trabalho se encontra totalmente desorganizada como tal, não apresentando poder político para propor projetos societários alternativos que possam influenciar as decisões e ações a serem implementadas.

2.3 A REALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

A trajetória histórico-política do Brasil resguarda grandes peculiaridades em relação aos países centrais, sobretudo quanto à consecução da proteção social. Neste sentido, Telles (2001) destaca a existência de uma dualidade quanto ao desenvolvimento político e econômico ocorrido no século XX, que conseguiu imprimir razoável modernização e aumento da riqueza, em detrimento da falta de cidadania política, civil e social.

O Brasil, um país com tradições oligárquicas, desenvolveu ao longo de sua história práticas político-econômicas alinhadas com os interesses da classe dominante. O resultado disso foi que, mesmo com a reestruturação política dos anos 1930 (Era Vargas), quando surgiram as primeiras medidas políticas estatais, transvertidas pelo ideário de proteger o trabalhador brasileiro com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e o surgimento da previdência social, entre outras, tiveram como esteira um Estado autoritário e populista, que sufocou as lutas da nascente classe trabalhadora através da cooptação e controle dos sindicatos. Conforme aponta Carvalho (2004), no Brasil seria difícil a garantia dos direitos sociais com direitos políticos e civis tão precários, diferentemente dos países centrais, que implementaram os direitos sociais já com os direitos políticos e civis assegurados.

Esse quadro se desenrolou durante todo século XX e início do XXI, pois mesmo nos momentos de democratização política, sobretudo no pós Constituição de 1988, há um paradoxo entre a garantia legal da proteção social e sua efetivação. Enfatizando a contradição entre o discurso político e a prática, Telles (2001) aponta que essa Constituição se apresentara como a expressão da aspiração popular por uma sociedade democrática e igualitária. Assim, no seu capítulo intitulado “da Ordem Social”, inscreve a garantia de bem-estar e justiça social através da seguridade social, que engloba as Políticas Públicas de Saúde, Previdência e Assistência Social. Consubstanciadas pelos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento e a descentralização político-administrativa com participação e controle social, a seguridade social aponta para a superação do que Wanderley Guilherme dos Santos (1979) denominou de cidadania regulada. Esse modelo que perdurou até a década de 1980, atrelava os direitos sociais à inserção

no mercado formal de trabalho, dividindo a população entre cidadãos e desvalidos. Para estes, uma assistência social filantrópica desenvolvida pelas instituições de caridade. Para aqueles, direitos determinados pela colocação no mercado de trabalho.

Faleiros (2000) assinala que as políticas sociais são frutos dos intensos embates políticos e sociais engendrados na tríade Estado, Sociedade e Economia, sob a dinâmica da luta de classes. Nesta perspectiva, em cada contexto histórico se apresenta-se conforme a correlação de forças existentes. No Brasil, elas sofreram algumas transformações, conforme a práxis político-econômica vigente, desde que resguardassem a hegemonia da acumulação de capital através da direção dominante do bloco no poder.

Neste sentido, as políticas sociais atravessaram quatro momentos distintos durante o século XX, sempre buscando preservar a legitimação do Estado (FALEIROS, 2000). O primeiro, que data dos anos 30 aos 60, liderado pelo governo Getúlio Vargas, foi marcado pela implantação de um sistema de seguro social para determinados setores da classe trabalhadora. Assim, altamente fragmentado em categorias, limitado e desigual na distribuição dos benefícios, fora denominado como um modelo de seguridade restrita a contribuintes, com políticas clientelistas, assistencialistas e focalistas. Configurando-se numa espécie de acordo de classes com a participação do Estado, o governo Vargas logrou o controle dos movimentos trabalhistas emergentes, unindo coerção e benefícios através de práticas populistas e concentradoras de poder, deixando de fora da proteção social os trabalhadores rurais, maioria da população brasileira. Esse modelo foi financiado através da criação de um fundo público com contribuição tripartite entre trabalhadores, Estado e patronato.

O período de implementação da Ditadura Militar (1964-1988) foi classificado por Faleiros (2000) como o momento de desenvolvimento de um “complexo industrial-militar-assistencial”. Era contraditória marcada por breve crescimento econômico e modernização da indústria, com a entrada de capital estrangeiro no país, repressão política e emergência de lutas sociais lideradas pelo movimento sindical. Na tentativa de legitimar o Estado Totalitário e ao mesmo tempo garantir expansão econômica com o aumento do consumo, o bloco “militar-tecnocrático-empresarial” implementou algumas medidas sociais, ampliando a proteção social para alguns segmentos sociais antes abandonados pela política getulista. Neste

sentido, foram incluídos no sistema previdenciário os trabalhadores rurais (meio salário mínimo sem contribuição), empregados domésticos, jogadores de futebol e ambulantes. Os idosos pobres, com mais de 70 anos, também foram beneficiados com a chamada “Renda Vitalícia”, no valor de um salário mínimo para aqueles que houvessem contribuído no mínimo um ano com a previdência. Esse modelo político repressivo, centralizador, autoritário e desigual continuou a propiciar políticas sociais focalistas e assistencialistas, configurando-se em serviços públicos para os trabalhadores contribuintes, serviços privados para uma pequena elite pagante e a caridade para os pobres, através da filantropia ou serviços municipais precarizados.

Com intensas lutas sociais e forte crise econômica emergentes ainda no final dos anos de 1970, os anos de 1980, no Brasil, foram marcados por uma grande recessão econômica e significativo avanço sócio-político. Com uma conjuntura econômica marcada por crescente inflação e acentuada dívida pública, a sociedade civil desempenhou importante papel no processo de redemocratização política e social do país através dos movimentos sociais. O resultado disso foi a Constituição Federal de 1988, que representa as contradições da sociedade brasileira ao unificar princípios liberais, democráticos e universalistas na convergência de políticas estatais e políticas de mercado, no chamado sistema de seguridade social (saúde, assistência e previdência social). Da mesma forma, apesar de ampliar a cobertura da previdência social e direitos trabalhistas aos trabalhadores rurais, além de universalizar o direito à saúde pública, mantém a assistência social focalizada e acentuada diferenciação no sistema previdenciário. Um importante avanço preconizado nessa Carta Magna é a democratização das políticas sociais, através da descentralização política e administrativa, principalmente com a garantia da participação e controle popular (FALEIROS, 2000).

Apesar dessa Constituição representar importantes avanços, principalmente na democratização política e social, sinalizando para a superação de desigualdades históricas, os anos de 1990 foram marcados por intensas injunções neoliberais na elaboração das legislações complementares à Constituição Federal. A Assistência Social foi regulamentada apenas em 1993, através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei 8742/93. Embora essa legislação garanta como direito do cidadão e dever do Estado, a Assistência Social passou a ser implementada massivamente pelas organizações filantrópicas, só sendo criado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em meados da primeira década do século XXI, ainda

assim com políticas focalizadoras garantindo apenas o “mínimo social”. Igualmente, a política pública de saúde fora regulamentada em 1990, com a Lei 8080/90, Lei Orgânica da Saúde (LOS), assegurando a universalidade no acesso e a supremacia do Estado na sua garantia, ao mesmo tempo em que permite sua exploração pela iniciativa privada. O mesmo vem ocorrendo com a educação pública, regulamentada somente em 1996 pela Lei 9394/96, Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB), que, contraditoriamente, assegura-a como direito universal e abre espaço para sua consecução pela iniciativa privada.

Diante dessa realidade, Behring e Boschetti (2007) chamam a atenção para a “contra-reforma neoliberal” que o Estado brasileiro vem sofrendo durante a última década do século XX e primeira do XXI. Conforme essas autoras, as mudanças político-econômicas que os governos brasileiros vêm implementando no país, principalmente através das privatizações e reformas previdenciárias e trabalhistas, ignoram importantes conquistas das lutas populares do final dos anos 1970 e dos anos 1980.

A Constituição de 1988 assinalou a possibilidade de ultrapassagem do Estado burguês, implementado historicamente no Brasil, para a consecução de uma democracia e cidadania plenas ao garantir direitos civis, políticos e sociais. No entanto, o que se percebe a partir dos anos 1990 é o desenvolvimento de ajustes alinhados com as idéias neoliberais, consubstanciados na abertura econômica para o capital internacional e no encolhimento do Estado para a proteção social. O resultado disso é o desmantelamento de várias empresas brasileiras incapazes de enfrentarem a concorrência das multinacionais e o desenvolvimento de políticas sociais orientadas pela privatização, focalização e descentralização das políticas sociais (BEHRING e BOSCHETTI, 2007).

2.4 A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Na discussão sobre a saúde pública brasileira é necessário destacar o que se denominou, a partir da Constituição de 1988, como Seguridade Social. Esse sistema vem sofrendo grandes injunções na sua configuração efetiva, fundamentadas nos ideais neoliberais, contrariando os pressupostos elaborados a partir das lutas sociais das décadas de 1970 e 1980.

Conforme Mota (2007), a seguridade social representa o que muitos autores, ao se referirem aos países centrais, denominaram de sistema de proteção social, que tem sua centralidade na relação capital *versus* trabalho. Como resultante das lutas dos trabalhadores, tem seu reconhecimento pelo patronato e pelo Estado, conforme os valores e ideologias historicamente situados, que procuram conduzi-la de forma a contemplar os anseios do capital.

O modelo de seguridade social adotado no Brasil desde o início do século XX foi o de uma espécie de seguro, em que a oferta do serviço dependia da contribuição prévia. Com exceção da assistência social que era praticada pela filantropia, toda proteção social dependia da inserção de seu demandatário no mercado de trabalho formal (BOSCHETTI e SALVADOR, 2007).

Acompanhando essa realidade política e social, a saúde no Brasil só passou a ser tratada mais efetivamente pelo Estado na década de 1930. Com a emergência do trabalho assalariado e conseqüentes lutas sociais, ainda na década de 1920 surgem as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), a partir da Lei Eloi Chaves, financiadas pela União, empresas e empregados, que organizam um sistema de proteção social focalizado nos grupos restritos de trabalhadores portuários, marítimos e ferroviários. Com a crescente industrialização e urbanização, há uma conseqüente precarização do trabalhador e logo o governo Vargas (décadas de 1930-1940) passou a implementar um conjunto de políticas sociais no intuito de manter o controle social. Entre elas, uma política de saúde dividida no setor de saúde pública e no de medicina previdenciária. O primeiro se direcionava a toda a população e se restringia a campanhas higienistas e de combate a endemias, coordenada pelo Departamento Nacional de Saúde. O segundo estava ligado aos recém-criados Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), substitutos das CAPs, que visavam estender a cobertura para um número maior de categorias. Esse modelo dual foi implementado durante várias décadas, caracterizado por poucos orçamentos financeiros, atendimentos precários e acentuadas epidemias infecciosas e parasitárias, com altas taxas de morbi-mortalidade infantil e em geral (BRAVO, 2007).

Com a tomada do poder político pelos militares em 1964, houve uma maior intervenção estatal, caracterizada pelo já discutido binômio repressão-assistência, onde ao mesmo tempo em que se ampliou a cobertura da seguridade social, através da unificação da previdência social pela junção dos IAPs, efetivou-se uma política de

saúde favorável ao capital privado. Com a reestruturação ocorrida em 1966, confirmou-se a predominância da saúde curativa previdenciária comandada pelo setor privado, que passou a explorar os seguros saúde e previdenciário, além da criação de serviços sociais dentro das próprias empresas. Por outro lado, houve um declínio da saúde pública por meio desse modelo de privilegiamento do setor privado. As suas principais características foram a extensão da cobertura da previdência, a ênfase na prática médica individual, curativa e lucrativa, a articulação do Estado com o capital internacional através da indústria médico-farmacêutica e criação do complexo médico-industrial e a assistência médica diferenciada conforme tipo de clientela (BRAVO, 2007).

O final dos anos de 1970 e início dos 1980 foram marcados pela emergência das lutas sociais no Brasil, fato que contribuiu significativamente para um redimensionamento da saúde pública brasileira. O principal fator favorável a isto, apontado por Bravo (2007), foi a articulação entre diversos segmentos (profissionais de saúde, movimento sanitarista, Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), partidos políticos de oposição e movimentos sociais urbanos), que introduziram em suas agendas políticas o debate em torno da democratização da saúde no controle e sua gestão e na universalização da assistência. Essa autora chama a atenção para a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, por ter ampliado a discussão para a dimensão popular, através de suas várias entidades representativas, reafirmando a proposta da Reforma Sanitária e do Sistema Único. Isto resultou no surgimento de dois pólos de interesses distintos na Assembleia Constituinte: os empresários hospitalares e industriais farmacêuticos, por um lado, e representantes da Reforma Sanitária, por outro.

Com uma plataforma política que assegurava a consecução de um estado democrático e de direito, portanto, capaz de desenvolver políticas sociais universalizadas e, conseqüentemente, a política de saúde pública, o Movimento pela Reforma Sanitarista logrou importantes conquistas na Carta Magna. Devido ao seu poder estratégico, pois ao se constituir na Plenária Nacional pela Saúde foi capaz de desenvolver significativa mobilização social, congregando centenas de entidades, elaborando antecipadamente um projeto de texto constitucional claro e conciso que atendia a seus reclamos, além de manter-se resistente em constantes pressões aos constituintes. No entanto, os representantes dos interesses do capital foram

resistentes e a Carta Magna resultou num arranjo político, contemplando anseios populares e burgueses.

Após várias disputas e acordos entre esses dois pólos, a Constituição de 1988 passou a garantir vários direitos reivindicados pelo Movimento Sanitarista, sinalizando caminhar para a construção de um Estado Social Democrático capaz de reparar desigualdades históricas através da consecução de um sistema de proteção social universal. Nesse sentido, preconiza a articulação entre as políticas de saúde, assistência e previdência social no desenvolvimento de uma rede de serviços sociais.

Para a política de saúde, os principais avanços se deram na universalização do acesso, através da primazia do Estado na sua garantia, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve integrar uma rede hierarquizada de serviços de saúde pública, regionalizada e descentralizada, devendo oferecer atenção integral à população. A participação e controle popular através das conferências e fóruns, além dos conselhos deliberativos nas três esferas de governo, assinalam a possibilidade de democratização de sua gestão.

Por outro lado, ao facultar a exploração da saúde pela iniciativa privada, “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (CF, art.199, 1988), inclusive através de seu credenciamento ao próprio SUS, essa Constituição abre a possibilidade para a consecução de práticas alinhadas com os pressupostos neoliberais, tão altamente divulgados internacionalmente naquele momento histórico. Esse paradoxo se verifica também nas outras duas políticas integrantes da seguridade social, Previdência e Assistência Social, ao aliar princípios próprios à social democracia a possibilidades de um Estado neoliberal. Assim, não apenas a saúde, mas toda a seguridade social sofreram na década de 1990 intensos golpes através da efetivação das “contra-reformas” neoliberais.

Neste sentido, a seguridade social brasileira tem sido redefinida sob a esteira de um mercado de trabalho precarizado e desprotegido, aliada à crença neoliberal da privatização e responsabilização social através do terceiro setor. Mota (2007) demonstra que o Estado brasileiro neoliberal das últimas décadas vem se apropriando de bandeiras de lutas alçadas pela classe trabalhadora, reconfigurando-as conforme os anseios do capital, na busca de sua perpetuação. Assim, transverte o cidadão em consumidor com a privatização de serviços sociais como saúde e previdência social, ao mesmo que se reduz para execução de políticas públicas,

transferindo sua responsabilidade para a sociedade civil, sob o discurso da solidariedade.

Bravo (2007) destaca que ainda no final dos anos de 1980 já haviam algumas sinalizações quanto às incertezas na efetivação dos princípios e diretrizes assinalados na Constituição Federal. Para ela, os principais motivos para isso eram a reorganização dos setores desfavoráveis à Reforma Sanitarista e à desmobilização do Movimento pró-reforma, sobretudo pelas tensões com os trabalhadores em saúde, devido à ineficiência do setor público e ausência de resultados concretos na melhoria da assistência à população, causando assim a redução do apoio popular.

Diante disso, essa autora afirma que os anos de 1990 se configuraram na consolidação do projeto de saúde voltado para o mercado, alavancado pelas “contra-reformas” previdenciária e do Estado. A primeira desmontou a pretensa seguridade social, reafirmando o modelo de seguro construído durante todo século XX, ao desvincular a Previdência Social da Saúde e da Assistência Social. A “contra-reforma” do Estado foi a responsável pela reorganização do Estado brasileiro e pelo redirecionamento da sua função social, inscrita na versão original da Constituição Federal de 1988. Ela lhe determinou reajustes na sua composição estrutural e financeira ao imprimir um modelo gerencial alinhado com o paradigma capitalista da produtividade e “racionalização” de custos. Ao mesmo tempo, logrou retirar sua responsabilidade quanto à efetivação dos direitos sociais, resultando disso a desconstrução do projeto de saúde elaborado com os embates sociais dos anos 1980, conforme Bravo (2007, p100):

A proposta política de saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Com relação ao Sistema único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

A partir de então, assiste-se no Brasil ao embate entre duas tendências ideológicas para a saúde. De um lado, o paradigma social-democrático, que reclama a consecução de um sistema de saúde público e universal de responsabilidade estatal

capaz de prevenir e promover saúde a todos quantos necessitarem, integralmente. Do outro lado, a ideologia neoliberal, que tem avançado consideravelmente rumo à privatização da saúde centrada na política de ajustes fiscais, determina a assistência através do mercado para as pessoas capazes de comprá-la, principalmente com o incentivo ao seguro saúde. Ao Estado resta apenas o atendimento focalizado nas populações miseráveis, seja através das unidades públicas de saúde ou da rede credenciada, que se configura também numa forma de privatização.

Para Bravo (2007), o Governo Lula, eleito no início dos anos 2000, não apresenta cisão com a política neoliberal implementada na década anterior, pois, apesar de apontar algum avanço rumo a democratização da Saúde Pública, não vem logrando transformações nos seus principais aspectos: construção de uma Seguridade Social de fato e financiamento adequado. Embora tenha montado equipes técnicas compostas hegemonicamente por simpatizantes/militantes do Movimento Sanitarista no Ministério da Saúde, realizado algumas mudanças em sua estrutura administrativa e convocado a 12ª Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 2003, dando demonstração de progresso, manteve práticas regressivas. A assistência continua focalizada ao não reestruturar o Programa de Saúde da Família, a relação trabalhista é precarizada, sobretudo com os baixos salários e com a terceirização, há um acentuado desfinanciamento da saúde, sendo evidenciado com a desvinculação da contribuição por movimentação financeira (CPMF), que apesar de ter sido criada para financia-la, foi utilizada para criação de superavit primário, além de manter a mesma proposta de desarticulação entre as políticas de Saúde, Assistência e Previdência Social.

Partindo desta análise histórico-política da Saúde Pública no Brasil, percebe-se a convivência de continuidades, avanços e retrocessos em determinados momentos históricos, conforme o poder de luta emanado pelas classes sociais existentes. No momento, apesar de alguns avanços, principalmente no campo do discurso jurídico, a realidade se apresenta favorável à expansão neoliberal, sobretudo com a frustração do projeto constitucional para a Seguridade Social, em detrimento do afogamento das pretensões democráticas constitucionais. Ao contrário, o SUS precisa ser alavancado para o rumo assegurado na Constituição de 1988, requerendo assim a retomada dos embates e ideais alçados pelo Movimento Sanitarista através da resistência das classes sociais progressistas, tendo em vista a

consecução de uma Política de Saúde Pública comprometida com a cidadania democrática.

3. TOXICOMANIA: UMA IMPORTANTE EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL NO BRASIL

A Questão Social, entendida como a contradição entre capital X trabalho, vem se expressando das mais variadas formas em determinados contextos sócio-políticos (NETO, 2004).

Como foi discutida anteriormente, a saúde pública brasileira segue essa lógica ao revelar objetivamente os diversos interesses das classes sociais, seja do ponto de vista jurídico, assinalado na Constituição Federal de 1988, e suas leis regulamentares, seja do ponto de vista ídeo-político, revelado nas lutas alavancadas pelos movimentos sociais ao longo do final do século passado e início deste, como o Movimento pela Reforma Sanitária e o pela Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, este capítulo propõe elaborar uma reflexão sobre o uso e abuso de substâncias psicoativas e suas interseções com a saúde pública brasileira, enquanto uma das interfaces da Questão Social.

Vale ressaltar que os dados estatísticos apresentados neste capítulo fazem um recorte histórico entre as três últimas décadas do século passado e primeira metade desta década, devido o autor não ter encontrado números mais recentes nas pesquisas bibliográficas elaboradas junto às publicações de órgãos oficiais e de estudos acadêmicos científicos, que revelem uma panorâmica completa da realidade do uso e abuso das drogas no Brasil. Neste sentido, baseia-se principalmente no último levantamento domiciliar sobre uso e abuso de drogas no Brasil, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em parceria com a Secretaria Nacional Anti-drogas (SENAD), publicado em 2005.

3.1 A TOXICOMANIA E SUAS COMPLEXIDADES PARA A SAÚDE PÚBLICA

Segundo a OMS (2002), o uso de substâncias psicotrópicas existe há milênios nas culturas humanas, sendo utilizado de várias formas por diversos povos de acordo seus costumes. Na maioria das etnias, as drogas sempre tiveram uma função medicinal e/ou religiosa, sendo então utilizadas em procedimentos médicos e ritos devotos. O agravante é que, na sociedade urbana, essa utilização tem sido banalizada e se intensificado a altos patamares. Essa ascensão no uso das SPAs

pode está sendo impulsionado pelo modo de vida “pós-moderno”, que traz em seu cerne aspectos como: o avanço tecnológico na alta produção de produtos químicos sintéticos/semi-sintéticos, o mercado de consumo e o processo de globalização, que entre outras coisas proporcionam uma maior aproximação do indivíduo ao produto, sobretudo pelo poder da mídia, somados a falta de esperanças dos indivíduos devido a intensificação da miserabilidade.

O segundo levantamento domiciliar sobre o uso de substâncias psicoativas no Brasil foi realizado em 2005 pelo CEBRID e revelou que 74,6% das pessoas fazem uso de álcool no decorrer de sua vida, estimando-se que 12,3% da população são dependentes de bebidas alcoólicas. O tabaco vem em segundo lugar, com 44% para uso experimental e 10,1% de dependência. A primeira colocada no ranking das drogas ilícitas é a maconha, com 8,8% de experimentação e cerca de 1,2% de dependência. Um dado que chama a atenção é o uso de benzodiazepínicos, com 5,6% de uso experimental e 0,5% para dependência. Este estudo envolveu as 108 cidades do país com mais de 200 mil habitantes (CARLINI, GALDUROZ, et al, 2007).

Em decorrência dos elevados índices de consumo, surgem vários problemas de ordem estrutural e social, pois, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) a síndrome de dependência em psicoativos é considerada como uma doença, inscrita na Classificação Internacional de Doenças em sua décima versão, do ano de 1989 (CID-10), que tem como conseqüências uma série de complicações, entre elas o surgimento ou agravamento de anomalias fisiológicas ou psiquiátricas, problemas psicológicos, acidentes, além de interferir nas relações interpessoais e desencadear conflitos com a lei. Neste sentido, a CID-10 traz os vários transtornos mentais devidos ao abuso de substâncias psicoativas, conforme quadro a seguir:

Patologia	Descrição
Intoxicação aguda	Perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas em conseqüência do uso de substâncias psicoativas.
Uso nocivo para a saúde	Modo de consumo que causa prejuízo à saúde fisiológica ou psíquica.

Patologia	Descrição
Síndrome de dependência	Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, incluso o
Síndrome de dependência	álcool, tipicamente associado ao forte desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à sua utilização persistente, apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância à droga e, por vezes, a um estado de abstinência física.
Síndrome ou estado de abstinência	Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável. Ocorre quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado.
Síndrome de abstinência com delírium	Estado de abstinência que se complica com a ocorrência de delírium.
Transtorno psicótico	Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base na intoxicação aguda e que também não participam do quadro de uma síndrome de abstinência. Alucinações, distorções das percepções, idéias delirantes, afetos anormais, ex: Alucinose alcoólica, ciúme alcoólico, paranóia alcoólica.
Síndrome amnésica	Síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória (fatos recentes e antigos). Ex: Psicose ou síndrome de Korsakov induzida pelo álcool, transtorno amnésico induzido pelo álcool.

Patologia	Descrição
Transtornos psicóticos residuais ou de instalação tardia	Modificações induzidas pelo álcool, do afeto, da cognição, da personalidade ou do comportamento, que persistem por um período maior do que podem ser considerados como um efeito direto da substância.
Transtornos psicóticos residuais ou de instalação tardia	A ocorrência da perturbação deve estar diretamente ligada ao consumo da substância.

