



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO ACADÊMICO EM SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E QUESTÃO
SOCIAL

EVELINE DE SOUSA LANDIM

INTERVENÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: DAS POLÍTICAS ÀS PRÁTICAS COTIDIANAS

FORTALEZA -CE

2015

EVELINE DE SOUSA LANDIM

**INTERVENÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: DAS POLÍTICAS ÀS PRÁTICAS COTIDIANAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Serviço Social, Trabalho e Questão Social.

Área de Concentração: Serviço Social, Trabalho e Questão Social.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Queiroz Nobre.

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

FORTALEZA - CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Landim, Eveline de Sousa

Intervenções da política de saúde mental para usuários de substâncias psicoativas: das políticas às práticas cotidianas. [recurso eletrônico] / Eveline de Sousa Landim . - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 1/4 pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 124 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Serviço Social, Trabalho e Questão Social
Orientação: Profa. Dra. Maria Cristina Queiros Nobre.

Coorientação: Prof.ª Dra. Paulo Henrique Dias Quinderé.

1. Política de saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3 Política sobre drogas. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Centro de Estudos Sociais Aplicados
Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social,
Trabalho e Questão Social



Eveline de Sousa Landim

**Intervenções da Política de Saúde Mental para usuários de substâncias psicoativas:
das políticas às práticas cotidianas.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, Trabalho e Questão Social.

Área de concentração: Serviço Social

Aprovada em: 12/08/2015

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª. Dra. Maria Cristina de Queiroz Nobre (UECE)
(Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé
(Co-orientador)

Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.ª. Dra. Liduina Farias Almeida da Costa (UECE)
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.ª. Dra. Lucia Conde de Oliveira (UECE)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

AGRADECIMENTOS

“Moça, olha só o que eu te escrevi, é preciso força pra sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê”. Foi mentalizando diariamente esse trecho da música do Los Hermanos que dei início a esta caminhada. Foram quase três anos de momentos intensos, desde a divulgação do edital até o resultado final. Momentos de risos, desafios, choros, angústia, medo, contemplação, realização, construção e (re)significação; enfim, momentos únicos, os quais tenho certeza que não serão mais vivenciados nesta minha passagem pelo que concebemos por vida.

Quantas vezes me dei conta, procurando na estrada da vida, do “além do que se vê”. Não tenho dúvidas que não conseguiria enxergar esse “além” se não fosse a fé que tenho no Criador, este que habita em nós e que nos transmite diariamente a sua mensagem de amor. A Ele, minha eterna gratidão por proporcionar a caminhada nesta estrada ora cheia de espinhos, ora cheia de flores.

Gratidão também ao meu pai (*in memoriam*) e à minha mãe, por concretizarem o amor por mim, pois hoje, como mãe, eu sei o quanto foi doloroso para eles deixarem sua única menina partir; porém, o amor extrapolava o desejo de estar junto... ufa! Como o início dessa nova caminhada foi doloroso para nós... Pai, “sei que o vento que entortou a flor, passou também por nosso lar e foi você quem desviou com golpes de pincel”. Minha eterna gratidão, respeito, admiração e amor sempre! Mãe, “põe mais um lugar na mesa de jantar porque hoje eu vou te ver...”, gratidão, gratidão e gratidão por tudo!

“O bloco da família veio atrás [...]”, acompanhou e tentou ressignificar esse amor. Impossível fazer agradecimentos sem citar minha tia Edu, que me apresentou a vida escolar aos seis anos de idade, e minha prima-amiga-mãe Consuelo, por ter “comprado” o meu sonho de um dia eu ter um curso superior e, olha a nossa ousadia, estamos finalizando um mestrado! “Eu sei, é o amor que ninguém mais vê...”, mas que sinto constantemente. Doses de gratidão diariamente!

[...] é difícil ser feliz mais do que somos todos nós, você supõe o céu...”, assim defino Acélio, meu companheiro de todas as horas, e Gabriel, a melhor parte de mim... Amores dessa vida, obrigada!

Agradeço à minha orientadora Maria Cristina Nobre Queiroz e ao meu coorientador Paulo Henrique Dias Quinderé, pelos ensinamentos e paciência na construção desse trabalho. Estendo os agradecimentos às professoras que se dispuseram a

contribuir na banca examinadora deste estudo: Liduína Farias e Lúcia Conde.

Agradeço aos professores do Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social, em especial à Lúcia Conde, pelas palavras e acalentos no decorrer desse processo.

“E a banda diz: é assim que se faz [...]”. Este foi o processo de construção desse trabalho, permeado de “artistas-amigos” que sempre estiveram ali para dar dicas e acalmar meu coração. Meu muito obrigado à segunda turma do Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social, em especial à Ana Paula Silveira; não tenho palavras para agradecer tamanha generosidade e amizade. Obrigada pela paciência e pelas palavras de otimismo essenciais nessa caminhada: Rebecca Rocha, Graça Mendes e Régia Prado, pelos incentivos sempre.

Danielle Macedo e Roberta Romero, “[...] tira o som dessa TV pra gente conversar [...]”, minhas duas psi-amigas, como foram essenciais nossos bate-papos, nossas caipirinhas, nossos cafés da tarde, como é bom ser cuidada, como é bom passar horas e horas conversando sobre tudo com vocês, obrigada pela escuta sempre!

Agradeço também às minhas amigas: Jana Alencar, Aniely Brilhante, Heloísa Bandeira e Flávia Holanda pelo apoio de sempre. À Helena (Nena), por todos os empréstimos de livros; ao amigo Alex, assim como a Perpetuo, Ana Nery, por ajudar a traçar alguns caminhos nesse percurso, assim como todos aqueles que de qualquer forma contribuíram para a concretização desse trabalho.

A todos os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, em especial às assistentes sociais.

Ao Fórum Cearense de Luta Antimanicomial.

Por fim, a todas as pessoas que constituem a Universidade Estadual do Ceará e o Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social, meus mais sinceros agradecimentos. Finalizo esta etapa com a certeza de que “a estrada vai além do que se vê...”.

“Dizem que sou louco por pensar assim/
Se sou muito louco por eu ser feliz/ Mas
louco é quem me diz que não é feliz, não
é feliz.”

(Arnaldo Batista e Rita Lee)

RESUMO

Resultado de um intenso processo de mobilização dos profissionais de saúde mental, o Movimento de Reforma Psiquiátrica é a expressão de uma ruptura de paradigmas em um contexto histórico de luta pelo fim dos manicômios. Este Movimento revela uma forte defesa dos direitos das pessoas em sofrimento ou com transtorno mental, assim como dos usuários de substâncias psicoativas, a partir da árdua articulação para efetivar a construção de uma nova forma de cuidado. Os Centros de Atenção Psicossocial surgem como uma nova proposta ao modelo hospitalocêntrico-manicomial, e junto a este novo modelo de cuidado vem a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, estes que passaram décadas à margem de qualquer direito a tratamentos, tendo a política da repressão como única opção. Em Fortaleza - CE, a Política de Saúde Mental direcionada aos usuários de substâncias psicoativas desenvolve suas ações em equipamentos sociais públicos, dentre eles os denominados Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS AD, dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas possuem, em seu quadro profissional, assistentes sociais, tendo sido o presente trabalho realizado por meio de pesquisa empírica. Foi travada uma discussão acerca da política de Saúde Mental de Fortaleza destinada aos usuários de substâncias psicoativas através da compreensão das assistentes sociais que atuam nos CAPS AD deste município, por meio de entrevistas, observação participante no cotidiano dos serviços, bem como por meio de extensa pesquisa bibliográfica e documental. Foram constatados inúmeros desafios que se apresentam na efetivação de uma política antimanicomial de saúde mental para os usuários de substâncias psicoativas, desde a conjuntura econômica que direciona as políticas sociais brasileiras, até a latente ideia de que cuidar é trancar, mas foram identificadas também possibilidades que se materializam em diferentes formas de enfrentamentos.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Política sobre Drogas.

ABSTRACT

The Movement for Psychiatric Reform, a result of an intense process of mobilization of mental health professionals, is the expression of a break of paradigm in a historical context of struggle to end the asylums. This movement reveals a strong defense of the rights of people in distress or with mental disorder, as well as the users of psychoactive substances, from an arduous interlinking for carry out the construction of a new form of care. The Centers for Psychosocial Care emerge as an alternative to hospital-centered-asylum model, and next to this new model of care is the attention to psychoactive substance users, those who have spent decades on the margins of any right to treatment, having the policy of repression as the only choice. In Fortaleza, the Mental Health policy directed at psychoactive substance users develop its actions in public social facilities, including the so-called Centers for Psychosocial Care Alcohol and Other Drugs – CAPS AD, in substitution to psychiatric hospitals. Psychosocial Care Centers Alcohol and Other Drugs have social workers on their professional staff, and the present study was conducted by empirical research. A discussion of the Mental Health policy for users of psychoactive substances of Fortaleza was performed through the understanding of the social workers who work in the CAPS AD of this municipality, through interviews, participant observation in the routine of services, as well as through extensive bibliographical and documental research. Were found countless challenges that present themselves in the execution of an anti-asylum mental health policy for psychoactive substance users, since economic conditions that directs the Brazilian social policies, to the latent idea that caring is locking, but were also identified possibilities that manifests themselves in different ways of coping.

Keywords: Mental Health Policy. Psychiatric Reform. Policy on Drugs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa de distribuição da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza	24
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do município de Fortaleza.....	20
Tabela 2 - Quantitativo de equipamentos da Rede de Saúde Mental de Fortaleza.....	24
Tabela 3 - Quantitativo de equipamentos municipais direcionados aos usuários de substâncias psicoativas de Fortaleza	25
Tabela 4 - Localização e modalidade dos CAPS AD de Fortaleza por Secretaria Regional	25
Tabela 5 - Distribuição dos leitos de desintoxicação dos CAPS AD II	86
Tabela 6 - Horário de funcionamento dos CAPS AD de Fortaleza.....	86
Tabela 7 - Número de usuários cadastrados	87
Tabela 8 - Número de prontuários ativos	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMLA	Assistência Médica e Legal dos Alienados
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo
AS	Assistente Social
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEASM	Célula de Atenção à Saúde Mental
CEOS	Centros de Especialidades Odontológicas
CLT	Consolidado de Leis Trabalhistas
CNSM	Campanha Nacional de Saúde Mental
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CNTSM	Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental
COGEST	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
COPAS	Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
DISAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
GTSM	Grupo de Trabalho de Saúde Mental
HNA	Hospício Nacional de Alienados
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPC	Instituto de Psiquiatria do Ceará
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MNLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Apoio Psicossocial
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Nacional de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PISAM	Plano Integrado de Saúde Mental
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPA	Plano de Pronta Ação
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENILA	Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CONSTITUIÇÃO SOCIAL DA LOUCURA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E EM FORTALEZA	31
2.1	PROCESSO SOCIAL DA LOUCURA E A INTERFACE COM O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA (RE)VISÃO HISTÓRICA.....	31
2.2	TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E EM FORTALEZA: DO SURGIMENTO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS À CONTEMPORANEIDADE	37
3	POLÍTICA DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL E EM FORTALEZA	65
3.1	DA DETENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA.....	65
3.2	POLÍTICA PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO HORIZONTE DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	78
3.3	CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD): CARACTERÍSTICAS GERAIS	84
3.3.1	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Fortaleza: da estruturação às ações cotidianas na concepção das assistentes sociais	84
3.3.1.1	Estruturação dos CAPS AD de Fortaleza.....	84
3.3.1.1.1	<i>Breve perfil das assistentes sociais dos CAPS AD de Fortaleza</i>	90
3.3.1.1.1.1	<i>Ações dos CAPS AD na perspectiva das assistentes sociais</i>	92
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS	111
	APÊNDICES	117
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...117	
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	119
	ANEXOS	120
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	120
	ANEXO B - DECLARAÇÃO COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE	121

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como tema a Política de Saúde Mental destinada aos usuários de substâncias psicoativas¹ no âmbito da Política de Saúde, integrada ao universo das Políticas Sociais do Estado brasileiro.

A Política de Saúde Mental brasileira é direcionada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A história do percurso de criação da Política Pública de Saúde Mental exclusiva aos usuários de substâncias psicoativas é recente. No entanto, desde a década de 1920 têm-se políticas públicas de regulamentação em torno das substâncias consideradas ilícitas no País. Esse período é considerado como marco inicial do controle sobre as mais diversas substâncias, o que resultou na publicação de leis restritivas ao seu consumo. Tais medidas foram provenientes do campo da justiça e da segurança pública.

Desse modo, as primeiras décadas do século XX evidenciaram que a questão das substâncias psicoativas no Brasil esteve, em grande parte de sua história, mais conectada às questões de segurança do que às de saúde pública, tendo como enfoque a repressão em detrimento da prevenção.

No Brasil, em detrimento de um grande período histórico de negligência, os problemas associados ao uso de álcool e outras drogas começaram a ser abordados pelo Estado no início do século XX. Contudo, essa abordagem, originada na década de 1920, é desenvolvida predominantemente no campo da justiça e da segurança pública, considerando o uso de drogas como um ato criminoso e moralmente incorreto (RONZANE *et al.*, 2015, p.43).

Até a década de 1980, o consumo de substâncias psicoativas não era considerado um problema de saúde pública ou de responsabilidade governamental. Por tais razões, os investimentos em prevenção, tratamento e reinserção social eram quase inexistentes (DELGADO, 2005).

A partir da segunda metade da década de 1980 é que o Brasil rompe o hiato criado entre a segurança e a saúde pública na questão do uso de substâncias psicoativas. De acordo com Machado (2006), três fatores foram essenciais para desencadear um novo olhar para a questão do uso de substâncias:

¹ Termo farmacológico utilizado atualmente para se referir às substâncias que modificam o funcionamento do Sistema Nervoso Central.

- A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, cujos princípios buscavam garantir a integralidade, a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e às condições de saúde;
- O surgimento da AIDS e a verificação de que cerca de 26,5% das pessoas infectadas pelo HIV eram usuárias de substâncias injetáveis no ano de 1991;
- Início do processo de reestruturação da atenção pública em saúde mental e a constatação de que cerca de 35,6% dos ocupantes de leitos psiquiátricos em 1992 apresentavam problemas diretamente relacionados ao uso abusivo de álcool (MACHADO, p.57, 2006).

Tais fatos criaram condições para o encontro das Políticas de Saúde com a problemática associada ao consumo de substâncias psicoativas. No entanto, para Machado (2006), esse encontro, cuja necessidade foi evidenciada por indicadores epidemiológicos, aconteceu em tempos e situações diferentes. A princípio, em meados da década de 1990, por meio das políticas de prevenção de AIDS e, posteriormente, no ano de 2003, por meio da elaboração da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, quando se reconheceu que a dependência e o uso abusivo de substâncias psicoativas consistiam em graves problemas de saúde pública e que o Sistema Único de Saúde (SUS), até aquele momento, não havia assumido a responsabilidade pela abordagem dessa questão.

Nesse contexto, a referida política foi inserida no processo de reestruturação da atenção em saúde mental em curso no País, com o propósito de incluir os usuários de substâncias psicoativas em uma rede ampliada de cuidados, assim como o de adaptar a legislação vigente em torno do uso de substâncias psicoativas aos objetivos da saúde pública e não aos da punição (BRASIL, 2004).

A extensão do campo da saúde mental relacionada ao uso abusivo de substâncias psicoativas pode ser medida por estimativas mundiais. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% (dez por cento) das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem, abusivamente, substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2003). Associando este dado epidemiológico ao fato de que o Brasil, historicamente, é marcado por forte desigualdade social, percebe-se a amplitude da questão a ser enfrentada pela Política de Saúde Mental com grande contingente populacional requerendo cuidados e direito à saúde, como preconiza nossa Constituição Federal de 1988.

No entanto, conjecturar o lugar do usuário de substâncias psicoativas na

Política de Saúde Mental só foi possível devido ao processo de reestruturação que essa política vinha passando, denominando-se Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, que compreende um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais no campo da saúde mental, trazendo, assim, contribuições e avanços para a Política de Saúde.

Tem como eixo a desinstitucionalização, esta como processo de desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. Desse modo, almeja a substituição progressiva dos manicômios e das práticas exercidas nesses recintos por outros processos que tragam contribuições tanto para a construção como para e reafirmação da cidadania desses sujeitos.

Para Amarante (2007), tais práticas não se restringem, entretanto, à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial. Envolve também questões do campo jurídico-político e sociocultural, sendo este último ponto bastante desafiante, por vivermos em uma sociedade disciplinar.

Assim, exige-se que, de fato, haja um deslocamento das práticas tradicionais (manicomiais) para práticas de cuidado realizadas na comunidade, ou seja, as intervenções devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, não se restringindo somente à “cura”. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Desse modo, o desenvolvimento de intervenções realizadas na comunidade é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, possibilitando a criação de novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir o cuidado em saúde mental.

Portanto, o que se espera da Reforma Psiquiátrica não é simplesmente a transferência da pessoa com sofrimento ou transtorno mental, assim como do usuário de substâncias psicoativas, para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Aspira-se muito mais: como explicita Rosa (2003), objetiva-se o resgate e o estabelecimento da cidadania; o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o protagonista de seu próprio tratamento, sem a ideia de cura como o único horizonte. Assim, se pretende constituir a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

A Reforma Psiquiátrica, através de seus questionamentos, possibilitou a reflexão sobre o modo de compreender, de abordar e de relacionar-se não somente com o cidadão em sofrimento mental, mas também com o usuário de substâncias psicoativas, buscando assim se distanciar de uma visão moralista, ao revisar os pré-conceitos em torno do assunto.