Quadro 01: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao abuso de álcool e outras drogas conforme inscrição feita no CID-10.

Fonte: CID-10

Tudo isso causa um enorme prejuízo social, principalmente pelos altos índices de despesas com tratamento de saúde e pagamentos de seguros. A tabela 01, a seguir, representa o alto índice de gastos do SUS com atendimentos aos transtornos provenientes do abuso de psicotrópicos, no período de 2002 a 2004. (BRASIL, 2004).

Morbidades – CID-10	2002	2003	2004 *	Valor total	Gastos
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	62.582.338,86	60.336.408,98	19.727.259,62	142.646.007,46	83 %
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outras substâncias psicoativas	11.865.485,78	12.689.961,70	4.543.509,13	29.098.956,61	17 %
Total de gastos anuais	74.447.824,64	73.026.370,68	24.270.768,75	171.744.964,07	100 %

Tabela 01: Despesas do SUS com alcoolismo em relação a despesas do SUS com transtornos consequentes de outras drogas.

Fonte: DATASUS, 2004

*Até abril de 2004

Esses dados chamam a atenção para uma importante faceta da questão social brasileira, pois apesar da importância que se deve à problemática das drogas

ilícitas, quanto ao tráfico, que causa imenso prejuízo de arrecadação fiscal ao Estado e toda a violência propagada pela mídia. No entanto, é a utilização das drogas lícitas que vem provocando um enorme problema de saúde pública.

Uma ampla pesquisa realizada no período de 1988 a 1999 nos hospitais e clínicas psiquiátricas de todo Brasil (NOTO e MARCHETTI, 2005) demonstrou que o álcool foi responsável por 90% das internações por dependência. Ao analisar um total de 120.111 laudos do Instituto Médico Legal (IML) de São Paulo, entre 1987 e 1992, Caetano e Galduroz (2006) testificaram que 18.263 foram positivos para alcoolemia, com uma média de 2.605 casos por ano. Um total de 130 processos de homicídios foram analisados em Curitiba entre 1990 e 1995, sendo constatado que 53,6% das vítimas e 58,9% dos autores estavam sob efeito do álcool no momento do crime (DUARTE e CARLINI, 2000). Conforme Galduroz et al (2004), a AB DETRAN (Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito) realizou um amplo estudo em 1997 sobre acidentes de trânsito e consumo de bebidas alcoólicas em quatro capitais (Brasília, Curitiba, Recife e Salvador), revelando que 27,2% das 865 vítimas de acidentes, sujeitos da pesquisa, apresentaram alcoolemia superior a 0,6 g/l, limite máximo permitido pelo código de trânsito brasileiro sancionado àquele ano.

O documento da Política do Ministério da Saúde para a Atenção a Usuários e Álcool e outras Drogas, publicado em 2003, também destaca dados interessantes sobre esse fenômeno. Pesquisa encomendada pelo Ministério da Saúde e em andamento naquele ano apontava que a alcoolemia estava presente em 53% das vítimas de acidentes de trânsito atendidas no Hospital das Clínicas de São Paulo. Das vítimas fatais/IML/São Paulo, 96,8% tiveram resultados positivos para a presença do álcool no sangue e cerca de 28% dos óbitos/ano por causas externas se referiram a acidentes de trânsito provocados pelo uso abusivo de álcool. Isto teve um custo para o SUS de aproximadamente um milhão de reais. Dados do DATASUS (2001), inscritos nesse documento, mostra que nesse ano foram realizadas 84.467 internações em hospitais públicos devidas a problemas relacionados ao uso de álcool, quatro vezes mais que o número de internações por uso de outras drogas. Também foram emitidas 121.901 Autorizações para Internamentos em Hospitais (AIHs) para internações devido ao alcoolismo, totalizando um custo anual de mais de 60 milhões de reais para os cofres públicos. O documento ainda refere uma pesquisa realizada nos Estados Unidos pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Drogas daquele país, apontando que em 68% dos homicídios culposos, 62% dos

assaltos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos em 1997 o uso excessivo de substâncias alcoólicas estava presente.

O alto consumo de álcool tem interferências mercadológicas, pois a cerveja apresenta um índice de consumo per capita/ano de 54 litros, seguido da cachaça, com 12 litros, e do vinho, com 1,8 litros no Brasil. Para a OMS (1999), esse país apresentou um aumento de 74,5% no consumo per capita de álcool entre as décadas de 1970 e 1990. Neste sentido, em 2005 se estimou uma produção de 9.884 milhões de litros de cerveja, a cachaça teve uma produção de 1,3 bilhões de litros em 2002, sendo 14,8 milhões para exportação, e o vinho teve, em 2000, uma produção de 2,3 milhões de litros (GALDUROZ e CAETANO, 2004).

Sobre a discussão das interferências econômicas no consumo de drogas psicotrópicas, Minayo (2003) destaca que tanto as lícitas quanto as ilícitas estão imersas na economia globalizada, utilizando-se e beneficiando-se dos seus vários instrumentos. Reproduzindo as características mais avançadas do capitalismo contemporâneo, a produção e distribuição das SPAs se configura numa organização complexa, inserida nos circuitos globais, através de redes internacionais, atingindo todas as populações mundiais, independentemente de classes ou camadas sociais. Neste sentido, utiliza sofisticadas estratégias de acumulação, participando efetivamente do capitalismo concorrencial.

Vários autores, entre eles Buning (2004), distinguem as formas de consumo das substâncias psicoativas em uso experimental, uso ocasional, uso abusivo e a dependência propriamente dita. No primeiro caso, o indivíduo utiliza apenas uma vez; o uso ocasional também é conhecido como uso social, sendo efetuado conforme oportunidade social, mas não provoca nenhuma consequência; o uso abusivo se configura com certa continuidade e prejuízos afetivo-sociais; já na dependência, tudo mais perde o sentido e a inclinação para a droga é total.

Para alcançar a dependência, concorre uma série de fatores psicossociais no tempo e no espaço, tendo necessariamente que ser atravessadas todas as formas de uso, sendo que o uso abusivo deve ser considerado como uma questão grave. A OMS calcula que 50% dos prejuízos causados pelo consumo de SPAs são provenientes do uso abusivo, principalmente do álcool (BUNING, 2004).

Conforme apontam Duarte e Morihisa (2008), devido ao álcool ser a droga mais difundida, a compreensão do alcoolismo foi fundamental para o entendimento dos diversos modos de consumo das SPAs. Por outro lado, verifica-se uma grande

discrepância entre o consumo do álcool e o consumo de outras drogas no que se refere às consequências à saúde pública e o próprio Ministério da Saúde classifica o alcoolismo como o principal problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2003). Neste sentido, a seguir será discutida a complexidade que envolve os relacionamentos dos indivíduos/coletivos com o álcool.

3.1.1 Alcoolismo: Uma complexa questão de saúde pública

O etanol, nome científico do álcool, é uma substância química que age diretamente no sistema nervoso central, causando dependência. Porém antes de chegar ao cérebro, transita por vários órgãos, deixando um rastro de destruição. Segundo Griffith e Marshall (2005), não há evidências para caracterizar o alcoolismo como uma doença única.

A “síndrome de dependência em álcool” ou “consumo prejudicial de álcool” tem como consequência uma série de complicações à saúde como o surgimento ou agravamento de doenças fisiológicas e psiquiátricas, problemas psicológicos, acidentes (domésticos, de trânsito e de trabalho), problemas de relações interpessoais, além de conflitos com a lei (BRASIL, 2002).

Apesar de muitos afirmarem que qualquer uso de álcool se configura como “síndrome de dependência em álcool”, estudos afirmam que o uso moderado é benéfico à saúde, prevenindo algumas doenças (VAISMAN, 2004). Porém a manutenção de um padrão de consumo eleva o risco de danos à saúde física ou mental dos indivíduos e, na área do alcoolismo, fala-se hoje de um novo conceito: o de consumo de risco.

No entanto, segundo a mesma autora, existem quatro categorias de potenciais consumidores de álcool em situação de risco, mesmo que o uso seja moderado ou esporádico: crianças e jovens que não atingiram a maturidade física, gestantes ou lactentes, pacientes com diagnósticos que requerem contra-indicação ao álcool, pessoas cuja natureza técnica de seu trabalho não permite o uso do álcool.

A OMS e o MS concebem o alcoolismo, ou síndrome de dependência em álcool, como uma patologia clínica promotora de várias doenças físicas e mentais (BRASIL, 2004). Porém é necessário se diferenciar alcoolismo de abuso de álcool.

O alcoolismo, ou síndrome de dependência em álcool, é uma patologia clínica crônica que se instala lentamente no indivíduo, causando-lhe inúmeras doenças físicas e mentais.

O alcoolista inicia sua carreira como bebedor social na idade jovem (em torno dos 20 anos em média consome álcool sem apresentar nenhum tipo de complicação associada). Ao redor da terceira década de vida, evolui para a condição de bebedor pesado ou bebedor-problema, quando apresenta conseqüências físicas ligadas ao álcool (cerca de 75% das pancreatites crônicas são atribuídas ao álcool, assim como os casos de cirroses hepáticas, além do trauma (VAISSMAN, 2004, p.21).

Para ser considerado um alcoolista, nomenclatura atribuída pela CID-10 (1989) ao portador da síndrome de dependência em álcool, o indivíduo deve apresentar um conjunto de características dentro de um determinado espaço de tempo.

[...], pois o alcoolismo crônico, ou DAS, instala-se lenta e insidiosamente ao longo de, em média, quinze anos de uso contínuo, diariamente ou quase diariamente, numa quantidade acima de 40g de álcool absoluto por dia, de acordo a Organização Mundial de Saúde (VAISSMAN, 2004, p.21).

Dentre essas características temos a impulsividade por beber álcool, a síndrome de abstinência após parar o consumo, alívio dos sintomas de abstinência através de mais bebida, o desenvolvimento de tolerância a doses cada vez maiores de álcool, a falta a compromissos e atividades importantes para beber, desencadeamento de problemas interpessoais por causa da bebida e falta de cuidados higiênicos. A junção de duas ou mais características destas pode configurar o indivíduo como alcoolista (VAISSMAN, 2004, p.21).

Griffith e Marshall (2005) criaram um esquema para averiguar o nível de dependência e o de problemas associados, provando que tanto o nível de dependência como o de problemas associados existem num contínuo, conforme pode ser observado no esquema (gráfico).

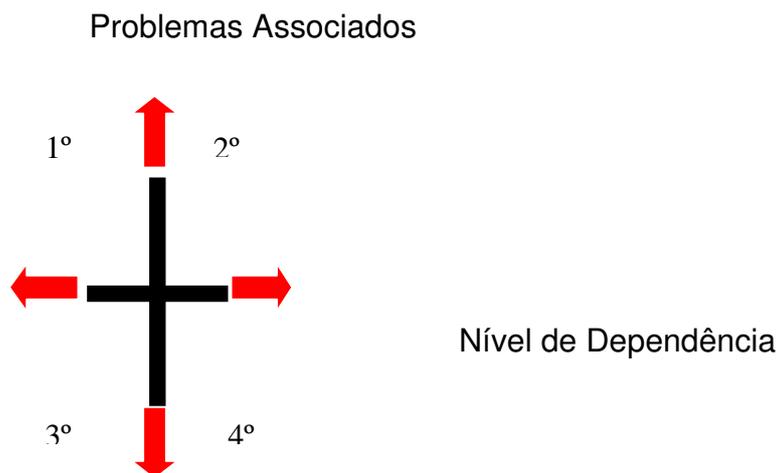


Gráfico: 01 Nível de dependência de álcool e problemas associados ao uso.
 Fonte: GRIFFITH, 2005.

Neste esquema, tem-se 04 quadrantes:

- 1º quadrante: baixo nível de dependência e de problemas associados;
- 2º quadrante: baixo nível de dependência e alto nível de problemas associados;
- 3º quadrante: alto nível de dependência e alto nível de problemas associados;
- 4º quadrante: alto nível de dependência e baixo nível de problemas associados;

Acreditava-se que o quadrante mais preocupante seria o 3º, por serem altos os dois níveis, é o comportamento estereotipado, todavia é crescente o 4º, isto é, vem aumentando o consumo e, portanto, a dependência ao etanol. A média esperada para homens é de 40 g/dia e para mulheres de 20 g/dia. Passando disso, entra no que se chama de consumo de risco.

Entretanto, Masur (1987) assegura que o álcool é uma substância psicoativa que pode ser consumida sem problemas, dependendo da quantidade e frequência. Para a autora, a migração do beber social para o alcoolismo se caracteriza por um processo de fatos que ocorrem em um longo espaço de tempo. Nessa interface, surgem os vários problemas decorrentes do uso inadequado dessa substância, quando então passa a ter uma importância suprema na vida do indivíduo. Quatro aspectos são apontados pela autora como os principais sintomas da transição entre o beber “normal” e o alcoolismo. São eles:

- a) começar a beber mais do que o habitual para as circunstâncias, a ponto disto ficar perceptível para as pessoas que lhe são próximas;
- b) beber sozinho frequentemente;
- c) beber muito rápido;

d) apresentar algumas consequências orgânicas mais precoces do consumo do álcool (ex. gastrite alcoólica) (MASUR, 1987).

Embora seja provável, essa transição não é uma fatalidade, podendo haver uma permanência no uso social, assim como uma reversão do quadro de dependência para o beber “normal”. Isto demonstra que o alcoolismo difere do uso abusivo de álcool, embora este seja também prejudicial à saúde:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que 50% dos danos relacionados ao álcool são atribuídos ao uso crônico. Notadamente, os outros 50% podem ser atribuídos à embriaguez aguda. Esses tipos de danos atingem pessoas que não são classificadas como alcoolistas ou consumidores prejudiciais, [...] (BUNING, 2004, p.25).

Laranjeira (2006) diferencia clinicamente dependência de problemas provenientes do uso exagerado de álcool, pois existem condições em que, apesar do indivíduo não ser considerado um alcoolista, pode apresentar sérios problemas devido ao consumo inadequado de etanol, e traz que (p.3).

O conceito de dependência faz uma distinção entre o que é dependência do ponto de vista clínico e o que são os problemas decorrentes dessa dependência. Existem, portanto, duas dimensões distintas: de um lado, uma dimensão relacionada com a psicopatologia do beber e, de outro, uma dimensão relacionada com os problemas decorrentes do abuso dessas substâncias.

3.1.2 A complexidade das causas do alcoolismo

As possíveis causas do alcoolismo têm sido objeto de vários estudos. A partir da segunda metade do século XX, várias pesquisas foram realizadas na tentativa de explicar a determinação biológica para o alcoolismo. Neste sentido, as principais teorias estão divididas entre aquelas que apontam o desencadeamento de reações fisiológicas em cadeia após uma ingestão inicial do álcool que levaria ao consumo descontrolado, através de alterações do metabolismo celular, da inibição de ‘centros de controle’ e da ativação de circuitos neuronais específicos. Uma outra linha tentou mostrar a existência de componentes hereditários, sendo amplamente aceita aquela que descreveu a tolerância como um fator diferencial entre os filhos de alcoolistas e os filhos de não alcoolistas. Embora não tenham conseguido provar a determinação biológica do alcoolismo, estas teorias indicaram a existência de aspectos genéticos que possibilitariam o seu desenvolvimento (MASUR, 1987).

Ainda segundo esta autora, existem explicações a partir de aspectos psicológicos ou sócio-culturais para o desenvolvimento do alcoolismo, tendo como lastro teórico a premissa de que o descontrole da ingestão do álcool também tem relação com questões cognitivas e ambientais. Assim, a principal teoria psicológica defende que os alcoolistas são aqueles indivíduos que apreenderam a lidar com seus problemas através do efeito do etanol, apesar de haver distúrbios psicológicos que podem determinar o alcoolismo (alcoolismo como fator secundário). Nessa teoria o alcoolismo é um comportamento apreendido, podendo ser desenvolvido por qualquer pessoa.

A diversidade no consumo do álcool diretamente relacionada a sexo, idade, religião, etnia, grau de urbanização é o principal argumento de que fatores sociais estão intrinsecamente relacionados ao alcoolismo. Os povos ingerem o etanol de diferentes maneiras, com várias finalidades, dependendo do contexto sócio-cultural. Dois exemplos clássicos são citados por Masur (1987): Os Judeus têm o costume de consumir o álcool, tendo então um baixo índice de abstêmios. Porém tanto o alcoolismo como a embriaguês são baixos. Uma das explicações disto refere-se ao modelo educacional em que as crianças apreendem a fazer o uso moderado e ligado a ritos religiosos. Outro exemplo é a maior ingestão por homens em relação às mulheres, o que tem como determinantes fatores sócio-culturais (machismo) que atribuem masculinidade ao adolescente consumidor de álcool, em detrimento da quebra de estereótipos (comportamento feminino), no caso do consumo da mulher.

Diante dessa realidade, fica evidente que o alcoolismo é uma patologia clínica, intermediada por vários aspectos biológicos, psicológicos, psiquiátricos e sócio-culturais como fatores causais e, ao mesmo tempo, possibilitadores de seu desenvolvimento, requerendo assim uma atenção interdisciplinar em seu tratamento.

3.1.3 Epidemiologia do álcool

Os estudos epidemiológicos sobre álcool no Brasil realizados nos últimos anos demonstram a existência de um alto índice de usuários da substância com uma grave tendência de aumento. Caetano e Laranjeira (2005) apresentam dados extremamente preocupantes, onde o consumo anual médio de etanol per capita subiu muito, conforme disposto abaixo:

Ano	Consumo per capita
1960	21 litros
2005	61 litros

Quadro 02: Comparação do consumo per capita de etanol no ano de 1960 e 2005.
 Fonte: CAETANO e LARANJEIRA, 2005.

Antes, em 2000, o Cebrid efetivou uma pesquisa envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, entrevistando um total de 2.411 pessoas, sendo estimado que 6,6% da população eram dependentes do álcool. Após dois anos, essa mesma população voltou a ser pesquisada, constatando um aumento significativo de 9,4% no número de alcoolistas (BUNING, 2004).

Em 2002, o próprio Cebrid realizou um amplo estudo domiciliar nas 107 cidades brasileiras que possuem mais de 200 mil habitantes, com uma amostra total de 8.589 entrevistados. Os resultados mostraram, naquela ocasião, que 68,7% das pessoas haviam feito uso do álcool na vida, sendo que, na faixa etária entre 12 e 17 anos, esse índice caiu para 48,3%. Do total de entrevistados, 11,2% eram dependentes, sendo a prevalência para o sexo masculino de 17,1% contra 5,7% para o feminino. As regiões que obtiveram índice de dependência mais alto foram o Norte e o Nordeste, ultrapassando os 16%. Para os adolescentes dessas regiões, a porcentagem de dependentes chegou a 9%, enquanto que no Brasil não ultrapassou os 5,2% (BUNING, 2004).

Estudo semelhante fora realizado em 2005 (CARLINI, GALDUROZ, et al, 2007) pelo mesmo órgão, envolvendo as 108 maiores cidades, apontando aumento significativo do consumo de álcool: 74,6% para uso experimental e 12,3% para dependência, conforme mencionado anteriormente. Na faixa etária entre 12 e 17 anos, a prevalência de uso na vida subiu para 54,3%. Quanto ao sexo, 19,5% dos homens eram dependentes contra 6,9% das mulheres. Os índices nas regiões norte e nordeste caíram significativamente, principalmente no que se refere à dependência, porém nesta última ainda se registraram taxas acima da média nacional, em torno de 13,8% para dependência.

Diversos estudos realizados em diferentes regiões do país, por diversos órgãos, revelam que o consumo médio (uso/ano) de álcool e tabaco entre jovens estudantes dos antigos 1° e 2° graus, oscila entre 60% e 80% e 14% e 30%, respectivamente, sendo que o uso pesado (20 ou mais vezes no mês) é estimado em 10,1% e 3,5%, respectivamente (MEDINA, 2002).

Pesquisa desenvolvida com adolescentes na faixa etária entre 14 e 19 anos, estudantes de escolas públicas estaduais do município de Feira de Santana, Bahia, revelou que 57% já haviam experimentado bebidas alcoólicas, tendo em 50,7% dos entrevistados a identificação de algum problema familiar relacionado ao álcool. De 782 adolescentes, 29,3% responderam usar substâncias alcoólicas de uma a três vezes por mês. O uso frequente (todo final de semana) e uso pesado (mais que todo final de semana) prevaleceram em 13% e 4,5%, respectivamente. Uma média de 78,5% destes experimentou bebidas alcoólicas precocemente, na faixa etária de 10 a 16 anos, quase todos incentivados pelos pais e/ou amigos (ALVES et al, 2005).

Tudo isto tem como consequência um prejuízo social inestimável, representado através do intenso número de internamentos hospitalares, tratamentos ambulatoriais e óbitos por causas evitáveis, conforme discutido anteriormente.

3.1.4 Existem níveis seguros de ingestão do álcool?

Bertolote (1987) coloca que três elementos devem ser levados em conta para se elaborar o diagnóstico de abuso de álcool, vide quadro abaixo:

Elemento 01 (Padrão cultural)	O padrão de consumo não se define por volume ou frequência, mas por questões culturais.
Elemento 02 (Padrão comportamental)	O uso abusivo não deve ser caracterizado por episódios isolados, é necessária a existência de perturbações mentais num período mínimo de trinta dias.
Elemento 03 (Padrão social)	As consequências para a saúde, relações sociais e desempenho profissional são itens marcantes e se sobrepõem a componentes biológicos e intrapsíquicos.

Quadro 03: Representação dos elementos observáveis para a elaboração do diagnóstico de alcoolismo.

Fonte: ALCOOLISMO HOJE, 1987.

Diante disso, discute-se a existência de um nível seguro para ingestão de álcool. Laranjeira (2006) informa que existe a unidade de álcool, a qual equivale a 10 ou 12g de álcool puro, sendo que cada tipo de bebida traz uma determinada

concentração dessa unidade, conforme os procedimentos de fermentação. Assim, cada 350 ml de cerveja traz em média 1,5 unidades de álcool. Já 50 ml de pinga concentram uma faixa de 2,5 unidades.

Neste sentido, individualmente o consumo de álcool pode causar diferentes efeitos, dependendo de fatores sociais, psicológicos e físico-corporais, como ambiente de ingestão, tipo de bebidas ingeridas, acompanhamento ou não de outras substâncias, composição corpórea do indivíduo, entre outros. Um exemplo clássico é a diferença entre homens e mulheres, que, devido a aspectos fisiológicos e hormonais, os respectivos organismos absorvem o etanol de forma diversificada. A tabela a seguir apresenta os diferentes níveis de risco para o homem e para a mulher quanto ao consumo de unidades de álcool.

Risco	Mulheres	Homens
Baixo	Menos do que 14 unidades por semana.	Menos do que 21 unidades por semana.
Moderado	15 a 35 unidades por semana.	22 a 50 unidades por semana.
Alto	Mais do que 36 unidades por semana.	Mais do que 51 unidades por semana.

Tabela 02: Representação em unidades de álcool dos riscos conseqüentes do seu consumo para homens e mulheres.

Fonte: SISTEMA NERVOSO CENTRAL em foco, 2006.

Os problemas clínicos comuns ao alcoolista, segundo o MS (2002), são: Doenças do fígado, entre elas hepatite e cirrose hepática, inflamação de estômago, úlcera gástrica, pancreatite com hipoglicemia e diabetes, deficiências nutricionais, anemia, hipertensão, disfunção hormonal, disfunção sexual, disfunção imunológica, problemas de pele, (DSTs) Doenças Sexualmente Transmissíveis, câncer de esôfago, câncer de laringe, câncer de mama, entre outros, problemas de gravidez, degeneração do feto, parto prematuro.

O sistema nervoso central também sofre conseqüências do alcoolismo, dividindo-se em três grupos: O primeiro refere-se aos efeitos relacionados à retirada do álcool, classificado em duas fases: a fase que diz respeito aos sintomas precoces (de 6 a 48 horas) com tremores, alucinações visuais, insônia e crise convulsiva e a fase denominada de sintomas tardios (de 48 a 96 horas) delírium tremens, que é caracterizado por desorientação severa, agitação, alucinações e hiperatividade do

sistema nervoso autônomo (HALLER, 1980 apud RAMOS e BARTOLOTE, 1987, p.85 e 86).