Nessa conjuntura de reestruturação da Política de Saúde Mental, surgiram como estratégia para a constituição da cidadania desses sujeitos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são serviços de base comunitária, destinados às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, assim como aos usuários de substâncias psicoativas. Tem como um dos princípios de funcionamento o vínculo com a comunidade, buscando, desse modo, incentivar a participação da família e da sociedade no tratamento (BRASIL, 2004).

Existem três modalidades de CAPS: Geral, destinado a adultos com sofrimento ou com transtorno mental; AD, para usuários de substâncias psicoativas e o Infantil para crianças e adolescentes com sofrimento ou com transtorno mental, ou que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004).

Embora oficialmente a Política de Saúde Mental tenha se apropriado da discussão sobre o uso de substâncias psicoativas só nos anos 2003, a proposta do CAPS AD antecede a constituição da referida política, pois a relação do usuário de substâncias psicoativas com a saúde mental vem desde a gênese dos conceitos de loucura e “louco”², como se percebe no decorrer do estudo. Entretanto, falar dessa temática na perspectiva de política, de garantia de direitos, de reconhecimento enquanto sujeito em âmbito nacional e, particularmente, na esfera municipal é uma possibilidade recente.

Usa-se o termo substância psicoativa em detrimento do termo popularmente utilizado – *droga* – por se acreditar que este apresenta uma conotação mais positiva, já que o último termo remete a aspectos negativos e reforça principalmente a Política Internacional de Combate às Drogas, que, de acordo com Quinderé (2013, p.4), “[...] centra sua energia em erradicar as drogas e fazer com

² O uso de aspas na palavra “louco” se dá, inicialmente, por um cuidado na sua adoção, que se explica não somente pelo estigma da expressão, mas pelo lugar simbólico que tal termo ocupa ainda na atualidade. Posteriormente, por compreendemos que, não muito raro, a expressão é usada para referenciar os considerados desajustados moralmente pela sociedade, e dentre eles estão os usuários de substâncias psicoativas, os mendigos e os pobres, exatamente aqueles que não conseguiram se encaixar nos moldes do sistema almejados pela sociedade.

que as pessoas nunca as utilizem”.

[...] a expressão “substância psicoativa” não seja de todo neutra, na medida em que também engendra um ponto de vista nitidamente biomédico, sem dúvida, carrega menos pressupostos morais, permitindo que haja distanciamento dos sentidos, muitas vezes contraditórios, que o termo “droga” normalmente remete (narcótico, entorpecente, tóxico, coisa ruim etc.) (LABATE *et al.*, 2008, p.24).

O uso de substâncias psicoativas, assim como a loucura, ao contrário do que se pensa, não são eventos novos no repertório humano. A história de ambas se confunde com a própria história da humanidade, ou seja, o consumo de substâncias psicoativas e o “louco” sempre existiram ao longo dos tempos, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas. No entanto, a elevação à categoria de questão social é historicamente recente.

Portanto, é fundamental discutir a questão do consumo de substâncias psicoativas e da loucura de maneira contextualizada, evitando, assim, a adoção de posturas preconceituosas e julgamentos de base ideológica.

Desse modo, qualquer proposta de análise referente a estes temas, precisa levar em consideração os muitos significados assumidos tanto pelo uso de substâncias psicoativas como pela loucura/“louco”. Por tais razões, esta análise parte de uma perspectiva histórica.

As motivações para a realização deste estudo advêm da experiência profissional desde a formação acadêmica, quando se vivenciou, em período de estágio, a possibilidade de conhecer a Política de Saúde Mental, especificamente do município de Maracanaú, através do Centro de Atenção Psicossocial.

Tal experiência proporcionou significativo aprendizado através do enriquecimento ético-político e teórico-metodológico. Assim, contribuiu para a construção de um entendimento de que é preciso discutir urgentemente saúde mental na academia e na sociedade, de modo geral.

A formação acadêmica em si, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), não possibilitou uma aproximação teórica com a Política de Saúde Mental, somente com a possibilidade do estágio foi que se teve o primeiro contato com a aludida política. Tal fato aponta uma lacuna na formação acadêmica dos discentes de Serviço Social com relação ao conhecimento das discussões teóricas e práticas em torno da Política de Saúde Mental brasileira, acarretando fragilidades no exercício profissional.

Após os dois (02) anos de estágio, de 2006 a 2008, no Centro de Atenção Psicossocial de Maracanaú, surgiu a possibilidade de intervir, enquanto profissional de Serviço Social, na Política de Saúde Mental do município de Fortaleza, também por dois (02) anos, de 2012 a 2014, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas.

Destaca-se que Fortaleza apresenta algumas particularidades com relação à constituição da Política de Saúde Mental. De acordo com a perspectiva da Reforma Psiquiátrica com relação ao surgimento de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, somente em 1998 é que há a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do município, o que demonstra certo retardamento na implantação dos princípios da Reforma Psiquiátrica na capital cearense.

O processo de elaboração e de efetivação de um Projeto Político de Saúde Mental baseado nos princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e das Conferências Nacionais de Saúde Mental, só se inicia de fato em meados de 2005.

Desse modo, considera-se o ano de 2005 como o marco para a constituição do Projeto Político de Saúde Mental de Fortaleza, pelo fato de que entre os anos de 1998 a 2004 só foram abertos três (03) Centros de Atenção Psicossocial, significando sinais de fragilidade e de não existência de uma Política de Atenção à Saúde Mental em Fortaleza (ESMERALDO FILHO *et al.*, 2012). No entanto, atenta-se para a reflexão que a implementação desses serviços substitutivos não garante, por si só, a efetivação da Reforma Psiquiátrica, como bem menciona o autor acima citado, pois é necessário transformar não só o cenário assistencial, mas criar de fato um cenário social diferente.

E com o propósito de aprofundar a reflexão em torno dos serviços substitutivos, convém realizar alguns questionamentos: I) Como vêm sendo realizadas as intervenções propostas pelas legislações da Política de Saúde Mental destinadas aos usuários de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas do município de Fortaleza? II) Como os profissionais de Serviço Social apreendem essas ações/intervenções?

Desse modo, traçou-se como objetivo geral:

- Discutir a Política de Saúde Mental do município de Fortaleza destinada aos usuários de substâncias psicoativas através da compreensão dos profissionais de Serviço Social.

Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Traçar o perfil dos profissionais de Serviço Social que estão nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Fortaleza;
- Apreender a visão dos profissionais de Serviço Social sobre os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas e as ações desenvolvidas nestes serviços;
- Descrever o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas.

A partir da definição dos objetivos, foi elaborada uma metodologia de investigação capaz de apresentar respostas ao que se propõe verificar, considerando, pois, imprescindível, vincular o objeto de investigação deste trabalho aos níveis de significados e de abrangência dos sentidos e das percepções dos sujeitos em seus movimentos de interação social.

O presente estudo buscou apreender os aspectos qualitativos relacionados à Política de Saúde Mental destinada aos usuários de substâncias psicoativas.

A metodologia utilizada na execução da presente pesquisa levou em consideração os objetivos e o contexto, bem como o compromisso ético e político concernente à produção de um discurso acerca da Política de Saúde Mental direcionada aos usuários de substâncias psicoativas. Portanto, os objetos abordados são encarados como de caráter histórico, oriundos de diversas culturas e marcados por acontecimentos que se expressam no meio social. Assim, tendo em vista a dinamicidade do campo de pesquisa, a proposta de estudo situa-se na perspectiva qualitativa.

Inicialmente, cabe fazer uma discussão sobre os aspectos metodológicos pautados em pesquisas qualitativas. Para Martinelli (1999, p.21), esse tipo de pesquisa tem por objetivo:

[...] trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, não é só a minha visão de pesquisador em relação ao problema, mas é também o que o sujeito tem a me dizer a respeito. Parte de uma perspectiva muito valiosa, porque à medida que se quer localizar percepção dos sujeitos, torna-se indispensável – e este é outro elemento muito importante – o contato direto com o sujeito da pesquisa.

Valendo-se da descrição de Chizzotti (2008), a pesquisa qualitativa compreende a realidade como um constructo social permeada por relações. É nesse

movimento que o pesquisador se insere para analisá-las em sua totalidade. Essas relações se manifestam em fatos e fenômenos sociais dialeticamente emaranhados e desenvolvidos no transcurso da história.

Para Minayo (2006), o campo, na pesquisa qualitativa, constitui-se como o recorte espacial feito pelo pesquisador, onde se criam e se aprofundam conhecimentos a partir de uma investigação teórica do objeto da investigação realizada. A pesquisa qualitativa é

[...] aquela que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2006, p.57).

O direcionamento dado por Minayo (2006) acerca do uso da pesquisa qualitativa representa muito bem o atual objeto de estudo, já que tanto a saúde mental e o uso de substâncias psicoativas são históricos e repletos de representações, crenças, percepções e opiniões.

Para Oliveira (2012, p. 37), a pesquisa qualitativa se classifica como “[...] processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para a compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico”.

Para Chizzotti (2008, p.28), a pesquisa qualitativa “[...] implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa”. De fato, conforme a pesquisa foi se materializando, saberes, experiências e sentimentos foram sendo compartilhados e apreendidos.

A pesquisa qualitativa também apresenta outras possibilidades, como a de desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando assim “[...] a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2006, p. 57)”, razão pela qual se fundamenta a escolha de realização desta pesquisa como de cunho qualitativo.

Para perscrutar os dados que foram confrontados no âmbito da problematização deste estudo e para o aprofundamento do arcabouço conceitual-constitucional que fomenta o tema, o trabalho perpassou por três etapas: a fase exploratória, efetuada através do levantamento da produção científico-literária, e documental, sobre a temática em discussão; a fase de campo, onde foram aplicadas

as entrevistas; e, por fim, a fase de análise e tratamento do material empírico e documental.

A trajetória de construção do conhecimento teve início com um amplo levantamento bibliográfico acerca do objeto escolhido. Nessa etapa foram realizadas consultas a livros e artigos em periódicos científicos acerca da temática, assim, como em *sites* especializados de busca, tais como *Medline*, *Scielo*, *Lilacs* e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação (MEC), com as palavras-chave: Estado, Sistema Único de Saúde, Política de Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Política sobre Drogas.

Também foi realizada a coleta e análise documental. Nessa ocasião, foram utilizadas as principais normas jurídicas brasileiras editadas sobre a Política de Saúde, a Política de Saúde Mental e a Política sobre Drogas, tanto no âmbito federativo como no municipal, com especial atenção para a Constituição Federal de 1988 e algumas legislações federais, estaduais e municipais acerca da Política de Saúde Mental, tendo ficado em destaque a Lei nº 10.216 de 2001, a Portaria nº 336/2002 e a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2003, além de Portarias do Ministério da Justiça.

Para um maior enriquecimento do estudo, também foi utilizado materiais considerados não científicos, ou seja, documentos que não receberam nenhum tratamento científico, entre eles relatórios que advêm do Grupo de Trabalho de Saúde Mental³ (GTSM) do município de Fortaleza, reportagens de jornais, de revistas, entre outras matérias de divulgação.

A segunda etapa do estudo foi a realização da pesquisa de campo. Foi nesse momento que ocorreram as visitas aos espaços onde as profissionais entrevistadas intervêm, a fim de coletar dados e informações importantes e compreender a dinâmica diária desses serviços.

O lócus da investigação se deu no município de Fortaleza, cidade localizada em área litorânea, ao norte do Estado do Ceará. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), Fortaleza apresenta população de 2.591.188 habitantes, distribuídos em 119 bairros e uma área

³ Grupo estabelecido a partir da Parceria entre a Comissão dos Direitos Humanos e a sociedade civil do Município de Fortaleza com o objetivo de construir um diagnóstico da situação da rede assistencial em saúde mental, bem como investigar a existência de violação de direitos humanos

geográfica de 314,930 km², com densidade demográfica de 7.786,52 hab/km², sendo classificada como a quinta capital brasileira mais populosa.

Fortaleza é subdividida em regiões administrativas chamadas, inicialmente, de Secretarias Executivas Regionais (SER) desde 1997. No entanto, na atual gestão, através da Lei Complementar nº 137, de 08 de janeiro de 2013, e da Lei Complementar nº 145, de 04 de abril de 2013, a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) efetivou uma reorganização administrativa e as Secretarias Executivas Regionais passaram a ser denominadas apenas de Secretarias Regionais.

As Secretarias Regionais (SRs) foram criadas em número de seis (06) com a responsabilidade pelo atendimento da população em suas respectivas áreas de abrangência, proporcionando condições para a melhoria de qualidade de vida e desenvolvimento de espaços de convivência saudáveis através de programas integrados de emprego e renda e garantia do acesso aos serviços de saúde, educação, assistência social, cultura, lazer e esporte. Desse modo, funcionam como executoras das políticas públicas municipais (BARROS, 2008).

Especificamente, o município de Fortaleza se divide por SR, nº de habitantes e bairros da seguinte maneira:

Tabela 01 – Caracterização do município de Fortaleza

Secretaria Executiva	Nº de habitantes	N de bairros
I	360.000	15
II	364.000	20
III	390.000	17
IV	303.000	19
V	570.000	18
VI	600.000	29

Fonte: Prefeitura de Fortaleza, 2015.

No tocante a Política de Saúde, Fortaleza, de acordo com informações obtidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), possui cento e vinte uma (121) unidades de serviços públicos de saúde distribuídas nas seis (06) Secretarias Regionais. Destas, vinte e seis (26) são destinadas exclusivamente aos usuários da Política de Saúde Mental.

No entanto, para uma melhor compreensão em torno da constituição da Política de Saúde Mental de Fortaleza e de sua atual conjuntura, tem-se o ano de 2005 como marco delimitador de uma “nova” concepção de Política de Saúde Mental para a cidade de Fortaleza. Compreende-se que a partir de então se inicia um processo de implementação de uma Política de Saúde Mental antimanicomial conforme direcionamento da Reforma Psiquiátrica.

O cenário da assistência em Saúde Mental de Fortaleza, até meados de 2005, era predominantemente hospitalocêntrico. A capital cearense possuía, em sua rede assistencial de saúde mental, sete (07) Hospitais Psiquiátricos, sendo um (01) público, dois (02) filantrópicos e quatro (04) privados conveniados com o Sistema Único de Saúde. Junto a esta rede hospitalocêntrica, Fortaleza também possuía três (03) Centros de Atenção Psicossocial, localizados nas Secretarias Regionais III, IV e VI.

Destaca-se que somente em agosto de 2005, a Rede Assistencial de Saúde Mental (RASM) de Fortaleza dá o primeiro passo na constituição e na efetivação de uma nova proposta de Política de Saúde Mental no âmbito municipal.

A Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, de acordo com Bastos (2009), foi pensada mediante uma estrutura organizacional macro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). De acordo com a autora, cinco (05) Redes Assistenciais estruturavam a SMS: Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; Rede Assistencial Ambulatorial Especializada; Rede Assistencial Urgência e Emergência; Rede Assistencial Hospitalar; e Rede Assistencial da Saúde Mental.

Ressalta-se que, apesar da pluralidade conceitual que o termo rede agrega, entende-se inicialmente enquanto uma tentativa de organização dos serviços, do qual se assume que atores sociais e instituições trabalharão de forma articulada, constituindo e consolidando uma malha de serviços para o atendimento da demanda de cuidado, ou seja, são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Para a constituição da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, conforme Bastos (2009), foi necessário a contratação de nove (09) equipes de saúde mental, compostas por cento e cinquenta e um (151) profissionais, dentre médicos psiquiatras e neurologista, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem,

assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, pedagogos, educadores físicos e artistas. Vale destacar que inicialmente estas equipes foram lotadas junto à Atenção Primária à Saúde, principal porta de entrada do SUS e de oferta de ações de saúde, já que os Centros de Atenção Psicossocial existentes não comportavam todos os profissionais.

O trabalho dessas equipes na perspectiva da saúde mental tinha como ações prioritárias o conhecimento do território de atuação de cada equipe, o atendimento à demanda espontânea de saúde mental e aos egressos dos hospitais psiquiátricos, através de visitas domiciliares e institucionais.

Ainda de acordo com Bastos (2009), à medida que os serviços de saúde mental, ou seja, os Centros de Atenção Psicossocial foram se estruturando, as equipes foram sendo realocadas nos onze (11) novos Centros de Atenção Psicossocial. Desse modo, a partir de 2006 foram inaugurados três (03) CAPS do tipo Geral, localizados nas SR I, II e V; seis (06) destinados aos usuários de substâncias psicoativas, um em cada regional e dois (02) voltados para infância e adolescência, um na Secretaria Regional III, referência para as regionais ímpares e um na Secretaria Regional IV, referência para as regionais pares. Tais dados significam que ao final de 2006 Fortaleza tinha em sua Rede Assistencial de Saúde Mental quatorze (14) Centros de Atenção Psicossocial, quantidade que permanece até os dias atuais.

De acordo com Esmeraldo Filho *et al.* (2012) e Bastos (2009), no tocante à organização da Rede Assistencial de Saúde Mental, esta se dava na perspectiva da cogestão, a qual era coordenada por um colegiado, composto da seguinte forma: Coordenação Colegiada de Saúde Mental (CCSM), da qual faziam parte duas (02) psicólogas e um (01) psiquiatra; seis (06) Coordenações Regionais de Saúde Mental (CRSM); e os quatorze (14) Coordenadores dos Serviços de Saúde Mental.