O segundo grupo refere-se aos efeitos relacionados à má nutrição, devido aos maus hábitos alimentares do alcoolista e ao déficit de absorção proveniente do alcoolismo, que tem como principais patologias a Polineuropatia, caracterizada por parestesias e câimbras nos membros inferiores, com raro comprometimento dos membros superiores, além de atrofia muscular, Síndrome de Wernicke-Korsakoff, que tem como sintomas confusão mental, alteração oculomotora e ataxia cerebelar, Ambliopia álcool-tabágica, quando da associação álcool e tabaco, ocasionando diminuição progressiva da visão, e a Degeneração cerebelar alcoólica, que, através da deficiência de vitamina B1 causa atrofiamento dos membros inferiores e superiores.

O terceiro grupo engloba manifestações de outras doenças, mas que têm no alcoolismo a causa mais freqüente. Entre elas estão as miopatias alcoólicas, espécie de atrofia muscular dos membros inferiores e atrofia cerebral, entre outras (RAMOS e BARTOLOTE, 1987).

Conforme Elkis (1987), o alcoolismo é uma doença primária, que se instala no indivíduo lentamente ao longo dos anos, em que vários fatores sócio-culturais, psicológicos e genéticos colaboram para sua manifestação. Essa doença traz varias complicações para a saúde do ponto de vista clínico e coletivo, conforme discutido. Tudo isso mostra a relevância da devida aplicabilidade da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, pois ao conceber a questão uso/abuso de drogas como uma problemática de saúde pública, priorizando inclusive o uso de substâncias alcoólicas, demonstra certa coerência com a realidade apresentada, apontando, pois soluções alcançáveis para tão importante recorte da questão social brasileira.

4. O CUIDADO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE MENTAL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL AS PESSOAS USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O objetivo central deste capítulo é fomentar a reflexão sobre a mudança de concepção ídeo-política e técnico-científica que vem ocorrendo desde o final do século passado e início deste, no Brasil, quanto à atenção a pessoas com transtornos mentais, e conseqüentemente com sofrimentos advindos do uso abusivo de drogas, apontando sua intersecção com a mudança de paradigma acadêmico científico do século XX, do ponto de vista epistemológico e técnico-operativo.

O questionamento do padrão científico moderno desencadeado no pós-guerra por diversos pensadores contemporâneos, entre eles Edgar Morin, vem influenciando não apenas o fazer científico, mas, sobretudo, o planejamento das políticas públicas e, por sua vez, a atuação técnico profissional no interior das instituições públicas.

Neste sentido, esta parte do texto pretende mostrar como essas transformações vêm sendo introjetadas diretamente na questão do uso de Spas, quer seja no arcabouço teórico, quer na fundamentação legal do fazer profissional. Assim, inicialmente será discutida a transição dos modelos de intervenção institucional, que migram de uma concepção totalmente repressiva e passam a ser permeados por uma pretensa assistência integral, através da teoria basagliana e da publicação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Em seguida, será apresentado o paradigma da interdisciplinaridade e da complexidade como a principal fundamentação teórica do comportamento técnico e político, multiprofissional e institucional, e sua influência/consonância com a Reforma Psiquiátrica no plano teórico e político-ideológico.

Por último, serão destacados os principais limites e perspectivas a esse novo padrão de desempenho proposto, tendo como principais pensadores Edgar Morin, no campo da interdisciplinaridade e epistemologia da complexidade, e Eduardo Mourão Vasconcelos, na discussão sobre a interdisciplinaridade e a saúde mental no Brasil.

Diante disso, será defendido que a perspectiva da Reforma Psiquiátrica encontra fundamentação ideológica, política e teórica no paradigma da

interdisciplinaridade. Tendo como principal axiomática a democratização do poder, através da dialética entre os diversos saberes/fazer humanos, elas propõem a cooperação dos diversos sujeitos sociais envolvidos na assistência a usuários de álcool e outras drogas: profissionais, usuários, familiares e comunidade em geral, buscando, assim, a construção de intervenções alternativas que sejam capazes de se aproximar da complexidade humana, contribuindo significativamente para a emancipação dos oprimidos.

4.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA INTERFACE COM A QUESTÃO DO USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS/TOXICOMANIA

Historicamente, o consumo de substâncias psicoativas foi entendido no Brasil como caso de segurança pública e justiça, ou no máximo, como comportamento anti-social, tendo como principal responsável pelo seu combate a polícia e pelo tratamento a psiquiatria. Conseqüentemente, os consumidores de drogas sempre foram tratados como pessoas de índole duvidosa e perturbadora da ordem pública, que deveriam ser afastadas da sociedade e internadas em manicômios junto com pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Esse quadro de total exclusão social vem apresentando no Brasil uma tendência de transformação durante as três últimas décadas, levado, sobretudo, pela ascensão do Movimento Antimanicomial, também conhecido como Movimento pela Reforma Psiquiátrica, que tenta imprimir na sociedade brasileira uma nova práxis quanto à atenção às pessoas com transtornos mentais, inclusive aquelas usuárias de drogas.

O Movimento Antimanicomial Brasileiro teve sua origem no final da década de setenta do século passado, atrelado à reemergência de movimentos populares ora sufocados pelo regime militar. Esses movimentos populares tinham como principal bandeira a redemocratização política e social do Brasil. Alinhada a esses reclamos, a Reforma Psiquiátrica, unida a um Movimento Social mais amplo da área de Saúde (Movimento Sanitarista), que tinha como principal objetivo humanizar a assistência em saúde, teve um considerável avanço durante as duas últimas décadas do séc. XX (VASCONCELOS, 2002).

Este autor situa essa luta social pela cidadania dos sujeitos com sofrimentos mentais em momentos histórico-políticos, entrelaçados por diversos atores, com

avanços e retrocessos. O primeiro momento foi marcado pela emergência do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, que mobilizou a sociedade civil contra o asilamento genocida e a “indústria da loucura”⁷. Nesse momento histórico, que vai até 1982, o MTSM coloca na pauta do dia também a melhoria das condições de trabalho, a expansão dos serviços ambulatoriais em Saúde Mental, além de ações integradas de saúde.

A partir de 1982, até 1987, a luta se concentrou na concretização das reivindicações anteriores. Foi um período marcado por considerável avanço efetivo, havendo assim a expansão e formalização do modelo sanitário, com a montagem de equipes multiprofissionais ambulatoriais de Saúde Mental. O Estado passa a tomar responsabilidade sobre as ações de saúde, buscando integrá-las através da criação do CONASP (Conselho Nacional de Administração da Saúde Pública). A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1986, determinando então a humanização da Saúde Mental com a não criação e redução gradativa de leitos em hospitais psiquiátricos, regionalização e integração das ações em Saúde Mental, controle das internações na rede conveniada e expansão da rede ambulatorial em Saúde Mental com equipes multiprofissionais e a inserção destas nos asilos.

O período que vai de 1988 à 1992 foi marcado pelo paradoxo entre avanços no plano jurídico e estagnação na efetivação das ações em saúde. Neste sentido, Vasconcelos (2002) o classifica como o momento de fechamento temporário do espaço político de mudanças a partir do Estado, porém com transformação significativa na estratégia de lutas rumo à desinstitucionalização, nascendo assim o Movimento Antimanicomial. Os dois principais instrumentos legais da Saúde Pública foram sancionados nessa época, a saber, a Constituição Federal (CF) de 1988 e a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde, LOS), sem falar na elaboração do Projeto de Lei Paulo Delgado, de 1989, que, após sofrer várias alterações, foi sancionado apenas em 2001, como a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (Política Nacional de Saúde Mental), marco jurídico da Reforma Psiquiátrica. Outros fatos históricos e políticos importantes foram a realiança entre o MTSM e a sociedade em geral, com a introdução de usuários dos serviços de Saúde Mental, familiares e simpatizantes na luta pela reforma, a primeira experiência municipal de rede de cuidados alternativos com a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial

⁷ Termo utilizado por Vasconcelos (2002), para designar a utilização do sistema hospitalar psiquiátrico com finalidades exclusivamente econômicas.

(NAPS) em Santos, no ano de 1989, e a realização, em 1990, da Conferência Internacional de Caracas, que preconizou a desinstitucionalização em toda a América Latina.

Até a metade da década de 1990, realizaram-se importantes progressos com a consolidação da perspectiva de desinstitucionalização. Assim, foram criadas redes de serviços de atenção psicossocial e associações de familiares e usuários desses serviços em várias cidades do país. Isto se deu devido à realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, e ao lançamento das portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, criando normas de ação e de financiamento para os Serviços de Saúde Mental Substitutivos. Além disso, houve vários congressos e encontros do Movimento Antimanicomial espalhados por todo o Brasil e a introdução de leis municipais, assegurando o processo de desinstitucionalização. O resultado disso foi a redução significativa do número de leitos em hospitais psiquiátricos (27,6%), a abertura de dois mil leitos em Saúde Mental nos hospitais gerais e a criação de duzentos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O final dos anos 1990 foi marcado pelo recuo do Movimento Antimanicomial, sufocado principalmente pela política de cunho neoliberal alçada pelo Governo de Fernando Henrique Cardoso-FHC, que reduziu o poder de mobilização dos profissionais de Saúde Mental, sobretudo pela precarização do trabalho. Com o aumento do desemprego, a miséria e a violência, as famílias também perderam a capacidade afetiva e econômica para lidar com as pessoas com sofrimento mental. Unindo esses dois aspectos à falta de vontade política em consolidar os princípios da Reforma Psiquiátrica, houve recuos do processo de desinstitucionalização nos planos regional e local.

Após as mudanças eleitorais ocorridas em 2002, com a ascensão do governo Lula ao poder, houve sinalização positiva para a retomada da Reforma. As condições políticas pareciam favoráveis, sobretudo pelas modificações administrativas ocorridas no Ministério da Saúde e sua composição por técnicos egressos do Movimento Sanitarista, já comentadas anteriormente. Assim foi convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2003, onde fora firmado o compromisso social pela efetivação da Política Nacional de Saúde Mental, sancionada em 2001.

Essa luta teve como consequência uma importante mudança ideo-política ao afirmar a pessoa portadora da síndrome de dependência em substâncias psicoativas como cidadão sujeito de direitos. Neste sentido, foi sancionada, em 2003, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, como um dos desdobramentos da Política Nacional de Saúde Mental. Ao envolver governo e sociedade no cuidado desse cidadão, acata a premissa da participação social, da integração de ações da sociedade civil organizada e das diferentes esferas governamentais, além de priorizar a prevenção ao uso indevido (BRASIL, 2003).

Entende-se que a democracia e a cidadania estão inter-relacionadas, onde uma prescinde da outra, pois, para Benevides (1996;p.3), “Democracia é o regime político fundado na soberania popular e no respeito integral aos direitos humanos. [...]”. Dois aspectos importantes estão implícitos nesta definição e são defendidos na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas: a participação e controle popular nas políticas públicas e a dignidade humana, independente de credo, etnia, julgamento moral, posição social, etc, princípios norteadores da LOS de 1990, que é o principal instrumento jurídico da Política de Saúde Pública do Brasil.

Por outro lado, vários autores, como Bobbio (2004), Rocha (2000) e Estevão (2004), comungam da idéia de que a cidadania só pode ser concretizada através da garantia dos direitos. E a quem compete garantir esses direitos? Em Estevão (2004), o Estado que se quer democrático deve ser forte e garantir direitos amplos. Ao contrário da doutrina neoliberal, que requer um Estado mínimo e confunde o cidadão com mero consumidor, o Estado democrático, com a participação da sociedade civil, deve ser capaz de viabilizar políticas promotoras de concepções mais amplas e democráticas de cidadania. Aqui a definição de cidadão se expande, saindo da posição de um simples mandatário para a de sujeito que atua na realidade, através da sociedade civil, que em Bobbio (2004) é entendida como todas as organizações sociais externas ao Estado constituído. Nesta perspectiva, discutindo sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, Amarante (1995) já preconizava a criação de novos direitos para o que ele afirmava ser a emergência de novos sujeitos, as pessoas com transtornos mentais.

Este é outro importante aspecto inscrito no discurso da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que

prevê a atuação do CAPS ad de forma territorializada e em parceria com os mecanismos comunitários de garantia de direitos existentes em seu lócus de atuação. Da mesma forma, prevê a existência de espaços públicos para discussão, planejamento e avaliação de seus serviços, que já é garantida na LOS através dos Fóruns, Conselhos e Conferências da Saúde.

Partindo desses pressupostos, deve afirmar-se que a cidadania, assim como a democracia, envolve participação política, além da garantia e promoção dos direitos fundamentais, discutidos pelos autores ora citados. Neste sentido, tanto a LOS como a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, que são os principais instrumentos jurídicos norteadores da práxis técnico-institucional de assistência aos usuários de psicotrópicos, além da Constituição Federal, trazem em seus textos princípios e normas que contemplam esses dois aspectos constitutivos da cidadania.

A Constituição Federal de 1988, no título III, Da Ordem Social, inscreve a garantia de bem-estar e justiça social através da seguridade social, que engloba as Políticas Públicas de Saúde, Previdência e Assistência Social. Entre seus princípios estão à universalidade da cobertura e do atendimento e a descentralização político-administrativa com participação e controle social. O artigo 196 preconiza:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Da Ordem Social-Constituição Federal, 2001, p.45) **.

Já a LOS de 1990, em seu artigo 2º, destaca que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Essa mesma lei prevê a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) como um conjunto de ações e serviços de Saúde Pública com o objetivo de efetivar a Política Social de Saúde, seguindo os princípios da universalidade de acesso, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade da assistência e participação comunitária, entre outras.

Tendo em vista a dependência em álcool e outras drogas ser considerada uma questão de saúde pública, pode-se afirmar que, em termos legais, o usuário abusivo/dependente de substâncias psicoativas há mais de uma década já vem sendo concebido enquanto cidadão devido a todos os aspectos elencados nesses

dois instrumentos jurídicos, além daqueles especificados na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas. Pois ao garantir a universalidade concretizada no livre acesso e a integralidade caracterizada pela assistência a todas as necessidades psicossociais do sujeito, esses instrumentos jurídicos mostram-se coerentes com os princípios elaborados pelos autores referidos.

4.2 A TRAJETÓRIA DOS MODELOS DE INTERVENÇÃO A QUESTÃO DO USO DE DROGAS NO BRASIL: DA REPRESSÃO À ASSISTÊNCIA INTEGRAL

Medeiros (2005) aponta que o tratamento das toxicomanias foi historicamente fundamentado em princípios morais, através do binômio médico-jurídico, que, na disputa por legitimar seu saber/poder, reproduziu práticas coercitivas contra a pessoa com transtornos mentais devido ao uso abusivo de drogas. Outra abordagem presente na historiografia, que, principalmente durante a idade média foi alavancada sobretudo pela Igreja Católica, é a religiosa, que a depender da cultura, desenvolveu abordagens recriminatórias baseadas na idéia de que a alcoolemia seria pena por pecados cometidos, ou exaltava o uso de entorpecentes como forma de transcendência ao divino. A primeira abordagem conquistou hegemonia a partir do século XVIII em alguns países europeus e principalmente nos Estados Unidos, que desenvolveram ao longo do tempo um forte aparato repressivo.

Acompanhando essa dinâmica, o Brasil desenvolveu durante o século XX políticas de enfrentamento à questão das drogas fundadas na repressão policial e/ou no asilamento genocida⁸. Conforme Oliveira (2007), em 1976, a Lei 6368 passa a regulamentar as práticas jurídicas e psiquiátricas quanto ao enfrentamento do uso/abuso de entorpecentes, criminalizando o uso e transformando-o em caso de polícia ou em doença mental. Em 1998, foi lançada através da Medida Provisória 1669/98 a Política Nacional Antidrogas (PNAD), vinculada a Casa Militar, com características proibicionistas, propondo o combate às drogas com a utopia da consecução de uma sociedade livre das drogas.

⁸ Termo utilizado por Vasconcelos (2002); Lucia Rosa (2003); Amarante (1995), entre outros autores para designar o modelo de cuidado psiquiátrico alienista, que tinha como principal consequência a cronificação dos transtornos mentais.

A PNAD, vinculada à Secretaria Nacional Anti-drogas (SENAD), surgiu para responder a pressões internacionais sobre o combate às drogas, priorizando as drogas ilícitas. Apesar do então Ministro-chefe, General Alberto Cardoso, argumentar o contrário em 1988, a PNAD apresenta-se fundamentada na lógica da repressão a substâncias ilícitas, principalmente por sua centralização no gabinete de Segurança Institucional, órgão máximo de segurança pública. Postura que se mostrou equivocada na medida em que os maiores problemas estão relacionados às substâncias lícitas conforme mencionado anteriormente, além do que ao priorizar a repressão em detrimento de outras formas de intervenção não dá conta de todos os aspectos da questão, devido toda a complexidade que envolve (OLIVEIRA, 2007).

Para Oliveira (2007), as áreas de Educação e de Saúde seriam as mais indicadas para a prevenção e o tratamento dos usuários prejudiciais de substâncias psicoativas, respectivamente, enquanto a de Assistência Social é a mais propícia para o trabalho de reinserção social. Esse pensador critica a atuação do governo brasileiro na tônica da repressão, assinalando que há um baixo índice de informações quanto aos verdadeiros fatores que incentivam o consumo das drogas. Além disso, a eficácia da repressão é momentânea, ineficiente, e proporciona consequências negativas como a marginalização do usuário.

A abordagem psiquiátrica alienista, por sua vez, desenvolveu um aparato igualmente repressor, pois, de acordo explicitado por Lucia Rosa (2003), para a psiquiatria alienista ou psiquiatria tradicional, qualquer tipo de comportamento que colocasse em questão os padrões morais capitalistas era entendido como “doença mental”. Nesse sentido, pautada na concepção higienista, sua principal diretriz ideopolítica era o asilamento e exclusão social, uma vez que o sujeito em sofrimento mental representava vários riscos à sociedade, como atos de violência, improdutividade econômica, demanda de tempo e mão de obra de outras pessoas para seu cuidado, além de disseminação de comportamento amoral. Para essa autora, a psiquiatria nasce com a missão de transferir um problema político para o campo técnico. Numa sociedade que tem como etos a razão burguesa, o diferente comportamento reproduzido pelas pessoas com sofrimento mental se apresenta como uma ameaça ao *status quo*. A consequência disso foi o asilamento genocida, caracterizado pela disseminação de práticas desumanas, excludentes e cronificantes, que em nada contribuíram para a cura, principal objetivo da psiquiatria tradicional. Por outro lado, houve um hiper-dimensionamento do saber/poder

médico-psiquiátrico, criando uma espécie de hierarquia maléfica à assistência em saúde mental.

A teoria basagliana ou Psiquiatria Democrática, elaborada a partir dos pensamentos do Médico Psiquiatra italiano Franco Basaglia em meados do século XX, surge com o objetivo de romper totalmente com a psiquiatria tradicional em sua dimensão cultural e material. Apesar de inferir ao médico psiquiatra certo poder/saber, ativa o saber de outros profissionais ao deslocar a “doença mental” para a existência do sofrimento mental. Essa “virada de mesa” foi essencial para a construção de uma nova perspectiva quanto à pessoa com sofrimento mental, passando a ser concebida como um sujeito em relação com o meio social. A partir de então, essas pessoas devem ser assistidas em sua integralidade, onde o foco da intervenção técnica deixa de ser a “doença” e passa a ser a pessoa em suas múltiplas dimensões. Nesse sentido, essa intervenção não deve mais eleger a cura como único horizonte, mas ser capaz de contribuir com a emancipação do sujeito, através da ampliação de seu poder de troca e reprodução social, tendo em vista sua reabilitação psicossocial. Isso reclama uma práxis transversal com o desenvolvimento da co-responsabilidade, envolvendo todas as instâncias da vida social (ROSA, 2003). Essa teoria se configura na esteira da Reforma Psiquiátrica brasileira em construção nas últimas décadas.

Conforme Medeiros e Guimarães (2002), a abordagem manicomial se configura num brutal empobrecimento psicossocial, aviltante à dignidade humana, estigmatizante, capaz de usurpar a autonomia individual e coletiva, além da auto-estima e cidadania. Nessa perspectiva, ainda na década de 1990, Amarante (1995) já reivindicava uma mudança de concepção social nos planos técnico-administrativo, jurídico, legislativo, político e ético, capaz de criar novos sujeitos de direitos e novos direitos para esses sujeitos. Igualmente, estudos realizados por Duarte (2007), avaliando práticas institucionais no final da década de 1990, apontaram repetições e rupturas com o modelo tradicional. Assim, percebeu-se um paradoxo entre discursos e práticas, pois, embora as equipes profissionais propagassem crença e adesão aos preceitos reformistas, com a disseminação de estratégias acolhedoras e interacionistas na busca da autonomia e reabilitação psicossocial dos sujeitos em sofrimento mental, concorriam velhas práticas de isolamento, contenção e centralidade em terapias medicamentosas com internações prolongadas. Os

paradoxos entre o modelo psiquiátrico alienista/asilar e o psiquiátrico democrático/psicossocial estão representados no quadro seguinte:

Modo Asilar	Modo psicossocial
-Ênfase no orgânico	-Ênfase na relação com o usuário e suas relações subjetivas e socioculturais -Considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais
-Modelo médico de doença, ênfase no tratamento medicamentoso	-Atenção ao sofrimento psíquico com ênfase na reinserção social e resgate da cidadania. Uso de dispositivos de reinserção sociocultural (psicoterapias, socioterapias, cooperativas de trabalho)
-Base biologista	-Bases: pressupostos da Reforma Sanitária, descentralização, participação, territorialização e integralidade
-Hegemonia médica -Estratificações de poder e saber entre profissionais	-Poder decisório se dá através de reuniões gerais e a coordenação procura administrar as ações conjuntas para fazer executar as decisões coletivas
-Intervenções centradas só no indivíduo	-Trabalhos com família e sociedade para mudanças e tratamento
-Isolamento familiar e social	-Indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social
-Indivíduo é visto como doente e não participa do tratamento: divisão de espaços de relação entre 'doentes' e 'sãos'	-Indivíduo é o participante principal de seu tratamento -Diálogo, o cliente fala (interlocução)
-Hospital psiquiátrico: estrutura fechada	-Livre trânsito do usuário e da população: o serviço é ponto de fala e de escuta destes
-Organogramas piramidais e verticais com fluxo do ápice para a base	-Organograma horizontal comum, fluxo subvertido

Modo Asilar	Modo psicossocial
-Equipe multiprofissional, mas cuidados fragmentados	-Interdisciplinaridade: envolvimento de todas as dimensões da instituição e de outros setores nas práticas de atenção
-Reprodução das relações verticais do modo capitalista	-Participação, autogestão e interdisciplinaridade; singularização, horizontalização, interlocução

Quadro 04: Parâmetros basilares das práticas do modo asilar e do modo psicossocial.

Fonte: Souza J, Kantorski LP, et al (2007).

O fato é que há muito o modelo tradicional de assistência à saúde mental vinha sendo denunciado internacionalmente através de movimentos políticos e estudos científicos. Foucault (1999) foi um dos principais pensadores do século XX a desenvolver análises sobre as instituições capitalistas, mostrando que a partir da modernidade todas elas, desde a escola às prisões, funcionam como espaços de exercício de uma espécie de “micro-poder”. Para ele, o exercício do poder supera as relações entre as classes e/ou entre Estado e Sociedade Civil, mas se apresenta numa rede de micro-relações, aprofundando-se na sociedade. Assim, esse estudioso mostra que existe uma relação de reciprocidade entre o poder e um determinado saber, caracterizados pelos processos de lutas que os atravessam, sendo exercitados de maneira estratégica como forma de dominação.

A partir dessa concepção pode-se afirmar que o saber psiquiátrico com todo seu aparato técnico operativo emerge nesse contexto de lutas e interesses no exercício de um determinado poder. Sobre isto, Foucault (1999) afirma que a alma, psiquê, subjetividade, personalidade, consciência são criações de um determinado saber, sobre o qual se executa um determinado poder. Assim, a disciplina: “Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar de “disciplinas” (FOUCAULT, 1999, P.118), enquanto instrumento de exercício do poder, que ao mesmo tempo aumenta a força dos corpos para que façam o que se quer, como se quer, mantém a submissão política e foi historicamente utilizada na escola, organizações militares e hospitais, dentre estes os psiquiátricos.

Segundo Foucault (1999), a dominação nos hospitais psiquiátricos se efetiva a partir de dois aspectos da disciplina. O primeiro se refere ao modelo de intervenção

técnica, que ele denomina de “elementos do adestramento disciplinar”, e o segundo, a organização político administrativa, chamada de “ a arte das distribuições”. Assim o médico psiquiatra utiliza-se da vigilância hierárquica em relação à equipe profissional e também ao paciente, onde a própria arquitetura do hospital é minuciosamente planejada para tal (disposição de leitos nas enfermarias, estrutura das salas e celas, etc.). Um outro instrumento utilizado são as normas e rotinas de saúde, que buscam uma certa homogeneização do ser através de sanções normalizadoras. Por último, o próprio “Exame” determina a qualificação, classificação e punição do enfermo afirmando-se como uma superposição do saber-poder, se configurando em uma técnica dominatória ao reduzir o sujeito a caso ou objeto do conhecimento. Complementando esses elementos do exercício do poder psiquiátrico, a “arte das distribuições” traz o enclausuramento como uma estratégia para evitar aglomerações, vadiagens e deserção, o que requer vigilância constante. A localização funcional é outro elemento importante por permitir a articulação entre espaço administrativo, político e terapêutico, o que remete à hierarquia como componente precípua ao controle das atividades, do tempo e das tarefas. Isto mostra que a dominação se dá através da tríade conhecer, dominar e utilizar.

A partir do movimento pela Reforma psiquiátrica discutido anteriormente, com o surgimento da Política Nacional de Saúde Mental, em 2001, e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2003, origina-se a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003. Ao envolver governo e sociedade, parte da premissa da participação social, da integração de ações da sociedade civil organizada e das diferentes esferas governamentais, priorizando a prevenção ao uso indevido. Traz ainda em seu arcabouço a lógica da redução de danos sociais, a educação e a reinserção social como norteadoras das ações (BRASIL, 2003).

Seguindo pressupostos da OMS para Saúde Mental, essa política concebe a questão das drogas como um problema de saúde pública, envolvendo assim toda rede de serviços públicos. Desta maneira, esse sistema deve nortear-se por uma visão ampla de saúde, observando as múltiplas necessidades dos cidadãos usuários de seus serviços (BRASIL, 2003).

Outro ponto importante dessa política refere-se à estratégia da redução de danos, que procura reconhecer o cidadão usuário de substâncias psicoativas em sua singularidade, não objetivando a total abstinência, mas a defesa da vida. Esta

deve ser praticada no lócus territorial, envolvendo ou criando uma rede, entendida como profissionais, familiares, organizações não governamentais (ONGs) e outras instituições públicas estatais, a fim de elaborar alternativas para lidar com a problemática, respeitando sobretudo a diversidade (BRASIL, 2003).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas enfatiza o consumo de substâncias lícitas como o maior causador de prejuízos, devendo assim ser elementos de maior atenção. Além disso, reforça a intersetorialidade, a atenção integral e a promoção e atenção à saúde, enfocando que, pela natureza da questão, Álcool e outras Drogas, deve haver uma constante interlocução entre esses diversos aspectos.

Apesar de todo o avanço alcançado durante as duas últimas décadas do século XX e metade da primeira década do século XXI, com a disseminação da concepção do uso de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública, contemplando o usuário como um cidadão sujeito de direito, ainda há muito a se avançar, possível de ser observado, por exemplo, na contradição existente entre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas X Política Nacional Anti-drogas (PNAD).

4.3 O PARADIGMA DA INTERDISCIPLINARIDADE E DA COMPLEXIDADE

O paradigma da interdisciplinaridade vem ganhando espaço nos debates acadêmicos científicos, tanto do ponto de vista epistemológico quanto de sua aplicabilidade nas atividades institucionais de caráter público ou privado.

Casanova (2006) elabora uma reflexão sobre o surgimento da necessidade da interdisciplina nas práticas científicas a partir das transformações ocorridas na “pós-modernidade⁹”. Nesse sentido, discute as diversas definições de disciplina, apontando que pode ser entendida como poder, rigor e exatidão, ao mesmo que divisão do saber fazer humano na busca de desvendar a unidade do ser da forma mais profunda possível. Nesta perspectiva, a interdisciplina se apresenta através da combinação de duas ou mais disciplinas na construção da especialização do conhecimento científico, tendo em vista decifrar a totalidade de sistemas complexos e dinâmicos.

⁹ Este termo está sendo utilizado no sentido de resumir as diversas mudanças socioculturais, políticas, econômicas e principalmente científicas, ocorridas no pós guerra.

Para chegar a esta conclusão, este autor destaca o surgimento da divisão do conhecimento com Aristóteles, que formulou o projeto base da cultura científica ocidental ao separar especialidade de cultura geral. Embora sua contribuição fosse imprescindível para a construção do saber, o autor aponta que a filosofia aristotélica determinou o autoritarismo ao hierarquizar os diversos conhecimentos, situando a ciência como saber absoluto, uma vez que as forças dominantes, através do Estado, passaram a se utilizar das ciências como forma de dominação social, política e econômica.

Entre os diversos pensadores que se debruçam sobre a temática da interdisciplinaridade (Morin, Vasconcelos, Severino, Gattas), é consensual a idéia de que se trata de um objeto de reflexão acadêmico-científica germinativo e que por esta razão, a prática interdisciplinar, seja no nível da construção do conhecimento científico ou na abordagem técnica multiprofissional e multiinstitucional, tem-se apresentado como uma tarefa muito difícil e algo a se construir na dialética entre os diversos saberes – fazeres (SEVERINO, 2008).

Esta abordagem está relacionada com o que Edgar Morin denominou de “o problema epistemológico da complexidade”, suscitado com a crise da fundamentação das ciências modernas em meados do século passado, quando colocou em xeque seu *status* de racionalidade pura. “[...] pode dizer-se que a epistemologia anglo-saxônica dos anos 50-60 descobriu (redescobriu) que nenhuma teoria científica pode pretender-se absolutamente certa. [...]” (MORIN, 2002, p.14).

Severino (2008) defende que o positivismo, paradigma científico que propunha a razão e objetividade pura do saber, se configurou ao longo dos séculos não apenas como um sustentáculo epistemológico do conhecimento científico e técnico, mas também como fundamento ideológico do sistema de poder político e social, caracterizado pela divisão e classificação hierárquica do saber-fazer humano. O resultado disto foi a construção de um modelo de práticas técnico-científicas e político-sociais excludentes e opressoras, ao contrário de seu propósito inicial de libertar o homem. Neste sentido, a cultura positivista hegemônica entre as práticas técnico-científicas e político-sociais é o principal responsável pela fragmentação do saber e conseqüente sacrifício a “unidade” do real, assim como o desafio central à interdisciplinaridade.

Na tentativa de fundamentar sua tese, Morin (2002) problematiza a pretensa objetividade das ciências modernas, destacando que o saber científico é elaborado

dentro da dinâmica histórico-cultural, numa intensa disputa entre consensos e conflitos por uma determinada comunidade científica. “[...] qualquer teoria cognitiva, inclusive científica, é co-produzida pelo espírito humano e por uma realidade sociocultural... É necessário ainda considerar os sistemas de idéias como realidades de um tipo particular, dados de uma certa autonomia objetiva [...]”(MORIN, 2002,p. 28). Por esta razão, é um conhecimento que, assim como outros tipos de saber, se constrói e reconstrói a partir de relações intersubjetivas. Logo, a objetividade dos dados colhidos, mesmo que obedecendo a critérios ditos científicos, se fazem numa dialética que envolve o mundo objetivo *versus* observador-conceptor.

Essa reflexão remete à complexidade do saber-fazer científico, que, segundo Morin (2002), os princípios da ciência clássica generalizante e ao mesmo tempo fracionária não deram conta, ao desmembrar os caracteres psicológicos, culturais e históricos que o envolvem. A elaboração de qualquer teoria ou sistema de idéias precede necessariamente de três dimensões humanas: o cérebro, o espírito e a cultura. Assim, ao separar e isolar o conhecimento em disciplinas incomunicáveis, as ciências acabaram impossibilitando o próprio conhecimento. Além disso, esse autor fala do núcleo obscuro das teorias ou indemonstrável, ao afirmar que a complexidade não se refere apenas à complicação, mas envolve a profundidade dos aspectos humanos. Nesse sentido, afirma que o princípio da lógica que rege o pensamento racional coloca o problema no próprio conhecimento científico, quando não percebe fenômenos profundos do conhecimento humano, configurando limites de provas.

Vasconcelos (2007) destaca que a especialização do saber propiciou também sua hierarquização, contribuindo com a consecução de dispositivos de poder institucional reprodutores das relações sociais de poder, representados como formas institucionalizadas de divisão sócio-técnica do trabalho. Outra consequência é o surgimento de mecanismos de saber-poder difusos no tecido social, com o objetivo de disciplinar o espaço social, que ao se valerem de monopólios de mandatos sociais desenvolvem práticas vinculadas aos interesses políticos, econômicos e sociais de grupos dominantes.

A Revolução Industrial acentuou o processo de especialização por disciplina ao associar o saber científico à produção, contribuindo para um maior rigor e precisão em determinar o problema, assim como um avanço exponencial das ciências. Contraditoriamente, promoveu a incomunicação entre as ciências e ramos

científicos, reduzindo assim o conhecimento da realidade estudada ao isolá-la de outras variáveis importantes. Isto provocou uma super valorização de determinados saberes, obedecendo a escolhas ideológicas dominantes, a fim de ignorar variáveis significativas, sendo prejudicial tanto para a ciência quanto para a sociedade, pois vários movimentos opressores e genocidas como o nazismo se apossaram de saberes ditos científicos para desenvolver projetos ídeo-políticos de determinadas classes sociais.

Buscando uma saída para problema tão profundo, Morin (2002) propõe que as ciências devem considerar que a elaboração do conhecimento humano depende de duas condições, a saber: “condições bio-antropológicas” e “condições socioculturais”. A primeira diz respeito à interlocução entre espírito e cérebro, que determina a característica de “ser auto-eco-organizador” capaz de extrair informações do meio material e elaborar um processamento de dados através de um funcionamento intercomputacional envolvendo células e neurônios (o homem enquanto ser bio-cognitivo). A segunda, como o próprio termo indica, está relacionada à influência do contexto histórico e cultural, que propicia o caráter mutável e flexível do conhecimento (homem sociocultural). Para além disso, não se pode esquecer da mitologia e ideologia que influenciam o saber humano. Esta, por sua vez, induz o saber científico à doutrina fechada, irredutível e inflexível, realimentável em sua fonte.

Por isso a interdisciplinaridade aqui defendida não pretende a consecução de um super-saber capaz de açambarcar todo o conhecimento humano. Ao contrário, defende a reavaliação constante do papel da ciência e principalmente o reconhecimento dos limites de cada ramo científico, buscando assim a diluição das fronteiras entre as disciplinas. Isto se dará no reconhecimento da diversidade, numa relação dialética de complementaridade e contradição, nos aspectos teóricos e práticos.

Diante disso, no plano epistemológico a interdisciplina propõe a identificação dos limites dos conhecimentos e a busca por sua superação através de um esquema de interação e comunicação, dinâmico e flexível, entre os diversos saberes. Isso se dará nos encontros e trocas entre todos os sujeitos do saber na busca da superação de soberanias e hierarquias epistemológicas, com a articulação entre as diversas competências, formando um “anel do conhecimento”. Visto que o conhecimento sobre a complexidade da realidade social não se apresenta mais

como privilégio de uma área do saber ou de diversos saberes isolados, mas como resultado de reflexões compartilhadas (MORIN, 2002).

4.3.1 Interdisciplinaridade e Reforma Psiquiátrica

Para Vasconcelos (2007), a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade são “[...] componentes chaves da constituição de campos plurais, pluridimensionais e aplicados de conhecimentos como o da saúde mental [...]”. Esse autor advoga que a especialização do saber trouxe consequências nefastas no campo da saúde mental quando a psiquiatria alienista reclamou para si o “cuidado” com o “doente mental”, disseminando práticas ‘desumanas e ‘genocidas’. Para ele, o paradigma da interdisciplinaridade aponta para o desenvolvimento de uma assistência alinhada com os preceitos da Reforma Psiquiátrica ao conceber o sofrimento mental como uma questão complexa que requer um modelo de intervenção preocupado com a multi-dimensionalidade que a envolve. Nos dizeres de Sá (2008), a interdisciplinaridade busca a concorrência solidária entre as diversas disciplinas na construção da totalidade humana.

Vasconcelos (2007) destaca que a desinstitucionalização pretendida por essa Reforma centra-se na reconstrução da complexidade e da totalidade da vida social e subjetiva do sujeito. Pretende uma verdadeira revolução paradigmática ao propor cuidados possibilitadores da transformação dos modos de viver e sentir o sofrimento mental. Ao rejeitar a centralidade na cura reproduzida pelo modelo tradicional, reclama ocupar-se da produção da vida, do sentido, da sociabilidade e da utilização das formas de convivências dispersas. Por isto, a intervenção terapêutica deve ocupar-se de questões afetivas, econômicas, jurídicas, entre outras, nos níveis familiar, comunitário, do trabalho... buscando a cooperação e integração de diferentes paradigmas, de maneira a demolir a compartimentalização entre essas tipologias de intervenção.

No campo da saúde mental, a fragmentação do saber e das competências profissionais eleva o nível de especialização das intervenções, elevando também a seleção dos sujeitos sociais, possibilitando assim a centralização na própria competência profissional, o que determina o jogo de encaminhamentos entre diferentes competências, causando desassistência e irresponsabilidade. Sobre isto

Vasconcelos (2007) afirma que a psiquiatria tradicional centralizada na competência médica acabou separando um “objeto fictício”, a doença, da existência global.

No entanto, não se pode reduzir a interdisciplinaridade a simples interação entre disciplinas, nem tão pouco ao ecletismo, que preconiza a conciliação e uso simultâneo de diversas teorias, com princípios éticos e políticos inconciliáveis, logrando a elaboração de um saber supra-dimensional e onipotente. A prática interdisciplinar deve buscar a pluralidade, ou seja, a abertura para o diferente, respeitando a posição do outro e reconhecendo os próprios limites, contribuindo assim para o surgimento de uma nova consciência coletiva (VASCONCELOS, 2007).

4.3.2 Tipologias de práticas multiprofissionais

Na tentativa de definir a prática interdisciplinar, Vasconcelos (2007) elabora uma classificação, diferenciando-a de outras tipologias de práticas multiprofissionais, conforme quadro a seguir.

Tipologia	Características
Multidisciplinar	Composta por diferentes áreas do saber, porém sem cooperação técnica e troca de informações. Estas se limitam a referências e contra-referências (encaminhamentos). Não existe qualquer coordenação técnica, apenas administrativa.
Pluridisciplinar	Há troca de informações contínuas, com realização de estudos de casos clínicos coletivamente. São elaborados planejamentos, avaliações e ações assistenciais coletivas, porém sem a criação de uma axiomática própria.
Pluri-auxiliares	Contribuição de várias disciplinas ou profissões a uma hierarquicamente superior, que centraliza todas as decisões, mantendo assim uma correlação de poder extremamente verticalizada.
Interdisciplinar	Capaz de promover mudanças estruturais e enriquecimento mútuo. Fundamentada numa axiomática teórica e política básica busca a reciprocidade e elaboração de uma.

Tipologia	Características
Interdisciplinar	plataforma de trabalho conjunto. Tendência à horizontalização do poder através da democratização. Baseia-se em princípios e conceitos comuns, embora reconheça conflitos e diferenças. Busca a decodificação em linguagem simples e acessível. Quando aplicada em longo prazo, cria novos campos do saber-fazer
Transdisciplinar	Radicalização e cristalização da anterior, com a estabilização do novo campo teórico, aplicado ou disciplinar

QUADRO 05: Tipologias de práticas multiprofissionais
 Fonte: Adaptado de VASCONCELOS (2007)

Este quadro demonstra que a concretização de uma prática multiprofissional interdisciplinar requer, além da superação dos limites epistemológicos das ciências modernas, o questionamento e redirecionamento de práticas político-sociais. Nesse ínterim, um dos principais desafios é o modelo político econômico engendrado no Brasil nas últimas décadas, caracterizado pela flexibilização e precarização do trabalho.

4.3.3 Interdisciplinaridade: um princípio fundamental para a atenção integral a usuários prejudiciais de drogas

No plano do discurso da norma legal há muito está garantida a implementação de uma Política de Saúde Pública capaz de superar a segregação sócio-econômica existente historicamente no Brasil. Através da concepção de saúde determinada nos princípios e diretrizes elencados na Constituição Federal de 1988, no título III, Da Ordem Social, e suas legislações complementares (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990/Lei orgânica da Saúde- LOS, Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990/lei orgânica do SUS), preconiza-se a construção de um Sistema Único de Saúde com o objetivo de oferecer uma assistência integralizada, universal e equânime, pronta a atender à diversidade de demandas apresentadas pela população brasileira. Isso só é possível através de uma prática interinstitucional e transversal que envolva os vários saberes técnico-científicos preocupados em responder as demandas sociais emergentes. Assim, a assistência à saúde passa a

ser campo de abordagem não apenas dos saberes tradicionalmente envolvidos com o setor, mas engloba os conhecimentos de diversas ciências como a sociologia, a antropologia, a pedagogia, a psicologia, e o serviço social, entre outros, buscando ultrapassar abordagens especificamente médico-curativas.

Tendo em vista apresentar-se como um paradigma com princípios e diretrizes totalmente convergentes à concepção de saúde descrita, a prática multi-institucional multiprofissional e interdisciplinar é condição indispensável à concretização desse modelo de saúde. Da mesma forma, a Saúde Mental fundamentada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica em curso, vem se configurando como um setor dentro da Saúde Pública com maior tendência ao desenvolvimento da interdisciplinaridade (VASCONCELOS, 2002).

Ao analisar a Política Nacional de Saúde Mental, lei 10.216/2001, e consequente documento denominado A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003, principais normas jurídicas para a prática institucional na atenção aos toxicomaníacos, percebe-se uma relação direta entre os princípios ali elencados e o paradigma da interdisciplinaridade. Nesse sentido, ao determinar a intersetorialidade como elemento precípua à assistência integral às pessoas usuárias de substâncias psicoativas, esses documentos legais estão apenas determinando a interdisciplinaridade, seja do ponto de vista da incorrência de múltiplos saberes, múltiplos profissionais, seja até mesmo pelo envolvimento de várias instituições públicas governamentais ou da sociedade civil, do setor saúde e de outros setores.

Partindo do pressuposto de que a vida humana envolve vários aspectos biológicos, econômicos, políticos, socioculturais e subjetivos, essa política pública reconhece que a atenção integral depende de intervenções capazes de se aproximar ao máximo dessa complexidade. No entanto, à sua implementação precedem condições estruturais políticas, econômicas e sociais possibilitadoras de sua efetivação, conforme será discutido adiante.

4.4 PERSPECTIVAS, LIMITES E DESAFIOS POLÍTICO-SOCIAIS A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR

O mercado de trabalho vem sofrendo intensas mudanças nas últimas três décadas do século XX e primeira do século XXI. A organização taylorista do trabalho

vem perdendo espaço para o toyotismo, que, aliado ao modo neoliberal de viver, vem causando imensos prejuízos aos trabalhadores.

Sob o discurso da necessidade de modernização para uma maior competitividade na economia globalizada, cada vez mais as empresas vêm imprimindo um modelo flexível de gestão do trabalho, através da valorização do trabalho em equipe e introdução de programas de gestão de qualidade total, com a ideologia da cooperação do trabalhador.

Conforme Bourdieu (1998), esse modelo de organização do trabalho, legitimado e apoiado pelo Estado neoliberal, que promoveu a ruptura entre a economia e as realidades sociais, vem proporcionando ao capital uma exploração do trabalho jamais vista na história do capitalismo. Com a mundialização financeira e o avanço das tecnologias informacionais, surge a figura do acionista que ao investir nas bolsas de valores à procura de rentabilidade a curto prazo, acaba determinando a política de salários e empregos.

Além disso, Filgueiras (1997) destaca que, nos últimos anos, vem ocorrendo uma reestruturação produtiva com a introdução de novas técnicas de organização do trabalho e tecnologias no desenvolvimento das atividades laborais, além de uma reestruturação política, através da prática de novo modelo de regulação do trabalho, contribuindo para a flexibilização e precarização das relações trabalhistas. Assim, a eletromecânica dá lugar à microeletrônica e a linha de montagem é substituída pelo *jus-in-time* (eficiência na produtividade) e *kaizen* (aperfeiçoamento continuado), o especialista perde espaço para o polivalente e cooperativo e a estabilidade para contratos temporários, sub-contratações e terceirização. No plano político, há o rompimento do poder sindical, a desregulamentação do trabalho, a redução de gastos sociais e a reforma fiscal.

Sobre isto, Vasapollo (2005) destaca que essas mudanças radicais no modelo de organização do trabalho vêm provocando sua precarização através de sua subordinação ao capital financeiro, que, ao promover a perda de centralidade da indústria, além de provocar o aumento do desemprego, incentiva a emergência do setor serviços. O resultado disso é a perda do direito ao salário e/ou das condições de trabalho, uma vez que a alternativa diante do desemprego é submeter-se a contratações temporárias, quase sempre no setor serviços, através de cooperativas ou empresas terceirizadas, sem a devida proteção social. Isso se dá pela redução do papel do Estado em regular o trabalho e pela volatilidade do mercado, que

determina a individualização e precarização das relações trabalhistas. Nessa perspectiva, a precarização ameaça também os empregados com a concorrência desenfreada por um posto de trabalho através do aumento do “exército de reserva de mão-de-obra” ou do surgimento dos sobrantes. Conforme Filgueiras (1997), os empregados são obrigados a render-se cada vez mais à exploração do capital, representada quase sempre no arrocho salarial e no aumento da carga de trabalho.

Os efeitos desse modelo político-econômico no Brasil mostram-se ainda mais devastadores que nos países centrais, onde foi construída durante o pós-guerra certa estrutura de proteção social através do Estado de Bem-estar. Isso se revela no fato de que, quando o Brasil começa a ensaiar a construção de um modelo de desenvolvimento econômico industrial “fordista periférico” por volta das décadas de 1970 e 1980, a crise econômica internacional abre a possibilidade da ascensão do toyotismo e da globalização econômica. Nesse mesmo instante, o país atravessava um cenário de intensas lutas populares na busca da concretização de um Estado Democrático, capaz de garantir efetivamente direitos de cidadania plena, enquanto o capital internacional implantava o modelo neoliberal. O resultado disso foi a adesão dos governos da década de 1990 e início da de 2000 aos ditames das instituições capitalistas financeiras internacionais, implementando assim um modelo econômico recessivo que privilegia o capital financeiro internacional consubstanciado em um Estado mínimo para a proteção social, caracterizado por políticas sociais focalizadas na camada mais miserável da sociedade. Assim, nas duas últimas décadas do século XX e início do XXI, assistiu-se a um aumento significativo da miséria e desigualdade social com o desmonte do nascente parque industrial nacional, enfraquecimento dos sindicatos, aumento do índice de desempregados, sub-empregados e/ou empregados precarizados.

Tudo isso atinge em cheio os profissionais que trabalham em instituições públicas, inclusive da saúde mental, uma vez que o Estado acaba se capitalizando ao aderir a esse modelo de gestão administrativa próprio da iniciativa privada. Borges (2007) mostra que o modelo político e econômico neoliberal implementado pelos governos brasileiros nas duas últimas décadas conjuga a perpetuação de um Estado parco para a proteção social, conforme foi discutido, a uma desestruturação do mundo do trabalho com o advento de uma espécie de “toyotismo periférico”, disseminando a fragilização e redução da importância do trabalho. Sob o discurso da racionalização do bem público e do incremento ao crescimento econômico, o Estado

brasileiro foi submetido a ajustes fiscais e privatizações, que, somados à desregulamentação trabalhista, vêm provocando intensa precarização do trabalho, tanto na iniciativa privada como na pública. A consequência disso foram aposentadorias precoces, demissões e esfacelamento dos sindicatos, abrindo assim caminhos para o desenvolvimento da desregulamentação da relação capital *versus* trabalho. Igualmente às empresas privadas, cada vez mais as instituições públicas estatais que deveriam oferecer políticas públicas capazes de promover a proteção social apresentam condições de trabalho vulnerabilizadas pela falta de investimento em equipamentos e insumos, como também pela implantação de relações de trabalho precárias, representadas na terceirização da mão de obra, contratos temporários, utilização de serviços prestados por cooperativas ou até mesmo empresas individuais, regrados por salários baixos.