Vale destacar que de 2005 a 2012 a cidade de Fortaleza foi governada por uma única gestão, o que possibilitou continuidade da implementação da Reforma Psiquiátrica no município.

Desse modo, no final da referida gestão, a Rede Assistencial de Saúde Mental, que antes possuía apenas três (03) CAPS e sete (07) hospitais psiquiátricos, o que demonstrava o prevaletimento do modelo hospitalocêntrico, chega aos anos 2012 com uma ampliação da rede de base comunitária através da abertura de onze (11) CAPS, três (03) Residências Terapêuticas (RTs), três (03) Ocas de Saúde

Comunitária, localizadas nas SR I, V e VI e com apenas três (03) hospitais psiquiátricos (Nosso Lar, Dr. Frota Pinto – Messejana – e São Vicente de Paulo) dos sete (07) até então existentes.

No entanto, a partir de 2013 até os dias atuais, Fortaleza tem uma nova gestão, e conseqüentemente novos direcionamentos para a Política de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde, que antes contava com cinco (05) pontos de atuação, hoje apresenta sete (07) distribuídos da seguinte forma: Célula de Atenção Primária à Saúde; Célula de Atenção Especializada à Saúde; Célula de Atenção às Urgências e Emergências; Célula de Atenção às Condições Crônicas; Célula de Assistência Farmacêutica; Célula de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; e Célula de Atenção à Saúde Mental (FORTALEZA, 2013).

A Célula de Atenção à Saúde Mental (CEASM) é formada por uma equipe de sete (07) profissionais: uma (01) gerente, quatro (04) assessores e dois (02) apoios administrativos. Apesar de o objetivo geral ser o mesmo: gerenciar a Política de Saúde Mental em todo território fortalezense, houve mudanças no tocante à coordenação da referida célula, do qual deixou de ser coordenada pelo colegiado.

Destaca-se que cada Secretaria Regional tem uma Coordenadoria Regional de Saúde (CORES), como forma de descentralizar as ações. Desse modo, há um articulador de saúde mental em cada uma das seis (06) SRs. Estes gerenciam, em nível de abrangência local, os serviços e as ações da Política de Saúde Mental. Porém, as orientações gerais e articulações mais abrangentes com as demais esferas de governo advêm da Célula de Saúde Mental.

Atualmente, a Rede de Saúde Mental municipal de Fortaleza é composta por vinte e seis (26) equipamentos que estão distribuídos nas seis (06) Secretarias Regionais, como mostrado abaixo.

Tabela 02 – Quantitativo de equipamentos da Rede de Saúde Mental de Fortaleza

Equipamentos da Rede de Saúde Mental	Quantitativo
Centros de Atenção Psicossocial	14
Unidades de Acolhimento	02
Residências Terapêuticas ¹	03
Ocas de Saúde	02
Unidade de Desintoxicação ²	02
Hospitais Psiquiátricos ³	03
Total	26

Fonte: Prefeitura de Fortaleza, 2015.

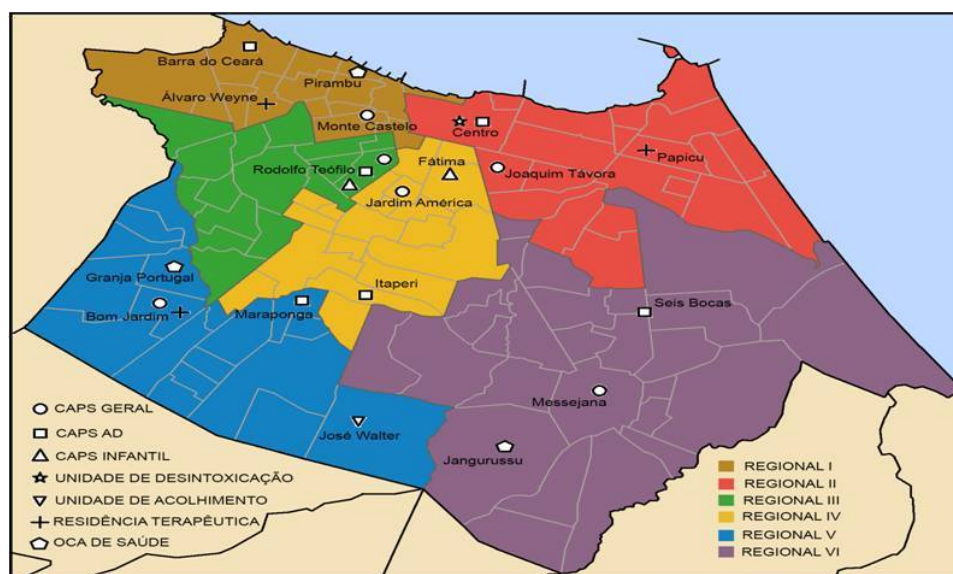
¹ Oficialmente só existem duas (02), a terceira está em processo de qualificação.

² Existem leitos diferenciados para crianças e adolescentes e adultos.

³ Os hospitais psiquiátricos compõem a Rede de Atenção à Saúde Mental, mas não estão sob a competência da Célula de Saúde Mental.

O mapa logo abaixo possibilita visualizar a distribuição dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza por Secretaria Regional.

Figura 01 – Mapa de distribuição da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza



Fonte: adaptação da pesquisadora.

Dentre os serviços do Sistema Único de Saúde, ofertados pela Política Municipal de Saúde Mental, encontram-se os destinados exclusivamente aos usuários de substâncias psicoativas, como mostrado abaixo na tabela 03:

Tabela 03 – Quantitativo de equipamentos municipais direcionados aos usuários de substâncias psicoativas de Fortaleza

Equipamentos municipais direcionados aos usuários de substâncias psicoativas	Quantitativo
CAPS AD	06
Unidades de acolhimento	02
Unidade de desintoxicação	02

Fonte: Fortaleza, 2015.

Destaca-se que este estudo apresenta como lócus de investigação apenas os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD). Fortaleza possui na sua Rede de Atenção Psicossocial seis (06) CAPS AD de modalidades diferentes, sendo quatro (04) CAPS AD tipo II⁴ e dois (02) CAPS AD tipo III⁵, de acordo com a tabela 04.

Tabela 04 – Localização e modalidade dos CAPS AD de Fortaleza por Secretaria Regional

Secretaria Regional	Localização	Modalidade
I	Rua Hidelbrando de Melo, 1110, Barra do Ceará	CAPS AD III
II	Av. Duque de Caxias, 1880, Centro	CAPS AD III
III	Rua Frei Marcelino, 1191, Rodolfo Teófilo	CAPS AD II
IV	Rua Betel, S/N, Serrinha	CAPS AD II
V	Rua Vigésimo Sexto Batalhão, 292, Maraponga	CAPS AD II
VI	Rua Ministro Abner, 1500, Seis Bocas	CAPS AD II

Fonte: Fortaleza, 2015.

Os CAPS AD possuem como recursos humanos profissionais com formações diversas, os quais integram uma equipe multiprofissional, com enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros profissionais necessários para as atividades oferecidas nos referidos serviços.

⁴ Serviço com capacidade operacional para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes que devem funcionar das 8 às 18 horas, durante os cinco (05) dias úteis da semana.

⁵ Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Dentre estes profissionais que compõem as equipes dos CAPS AD, estão os assistentes sociais, interlocutores desse estudo. Em âmbito municipal, de acordo com informações obtidas na Célula de Saúde Mental, existem, na atualidade, trinta e quatro (34) assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial; destas, quatorze (14)⁶ estão nos CAPS AD.

Destaca-se que os profissionais de Serviço Social estão na Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza desde a constituição dos três (03) primeiros CAPS, em meados dos anos 1990, no quantitativo de cinco (05), sendo todas servidoras (BASTOS, 2009).

A escolha pelo profissional de Serviço Social se deu por compreender que seu exercício profissional produz e contribui para um conhecimento crítico da realidade social da Política de Saúde Mental de Fortaleza.

No tocante à conformação do grupo de participantes da pesquisa, foram levados em consideração os seguintes critérios para caracterização dos informantes: contemplar profissionais integrantes do quadro atual de doze (12) assistentes sociais que estão lotadas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Fortaleza, nas diferentes Secretarias Regionais (SR). Definiu-se, assim, como amostra o quantitativo de seis (06) informantes.

No que diz respeito à escolha dos sujeitos em pesquisas qualitativas, compreende-se que o interesse maior “[...] não é o número de pessoas que vão prestar as informações, mas o significado que esses sujeitos têm, em função dos objetivos da pesquisa” (MARTINELLI, 1999, p. 26).

Na pesquisa qualitativa, um dos materiais utilizados é a palavra, que expressa na fala cotidiana os discursos intelectuais, burocráticos, políticos e as relações afetivas ou técnicas. Desse modo, na busca de interpretar o conteúdo das falas, ultrapassando a mensagem e buscando conhecer os significados destas que este estudo se utiliza da técnica de entrevista semiestruturada.

Para assegurar a eficiência na aplicação dessa técnica, foi elaborado um roteiro, que pode ser verificado no apêndice deste estudo, que norteou as falas entre as interlocutoras e a pesquisadora. O uso desse roteiro estabeleceu com as entrevistadas um diálogo no qual transparece a realidade da Política de Saúde Mental de Fortaleza para os usuários de substâncias psicoativas. Nas perguntas

⁶ Durante os meses da pesquisa, duas (02) assistentes sociais estavam de licença. Desse modo, para este estudo contabilizamos apenas doze (12).

realizadas e nos depoimentos, que muitas vezes iam além do ponto inicial da questão, estabeleceram-se pontes entre a Política Nacional de Saúde Mental para os usuários de substâncias com a Política de Saúde Mental municipal, perpassando pelo desenvolvimento e gestão desta política no município de Fortaleza, como também pelo modo como cada um desses elementos repercutem diariamente no cotidiano dos usuários dos serviços observados.

Assim, avalia-se como coerente o uso deste tipo de entrevista pela possibilidade de abranger todos os aspectos intencionados para esta análise.

Destaca-se que todas as entrevistas, com o objetivo de manter a fidedignidade, foram gravadas mediante consentimentos das interlocutoras.

Com o objetivo de garantir o sigilo dos sujeitos informantes, convencionou-se com as profissionais a utilização de siglas com as iniciais AS – como referência à assistente social –, aliadas a números aleatórios para fazer menção às falas.

Compreendendo as dimensões éticas de todo processo de pesquisa, é necessário concordar com Barroco (2006, p. 06), quando a mesma afirma da importância de “garantir o acesso do sujeito às informações necessárias à sua participação na pesquisa, especialmente quanto ao uso de seus resultados e ao sigilo profissional relativo às várias etapas da pesquisa”.

Em face de tal preocupação, foram repassadas todas as informações coletadas pertinentes às profissionais que participaram deste estudo e solicitado que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que se encontra nos apêndices.

A terceira etapa da pesquisa, a análise dos dados, deu-se através da técnica hermenêutica dialética de Minayo (2006). A escolha da hermenêutica dialética como método pareceu a mais coerente com o objeto definido, observando o que adverte Minayo ao “considerar que a hermenêutica e a dialética se apresentam como momentos necessários da produção de racionalidade em relação aos processos sociais” (2006, p. 350).

Minayo (2006) tomou como referência o conceito de Gadamer, que apresenta a hermenêutica como “a busca de compreensão do sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos”, onde “a linguagem ocupa um ponto no tempo e no espaço”, conceito que é complementado pela autora quando ressalta que ao “ampliar os horizontes da comunicação e da compreensão, nunca

escapamos da história, fazemos parte dela e sofremos os preconceitos de nosso tempo” (MINAYO, 2006, p. 333).

A dialética, por sua vez, valoriza a historicidade e a relação entre a base material e as representações da realidade colaboram para o entendimento de que não existe ponto de vista fora da história, nada é eterno, fixo e absoluto (MINAYO, 2006).

Desse modo, a escolha da hermenêutica dialética para referenciar e guiar essa análise se deve, portanto, à afinidade das suas construções com a abordagem que se pretende realizar, buscando entender a fala, o depoimento, como resultante de um processo social e processo de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico (MINAYO, 2006).

Destaca-se que a pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil, assim como na Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS), atendendo os princípios éticos da Resolução 466/2012.

Para uma adequada abordagem da temática, e para atender a todos estes questionamentos que permeiam o objeto de análise, esta dissertação foi dividida em três (03) capítulos principais.

Na presente introdução foi realizado um apanhado geral sobre a pesquisa, onde foram apresentadas as motivações e a aproximação com o tema, bem como a delimitação do processo metodológico utilizado no decorrer da investigação.

No segundo capítulo, a discussão se deu em torno da construção social da loucura com a relação do uso de substâncias psicoativas. Também foi apresentada a trajetória da Política de Saúde Mental no Brasil e em Fortaleza, desde o surgimento da assistência psiquiátrica, até meados dos anos 1970, quando se inicia um novo processo na constituição da Política de Saúde Mental brasileira.

No capítulo seguinte, foi apresentado o processo de constituição da Política sobre Drogas na perspectiva da Política de Saúde e as contribuições do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira na gênese da Política de Saúde Mental destinada aos usuários de substâncias psicoativas. Nesse ensejo, foram também apresentados os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Fortaleza através da percepção das interlocutoras da pesquisa.

Por fim, nas considerações finais, foi estabelecida uma análise geral dos achados da pesquisa, em consonância com o contexto histórico, assim como as

expectativas e os desafios enfrentados pela Política de Saúde Mental direcionada aos usuários de substâncias psicoativas.

2 CONSTITUIÇÃO SOCIAL DA LOUCURA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E EM FORTALEZA

“Controlando a minha maluquez/ Misturada com
minha lucidez/ Vou ficar/ Ficar com certeza/
Maluco beleza.” (Raul Seixas)

2.1 PROCESSO SOCIAL DA LOUCURA E INTERFACE COM O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA (RE)VISÃO HISTÓRICA

A experiência do homem com a loucura, segundo Pessotti (1995), e com o uso de substâncias psicoativas, de acordo com Carvalho (2013), sempre existiu ao longo dos tempos. Há milhares de anos o homem faz uso de substâncias psicoativas por várias razões, desde motivação religiosa, cultural, inserções sociais ou mesmo visando isolamento.

Hoje se tem informações e evidências antropológicas suficientes para afirmar que cada cultura incorporou a loucura e o uso de substâncias psicoativas de forma peculiar. Assim, ao longo da história, tem-se criado distintas concepções em torno do “louco” e do usuário de substâncias psicoativas através de rituais religiosos, medicinais e recreativos.

Como ponto de partida, tem-se a Grécia Antiga, onde a loucura era considerada privilégio. Nesta época, considerava-se que o delírio possibilitava o acesso às verdades divinas, ou seja, o que o “louco” dizia era ouvido como um saber importante e necessário, sendo assim capaz de modificar os acontecimentos e de interferir no destino dos homens. Para Stockinger (2007, p. 24), a loucura era compreendida “como manifestação divina, e o louco era então concebido em sua excentricidade necessária e supersticiosa, dotado de determinada sabedoria profética e transformadora”.

Desse modo, “os loucos eram concebidos como “mensageiros dos deuses”, portanto, imprescindíveis para decifrar as mensagens divinas, situando o homem, “[...] assim, mais próximo de Deus e de suas aspirações para a Terra” (SERRANO *apud* BARROSO *et al.*, 2004, p.100).

Ainda nesta época, defendia-se a ideia de que a divindade Zeus⁷ era

⁷ Na Grécia Antiga era considerado o “pai dos deuses e dos homens”. O nome Zeus significa “rei divino”. Cf. em: (<http://www.suapesquisa.com/mitologiagrega/zeus.htm>). Acessado em 02.01.2015.

quem conduzia todas as coisas e seus resultados. O papel do homem era de objeto inerte, à mercê dos agentes sobre humanos. Parecia que a divindade agia no plano cósmico, decidindo de forma soberana o curso das coisas e dos indivíduos. Quando algo a ameaçava, ela roubava dos homens a razão. Para Pessotti (1995), a loucura seria, então, um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não fossem contrastados pela vontade dos homens.

Desse modo, concebia-se, na antiguidade pré-socrática, que toda loucura poderia ser obra de Zeus, de outros deuses ou de entidades subalternas, de diferentes níveis hierárquicos. Tal fato revela que a etiologia da loucura, nesse período, estava associada à crença mitológica.

Nesse período, existia no ideário popular a concepção de que o sobrenatural (no caso, os deuses) era responsável pela manifestação das doenças, ou seja, existia a ideia de sacralização das doenças, uma vez que o homem tinha por costume se curvar às divindades e se submeter aos mais diversos tipos de sacrifícios com a finalidade de livrar-se de alguma enfermidade, do castigo e das impurezas (TOSCANO JÚNIOR *apud* PRATTA *et al.*, 2009, p. 204).

Para Pessotti (1995), especificamente nesse período, a loucura e o “louco” tinham espaço para se expressar, ou seja, não havia necessidade de controle ou de exclusão, pois ambos tinham uma função social: instrumento necessário para a compreensão das mensagens divinas.

Ainda para o autor acima mencionado, esta função social dos “loucos” foi difundida nos poemas de Homero, especialmente a *Ilíada*, o que possibilitou a perpetuação no imaginário social de explicações mitológicas sobre a origem da loucura e consequentemente do “louco”.