Além dos desafios políticos da estrutura do Estado, a interdisciplinaridade também enfrenta dificuldades referentes à disputa de poder interprofissional, devido a cultura positivista já discutida. O processo de inserção na divisão social e técnica do trabalho engendrada historicamente por cada profissão determina mandatos sociais sobre campos específicos, seja através de legislações, de demandas da sociedade civil ou do próprio Estado, ao requisitar uma intervenção técnica especializada. Isso tende a institucionalizar-se com a atuação de organizações corporativistas, como conselhos e associações, e através da influência de instituições econômicas e políticas. Assim, cada profissão vai construindo ao longo do tempo sua própria cultura profissional na disputa por espaço com outras profissões dentro da dinâmica social. Isso determina a delimitação de uma identidade profissional, criando uma espécie de carapuça, limitando a comunicação e trocas interprofissionais, bem como a abertura para novos saberes-fazer.

Diante disso, a concretização de uma prática multi-profissional e interdisciplinar necessita do que Vasconcelos (2007) chama de construção de “pacto social local”, que inclui todos os segmentos sociais diretamente envolvidos com a problemática: pessoas com transtornos mentais, familiares, profissionais, comunidades e gestores públicos, para a construção de uma estrutura político-social que viabilize as condições concretas de efetivação. Assim, esse autor ousa assinalar algumas recomendações que poderão possibilitar a concretização de uma prática multiprofissional interdisciplinar em instituições de saúde mental. Para ele deve-se questionar o arcabouço jurídico institucional e profissional no sentido de

criar condições efetivas para a interdisciplinaridade, em vista do compartilhamento de responsabilidades, colaboração mútua nas decisões e enriquecimento mútuo. É necessária também a criação de dispositivos de defesa e autonomia dentro das instituições contra o corporativismo desenvolvido por organizações profissionais.

Por outro lado, deve haver uma seleção criteriosa dos profissionais que deverão compor a equipe, para que todos estejam alinhados com a perspectiva da democratização do saber-poder. Para isto a introdução do debate inter, nos currículos universitários, em todos os níveis, mostra-se fator indispensável, assim como a integração entre ensino, pesquisa e extensão, com a inserção do bolsista no campo, desenvolvimento de projetos de pesquisa e intervenção inter e sua propagação em eventos e meios de comunicação científica.

Tudo isso envolve a criação de vontades políticas de representantes políticos, profissionais e da sociedade como um todo, que devem estar pautados na abertura à diversidade. Outro aspecto importante refere-se à construção de estruturas democráticas e mecanismos de discussões e decisões coletivas estimuladores de debates e negociações constantes, para que seja possível a elaboração de dispositivos institucionais e grupais, capazes de produzir reflexões acerca dos limites e possibilidades de cada profissão, incentivando a avaliação constante e a reconstrução das identidades profissionais. Da mesma forma, é preciso dar voz ao sujeito demandatário do serviço através da criação de mecanismos de escuta e empoderamento.

Além disso, deve-se garantir condições de trabalho que possibilitem a satisfação de demandas profissionais, econômicas e sócio-afetivas da equipe multiprofissional, o que remete a salários dignos, estabilidade no emprego, capacitação e supervisão técnica, bem como disponibilidade de equipamentos e insumos necessários.

Diante do exposto fica evidente que a Reforma Psiquiátrica, e no seu interior a perspectiva da Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, e a interdisciplinaridade são paradigmas que guardam coerência entre si. Ambos resultam do questionamento ao modelo tradicional de elaboração e aplicação do conhecimento científico, superando sobretudo a hierarquia do saber-fazer e propondo como opção a construção de uma nova forma de concepção sobre a realidade, que respeite a diversidade. Para a interdisciplina, a complexidade da vida humana não pode ser fragmentada e se constituir elemento de intervenção de

saberes isolados. Para a Reforma Psiquiátrica, o sujeito com sofrimento mental, inclusive devido ao uso de Spas, é uma vida humana, e, por isso, não deve ser limitado a uma patologia clínica.

5. INTERDISCIPLINARIDADE E A PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL NO CAPS AD EM FEIRA DE SANTANA-BAHIA.

Conforme visto ao longo do referencial teórico apresentado, o sistema de proteção social vem sendo construído e reconstruído no Brasil em cada contexto sócio-político seguindo tendências e contra-tendências, conforme a correlação de forças existente em cada momento. Nesta perspectiva, a reflexão sobre a prática de uma equipe multiprofissional, na implementação de qualquer política social, deve levar em conta os aspectos teóricos e técnicos operativos que a envolvem, assim como sua fundamentação ideológica, ética e política, pois, conforme Lamamoto (2004), toda prática profissional é uma prática política.

Isso remete ao fato de que a análise elaborada neste trabalho concebeu o saber-fazer-poder da equipe profissional sujeito deste estudo dialeticamente construído e reconstruído cotidianamente nas relações historicamente situadas, nacional e internacionalmente.

Diante disso, para efeitos didáticos, a discussão que se segue está subdividida entre os aspectos intra-institucional, na tentativa de provocar reflexões sobre a prática multiprofissional na relação cotidiana das diversas profissões/profissionais lotados no CAPS ad, campo empírico desta pesquisa. Assim como, a partir da fala desses sujeitos, foi analisada a relação entre essa unidade de saúde e as diversas instituições dos vários setores que envolvem a ¹⁰ “pretensa” rede de proteção social no território do citado CAPS.

Por outro lado, as categorias de análise mencionadas têm duas dimensões norteadoras principais, a dimensão político-administrativa, que envolve desde a formação do Estado brasileiro e sua relação com a Sociedade até as questões da gestão nacional e local da política pública de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas. A outra dimensão se refere ao comportamento ético-político e técnico operacional de cada profissão/profissional e, conseqüentemente, da equipe multiprofissional no interior do serviço.

¹⁰ Conforme será discutido adiante, apesar de haver um esforço da equipe do CAPS ad para se implementar uma rede de proteção ao usuário de álcool e outras drogas, ainda há muito a se avançar para concretizá-la objetivamente.

5.1 TRAJETÓRIA DA PESQUISA DE CAMPO

As transformações que a sociedade necessita e vem sofrendo não podem ser apenas descritas, mas interpretadas no seu contexto histórico, social, político, cultural e econômico.

Assim, este estudo foi construído mediante a metodologia qualitativa, privilegiando o estudo de caso, que, como o próprio termo indica, é um tipo de estudo direcionado a um fato específico e bem delimitado, na tentativa de explorá-lo o mais profundamente possível. Nesse sentido não se preocupa com generalizações. Seu interesse é a singularidade do objeto, porém sem perder de vista sua inserção no contexto sócio-histórico, como afirma Ludke (2003).

[...] A preocupação central ao desenvolver esse tipo de pesquisa é a compreensão de uma instância singular. Isso significa que o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada. Desse modo, a questão sobre o caso ser ou não 'típico', isto é, empiricamente representativo de uma população determinada, torna-se inadequada, já que cada caso é tratado como tendo um valor intrínseco (LUDKE,2003, p.21).

Embora as pesquisas quantitativas tenham sua relevância e importância ao fornecerem dados e informações o mais próximo possível de uma realidade cientificamente comprovada, este trabalho, por ser qualitativo, preocupou-se primordialmente com culturas, significados e valores. Números advindos dos resultados tiveram papel secundário e complementar.

Minayo (1994, p.21) reporta que a pesquisa qualitativa:

[...] se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. [...] A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade.

A opção por trabalhar com essa abordagem baseia-se no fato de que ela permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas tomadas como construções humanas significativas, tanto na sua instituição como em sua transformação (MINAYO, 1994).

Nesse sentido, fundamentou-se primordialmente em indicadores qualitativos. Segundo Deslandes (2005), na avaliação qualitativa de programas sociais busca-se as dimensões dos valores, crenças, atitudes e relações vivenciadas intersubjetivamente. Guattai e Rolnik (1986) reportam que a subjetividade é intrinsecamente mutante, na medida em que é histórica e contextual. Assim, procurou-se acolher a subjetividade que acompanha o discurso dos sujeitos. Desse modo, Lane (2002, p.17) aponta que:

A subjetividade é construída na relação dialética entre indivíduo e a sociedade e suas instituições, ambas utilizam as mediações das emoções, da linguagem, dos grupos, a fim de apresentar uma objetividade questionável, responsável por uma subjetividade na qual estes códigos substituem a realidade.

Portanto, este estudo buscou, através da escuta sensível da fala dos sujeitos envolvidos na pesquisa, revelar as coerências, possibilidades e desafios da prática multiprofissional desenvolvida no CAPS ad em relação ao paradigma da interdisciplinaridade enquanto proposta epistemológica e técnico-operativa capaz de promover uma atenção integral, conforme discutida no capítulo quatro deste trabalho.

Como visto anteriormente no capítulo introdutório, esta pesquisa foi realizada em 2008, no CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida, situado na Avenida Getúlio Vargas, 1864, Feira de Santana, Bahia. Essa Unidade de Saúde é o único serviço de Saúde Pública Estatal especializado na assistência às pessoas dependentes de álcool e outras drogas ou que fazem uso prejudicial de Spas neste município.

É uma unidade de saúde composta por uma equipe multiprofissional, conforme quadro a seguir apresentado:

Composição da equipe Profissional	Número
Coordenadora (Psicóloga)	01
Médica Psiquiatra	01
Médica Especialista em Saúde Mental	01
Psicóloga	02
Assistente Social	01

Composição da equipe Profissional	Número
Musicoterapeuta	01
Terapeuta Ocupacional	01
Enfermeira	01
Prof. de Educação Física	01
Arte-Educadora	01
Técnica em Enfermagem	03
Auxiliar Administrativo	03
Auxiliar de Serviço Geral	02
Total	19

Quadro 06: equipe técnica multiprofissional do CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida.
Fonte: Pesquisa de campo.

O município de Feira de Santana está classificado na ¹¹gestão plena do sistema municipal de saúde, detendo a responsabilidade sobre o planejamento e execução de ações de baixa, média e alta-complexidade em todos os setores da política de saúde pública. Por isso o CAPS ad em tela possui administração municipal, embora esteja política e tecnicamente subordinado ao Ministério da Saúde.

Durante o processo exploratório, foram utilizados como técnicas de investigação a entrevista semi-estruturada e o grupo focal. A entrevista é o instrumento de coleta de dados mais utilizado na pesquisa social, pois permite um maior aprofundamento nos temas investigados, “[...] permite captar melhor o que as pessoas pensam e sabem, observam também a sua postura corporal, a tonalidade da voz, os silêncios, etc.” (MARCIGLIA, 2001, p.27).

Seguindo também o proposto por Gil (1999), o investigador se apresentou para os sujeitos deste estudo formulando-lhes perguntas na busca da obtenção dos dados interessados. Uma vez que, conforme Pinheiro (1999), a entrevista se configura numa prática discursiva que se dá numa interação negociada dentro de determinado contexto social (diálogo), nesta pesquisa a entrevista foi utilizada para

¹¹ Para um maior entendimento sobre organização dos sistemas de saúde ver Norma Operacional Básica da Saúde-NOB SUS 01/96 e Portaria GM nº 385/2003.

identificar valores, culturas e intenções, assim como as relações de poder presentes na instituição estudada.

As dez entrevistas foram realizadas na sede do CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida, em dias e horários combinados com os sujeitos da pesquisa, conforme suas disponibilidades. Deste modo, ocorreram sempre às quartas-feiras, nos turnos matutino e vespertino, no período entre os meses de outubro e dezembro de 2008. O pesquisador permaneceu no campo de pesquisa cerca de seis meses, para criação de vínculos com a equipe multiprofissional e desenvolver a confiança mútua necessária a um melhor desempenho.

Na busca da complementariedade de dados que colaborassem para a compreensão do objeto estudado, o pesquisador também lançou mão do grupo focal como técnica de coleta de dados, organizando-o segundo Gatti (2005). Conforme esta autora, na realização do grupo focal deve haver um moderador/coordenador do debate e um observador, que deve destacar gestos e atitudes dos sujeitos, a elaboração e observação de um roteiro para guiar as discussões, a formação do grupo deve conter no máximo dez (10) integrantes e há necessidade de observar o local da realização do grupo focal e os instrumentos e tecnologias para gravação.

Nessa perspectiva foram selecionados e reunidos técnicos da equipe multiprofissional do CAPS ad para discutir e comentar o objeto da pesquisa e aspectos secundários a partir da experiência pessoal de cada um e da equipe como um todo. Esse grupo focal contou com um moderador, o autor da pesquisa, que coordenou as discussões, e com um observador, estudante de Serviço Social do oitavo período, que registrou todos os gestos e sinalizações deferidas pelos participantes. Ele também auxiliou o moderador na recondução das reflexões ao debate central. Ao final, moderador e observador se reuniram e discutiram sobre as observações realizadas e anotadas em diário de campo.

O principal objetivo do grupo focal foi propiciar um debate interativo entre os participantes, identificando assim convergências e divergências de entendimentos, concepções, valores e culturas técnico-profissionais. Aproveitando o calendário oficial de reuniões técnicas da instituição, o grupo focal foi realizado numa quarta-feira, 12 de novembro de 2008, no período das 14h às 16h. Essa estratégia teve como propósito facilitar a presença dos sujeitos da pesquisa, uma vez que, costumeiramente, reuniam-se sempre às quartas-feiras à tarde.

Tanto as entrevistas quanto o grupo focal seguiram um roteiro semi-estruturado (vide apêndice A) para estimular e orientar as discussões, de forma a garantir ao mesmo tempo coerência com os objetivos da pesquisa e flexibilidade na condução do debate. Tendo em vista o objeto de estudo desta pesquisa, a prática multiprofissional institucional interdisciplinar, buscou-se através dos instrumentos e técnicas de coleta de dados identificar a percepção de todos os dezenove (19) integrantes da equipe, independente de nível de instrução e/ou função desenvolvida na equipe. No entanto, quatro técnicos não participaram efetivamente desse estudo. Apesar de todos os profissionais deste CAPS ad terem sido solicitados a participar das entrevistas e do grupo focal, muitas foram as frustrações e tentativas sem sucesso. Oficialmente, não foi possível convidar todos os membros a participarem do grupo focal, pois havia uma determinação institucional de que os profissionais de nível intermediário e médio (auxiliar administrativo, técnico de enfermagem, vigilante) não poderiam participar de reuniões técnicas juntamente com aqueles com graduação acadêmica. Ainda assim, apesar da estratégia citada para facilitar o acesso a todos os profissionais de nível superior, faltaram ao grupo focal dois profissionais membros da equipe técnica da unidade com graduação acadêmica, além de um técnico, que se retirou da sala momentos antes de se iniciarem as discussões, não retornando posteriormente, nem apresentando justificativas ao pesquisador, o que foi esclarecido durante a análise dos dados, através da insegurança quanto a possíveis retaliações e à ansiedade dos membros da equipe multiprofissional devido ao vínculo de trabalho precário e à consequente falta de perspectiva de permanência no CAPS ad durante a nova gestão municipal, uma vez que a coleta de dados se deu no momento de transição política municipal.

Seria realizada também a observação direta como mais uma técnica de coleta de dados, a fim de complementar a entrevista e o grupo focal. No entanto, ao retornar ao campo da pesquisa, em janeiro de 2009, após a realização das entrevistas e do grupo focal, a gestão municipal recém-empossada, impediu o pesquisador de proceder à coleta de dados, não apresentando qualquer justificativa para tal atitude, apesar dos esforços do pesquisador na tentativa de negociação com os responsáveis pelo serviço de saúde em tela.

Para que possíveis questões hierárquicas não interferissem no debate fomentado durante o grupo focal, o pesquisador solicitou à coordenadora da instituição que não participasse. Assim, compuseram o grupo focal sete (07)

membros da equipe, de nível superior, isto é, duas psicólogas, a assistente social, uma médica, a musicoterapeuta, a terapeuta ocupacional e o professor de educação física. O que mais chamou a atenção do moderador e observador durante a realização do grupo focal foi a concentração das discussões em apenas quatro profissionais, aqueles com maior tempo na instituição, ficando comprovado na análise dos dados, através do cruzamento das informações colhidas no grupo focal com as das entrevistas, a existência de uma hierarquia de saber/poder determinada pela experiência no serviço, ou seja, tempo de trabalho no CAPS ad.

Por sua vez, alguns dos profissionais convidados a participar da entrevista mostraram-se indisponíveis, outros não compareceram na data e horário agendados, não apresentando também qualquer justificativa. Diante disso, foram entrevistados o vigilante, duas (02) técnicas em enfermagem, dois (02) assistentes administrativos, uma (01) psicóloga, a terapeuta ocupacional, a coordenadora do CAPS ad (psicóloga), a enfermeira e a auxiliar de serviços gerais. Portanto, participou das entrevistas um grupo de dez (10) técnicos das mais variadas profissões, representando a diversidade de saber que perpassa pela prática cotidiana da instituição analisada. Vale ressaltar que, desses dez (10) entrevistados, apenas dois (02) profissionais também se fizeram presentes ao grupo focal. Portanto, dos dezenove (19) profissionais membros da equipe multiprofissional quinze (15) participaram desta pesquisa.

Ambos os procedimentos, grupo focal e entrevistas, tiveram gravação em áudio. Como forma de complementação da fala dos sujeitos, seus gestos e comportamentos desenvolvidos durante a coleta de dados foram registrados em diário de campo. Os dados foram processados e analisados através da técnica de análise de conversação de Greg Myers (2002), entendida como propícia para alcançar o objetivo desta pesquisa, uma vez que, segundo este autor, ela é capaz de demonstrar as concepções comuns e divergentes dos sujeitos quanto às atividades e atores sociais, a partir de entrevistas e grupos focais gravados em áudio e/ou vídeo.

Nesse sentido foram seguidos os passos preconizados pelo referido autor, que são: a) planejamento adequado dos roteiros de entrevista e do grupo focal para se alcançar os objetivos propostos, b) registro apropriado das discussões, pois a gravação deve ser clara o suficiente para permitir uma boa transcrição das falas, c) transcrições levando em consideração todos os elementos gestuais e comunicativos

dos sujeitos da pesquisa, d) atribuições das falas aos seus autores, para que durante a análise seja possível a revelação das divergências e convergências de idéias, e) análise, com o procedimento da leitura atenta das transcrições junto com a escuta das gravações, observando-se a sequência entre os turnos das falas, as decisões sobre quem e quando fala e os pontos de convergência e divergência entre as diversas falas.

Buscando garantir uma gravação clara e propiciar a reflexão sobre os depoimentos deferidos pelos sujeitos da pesquisa, tendo em vista o melhor aproveitamento na análise dos dados, foram realizados testes da gravação de áudio em momentos anteriores e posteriores a cada procedimento para se verificar as condições ambientais e tecnológicas da gravação.

Durante o período de março a agosto de 2009 foram realizadas as transcrições das entrevistas e do grupo focal. Para propiciar uma boa análise da fala dos sujeitos, o pesquisador efetuou o que Greg Myers (2002) denomina de transcrição completa, levando em consideração todos os elementos gestuais, como sonoridade, ritmo, respirações, entre outros. Nesse sentido, as falas foram repetidas quantas vezes necessárias e utilizados símbolos que indicaram cada gesto, para a fiel transcrição de todos os elementos comunicacionais. Em seguida, foram atribuídas as falas aos seus autores, para que durante a análise fosse possível a revelação das divergências e convergências de idéias entre os diferentes profissionais sujeitos da pesquisa.

A análise foi realizada durante os meses de setembro e outubro de 2009. Seguindo o que propõe Myers (2002), o pesquisador procedeu às análises com a leitura atenta das transcrições juntamente com a escuta das gravações. A partir de então, observou a sequência entre os turnos das falas, como os sujeitos decidiam quem falava no grupo focal, as reações corporais diante de cada provocação e o relacionamento entre cada turno, identificando os pontos de convergência e divergência.

Em seguida, as falas dos sujeitos foram organizadas em tópicos e codificadas conforme as categorias de análise construídas a partir do preconizado por Morin (2002) e Vasconcelos (2007), dentre outros autores já discutidos nos capítulos anteriores e sintetizadas no quadro 7 a seguir:

CATEGORIAS DE ANÁLISE	INDICADORES
Democratização do saber-poder:	<p>implementação de instrumentos de discussão técnica e político administrativa;</p> <p>construção contínua de consensos;</p> <p>participação e deliberação de todos os sujeitos do serviço (gestores, técnicos, parceiros e usuários).</p>
Construção e reconstrução do saber-fazer:	<p>implementação de projetos e grupos multidisciplinares de estudos e pesquisas;</p> <p>realização de eventos técnicos e acadêmico-científico-multidisciplinares;</p> <p>realização de intervenções técnicas multiprofissional com posterior reflexões teoricamente fundamentadas;</p> <p>efetivação de projetos/programas de educação continuada fundamentados em princípios interdisciplinares.</p>
Horizontalização do saber/fazer profissional:	<p>criação de mecanismos/canais para livre fluxo de informações e conhecimentos multidisciplinares;</p> <p>decodificação de informações e conhecimentos em linguagem acessível;</p> <p>valorização e incentivo à diversidade de conhecimento com a inclusão do saber popular e/ou saber não tradicionalmente ligado à política implementada;</p> <p>implementação de espaços coletivos e individuais de escuta aos usuários e familiares;</p> <p>coordenação coletiva e reflexões compartilhadas, com o desenvolvimento de cooperações técnicas e complementariedade das ações.</p>

CATEGORIAS DE ANÁLISE	INDICADORES
Atenção integral	Atuação interinstitucional e intersetorial para aproximar o atendimento e resolução das diversas demandas (biopsicosociocultural) apresentadas.

Quadro 07: Categorias de análise e respectivos indicadores.

Fonte: Criação a partir do referencial teórico e da pesquisa empírica.

Durante o processo de análise de dados, essas categorias foram ponderadas do ponto de vista intra e interinstitucional, bem como relacionadas ao contexto macro e micro das políticas sociais. Para isto, levou-se em conta a influência da cultura, da tradição profissional e do modo de vida da sociedade brasileira em relação às toxicomanias, o que preconiza o referencial teórico, a norma legal e suas intersecções na prática multiprofissional do CAPS ad em tela. Assim, o pesquisador construiu o desenho da análise realizada, que tomou a configuração esquematizada no diagrama demonstrativo a seguir:

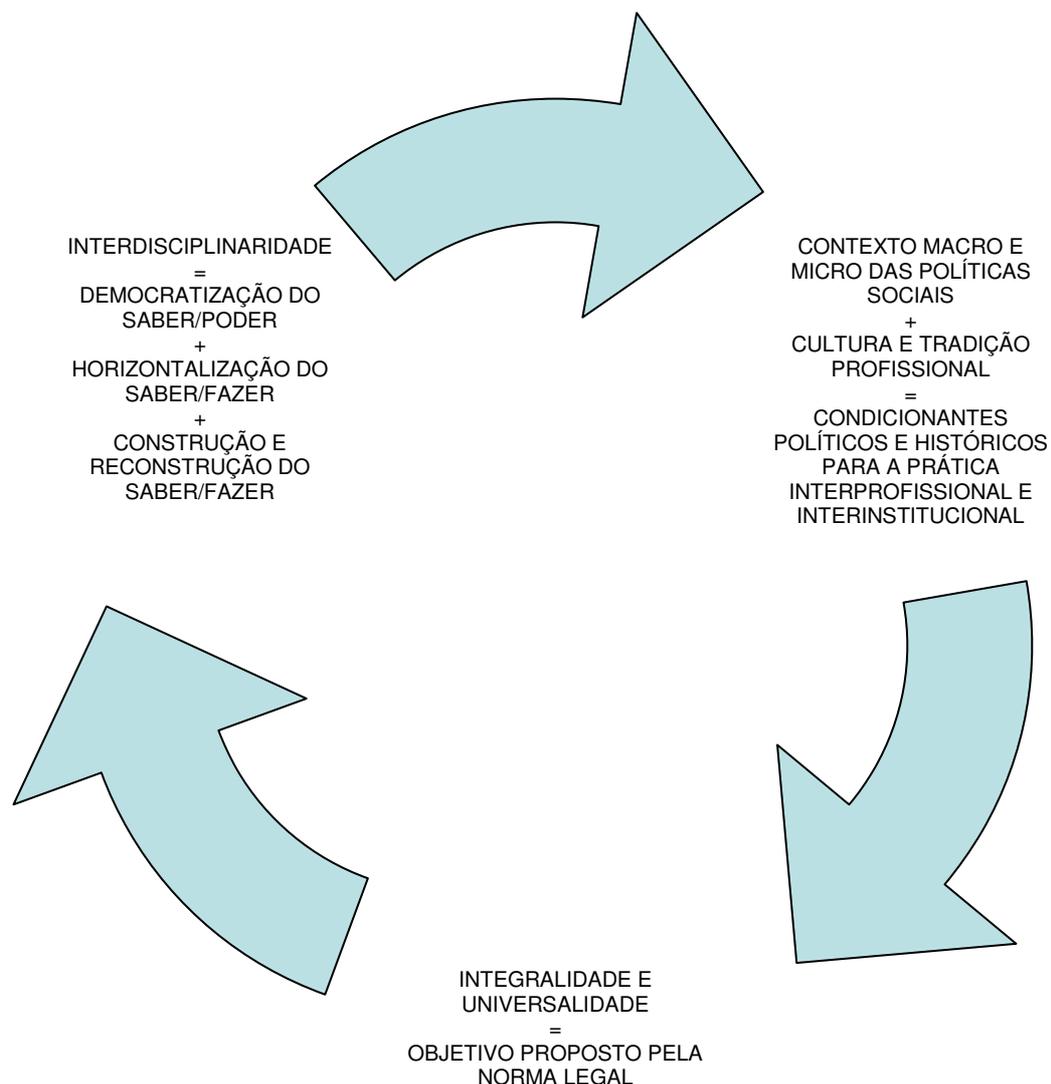


Diagrama 01: Esquema representativo do modelo de análise da prática multiprofissional desenvolvida no CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida.
Fonte: Criado a partir do referencial teórico e da pesquisa empírica.