Homero, em sua obra, apresenta o termo e o conceito de *atê*, o qual associa ao sentido de perda ou turvamento temporário da razão, sendo este causado invariavelmente por divindades. Para Pessotti (1995, p. 20),

a loucura, estado de *atê*, é apenas uma interferência transitória e caprichosa dos deuses, sobre o pensamento e ação dos homens e que pode levá-los a comportamentos nocivos ou bizarros. Mudando o humor da divindade, a loucura e seus efeitos desaparecem.

Nessa época também já se fazia o uso de substâncias psicoativas, sendo a mais comum e constante o ópio. De acordo com Israel-Pinto (2012), sua planta originária, a papoula, é lembrada como a “planta dos deuses” o que reforça o simbolismo místico da época. Segundo o autor, o uso de derivados da papoula se

dava em diversas situações de cura, assim como também em oferendas aos deuses nos rituais espirituais.

O ópio era considerado pelos antigos gregos, como um símbolo da mitologia coberto de significado sublime. Essa substância tinha bastante prestígio entre os médicos da Grécia Antiga, e seus efeitos eram recebidos como uma dádiva dos deuses, destinada a apaziguar os doentes ou tratar daqueles que de algum mal padeciam (BUCHER *apud* ISRAEL-PINTO, 2012, p. 20).

Percebe-se que nesta época, tanto a loucura como as substâncias psicoativas exerciam uma determinada função social na sociedade.

No entanto, a partir de Hipócrates, a concepção de loucura e do uso de substâncias psicoativas começa a se distanciar da percepção mitológica. Hipócrates passou a explicar a loucura como desequilíbrio da natureza orgânica, corporal do homem. Para o autor, a saúde era considerada uma harmonia no sistema de humores através do equilíbrio entre tal sistema e o ambiente externo. O desequilíbrio entre os dois sistemas ou entre os humores no interior do sistema orgânico era a doença (PESSOTTI, 1995).

Assim, Hipócrates inaugurou a teoria organicista da loucura, que floresceu prodigamente na medicina dos séculos XVIII e XIX, significando o fim do predomínio absoluto da explicação mitológica e teológica.

Compreende-se que com a emergência da escola hipocrática, a loucura passa a ter uma nova função social. Assim, os processos de doença e cura são vistos como processos naturais, e não mais como obra de divindades. Nesse contexto, nasce uma nova medicina e novas explicações para tais acontecimentos.

As substâncias psicoativas também adquiriram novas funções sociais, passando estas a serem incorporadas ao saber e às práticas médicas. Pratta *et al.* (2009) retrata que substâncias psicoativas eram intituladas de *pharmakón* – palavra que significa remédio ou veneno – e eram usadas no tratamento das enfermidades. No entanto, o caráter que a substância ia adquirir (remédio ou veneno), dependia da dosagem, podendo esta curar ou matar.

Na Idade Média, tanto a loucura como as substâncias psicoativas incorporaram outras funções sociais. Vale ressaltar que tal período tem como marca o sofrimento da população por conta das inúmeras pestilências e epidemias, assim como a expansão e fortalecimento da Igreja por meio do processo do cristianismo. O que, de acordo com Pessotti (1995), influenciou na concepção do processo doença-

saúde.

Para o cristianismo, havia a existência de uma conexão fundamental entre a doença e o pecado. Como este mundo representava apenas uma passagem para a purificação da alma, as doenças passaram a ser pensadas como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio. Como consequência, as práticas de cura deixaram de ser realizadas por médicos e passaram a ser atribuições de religiosos católicos. Da mesma forma, o uso de substâncias psicoativas nos tratamentos passou a ser proibido.

[...] a embriaguez consciente, a automedicação e a fronteira entre moral e direito foram deixadas de lado, pois os sacerdotes da nova religião e os imperadores recém-convertidos ao cristianismo passaram a perseguir todos os que tinham práticas vistas como contrárias a nova fé, ou seja, a Igreja se posicionou contrária frente às velhas práticas pagãs, tentando aniquilar qualquer traço de suas antigas crenças e aprendizados, incluindo aí as extensas listas de derivados da papoula e as fórmulas compostas por elementos psicoativos (ISRAEL-PINTO, 2012, p. 35).

Nesse contexto, a loucura estava associada a possessões diabólicas e o uso de substâncias psicoativas, como forma de cura. Os demônios eram considerados fontes de prazer, assim tornando-se mais fácil atribuir uma série de comportamentos pouco comuns ou bizarros à cumplicidade com estes (demônios). Destaca-se que as substâncias psicoativas eram associadas às poções mágicas usadas nos rituais de bruxaria, como também nos tratamentos terapêuticos no alívio do sofrimento.

Percebe-se que foi a partir do posicionamento da Igreja que a loucura e o uso de substâncias psicoativas passaram a ter novas funções sociais na sociedade, sendo que tais funções estão associadas à negatividade e ao pecado, fazendo-se necessário, portanto, castigar a todos, seja através da martirização nos tribunais religiosos ou queimados nas fogueiras, como bem ressalta Stockinger (2007).

[...] a perseguição aos conhecimentos farmacológicos foi tão acirrada que chegou ao ponto da utilização de substâncias psicoativas (para fins medicinais) tornar-se sinônimo de heresia. A busca de cura tinha que se limitar ao uso de recursos de eficácia puramente simbólica, tais como orações, rezas cristãs, óleos santos, velas e água benta, além do tributo de indulgências eclesiásticas (STOCKINGER, 2007, p. 22).

Também na Idade Média, povoou, por muitos anos no universo imaginário do homem europeu, a existência da figura mítica da nau dos “loucos”, que vagava pelos rios, de cidade em cidade. Acreditava-se, nessa época, que a água, ao levar

para longe, purificava o homem. Nesse contexto, os “loucos” eram entregues a navegantes que tinham a missão de deixá-los em outras cercanias ou a grupos de peregrinos que andavam por várias localidades em busca de um milagre.

É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a passagem absoluta. Num certo sentido, ela não faz mais que desenvolver, ao longo de uma geografia semi-real, semi-imaginária, a situação liminar do louco no horizonte das preocupações do homem medieval – situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser fechado às portas da sua cidade: sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem. Ele é colocado no interior do exterior e inversamente. Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida alguma até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência (FOUCAULT, 2008, p. 12).

Com o fim do modelo de sociedade feudal e com a expansão comercial, as cidades se tornaram cada vez mais importantes econômica e politicamente. Nesse cenário, o mercantilismo impulsionou a indústria nascente, e a produção tornou-se elemento central na atividade econômica dos países, ou seja, a sociedade de cultura rural, marcadamente dividida entre senhores e servos, viu surgir a burguesia, uma classe fundada não mais na posse de terras, mas no comércio e nas manufaturas.

A forma de extração do excedente econômico propiciou o aumento da pobreza e da mendicância por conta da expropriação dos camponeses de suas terras.

No entanto, a transformação do imenso contingente de lavradores expropriados em “trabalhadores assalariados” não foi um processo automático. De acordo com Santos (2013, p. 34), algumas escolhas se colocaram no horizonte desses sujeitos, dentre elas, “a mendicância, a vadiagem ou mesmo a ladroagem, largamente utilizadas como formas de resistência às novas relações emergentes”.

Nesse contexto, diversos trabalhadores ficaram sem emprego, assim como alguns não se adaptaram à nova realidade e, conseqüentemente, formaram uma legião de mendigos e vagabundos que perambulavam pelas cidades.

O Estado, como resposta a estas múltiplas faces da questão social, utilizou-se de punições àqueles que resistiam às necessidades do capital. Dentre esses castigos, que eram colocados para a sociedade como benevolência, estava a internação nos hospitais.

Surgiram, enfim, espaços destinados ao abrigo de loucos, mendigos, desempregados, prostitutas e inválidos, os hospitais gerais, com o objetivo de “limpar a sociedade”. Os enclausurados viviam em condições precárias de higiene, alimentação e saúde; não recebiam tratamento médico (já que a loucura não tinha um caráter patológico) e eram vítimas de trabalho forçado como forma de punição e diminuição do ócio. Tais hospitais gerais tinham uma ordem social de exclusão, assistência e filantropia para os desafortunados abandonados pela sorte divina e material (BARROSO *et al.*, 2004, p. 101).

Observa-se que o enfrentamento das expressões da questão social ocorreu com a criação e disseminação, por toda a Europa, de instituições que teriam como função o abrigo e recolhimento desses sujeitos que não conseguiam se ajustar ao novo sistema. Tal fato sinaliza para o processo de institucionalização da pobreza e conseqüentemente do “louco” pobre.