Segundo a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os indivíduos devem ser respeitados em sua liberdade e autonomia, sendo, pois, tratados com dignidade e respeito. Assim como o preconizado pelo Código de Ética Profissional do Serviço Social, que traz como princípios básicos o reconhecimento da liberdade, defesa dos direitos humanos, da cidadania e da democracia, entre outros, determinando uma prática profissional que busque sempre a garantia da autonomia do sujeito, respeitando o sigilo e o anonimato, até mesmo em questões judiciais. Logo, durante a coleta de dados foi garantida aos sujeitos da pesquisa a proteção e garantia máxima quanto a quaisquer benefícios dela advindos

e a máxima redução de possíveis riscos, através da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na análise dos dados e no relatório de pesquisa, foi utilizado o codinome informante acompanhado de um número (informante 01, informante 02, sucessivamente, que não resguarda a ordem das falas nas entrevistas e no grupo focal), na atribuição das falas, a fim de impedir a identificação dos sujeitos desta pesquisa. Além disso, foi solicitada permissão à Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento deste estudo, através de ofício assinado pela Coordenação do Programa de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da UCSAL e pela Prof^a. Dr^a. Orientadora da pesquisa.

Da mesma forma, essa dissertação será disponibilizada para fazer parte do acervo da biblioteca da referida universidade, bem como para publicações em anais acadêmico-profissionais, a fim de servir de referência para outros estudos posteriores. Nesse sentido, foi garantido aos sujeitos da pesquisa cópia para fazer parte do acervo bibliográfico da instituição pesquisada, sendo acordada uma apresentação formal para todos os servidores em saúde pública do município sede, principalmente a equipe multiprofissional do CAPS ad. Com isso, efetivou-se a primordial contribuição social da pesquisa que é a construção, socialização e divulgação do conhecimento, com vistas a contribuir com a implementação de soluções para os problemas analisados.

5.2 HORIZONTALIZAÇÃO OU HIERARQUIZAÇÃO DO SABER-FAZER?

O primeiro elemento de investigação foi identificar o nível de conhecimento dos membros da equipe sobre o arcabouço teórico e normativo legal que deve fundamentar a prática institucional para a Atenção Integral às Pessoas Usuárias de Álcool e outras Drogas, como ponto de partida para a elaboração de uma reflexão sobre a possibilidade de horizontalização ou hierarquização do saber-fazer implementado pela equipe multiprofissional analisada.

Tanto nas entrevistas, quanto no grupo focal, ficou evidente a falta ou quase nenhum conhecimento sobre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, principal norma legal norteadora das ações dos serviços substitutivos para assistência a esse público, por parte da maioria dos integrantes da equipe. Da mesma forma, em relação à discussão teórica sobre a Reforma Psiquiátrica e sobre a teoria Basagliana esta se quer fora citada

por alguns poucos membros da equipe profissional. Apenas quatro (04) dentre os oito (08) entrevistados, dois (02) entrevistados e participantes do grupo focal e cinco (05) participantes do grupo focal, demonstraram algum conhecimento teórico e normativo.

Ao serem provocados a comentar a citada política, destacando seus princípios e diretrizes, e a refletir sobre sua aplicabilidade no CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida, fazendo uma correlação com o paradigma da interdisciplinaridade, sete (07) dos dez (10) entrevistados revelaram total desconhecimento. Já no grupo focal, apenas dois (02) técnicos apresentaram certo domínio sobre o debate proposto, conforme trechos de algumas falas a seguir.

Sobre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, Reforma Psiquiátrica e teoria Basagliana:

“Não! Ler eu não li um documento sobre essa prática! Só conheço no trabalho, na prática!” (Informante 01).

“Eu participei foi do fórum de álcool e drogas, né? Foi discutido sobre álcool e drogas, agora assim algum documento que eu li, não!” (Informante 02).

“Conhecer mesmo eu vou confessar que não conheço o conteúdo dessa política, os pressupostos da política que rege o CAPS... eu sei que o CAPS surgiu com a reforma psiquiátrica, né? Com o movimento anti-manicomial, tratar os pacientes que estavam lá internados no manicômio, retirá-los de lá. Mas o que rege mesmo a política do CAPS eu não tenho conhecimento! [...]” (Informante 08)

Sobre o paradigma da interdisciplinaridade:

“Veja só! Aqui Jamerson, nun vou dizer a você que eu entenda bem, mas... a equipe aqui é uma equipe que entende, né? Sabe a satisfação do colega, a insatisfação, mas a vez não leva à prática!” (Informante 03).

“Ai, eu não entendo muito bem não, disciplinar é o que? (Informante 02)

Essas expressões dos sujeitos envolvidos nesta pesquisa por si só começam a revelar a possibilidade de existência, na prática interprofissional, de uma hierarquização do saber-fazer, assim como a implementação de relações de dominação do saber-poder. Conforme Foucault (1999), todo exercício de poder precede um saber que se sobrepõe a outrem, imprimindo-lhe suas concepções. Logo, a democratização do saber-poder depende da horizontalidade do saber-fazer,

que, por sua vez, é determinada pelo nível de conhecimento de cada sujeito dentro de seu contexto e as relações construídas.

A contradição encontrada nessa equipe, onde apenas uma pequena minoria detém o domínio do saber sobre a política executada pela instituição, tanto quanto sobre o arcabouço teórico que a fundamenta, desvenda a implementação de uma prática multiprofissional hierarquizada, com o império de determinado saber-poder.

Essa hierarquia do saber-fazer se revela em duas dimensões: primeiro ficou perceptível uma clara segregação entre técnicos de nível superior e de nível básico de educação formal na determinação institucional que proíbe a participação destes nas reuniões técnicas com aqueles; segundo, as discussões desenvolvidas durante o grupo focal e as entrevistas revelaram uma espécie de verticalização do saber-fazer, a partir do fator tempo de inserção no serviço, entre os profissionais com graduação acadêmica.

Embora todos os sujeitos desta pesquisa reconheçam a importância do saber de cada componente da equipe multiprofissional e dos sujeitos demandatários da política, bem como a existência de mecanismos de negociação técnico-científica, tendo em vista a coordenação interprofissional das ações e o devido atendimento às demandas apresentadas, o serviço necessita avançar significativamente nesse sentido.

Ao serem questionados sobre a importância de cada saber, inclusive dos profissionais com formação educacional de nível médio e básico, para desenvolverem uma melhor intervenção interprofissional responderam:

“Sem dúvida eu acho muito interessante[...]” (Informante 03).

“A gente teria! Por que é agente que fica a maior parte do tempo com o paciente aqui[...]” (Informante 04).

“Eles *(profissionais de nível médio e intermediário) têm uma proximidade com os pacientes muito maior que a gente *(profissionais de nível superior)! [...] Eles têm oportunidade de observar coisas que a gente não tem[...]”(Informante 08).

“[...] Eu acho isso importante, essa troca de informação! Eu acho muito importante, por exemplo, quando o paciente chega na unidade, o primeiro contato que ele tem é com o apoio administrativo que ta na recepção, né? E é importante a forma como ele é atendido e a forma com que esse trabalhador do apoio administrativo, qual é o olhar, de que forma ele apóia esse sujeito, né? (Informante 10).

* Grifos do autor.

Sobre a criação de mecanismos/canais para intercâmbio de informações e conhecimentos multidisciplinares e para coordenação coletiva e reflexões compartilhadas, com o desenvolvimento de cooperações técnicas e complementariedade das ações:

“Existe uma reunião com o pessoal técnico que é semanal, e com os mais quando a coordenadora marca. Dessa reunião nós não participamos dela e é semanal, só quando a coordenadora marca ou alguém pede.” (Informante 01).

“[...] a gente tem discussão de caso mais eu acho muito superficial! Eu acho que falta uma discussão mais científica mesmo, mais fundamentada teoricamente [...]” (Informante 07).

“[...] o pessoal de nível médio, da equipe de apoio por não participar freqüentemente das reuniões técnicas com os profissionais técnicos, com os profissionais de nível superior [...]” (Informante 09).

“[...] As reuniões gerais deveriam está acontecendo mais vezes... más no âmbito geral a gente tem que ter um acompanhamento sistematizado... a gente dentro da prática fazendo estudo de caso, que a gente ainda continua fazendo, mas de uma forma assim, muito superficial pra se dar resolutividade na demanda dos usuários como dos familiares [...]” (Informante 10).

Diante do revelado pelos sujeitos desta pesquisa, percebe-se uma tentativa de criação de tais mecanismos interdisciplinares, porém há uma clara cisão entre o saber-fazer em “equipe de apoio” (técnicos administrativos, vigilante e técnicos de enfermagem) e a “equipe técnica” (profissionais com formação acadêmica). Isso se revela na fala dos profissionais e na participação irregular, institucionalmente determinada, daqueles nas reuniões técnicas semanais. Além disso, os próprios sujeitos desta pesquisa avaliam que as reuniões carecem de sistematização técnico-científica. Isso tudo compromete a decodificação das informações e conhecimentos monopolizados por cada profissional, bem como a coordenação coletiva das ações, uma vez que o saber nem sempre é compartilhado com todos os integrantes da equipe. E quando acontece, o fazem pontualmente, como apontam os fragmentos a seguir.

“[...] se acontecesse nas reuniões, aí já todo mundo ia ficar sabendo ...Mas se você vai e fala apenas ao técnico que está no plantão[...]”(Informante 05).

“[...] Nesse último plantão mesmo chegou uma paciente para acolhimento que eu não concordei, é... que seria caso de CAPS ad, fiz um estudo de caso com *(fulana) e ela concordou comigo [...]” (Informante 11).

***Grifo do autor.**

Conforme apontado por Morin (2003) e Vasconcelos (2007), a implementação de espaços de trocas interprofissionais é elemento essencial para a construção de uma prática interdisciplinar. Esses espaços devem congrega os vários saberes presentes na equipe multiprofissional, respeitando e valorizando a diversidade. Embora a fala dos sujeitos aponte para o reconhecimento e valorização dos saberes presentes no serviço lócus deste estudo, a prática revelada por eles demonstra uma clara hierarquização do saber-fazer.

Nesse sentido, este estudo verificou a participação dos sujeitos demandatários da política pública desenvolvida no serviço, nos ambientes de discussões e decisões técnicas. Os dados demonstram a existência deficitária de um espaço de negociação, quase sempre unilateral, entre usuário e técnico. Esse mecanismo, denominado de Projeto Terapêutico Individual (PTI) pela Lei Federal 10216/2001 e pela Portaria Geral Ministerial nº 336/2002, deveria configurar-se numa estratégia permanente de construção e reconstrução da proposta de Assistência ao Usuário de Álcool e outras Drogas, capaz de respeitar sua individualidade, autonomia e protagonismo através do atendimento de ¹²referência. Isso remete ao preconizado por Morin (2003), quanto à necessidade de reconhecimento e valorização do saber popular. Da mesma forma, ao defendido por Vasconcelos (2007), quanto à importância de ouvir e dar voz ao sujeito demandatário da política de saúde mental.

Diante disso, os sujeitos desta pesquisa foram provocados a refletir sobre a implementação de espaços coletivos e individuais de escuta aos usuários e seus familiares, com tomadas de decisões conjuntas usuários/familiares/técnicos.

[...] Não! Eu acho que aqui o paciente tem vez!... teve um paciente que chegou pra mim e disse: “Eu não quero medicação!”... então eu aceitei isso como a decisão dele e tá tudo bem!” (Informante 12).

“É o profissional e o paciente! Os outros profissionais não participam, só o profissional plantonista!... o atendimento de referência que isso é outra coisa que eu acho que agente tem deixado a desejar! Algumas pessoas fazem referência em grupo e outras fazem individual. Mas não da pra você referendar todos os pacientes que você tem! Aí eu acolho ele, marco a referência, se ele não vem você termina não remarcando[...]” (Informante 06).

¹² Segundo a Lei 10216/2001 cada usuário do serviço substitutivo de saúde mental deve ter um Terapeuta de Referência (TR), que deverá acompanhar o seu PTI, através do atendimento de referência.

“[...] Quando acontece deles entrarem em surto por uso das drogas, eles não querem ser internados, e a gente vê que ele não está em condições de ordenar sua própria vida, então a gente prefere não escutá-lo [...]” (Informante 07)

Pelo que se vê não há um espaço coletivo sistematizado de negociação que envolva técnicos, usuários e familiares. Na realidade, quando surgem as intercorrências, há uma discussão pontual.

“[...] As transferências geralmente a gente discute nas reuniões primeiro, né?... Tem algumas decisões, situações mais difíceis tipo internação... Então a gente tá consultando a família, consultando e explicando pra eles!...” (Informante 06)

“[...] Eu acho que só deveria haver mais assembléia, que não está acontecendo... Esse era um espaço que a gente tinha de abertura pra que usuários, família e equipe pudesse tá discutindo [...]” (Informante 08)

Diante da negativa de existência de mecanismos coletivos de discussão e decisões técnicas que envolvam todos os sujeitos participantes do serviço, decodificação das informações e conhecimentos em linguagem acessível a todos, que é outro elemento precípua, a prática interdisciplinar, segundo Vasconcelos (2007), fica totalmente comprometida. Pois seriam justamente esses mecanismos os meios de acesso e compartilhamento do saber entre os diversos profissionais, usuários e familiares.

Os sujeitos deste estudo demonstraram, em vários momentos, esforços na tentativa de eliminação dessa hierarquia, mesmo que nas discussões pontuais sobre os casos e nas decisões coletivas nas intercorrências. Porém, existe um elemento que tem concorrido com esse esforço, a cultura tradicional brasileira da supervalorização do saber médico. Este estudo revelou que essa tradição vem sendo traduzida no comportamento de profissionais e usuários desse CAPS ad, como também no arcabouço jurídico que orienta a assistência oferecida por esse serviço.

“Eu sinto uma dificuldade para que isso seja quebrado dentro da equipe, não da equipe técnica, mas da equipe como um todo, inclusive de nível... do pessoal de segundo... como é que chama? De apoio, né? Então é, o pessoal de apoio ainda acredita que o paciente que chega na unidade tem que passar pelo profissional médico, tá! ... E é uma coisa que ainda a população tem isso ainda como cultura e chega aqui...eu só trouxe aqui pro médico vê[...]” (Informante 12)

“[...] eles perguntam logo 'quando é que eu vou passar pelo médico pra tomar medicação?' Como se existisse uma medicação que fizesse com que o desejo de uso da droga fosse embora.” (Informante 07)

“[...] a pouco tava conversando aqui com *(fulano) e eu colocando a respeito de um encaminhamento que ela fez para o CAPS III e a plantonista de lá

ligou questionando que aquele encaminhamento para internamento não estava carimbado e assinado pelo médico [...]” (Informante 13)

“[...] vai da própria política também, a própria política acho que já favorece isso quando ela coloca lá em suas diretrizes né? algumas situações, como por exemplo é... a obrigação, mesmo depois do paciente passar por vários terapeutas, a obrigação de passar por um médico por exemplo [...]” (Informante 14)

***Grifo do autor.**

Isso demonstra que a concepção progressista sobre a questão álcool e outras drogas ainda concorre com uma visão conservadora, concordando com os estudos de Duarte (2007). A cultura brasileira, que determinou historicamente uma prática centrada no saber médico aliado a técnicas coercitivas, conforme discutido no capítulo quatro, revela-se explicitamente nas falas dos sujeitos deste estudo. O mais grave é que as Portarias Gerais Ministeriais nº 336/2002 e nº 189/2002, que regulamentam a organização técnica e orçamentária do CAPS, se contradizem quando esta última determina a elaboração de diagnóstico médico como fator indispensável ao repasse financeiro do Governo Federal, colocando assim o saber médico em evidência.

Outro ponto discutido no grupo focal e nas entrevistas foi a abertura para a diversidade de conhecimentos, considerando aqui tanto a introdução de práticas de áreas do conhecimento técnico-científico não tradicionalmente ligadas à Intervenção a Usuários de Álcool e outras Drogas como práticas fundamentadas no saber popular. Embora os sujeitos desta pesquisa confirmassem que não existia no serviço qualquer restrição, foi identificado apenas um grupo de jardinagem, um de culinária, um de desenho e um de bordado, todos tendo um profissional de nível superior a frente. O grupo de música, que existiu em um determinado período, havia sido desativado. Para Vasconcelos (2007), a prática interdisciplinar deve não apenas respeitar a diversidade de saber, inclusive popular, mas incentivar sua utilização nos serviços de saúde mental através de profissionais já existentes na equipe e até mesmo dos usuários dos serviços.

5.3 RECONSTRUIR OU CONSERVAR O SABER-FAZER?

Outro elemento precípuo a uma prática multiprofissional interdisciplinar, apontada por Vasconcelos (2007), é a consecução de mecanismos e estratégias inter e intra-institucionais capazes de criar possibilidades da elaboração de novos

conhecimentos e novas abordagens no campo da saúde mental. Nesse sentido, este estudo buscou identificar na prática cotidiana da equipe multiprofissional do CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida, através da fala de seus integrantes, indicadores que apontassem para a reconstrução constante do fazer inter-profissional, desenvolvido nesse serviço de saúde.

Assim, os sujeitos deste estudo foram estimulados a analisar a implementação de intercâmbios entre sua prática diária e a realização de reflexões acadêmico-científicas. Já na primeira questão formulada durante as entrevistas e o grupo focal, começou a se revelar a inexistência de qualquer capacitação inicial para inserção na equipe, seja por falta de critério de seleção do pessoal, seja pela falta de oferta de cursos/eventos técnico-científicos por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Foi revelado que, desde a sua fundação em 2004 até o momento da coleta de dados em 2008, apenas uma capacitação teria acontecido com a participação de toda a equipe.

“É, eu lembro da capacitação que teve mais foi mesmo pra... mais pros psiquiatras né? [...]” (Informante 05)

“E queria reforçar essa questão da capacitação, né? Existe um tabú em relação a toda saúde mental. E acho que o que falta muito é essa questão da capacitação, principalmente pra aquele que tá lá na ponta [...]” (Informante 13)

“[...] A capacitação foi muito pouca, a disposição foi específica, não foi destinada a outras pessoas que trabalham em parceria com o CAPS ad. Então assim, já foi solicitado muitas vezes capacitação para o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas... e agente não consegue tá trazendo profissional de fora pra tá fazendo isso. [...]” (Informante 09)

Sobre a realização de eventos técnico-acadêmicos, foi revelada a inexistência de sistematização de qualquer seminário ou conferência, o mesmo ocorrendo com a supervisão técnica, que, segundo os sujeitos, aconteceu durante um determinado período, sendo suspensa e não retornando mais.

“[...] eu acho que a gente teria que tá mesmo solicitando um acompanhamento a nível de supervisão. Inclusive nós já tivemos, ta? E infelizmente não se deu continuidade[...]” (Informante 10)

“[...] A gente tinha uma supervisão, depois a supervisão foi suspensa, ai não teve mais, né? [...]” (Informante 06)

Por outro lado, conforme discutido anteriormente, é reconhecido pelos próprios sujeitos deste estudo que a existência de uma reunião técnica semanal não

vem cumprindo com o papel de contribuir com uma reflexão sobre o saber-fazer da equipe multiprofissional, de forma sistematizada e ancorada teoricamente.

Outro item abordado nesta investigação foi identificar a efetivação de projetos de pesquisa desenvolvidos institucionalmente em parceria com institutos de pesquisa e/ou universidades. Da mesma forma, os dados mostraram a inexistência de qualquer projeto de pesquisa fomentado por este CAPS ad, apesar de receber estagiários de algumas áreas do conhecimento, como Psicologia e Serviço Social. As pesquisas realizadas na área álcool e outras drogas para trabalho de conclusão de curso não tiveram qualquer fomento institucional.

O resultado disso tem sido a reprodução de práticas cristalizadas, muitas vezes contraditórias aos princípios elencados na teoria basagliana. Sobre isso, a fala dos profissionais revelaram o engessamento da assistência, com a oferta de grupos e oficinas pré-definidos institucionalmente, com critérios e normas pré-estabelecidos, onde o sujeito demandatário do serviço deve se adaptar.

“[...] A gente já teve situação aqui onde o comportamento tava muito mal e a gente precisou chamar a pessoa várias vezes, conversar com ela e a equipe discutir o caso, demos advertência, demos suspensão, ele ficou três meses sem poder ficar aqui no CAPS [...]” (Informante 06)

“[...] paciente que a gente ver que não tem perfil pra CAPS... Então a gente vai conversar com ele, vai discutir, por que existem normas no serviço... então a gente vai discutir com ele e falar da importância das normas [...]” (Informante 08)

Os depoimentos desses sujeitos revelam que, na falta da implementação de instrumentos que reconduzam diariamente a prática multiprofissional, a equipe recorre a técnicas tradicionais de adestramento do indivíduo, que, conforme Foucault (1999), foram utilizadas historicamente pela psiquiatria tradicional na manutenção do domínio médico.

Isto contraria o preconizado pela Reforma Psiquiátrica e defendido por Amarante (1995) ao propor a emancipação da pessoa com transtornos mentais como principal objetivo da intervenção em saúde mental. Igualmente se opõe ao preconizado por Vasconcelos (2007), onde a assistência às pessoas com transtornos mentais, inclusive devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas, proposto pelo paradigma da desinstitucionalização, deve buscar a transformação da complexidade e totalidade da vida social e subjetiva do sujeito. Isso requer justamente o rompimento com formas tradicionais de intervenção, numa

reconstrução diária do pensar e fazer inter-profissional, respeitando a diversidade e a singularidade humanas. Da mesma forma, a interdisciplinaridade defendida por Morin (2002), requer justamente a reflexão e questionamento constante do saber existente, tendo como resultante disso não a soma dos diversos conhecimentos envolvidos, mas o surgimento de novos saberes.

5.4 DEMOCRATIZAÇÃO *VERSUS* CENTRALIZAÇÃO DO SABER-PODER.

A proposta da Reforma Psiquiátrica traz como um dos eixos principais a revolução na relação de poder desenvolvida entre os profissionais que atuam na saúde mental e entre estes e os usuários do serviço, através da horizontalização do saber-fazer conforme discutido anteriormente. Além disso, em coerência com o paradigma da interdisciplinaridade defendido neste trabalho, a proposta da atenção integral a usuários de álcool e outras drogas preconiza a democratização do saber-poder não apenas na dimensão técnico-operacional dessa política pública, mas amplia também para a dimensão político-institucional. Nesta perspectiva, este estudo provocou, junto aos técnicos da equipe multiprofissional do CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida, em Feira de Santana, uma reflexão acerca das relações de poder desenvolvidas interprofissionalmente e interinstitucionalmente.

Conforme já destacado, essa equipe multiprofissional apresenta tentativas de horizontalização do saber-fazer através de algumas discussões de caso quando da existência de intercorrências, porém há falta de sistematização de mecanismos capazes de romper com a superposição de alguns saberes. Isto, conseqüentemente, vem contribuindo para que as relações de poder técnico desenvolvidas nessa unidade de saúde, ainda que veladamente, ocorram de forma verticalizada. Embora em algumas decisões técnicas (internamentos e transferências) os usuários e familiares sejam consultados e haja estudos multiprofissionais nesses casos, mesmo com déficit de fundamentação teórica, o saber-poder médico se apresenta numa posição hierarquicamente superior, seja através da cultura tradicional praticada por profissionais e usuários, pela contradição já assinalada existente no arcabouço jurídico, pelo tempo de atuação profissional no serviço e até mesmo na fala dos sujeitos desta pesquisa, que colocaram sempre o profissional médico em evidência, conforme trechos a seguir.

“[...] o médico assina por uma questão burocrática de hierarquia que a gente tem que cumprir com essa determinação... A gente aprende muito aqui com o profissional médico, é diferenciando os efeitos que são das drogas que ele utilizou dos efeitos colaterais da medicação [...]” (Informante 08)

“Eu percebo muito que poucas pessoas expõem suas opiniões, ouve-se mais do que se fala, poucas pessoas que falam... São sempre as mesmas pessoas que falam, são sempre as mesmas. Eu deixo falar! Eu não insisto muito em impor o que eu aprendi quando a pessoa não dá importância para o que eu tô falando [...]” (Informante 07)

A hierarquização do saber-poder é confirmada administrativamente através de privilégios na forma de contratação e condições de trabalho. Os dados mostram que existem divergências quanto à contratação de alguns profissionais, valor de salário, carga horária, etc.

“Tem a categoria médica, né? Tem um salário maior que a gente e uma carga horária menor... Tem dois contratos! Quer dizer, trabalha dois dias, com dois contratos, dois salários [...]” (Informante 06)

“Eu percebo que os médicos, além de ganharem mais do que a gente, eles não cumprem a mesma carga horária que a gente! Podem ter mais de um contrato! Existe uma maleabilidade muito maior, eles não seguem o horário mesmo!... psicólogos têm... um salário maior por conta dos atendimentos individuais, que eu inclusive acho injusto, porque todo mundo faz atendimento individual! [...]” (Informante 07)

Essa hierarquização do saber-poder entra em contradição com a forma de gestão técnico-administrativa desenvolvida pela coordenação do serviço, que, segundo o relato dos membros da equipe, se pauta num modelo democrático de condução do serviço, embora apontem à necessidade de sistematização.

“[...] Nós temos uma coordenação aberta, que aceita de fato opiniões, tá? Acolhedora, né? Tem uma administração, eu diria assim, receptiva, transparente, né? Mas eu volto a dizer, a gente precisa trabalhar de forma mais sistematizada. As reuniões gerais deveriam estar acontecendo mais vezes [...]” (Informante 10)

“[...] A nível administrativo, acho que a gente tem faltado muito, tem as assembléias que é um local de participação nas decisões administrativas e praticamente não temos mais... Existe o planejamento que é passado pra gente e discutido, mas os pacientes não participam.” (Informante 06)

Além de sinalizar para a verticalização do saber-poder nas relações interprofissionais, as falas destacadas indicam a falta de participação dos sujeitos usuários do serviço nas decisões político-administrativas, confirmando o que já fora

discutido sobre as decisões técnicas. Essa falta de espaço democrático de participação e decisão político-administrativa também foi identificada em nível de relações interinstitucionais. Com exceção de um fórum anual, que, segundo os próprios sujeitos deste estudo, não tem provocado resolutividades aos problemas apresentados, não existe qualquer outro mecanismo de decisão compartilhada.

“[...] A forma com que muitas vezes é, querem tá gerenciando nossas ações, que diverge um pouco, que a gente trabalha em cima da redução de danos e muitas vezes, principalmente o órgão judicial, eu acho que eles impõem, ta? uma forma de tratamento que não corresponde com as nossas ações [...]” (Informante 10)

“[...] alguma determinação de outros gestores que estão hierarquicamente acima... coordenação de saúde mental, Secretaria Municipal de Saúde e prefeito, isso é colocado de forma clara e transparente pra equipe pra que eles possam compreender que são determinações que a gente precisa ver de que forma a gente vai cumprir, mas vai ter que cumprir por que é uma determinação superior [...]” (Informante 09)

A centralização político-administrativa sem qualquer democratização do poder nas relações interinstitucionais é acompanhada pela intervenção ideológica e política de outros setores, inclusive no comportamento técnico da equipe. Em muitas falas, nas entrevistas e no grupo focal, ficou evidente que o judiciário vem impondo de alguma forma seu poder na condução técnica do serviço, uma vez que já fora criado inclusive, um grupo terapêutico exclusivo para pessoas em cumprimento de pena sócio-educativa.

Toda essa centralização de poder político-administrativo representada na falta de espaços de diálogo, participação e construção de consensos, envolvendo todos os entes do serviço, apresenta-se como uma continuidade do modelo tradicional hierárquico e centralizador. Conforme Souza J, Kantorski LP, et al (2007), o modelo psicossocial propõe a descentralização político-administrativa com a participação de todos os envolvidos na política, através de decisões coletivas. A realidade apresentada contraria também o conceito de democracia defendido por Rocha (2000) e Bobbio (2004) dentre outros autores discutidos no referencial teórico, e o próprio arcabouço jurídico ali abordado (CF/1988, LOS/1990 e Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas/2003), base da atuação interprofissional e interinstitucional na atenção às pessoas que usam drogas, e que deve garantir proteção social e participação política. Para Habermas

(1997), a constituição de espaços de diálogo para a construção de consensos é elemento fundamental para a implementação da democracia.

A continuidade do modelo tradicional também fica evidente no cotidiano do CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida a partir da discussão elaborada por Foucault (1999). Todos os elementos apontados por esse autor como propulsores a uma relação de dominação foram identificados na fala dos sujeitos desta pesquisa. Assim, apesar dos esforços da equipe em exercitar a escuta, a falta de espaços sistematizados para a participação efetiva do demandatário do serviço nas decisões técnicas e político-administrativas verticalizam as relações profissionais *versus* usuários, e o “adestramento disciplinar” vem sendo a válvula de saída, como se viu. Embora as falas dos profissionais apontem para um bom relacionamento intersubjetivo entre os integrantes da equipe, a contradição no arcabouço legal, que determina o diagnóstico médico como elemento indispensável, legitimando o ato médico, a cultura tradicional de hiper-valorização do saber-fazer médico presente no comportamento de técnicos e usuários e a própria falta de mecanismos de reconstrução de conhecimentos e práticas, acaba reproduzindo uma hierarquização dentro da equipe, além da divisão entre acadêmicos e não acadêmicos. Por último, a hierarquia de poder se apresenta também com a falta de participação e construção de consensos nas decisões político-administrativas intra e interinstitucional.

Outra forma de dominação política se dá na reprodução do modelo de gestão das políticas públicas e das relações do trabalho neoliberal. Confirmando o apontado por Borges (2007), Bourdieu (1998), Filgueiras (1997), dentre outros pensadores discutidos no referencial teórico, este estudo mostra a precarização das condições e das relações de trabalho no CAPS ad, lócus desta pesquisa.

“[...] Eu acho que essa questão da insegurança. Ninguém sabe o que vai acontecer! Ninguém sabe se para o ano se a gente vai ta aqui mesmo ou não!... Existe a questão de não ser concurso... são trinta horas semanais e o salário não é correspondente [...]” (Entrevistado 07)

“[...] é principalmente um dos maiores motivos dos profissionais deixarem o serviço e buscarem outras atividades. Então esse é hoje o principal fator de nós termos perdido profissionais, da rotatividade, alta rotatividade de profissionais aqui... o programa de saúde mental não é valorizado, o salário não é digno para o trabalho que é realizado, para o compromisso desses profissionais, para a formação dos profissionais! O número de recursos humanos é muito pouco para a necessidade [...]” (Entrevistado 09)

“[...] transporte, por exemplo, ta? Nós temos até hoje um transporte para os cinco CAPS! Você quer ver outra questão? salário! Por que não salário,

certo? Uma outra questão é a estrutura física, tá? E déficit de RH [...] “ (Entrevistado 10)

Essa perversa forma de dominação política vem sendo utilizada acentuadamente pela gestão municipal. Na equipe multiprofissional sujeito desta pesquisa apenas um profissional é do quadro efetivo de servidores públicos do município. Os demais são contratados temporariamente, sem nenhum critério técnico-profissional de seleção, dependendo exclusivamente de indicação política. Isso vem interferindo diretamente no desempenho da equipe, inclusive em decisões técnico-administrativas, uma vez que todos os sujeitos participantes desta pesquisa demonstraram insegurança e desmotivação devido à mudança na gestão municipal, o que pode explicar também a ausência ou recusa de participação nesta pesquisa por parte de alguns profissionais da equipe analisada. Essa interferência do poder dos gestores municipais nas decisões da equipe multiprofissional desse CAPS ad foi evidenciada também na represália sofrida pelo autor desta pesquisa, que foi impedido de continuar em campo para proceder com as observações conforme planejado. Toda essa precarização nas relações de trabalho tem interferido também na possibilidade de organização social dos trabalhadores, devido receio de retaliações e por necessidade financeira de manter outros vínculos empregatícios, pois que a maioria dos profissionais entrevistados revelou trabalhar em média 60 horas semanais, subdividida em dois ou mais vínculos.

5.5. ENTÃO, COMO FICA A INTEGRALIDADE?

Conforme foi visto, o paradigma da interdisciplinaridade se apresenta, no momento, favorável à possibilidade de implementação de intervenções multiprofissionais e intersetoriais capazes de se aproximar de uma atenção integral ao sujeito demandatário da política pública de saúde mental (VASCONCELOS, 2007). Partindo desse pressuposto, investigou-se como vem ocorrendo a relação do CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida com outras instituições existentes em seu território de abrangência que ofereçam serviços para a proteção social, na busca da complementariedade das ações desenvolvidas nesse serviço de saúde, tendo em vista a integralidade da pessoa com transtornos mentais devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

A partir dos depoimentos já citados dos integrantes da equipe multiprofissional deste CAPS ad, é possível identificar que a falta de investimento em recursos humanos e de infra-estrutura vem contribuindo para a impossibilidade da realização de intervenções técnicas capazes de responder às demandas biopsicosocioculturais dos usuários do serviço em tela. Há um consenso entre todos os entrevistados e participantes do grupo focal quanto ao esforço e interesse da equipe em alcançar o objetivo proposto pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

“Oh! A prática institucional... pensando no CAPS ad enquanto instituição eu acho que deixa muito a desejar! [...]” (Informante 14)

“Eu acho que a dificuldade maior tá quando diz assim: Precisa sair da unidade pra gente ir pra comunidade! Ai a gente não tem conseguido por que a gente não tem nenhum recurso [...]” (Informante 13)

“[...] é como diz, a gente faz o possível! Agora dizer que esse serviço é um bom serviço em termos do que ele poderia ser, não creio [...]” (Informante 12)

Dentre os motivos mais evidenciados para a incapacidade da equipe cumprir o preconizado legalmente e discutido teoricamente está a falta de condições objetivas. Há uma imensa contradição entre oferta e demanda, pois essa unidade de saúde está habilitada para atender pouco mais de duzentas (200) pessoas/mês e quando da coleta de dados havia mais de dois mil (2000) matriculados, com um fluxo médio mensal de quinhentos (500) participantes. “[...] é uma instituição que foi criada para atender duzentos e quinze no máximo, e, rotativamente a gente atende mais de quinhentos [...]” (Informante 06). Isso tem provocado o déficit de profissionais referido pelos entrevistados e a limitação de atendimento apenas aos municípios de Feira de Santana, “É só para o município de Feira de Santana” (Informante 01), comprometendo assim o princípio da universalidade. Além disso, os dados revelam a falta de transporte para realização de atividades extra-institucionais, em que os profissionais referiram utilizar seus próprios veículos em muitas ações, a inadequação do espaço físico onde o serviço está montado, com quantidade e tamanho de salas insuficientes para a realização de muitas intervenções e falta de espaço para convivências interpessoais.

Por outro lado, a “pretensa rede de saúde mental” do município ainda não conseguiu se configurar como tal. Os sujeitos desta pesquisa relataram diversas dificuldades em compartilhar responsabilidades e implementar ações conjuntas com outras instituições, inclusive da própria saúde mental.

“[...] A gente ouve falar em rede, rede, temos uma rede furadona, né?... a gente tem parcerias que foram efetivadas, mas pra gente conseguir que se efetive a gente tem quase que pedir pelo amor de Deus... No Hospital Dom Pedro de Alcântara temos uma parceria, temos um contrato... mas na hora de funcionar, quase que temos que pedir pelo amor de Deus, tem que ser com jeitinho. [...] (Informante 06)

“Muito deficiente! Precisa fortalecer muito!... depende muito do profissional que esteja inserido em cada serviço, em cada setor, em cada projeto... outros muito mais pelo conhecimento, por conhecer alguém daqui, como se fosse favor!... Existe muito ainda cada um fazendo o seu trabalho individualmente, sem querer uma integração maior, [...] (Informante 09)

Conforme as falas dos sujeitos desta pesquisa, os serviços que deveriam complementar as ações desenvolvidas pelo CAPS ad acabam se mostrando indisponíveis. O hospital especializado no atendimento a emergências em transtornos mentais, os hospitais gerais na assistência a comorbidades clínicas, principalmente o Hospital Dom Pedro de Alcântara, que efetivou um convênio com o CAPS ad para o desenvolvimento de um serviço de atenção a comorbidades clínicas resultantes do uso abusivo de substâncias psicoativas, não têm desempenhado o papel proposto pela referida política do Ministério da Saúde. Igualmente, o PSF também acaba não se envolvendo em ações preventivas e de educação em saúde mental.

A falta de capacitação mencionada também atinge os profissionais de outros setores, e, quando acontece, há pouca adesão.

“[...] foi solicitada oitenta e cinco vagas para PSF..., dessas oitenta e cinco, cinquenta foram devolvidas e ainda assim faltaram profissionais que não tiveram interesse de participar. [...] (Informante 09)

O informante refere-se a vagas para participação em um fórum organizado pelo CAPS ad, oferecidas a equipes do PSF, que são apontadas pela Lei Federal 10.216/2001 como um dos principais setores de proteção a pessoas com transtornos mentais, juntamente com hospitais gerais e hospitais especializados.

“[...] A gente ainda vê muito preconceito com a questão da droga. Isso a começar pela rede de saúde mental, né? Todos os CAPS olham a gente atravessado [...]” (Informante 06)

“Eu queria reforçar essa questão da capacitação, né? Existe um tabu em relação a saúde mental. Eu acho que o que falta muito é essa questão da capacitação [...]” (Informante 13)

A falta de capacitação é retroalimentada pela tradição. O preconceito percebido pela equipe do CAPS ad em relação à saúde mental como um todo, e especificamente a questão do álcool e outras drogas, neste caso ainda mais grave por ser praticado inclusive pelos profissionais de outros CAPS, encontra guarida na falta de conhecimento dos técnicos de outras instituições sobre essa política de saúde pública. Da mesma forma, a falta de informação contribui para a manutenção de discriminação e negligência.

A reprodução da ideologia neoliberal do Estado Mínimo para o social, apontada por Iamamoto (2007), no referencial teórico, também foi identificada na fala dos sujeitos desta pesquisa, que revela a falta de investimento para as condições objetivas de desenvolvimento das políticas sociais em outros setores.

“[...] a gente vê que quando existe uma vontade política realmente de prestar um serviço com qualidade investe de forma multi setorial e não em um único setor. Então uma verba muito mal empregada num setor, que por si só precisa de uma interrelação com outros setores [...]” (Informante 14)

“No caso assim, falta equipe, falta material, falta espaço, porque quando a gente se queixa do espaço do CAPS ad, o espaço do PSF é muito pior.” (Informante 13)

“[...] foi feito uma apresentação do CRAS da Rua Nova, eu acho, e na hora que eu olhei pra foto do CRAS eu fiquei feliz e quase que eu solto fogos com a realidade do CAPS ad [...]” (Informante 13)

Pelo que se vê, a implementação de ações intersectoriais na busca de uma efetiva atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, conforme preconizado juridicamente e apontado por Vasconcelos (2007), é comprometida também pela falta de estrutura dos serviços de outros setores da saúde e de outras políticas sociais. Nessa perspectiva, mesmo com os esforços da equipe do CAPS ad em tela no desenvolvimento de ações interinstitucionais, inclusive com a utilização de recursos próprios, conforme mencionado, é evidente a impossibilidade do CAPS ad implementar seu papel de articulador da Rede de Proteção Social a Usuários de Álcool e outras Drogas, apontado pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

“[...] em relação ao CAPS enquanto articulador a gente pode até ter algumas estratégias, algumas ações específicas que até divulga o CAPS...mas exercer o papel de articulador, aí é que vem... a gente até tem vontade, a gente até tenta [...] (Informante 14)

Diante disso, a integralidade fica totalmente comprometida, uma vez que, mesmo em ótimas condições objetivas, o CAPS ad, por si só, seria incapaz de atender todas as demandas apresentadas pelos usuários do serviço. Nem mesmo toda a rede de saúde seria capaz, uma vez que, segundo a CF de 1988 e LOS de 1990, efetivar saúde pública requer a interação entre as diversas políticas públicas, principalmente as da seguridade social, na prevenção, proteção e promoção da saúde. Assim, na falta de uma rede de proteção social efetiva, a equipe multiprofissional do CAPS ad fica fadada à legitimação de relações clientelistas com profissionais de outras instituições, uma vez que o devido atendimento às demandas encaminhadas pela equipe estudada para outros serviços depende da reprodução de uma espécie de troca de favores.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi revelado por este estudo, que, durante os meses de setembro a dezembro de 2008, analisou a prática multiprofissional no CAPS ad em Feira de Santana, Bahia, Brasil, e através de uma reflexão fundamentada no arcabouço teórico crítico e emancipatório, é coerente afirmar a existência de uma forte tensão entre o tradicional e o novo no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Isso se apresenta a partir da discussão elaborada sobre cada categoria de análise construída pelo autor e nos esforços e tentativas da equipe multiprofissional em desenvolver cotidianamente intervenções técnicas pautadas no referencial teórico, ideológico e político da Reforma Psiquiátrica seguindo o preconizado juridicamente pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003. Em contrapartida, esses esforços vêm sendo minados por uma realidade histórica, política, social e cultural totalmente contraditória, que une ideais neoliberais na condução das relações Estado X Sociedade a crenças e práticas tradicionalmente fundamentadas em perspectivas hierarquizantes e excludentes.

Conseqüentemente, o desenvolvimento de uma prática multiprofissional interdisciplinar pautada num referencial teórico emancipatório, conforme apontam Morin (2003) e Vasconcelos (2007), apresenta-se ainda como um grande desafio social e institucional.

A hierarquização do saber-fazer identificada na equipe multiprofissional do CAPS ad em tela a partir deste estudo não deve ser entendida exclusivamente do ponto de vista da subjetividade de cada profissional/profissão, como se cada um fosse individualmente responsabilizado, uma vez que estão situados no tempo e no espaço. Segundo Morin (2003), o conhecimento científico se constrói numa tensa contradição entre diversos saberes alavancados pelas mais variadas ciências e diferentes ramos científicos, que procuram impor seus conceitos em detrimento de outros, inclusive do saber popular. Tradicionalmente, essa disputa por espaço contribui cada vez mais para a divisão e afastamento entre os conhecimentos científicos e entre estes e o saber popular. Igualmente, Vasconcelos (2007) chama a atenção para o espaço social e conseqüente poder que cada profissão tende a conquistar, demarcando fronteiras interprofissionais. Esses autores demonstram que

essa cultura tradicional tem provocado sérios prejuízos à humanidade, conforme discutido no capítulo quatro.

Romper com a tradição segregadora das ciências modernas e do corporativismo profissional é justamente o que propõe o paradigma da interdisciplinaridade. Esse intento certamente remete a toda a sociedade contemporânea, sobretudo na superação de práticas políticas e sociais neoliberais, na busca da efetivação das condições objetivas necessárias para tal.

No entanto, a realidade do CAPS ad em tela apresenta essa hierarquia, sobretudo na cultura médico-curativa, reforçada no arcabouço jurídico que obriga o atendimento médico a todos os usuários do serviço, reproduzida por profissionais, que consideram a supremacia do saber médico e pelos usuários do serviço na centralização da procura por atendimentos médico-curativos.

Do ponto de vista político-administrativo, percebeu-se que as condições efetivas para a consecução da interdisciplinaridade e conseqüentemente de uma intervenção capaz de proporcionar uma atenção integral, estão totalmente comprometidas pelo modelo de gestão política, adotado no município sede do serviço analisado.

Nessa perspectiva, três aspectos devem ser os principais elementos de reflexão para propor a reconstrução de um saber-fazer que supere esta perspectiva hierarquizante. Inicialmente, é necessário um embate social para retificação do arcabouço jurídico no sentido de determinar efetivamente uma prática multiprofissional horizontalizada, inclusive com a devida valorização do conhecimento popular. Igualmente, a equipe multiprofissional precisa desenvolver competências conjuntamente, o que depende da criação de programas de capacitação continuada com a participação de todos os profissionais, rompendo assim com a segregação por experiência no serviço e por grau de instrução. Em terceiro lugar, as atividades oferecidas diariamente pelo serviço devem ser repensadas continuamente, através de uma maior aproximação do CAPS ad com usuários e a comunidade de seu território, de forma que possam ser criados mecanismos de comunicação, que subsidie de informações sobre a proposta do serviço, conhecendo melhor a realidade de cada demandatário e ouvindo suas opiniões e sugestões.

Isso remete para à segunda categoria de análise deste estudo a necessária reconstrução sistemática do saber-fazer. Sobre isso, os dados mostram um sério

comprometimento do desempenho da equipe multiprofissional sujeito deste estudo, na medida em que sua intervenção acaba não correspondendo às demandas apresentadas, e a alternativa utilizada pela equipe tem sido práticas repetitivas e muitas vezes coercitivas. A falta desse mecanismo de comunicação e de intervenção que envolva diretamente o demandatário do serviço, somada ao afastamento do CAPS ad em relação à academia, seja na falta de projetos de pesquisa em parceria, ou até mesmo no desenvolvimento de eventos acadêmico-científicos e supervisões técnicas, são as principais causas.

Morin (2003) destaca que a interdisciplinaridade surge justamente dessa intensa necessidade que a sociedade contemporânea apresenta da reconstrução constante de novos conhecimentos. Devido a sua complexidade, os saberes tradicionais acabam não dando conta dos novos fenômenos que surgem cotidianamente, assim como se torna impossível a um saber-fazer intervir isoladamente sobre essa realidade. Nesse ínterim, Vasconcelos (2007) aponta para a necessária abertura dos serviços substitutivos de saúde mental ao conhecimento de seus usuários e da mesma forma que sua aproximação à Universidade e/ou congêneres, na tentativa de efetivar uma intervenção propícia a enfrentar a complexidade que envolve o campo da saúde mental.

Diante disso, além do que foi discutido sobre a aproximação do CAPS ad de Feira de Santana com o demandatário de seus serviços, o repensar de sua prática multiprofissional perpassa pela seleção criteriosa de seus integrantes e a criação de vínculos estáveis na relação de trabalho. Essa reconstrução constante do saber-fazer requer profissionais com um perfil técnico e ético-político alinhado com o propósito da Reforma Psiquiátrica e com o paradigma da interdisciplinaridade, o que preconiza certa permanência de cada profissional na equipe, uma vez que essa reconstrução é cotidiana e conjunta (VASCONCELOS, 2007). Diferentemente, foi referido pelos sujeitos desta pesquisa que a seleção dos profissionais a comporem a equipe do CAPS ad obedece exclusivamente a critérios políticos partidários.

Outro elemento chave é a criação de convênios entre o CAPS ad e a Universidade e/ou congêneres para o desenvolvimento de cursos de extensão, supervisão técnica, eventos acadêmico-científicos, incentivo à pesquisa e especialização dos profissionais da equipe multiprofissional através de cursos de pós-graduação lato sensu e stricto sensu, além do incremento das pesquisas dos

estagiários para o trabalho de conclusão de curso (TCC) dentro da área de intervenção do serviço.

Este estudo mostrou que a hierarquização do saber-fazer determina, conseqüentemente, relações de poder verticalizadas com a supremacia de um determinado saber, o médico. Mas essa verticalização do poder ultrapassa a relação interprofissional, atingindo proporções maiores, que envolvem a relação Estado X Sociedade. A falta de mecanismos sistematizados de discussão, construção de consensos e tomadas de decisão que envolvam todos os sujeitos do serviço (usuários, técnicos e gestores) se confirmou também no que se refere às questões político-administrativas. Logo se verificou a consecução de relações de poder totalmente verticalizadas, onde as determinações da gestão municipal devem ser cumpridas pela equipe técnica, que, por sua vez, também não as discute com os demandatários do serviço. Além disso, resultados na análise dos dados apontaram a reprodução dos ideais neoliberais na condução da política social desenvolvida pelo CAPS ad em Feira de Santana em três aspectos principais: a falta de investimento público para proporcionar as condições objetivas para cumprimento do preconizado juridicamente, a precarização dos vínculos trabalhistas dos profissionais e a falta de participação popular na condução da política pública desenvolvida pelo serviço.

Isso mostra a necessidade da implementação do Movimento Social pela Reforma Psiquiátrica, que lutou historicamente pela desinstitucionalização, na busca da construção do que Vasconcelos (2007) denomina de vontade política local. Nos capítulos dois e quatro deste trabalho foi evidenciado por vários autores (Behring e Boschetti, 2007; Faleiros, 2000; Mota, 2007; Bravo, 2007; Filgueiras, 1997; Vasapollo, 2005) que a cultura neoliberal desenvolvida no Brasil durante os últimos anos é um dos principais desafios à consecução de políticas sociais universais, alinhadas com princípios emancipatórios e transformadores, como os da Reforma Psiquiátrica e do paradigma da interdisciplinaridade, defendidos neste trabalho e nas políticas vigentes. Esses mesmos autores mostram que o neoliberalismo se apresenta hegemônica e internacionalmente, e sua derrubada requer arregimentação de forças também a nível internacional. Logo, a saída proposta por Vasconcelos (2007) é a construção local de vontades políticas de todos os envolvidos nos serviços de saúde mental: técnicos, usuários, gestores e sociedade civil organizada, na tentativa de romper com práticas tradicionalmente excludentes, a partir do local.

Nessa perspectiva, é evidente a necessidade da organização social, não apenas no âmbito do CAPS ad Dr. Gutemberg de Almeida, mas de trabalhadores, usuários dos serviços de saúde e sociedade em geral no município de Feira de Santana, uma vez que os dados demonstraram que os problemas identificados nessa unidade de saúde e discutidos acima, estão diretamente relacionados com a “pretensa rede de proteção social” deste município. Só através dessa organização social será possível a congregação das forças necessárias a propor e exigir da gestão local a consecução de condições objetivas para a materialização de uma Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Essa organização requer a criação de espaços de debates, construção de consensos e tomadas de decisões conjuntas, como fóruns, conselhos, grupos interinstitucionais e intersetoriais de discussão e planejamento e associações de trabalhadores e usuários devidamente legalizados.

Por outro lado, as condições objetivas para implementação da citada política perpassa por investimento em infra-estrutura, como espaço físico, equipamentos, materiais e insumos necessários. Da mesma forma, requer um repensar na condução das relações de trabalho e políticas de pessoal, o que envolve salários dignos, carga horária condizente com a natureza do serviço desenvolvido, capacitação adequada e continuada, quantitativo de profissionais capaz de corresponder à demanda apresentada ou ¹³número de serviços disponíveis conforme o preconizado pela legislação, seleção criteriosa de pessoal com o perfil necessário ao serviço e contratação que respeite os preceitos legais do serviço público, o que requer concurso público.

Diante disso, segundo o modelo apontado por Vasconcelos (2007) e o preconizado por Morin (2003), pode afirmar-se que a prática multiprofissional desenvolvida no CAPS ad em Feira de Santana não se configura numa prática interdisciplinar. Ela se aproxima da prática multidisciplinar, em vista haver troca de informações com realização de estudos de casos clínicos envolvendo apenas a equipe técnica com formação acadêmica. São elaborados planejamentos e avaliações, porém não há uma deliberação coletiva, nem o respeito à diversidade de saberes, inclusive com a criação de mecanismos para a participação dos mandatários do serviço nas decisões. A reconstrução do conhecimento é

¹³ Segundo a Portaria Geral Ministerial 336/2002, o critério populacional para cada CAPS ad é a partir de 70 mil habitantes.

comprometida pela falta da aproximação do fazer com o refletir teoricamente, nem tão pouco identificou-se a criação de uma axiomática própria.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, mar-out. 2003.

ALMEIDA, Celia. Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, 2002, vol.18 supl, p.S23-S36. ISSN 0102-311X.

ALMEIDA, Silvana Cavichiole Gomes e GUIMARÃES, Rosamélia Ferreira. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. In: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amália Faller (org.). **Família, Redes, Laços e Políticas Públicas**. 2ª ed. Cortez, São Paulo, 2005.

ALONSO, Luis Enrique. **Trabajo y posmodernidade: el empleo débil**. Madrid: Editorial Fundamentos, 2000.

ALVES, M. V. Q. M. et al. Uso de bebidas alcoólicas entre adolescentes: perfil de experimentação, uso regular e fatores de risco. Feira de Santana, Bahia. Rev. Baiana Saúde Pública. V. 29, n. 1, p. 91-104, 2005. Disponível em <<http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/index.htm>>. Acesso em: 8 Nov 2006.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, jul./set. 1995, vol.11, nº.3, p.491-494. ISSN 0102-311X.

AMORIM, Dalmo de Souza. **Modelos Interdisciplinares e Multiprofissionais: A Questão da Interdisciplinaridade na Saúde**. Ribeirão Preto: Holos editora, 2007.

ARAÚJO, Cícero. **Legitimidade, justiça e democracia: o novo contratualismo de John Rawls**. Lua Nova. São Paulo, 2002.

ARENDENT, Hannah. A condição humana. In: _____. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense, 1995, cap. 1, p. 15-31.

_____. As esferas pública e privada. In: _____. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense, 1995, cap. 2, p. 15-31.

ARRIAGADA, Irma. Famílias vulneráveis ou vulnerabilidades das famílias? In: UNESCO: **Seminário Internacional: As diferentes expressões de vulnerabilidade social na América Latina e Caribe**. Santiago do Chile, 20 e 21 de junho de 2001.

BAUER, Martin e GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Um Manual Prático. Petrópolis: Vozes, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti & BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: Fundamentos e história**. 2ª ed. Cortez, São Paulo, 2007.

BENEVIDES, Maria Victória. **Educação para a democracia**. FEUSP. São Paulo, 1996.

BERTOLETE, José Manuel. Conceitos em alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula e BERTOLETE, José Manuel. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

BOBBIO, Noberto. **O Futuro da Democracia**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo, Paz e Terra, 2004.

BORGES, Ângela. "Mercado de trabalho: mais de uma década de precarização". In: DRUCK, Graça e FRANCO, T. (Org.) **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007.

BORGES, Camila Furlanetti & BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):456-468, fev, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete e SALVADOR, Evilásio. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem paga a Conta? In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza et al (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2ª ed. São Paulo. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude. **Ofício de sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia**. P. 9 a 68. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **Contrafogos**. Rio de Janeiro: Zahar editora, 1998.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Entre Riscos e Danos: Uma Nova Estratégia de Atenção ao Uso de Drogas**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas**. 2ª ed. Brasília: SENAD, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL, Secretaria Nacional anti-droga (Senad). **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil**. - 2006/2007: Relatório. Brasília: Senad, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Geral Ministerial 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Geral Ministerial 189, de 20 de março de 2002. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Presidência da República. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental; 15 anos depois de Caracas**. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. 1 ed. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil**. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **De volta para casa: manual do programa**. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: para quem precisa de cuidados em saúde mental o melhor é viver em sociedade**. Brasília, 2004.

BRASIL, Conselho Nacional antidrogas. **POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS**. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 2.197/2004**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS**. Brasília, 2004.

BRAVERMAN, H. Trabalho e força de trabalho. In: BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

_____. A divisão do trabalho. In: BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

BRAVO, Maria Inês Souza et al (org.). **Saúde e Serviço Social**. 3ª ed. São Paulo: Cortez/UERJ, 2007.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza et al (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2ª ed. São Paulo. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

BUNING, Ernest. Consumo de álcool em países em transição. In: **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**: 1ª ed. em português, ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAETANO, Raul; GALDUROZ, José Carlos F. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. In: **Snc em foco**. Especial alcoolismo. São Paulo. Moreira Jr. Vol. 2. nº 4. outubro de 2006.

CAETANO, Raul e LARANJEIRA Ronaldo. "**Crescimento econômico e indústria do álcool**". Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: [http:// www.abpbrasil.org.br](http://www.abpbrasil.org.br). Acesso em 03 de jun. 2007.

CARLINI, E. A. ; GALDURÓZ, José Carlos F.; et al. **II Levantamento Domiciliar sobre uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país- 2005. Brasília, SENAD, 2007.

CARMO, Paulo Sérgio do. **A ideologia do trabalho**. São Paulo: Moderna, 2ª ed. 1992.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil**: O longo caminho. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CASANOVA, Pablo Gonzalez. Interdisciplina e complexidade. In: CASANOVA, Pablo Gonzalez. **As novas ciências e as humanidades**, da academia à política. São Paulo: Boitempo, 2006.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes, 1996.

CASTRO, Mary Garcia. Pesquisas da UNESCO sobre juventudes no Brasil. In: BAHIA. **Análise de dados-SEI**. Vol.7, nº 4. mar. 1998, p.26-38.

CIMADAMORE, Alberto; DEAN, Hartley; SIQUEIRA, Jorge. **A pobreza do Estado**: Reconsiderando o papel do Estado na luta contra a pobreza global. Buenos Aires: CLACSO, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (GRESS). Código de ética do profissional de Serviço Social. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (GRESS). **Assistente Social: Ética e direitos**. 3ª ed. Rio de Janeiro, 2001.

COHN, Amélia e ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, 2002, vol.18 supl, p.S173-S180. ISSN 0102-311X.

COLOMBO, Enzo. Descrever o social: A arte de escrever e pesquisa empírica. In: MELUCCI, Alberto. **Busca de qualidade, ação social e cultura**. Por uma sociologia reflexiva. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 263-288.

COSTA, Maria Conceição; SOUZA, Ronald P. de, Org. **Adolescência**: Aspectos clínicos e sociais, Porto Alegre: Artmed, 2002.

COSTA, Nilson do Rosário. Política social e ajuste macroeconômico. **Cad. Saúde Pública**, 2002, vol.18 supl, p.S13-S21. ISSN 0102-311X.

DAGNINO, Evelina, OLIVEIRA, Alberto e PANFICHI, Aldo. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latins. In: _____. (org.). **A disputa pela construção democrática na America Latina**. São Paulo. Paz e Terra, 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In : MINAYO C.et al (org.) **Avaliação por triangulação de métodos**: Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DONZELOT, Jacques. **L'invention du social**. Paris: Editions du Seuil, 1994.

DRUCK, Graça e FILGUEIRAS, Luiz. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Rev. Katálsis**, Jan./jun. 2007, Vol. 10, nº 1.

DUARTE, Cláudio Elias e MORIHISA, Rogério Shigueo. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: BRASIL, Secretaria Nacional Antidrogas (Senad). **Prevenção ao uso indevido de drogas**: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional. Antidrogas, 2008.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (org.). **Saúde e Serviço Social**. 3ª ed. São Paulo: Cortez/UERJ, 2007.

DUARTE, Paulina ; CARLINI, Beatriz Cotrim. Álcool e violência: Estudos dos processos de homicídios julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba, entre 1995 e 1998. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, 2000.1(1):17-25.

ECO, Umberto. **Como fazer uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

ELKIS, Hélio. Complicações psiquiátricas do alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula e BERTOLOTE, José Manuel. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

ESTEVÃO, Jose Carlos. **Educação, justiça e democracia**: um estudo sobre as geografias da justiça em educação. São Paulo: Cortez, 2004.

FALEIROS, V. P. **A política social do estado capitalista**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FERREIRA, Paulo Sérgio. **Percebendo a experiência dos coordenadores na implantação de serviços abertos em álcool e outras drogas**. 2004. 142 fls. Dissertação de mestrado em enfermagem psiquiátrica, Departamento de

enfermagem psiquiátrica e ciências humanas, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FILGUEIRAS, L. "A desestruturação do mundo do trabalho e o "mal estar" desse fim de século". **Cadernos do CEAS**, 1997.

FILHO, Jorge Antônio Jaber; ANDRÉ Charles. **Alcoolismo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

FITOUSSI, Jean-Paul & ROSANVALLON, Pierre. **A nova era das desigualdades**. Tradução: Miguel Serras Pereira. Celta, 1997.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: História da violência nas prisões. 20ª edição. Editora Vozes;Petrópolis-RJ,1987.

_____. Microfísica do poder. 14ª edição. Graal;Rio de Janeiro-RJ,1999.

FREIRE, Paulo. **Uma educação para a liberdade**. 3ª ed. Porto:Textos marginais, 1974.

GALDUROZ José Carlos F e CAETANO Raul. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista brasileira de psiquiatria**. São Paulo, 2004.

GATTÁS, Maria Lúcia Borges. **Interdisciplinaridade**: Formação e Ação na área de saúde. Ribeirão Preto: Holos editora, 2006.

GATTI, Bernadete. **Grupo focal na pesquisa em ciências Sociais e humanas**. Brasília: LibertLivros, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, Alda Martins & SENA, Roseni Rosângela de. **A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO E REFLEXOS SOBRE O CUIDADO COM O DOENTE MENTAL NA FAMÍLIA**. Rev Latino-am Enfermagem, 9(2): 48-55, março, 2001.

GONDIM, Linda M. P. e LIMA, Jacob Carlos. **A pesquisa como artesanato intelectual**: Considerações sobre método e bom senso. São Carlos: EDUFSCar, 2006.

GRAMISCI, Antonio. "Americanismo e Fordismo". In: GRAMISCI, Antonio (Org.). **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

GRIFFITH, Edwards e MARSHALL E. Jane. **O tratamento do alcoolismo**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely. **Micropolítica**. Cartografias do desejo. Petrópolis, Vozes, 1986.

GUERRA, C. F. O Fordismo, sua crise e o caso brasileiro. **Cadernos do CESIT**, 1993.

HABERMAS, Jurgen. A soberania do povo como processo. In: _____. **Direito e Democracia: entre facticidade e validade**. Vol. II. Trad. Flavio Beno Siebeneichler. Tempo Brasileiro: Rio de Janeiro, 1997.

HAGUETTE, T. **Metodologias Qualitativas em Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

HARVEY, D. **Acondição pós-moderna**: Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 1993.

HOBBS, Thomas. **Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um estado Eclesiástico e Civil**, tradução de João Paulo Morais e Maria Beatriz Nizza da Silva, 2.^a Ed., Lisboa, Imprensa Nacional - Casa da Moeda 1942.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, 2001. (3): 9-32.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**. 7^a edição. São Paulo; Cortez, 2004.

IANNI, O. "A Questão Social". **São Paulo em perspectiva** 5, nº1, 1991.

IBGE. **Cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 19 nov. 2008.

IVO, Anete Brito Leal. **Metamorfose da questão democrática**. Buenos Aires: CLACSO, 2001.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2001.

LANE, Silvia T. M. A dialética da subjetividade versus objetividade. In: FURTADO, Odair; REY, Fernando L. G. (Org.). **Por uma epistemologia da subjetividade**: um debate entre a teoria sociohistórica e a teoria das representações sociais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

LARANJEIRA, Ronaldo. Álcool: abuso e dependência. Conceitos básicos. In: **Snc em foco**. Especial alcoolismo. São Paulo. Moreira Jr. Vol. 2. nº 4. outubro de 2006.

LAVILLE, Christian e DIONNE, Jean. **A construção do saber**: Manual de metodologia da pesquisa em ciencias humanas. Trad. Heloisa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: editora Artes, 1999.

LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL. Lei 6.394 de 20 de dezembro de 1996. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS). **Assistente Social: Ética e direitos**. 3^a ed. Rio de Janeiro, 2001.

LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS). **Assistente Social: Ética e direitos**. 3ª ed. Rio de Janeiro, 2001.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS). **Assistente Social: Ética e direitos**. 3ª ed. Rio de Janeiro, 2001.

LOCKE, John. **Dois tratados sobre o governo civil**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LUDKE, Menga. **O professor e a pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Papirus, 2003.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. 2006. 152 fls. Dissertação de mestrado em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MACHADO, Ana Regina e MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, nº.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

MACHADO, Cristiani Vieira. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, set. 2007, vol.23, nº.9, p.2113-2126. ISSN 0102-311X.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O Príncipe**, tradução de Francisco Moraes, Coimbra, Atlântida, 1935.

MARCIGLIA, Regina Maria G. **Projeto de Pesquisa em Serviço Social**. Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2001.

MARTINELLI, Maria Lucia. **Serviço Social: Identidade e alienação**. 11ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MASCOVICI, Serge. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, Denise (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2001.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: MARX, K. **O Capital**, Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.

MARX, Karl e ENGELS, Friedrich.. **A ideologia alemã (Feuerbach)**. 6ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MASUR, Jandira. A etiologia do alcoolismo. In: **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médica. 1987.

MEDEIROS, Rosane Cruz de. **Adulto jovem, prazer e drogadicção**: nos caminhos de uma paixão, a construção de um olhar. 2005. 135 fls. Dissertação de mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MEDEIROS, Soraya Maria de e GUIMARÃES, Jacileide. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3):571-579, 2002.

MEDINA, M.G. Epidemiologia e pesquisa no Brasil. In: **Entre Riscos e Danos**: Uma Nova Estratégia de Atenção ao Uso de Drogas, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MELUCCI, Alberto. **Busca de qualidade, ação social e cultura**. Por uma sociologia reflexiva. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 25-43.

MINAYO, Cecília de Souza et al (org.) **Avaliação por triangulação de métodos**: Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2005.

_____. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, M. et al. (Org.). **Drogas e pós-modernidade**: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: Editora UERJ, (2003).

_____(org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23^a. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MISHRA, Ramesh. **O Estado-providência na sociedade capitalista**. Oeiras, editora Celta, 1995.

MONTESQUIEU, Charles de Secondat, Baron de. **O espírito das leis**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1):121-133, 2008.

_____. **O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas**: Percepções de usuários, Acompanhantes e profissionais. 2005. 151f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CARRIERI, Camila Ghizelli et al. O Estado frente à temática da drogas lícitas e ilícitas: avanços da nova legislação e desafios frente ao sistema único de saúde. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**. São Paulo, 2008. Vol. 4, nº2, Disponível em : <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>. Acesso em 24 de novembro de 2008.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1990/1991.

_____. **O problema epistemológico da complexidade**. Biblioteca universitária, 2003.

MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza et al (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2ª ed. São Paulo. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza et al (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2ª ed. São Paulo. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

MYERS, Greg. Análise de conversação. In: BAUER, Martin e GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Um Manual Prático. Petrópolis: Vozes, 2003.

NAVARRO, V. **Neo-liberalismo y Estado del bienestar**. Barcelona: editora Eriel, 1998.

NOTO, José Gallucci; MARCHETTI Renato Luiz. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.27 nº.4 São Paulo Dec. 2005.

OLIVEIRA, Claudete J. de. O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo estado brasileiro. In: BRAVO, Maria Inês de Souza (Org.) et al. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

OLIVEIRA, Elda de. **O desafio de assistir pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial ou dependência de álcool e outras drogas**. 2005. 186 fls. Dissertação de mestrado em enfermagem psiquiátrica, Programa de pós-graduação em enfermagem, Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: Transtornos Mentais e Comportamentais**. Décima Revisão. Vol. 1. USP. São Paulo, 2003.

PAES, José Machado. **Culturas juvenis**. 2ª ed. Lisboa: Imprensa Nacional, Casa da Moeda, 2003.

_____. Busca de si: expressividades e identidades juvenis. In: ALMEIDA, Maria Izabel Mendes de. EUGENIO Fernanda (Orgs.). **Culturas jovens: novos mapas do afeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

PINHEIRO, Odette de Godoy. Entrevista como prática discursiva. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1999.

PINHO, Paula Hayasi; OLIVEIRA, Márcia Aparecida de et al. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Rev. Psiq. Clín** **35**, supl 1; 82-88, 2008.

POLANY, Karl. **A Grande transformação**: as origens de nossa época. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

RAMOS, Sérgio de Paula e BERTOLOTE, José Manuel. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

RAWLS, John. **Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica**. Lua Nova, 1992.

REIS, Rossana dos e GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6):1965-1974, 2008.

RIBEIRO, Marcelo. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, 2004;26(Supl I):59-62.

ROCHA, Marise Perrone Campos. A questão cidadania na sociedade da informação. **Ci. Inf. Brasília**. V.29, n. 1, p. 40-45, jan/abr. 2000.

ROSA, Lucia. **Transtorno mental e cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSANVALLON, Pierri. **A crise do estado providência**. Lisboa: Editorial Inquérito, 1984.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**. (A política na ordem brasileira). Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SARTI, Cynthia A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amália Faller (org.). **Família, Redes, Laços e Políticas Públicas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SATO, Leny. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, set-out 2000.

SAWAIA, Bader B. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amália Faller (org.). **Família, Redes, Laços e Políticas Públicas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SCHWARTZ, Roberto. As idéias fora do lugar. In: _____. **Ao vencedor as batatas**. São Paulo: editora 34, 2000.

SNC EM FOCO. **Especial alcoolismo**. São Paulo. Moreira Jr. Vol. 2. n° 4. outubro de 2006.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI Luciane Prado. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. Rio de Janeiro: **Rev. Enferm. UERJ**, abr/jun; 2007.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1999.

TASHAKKORI, Abbas e TEDDLIE, Charles. Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches-part 1 **Paradigmes and Politics of Research**. Londres: Sage, 1998.

TEIXEIRA, Carmen F., PAIM, Jairnilson S., ARAUJO, Eliane C. *et al.* O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, jan./mar. 1993, vol.9, no.1, p.79-84. ISSN 0102-311X.

TELLES, Vera S. **Direitos Sociais: Afinal de que se trata?** Belo Horizonte: editora UFMG, 1999.

_____. **Pobreza e Cidadania**. 1ª ed. São Paulo: USP editora 34, 2001.

YAZBECK, M. C. **A política brasileira nos anos 90: refilantropização da questão social**. São Paulo: Cadernos ABONG, 1995.

VASAPOLLO, L. **O trabalho atípico e a precariedade**. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa**. 3ª ed. Petrópolis: vozes, 2007.

VAISSMAN, Magda (coord.). **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Giramond, 2004.

VITALE, Denise e MELO, Rurion Soares. Política deliberativa e o modelo procedimental de democracia. In: **Direito e democracia: um guia de leituras de Habermas**. São Paulo: Malheiros, 2008, p. 223-247.

WELLER, Wivian. **Karl Mannheim: Um pioneiro da Sociologia da juventude**. XIII Congresso brasileiro de Sociologia, maio a julho de 2007, UFPE, Recife.

APÊNDICE – A

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL E ENTREVISTA COM EQUIPE TÉCNICA

- 1- Breve comentário sobre a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas;
- 2- Solicitar que cada participante fale sobre a política e sua aplicabilidade no CAPSad em tela; indicadores: Integralidade; inter-setorialidade; prevenção, proteção e promoção a saúde; redução de danos.
- 3- Relatar os serviços oferecidos e refletir sobre sua coerência com a política (atenção integral, abordagem profissional interdisciplinar e interinstitucional, ação em rede, redução de danos, interação comunitária, prevenção e promoção da saúde);
- 4- Destacar nível de conhecimento e a aplicabilidade do princípio da interdisciplinaridade na atuação profissional; indicadores: interação participativa; pactuação de axiomática comum; finalidade maior; reciprocidade; enriquecimento mútuo; abertura para a diversidade de conhecimentos, inclusive do senso comum; tendência a horizontalização das relações de poder; promoção de mudanças estruturais.
- 5- Discutir sobre as condições objetivas para a prática interdisciplinar; indicadores: salários satisfatórios para manutenção de um único vínculo; vínculo de trabalho estável; pactuação inter-setorial; quantidade de integrantes da equipe proporcional à demanda apresentada; autonomia técnica X preceitos administrativos/políticos; nível de intervenção de instituições externas (corporativistas) no modelo de prática multi-profissional; tipo de seleção da mão-de-obra; existência de privilégios corporativistas; gestão democrática; existência de mecanismos de diálogo; existência de supervisão profissional ou clínica (estudo de caso), administrativa (planejamento), institucional (conflitos de interesses políticos) e suporte pessoal; Valorização do conhecimento técnico e habilidades dos membros da equipe nas diversas dimensões; participação ativa da clientela.

APÊNDICE - B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas: Análise da prática institucional no CAPSad Dr. Gutemberg de Almeida em Feira de Santana*. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. *O objetivo principal deste estudo é avaliar os serviços oferecidos pelo CAPSad em Feira de Santana, Bahia, a partir da atuação profissional interdisciplinar, um dos princípios e diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas*. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada contendo seis questões. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (informar, de acordo com o método utilizado na pesquisa, como o pesquisador protegerá e assegurará a privacidade). Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Assinatura do Pesquisador
Jamerson Luis Gonçalves dos Santos
Res.: Rua Aimoré, 280, Parque Ipê, Nesta.
Contato:9143-6888

Assinatura da orientadora

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

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](#)