As substâncias psicoativas também sofreram influências da nova conjuntura econômica, e acabaram tornando-se mercadoria, as que não propiciavam nenhum tipo de lucro foram proibidas. De acordo com Israel-Pinto (2012, p. 75), “a coca, por exemplo, não foi totalmente proibida, pois seu uso era lucrativo para os governos dominadores (na venda do produto e no aumento da produtividade do trabalho escravo)”.

O uso de substâncias psicoativas, como se observou, dava-se na forma de sucos, chás e poções feitas de plantas naturais. Com a nova conjuntura, passaram a ser levadas para os laboratórios e foram multiplicadas, artificialmente, em diversos derivados sintéticos. Por conta das guerras e epidemias, a farmacologia teve grande impulso e visibilidade, principalmente para o tratamento de soldados que se feriam em batalhas (CARNEIRO, 2005).

Compreende-se, pelo decorrer da historicidade, que tanto a loucura como as substâncias psicoativas perpassaram por diversas funções sociais, ou seja, o homem, a sociedade em geral, criou, no decorrer do tempo, processos relacionais para com a loucura, assim como para as substâncias psicoativas.

Para uma real apreensão do processo relacional do homem com a loucura e com as substâncias psicoativas na atualidade, faz-se necessário perceber as várias funções sociais que ambas tiveram no decorrer da história, e como estas funções foram, e vêm sendo, incorporadas na contemporaneidade.

2.2 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E EM FORTALEZA: DO SURGIMENTO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS À CONTEMPORANEIDADE

A existência da loucura no Brasil é tão antiga quanto a própria história do país. No entanto, o processo de institucionalização inicia-se a partir do século XIX, com a chegada da Família Real, através da intervenção do Estado (RESENDE, 2001).

O novo reordenamento do Brasil fez com que a loucura passasse a ser apreendida como “problema” social, por ser uma possível ameaça à ordem pública e à paz social. Tal ameaça provinha do crescimento exacerbado do número de pessoas livres e ociosas que circulavam pela sede da Corte e pelas cidades mais importantes do Império, dentre elas Fortaleza (PONTE, 2010).

Antes da chegada da Família Real, os “loucos” não eram vistos como ameaça, assim eram acolhidos pela sociedade e podiam circular livremente pelas ruas. Porém, quando agitados e agressivos, eram levados para as cadeias públicas. Rosa (2003) destaca dois (02) critérios que eram utilizados nesse processo de recolhimento às cadeias públicas: o comportamento e a classe social. Ressalta-se que este último fator era determinante.

Os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranquilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa quando as condições físicas dos doentes o permitiam [...]. Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos, vagueavam pela cidade, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente (MEDEIROS *apud* DEVERA *et al.*, 2007, p. 61).

No entanto, na corrente do processo de modernização do País proposta por Dom Pedro II, os “loucos” desprovidos de recursos financeiros começaram a ser transferidos e recolhidos às Santas Casas de Misericórdias, primeiras instituições de saúde do país, cuja administração estava sob responsabilidade das irmandades religiosas.

incluíram os “loucos” entre seus hóspedes, dando-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues aos guardas e carcereiros. Seus delírios e agitações eram reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos,

condenando-os literalmente à morte por maus-tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas (PONTE, 2010, p. 29).

Por conta de diversas denúncias em torno da situação acima mencionada, os médicos da “Academia Imperial de Medicina” passaram a reivindicar a competência para lidar com a loucura, mobilizando a opinião pública no sentido da necessidade da construção de um hospício. De acordo com Resende (2001), esse fato impulsionou Dom Pedro II a assinar em 1841 o Decreto nº 82, ordenando a criação de um hospital psiquiátrico no País.

Observa-se que a necessidade da criação de hospitais psiquiátricos no Brasil surgiu quase que exclusivamente com o objetivo de resolver um problema localizado em outro estabelecimento de assistência. No Rio de Janeiro, a ideia de se criar um espaço de recolhimento mais adequado aos “loucos” que se encontravam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia ou nas ruas, fazia parte de uma cadeia de transferência de responsabilidades que se iniciou com a necessidade de retirá-los do espaço urbano. Foi dessa forma que se pensou na construção do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, o Hospício de Pedro II.

A inauguração do Hospício Pedro II, que em homenagem ao então imperador do Brasil recebeu este nome, ocorreu em 05 de dezembro de 1852, tendo sido criado através do Decreto nº 82 em 18 de julho de 1841. Para Resende (2001), era necessário a construção de um local específico, que ficasse afastado do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro, para abrigar os “loucos” recolhidos pela Santa Casa, que lá ficavam internados em locais vistos como impróprios e custosos.

Na verdade, tinha-se como princípio básico um duplo afastamento do “louco” tanto do meio urbano como social, quer fosse pelo distanciamento ou pela reclusão. A escolha da Praia Vermelha, local onde foi construído o Hospício Pedro II, responde a estas duas funções. A partir de então, evidencia-se o posicionamento do Estado e da sociedade, de forma geral, com relação à loucura.

Construído com recursos de doações, o Hospício, em seu início, foi anexado à Santa Casa de Misericórdia, ficando a assistência do “louco” ainda sob a administração das irmãs de caridade. Sua capacidade era para trezentos e cinquenta (350) pacientes e era referência para todo o Império. Resende (2001) ressalta que tal fato era um contrassenso, dadas as dimensões do território e as dificuldades de transporte e de comunicação na época.

Ainda de acordo com o autor supracitado, o Hospício Pedro II, ao ser

inaugurado, já abrigava cento e quarenta e quatro (144) internos, atingindo sua capacidade completa pouco mais de um ano depois. Esta realidade de lotação não foi exclusividade do referido Hospício, mas de todos os outros hospitais psiquiátricos que foram abertos nesse período.

Para Ponte (2010), as causas do inchamento dos hospitais psiquiátricos advinham de dois (02) elementos: 1) da abolição da escravatura; 2) da mão de obra europeia “farta”. Como o mercado não conseguia absorver toda essa força de trabalho, fez com que muitos acabassem indo para a rua, provocando uma concentração de pessoas ociosas, em virtude da falta de emprego nos grandes centros urbanos. Dentre as estratégias do Estado para amenizar tal efeito, houve a intensificação de recolhimento desses sujeitos aos hospitais psiquiátricos.

Vale destacar que esse cenário (concentração de pessoas ociosas nos centros urbanos) trouxe desagrado à população burguesa de todo território brasileiro, que logo reivindicou por soluções. A resposta veio materializada por meio da construção de vários hospitais psiquiátricos pelo país, que tinham como proposta a remoção, o abrigo, a alimentação e o tratamento de todos os considerados “loucos” e desajustados. Entretanto, somente a remoção e, por consequência, o abrigo e a alimentação tiveram eficácia, uma vez que o tratamento, de fato, não aconteceu.

[...] a função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza. Uma das mais marcantes evidências dessa afirmação é a constituição da sua clientela no período; tratava-se, sobretudo, de homens livres [...]. Muitos deles classificados como “pobres” [...] formavam a população errante dos marginalizados das cidades, os vadios, os arruaceiros, os sem-trabalho (RESENDE, 2001, p. 39).

Destaca-se que a constituição da assistência ao “louco” em Fortaleza não foi diferente da sede da Corte. Assim como no Rio de Janeiro, na capital cearense, inicialmente o destino destas pessoas foi a rua, a prisão e os movimentos messiânicos. Posteriormente, passaram a ser recolhidos à Santa Casa da Misericórdia, que também não proporcionou os cuidados devidos por conta de uma demanda exacerbada advinda do processo de higienização da cidade (PONTE, 2010).

Fortaleza inaugura seu primeiro Hospital Psiquiátrico em 1886, como anexo da Santa Casa de Misericórdia, o Asilo de Alienados São Vicente de Paula.

[...] a construção do Asilo de Alienados São Vicente de Paula, em Parangaba, instituição vinculada à Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, o 10º hospício brasileiro para doentes mentais, criado para atender uma demanda econômica, oferecendo frente de trabalho a flagelados da seca, e uma complexa demanda sanitária (MONTESUMA *et al.*, 2006, p. 11).

Localizado no Distrito de Arronches, atualmente Parangaba, era considerado na época ponto estratégico pela distância do centro urbano, além de ser caminho de ligação entre a capital e o sertão: “[...] era um caminho de ligação entre duas realidades, a do Sertão e a da Capital. Sertão e Capital estes que se encontravam dramaticamente em determinados episódios como os ocasionados pelas secas” (OLIVEIRA *et al.*, 2009, p. 89).

Para Ponte (2010), a existência de um Hospital Psiquiátrico na capital cearense,

[...] tratava-se de uma novidade que logo se torna de conhecimento público, ainda que não se pudesse vê-lo com frequência, já que erguido em área distante de Fortaleza. De fatos, os hospícios ficam fora, mas, a partir do momento em que se sabe de sua existência, passam a estar dentro da cidade e, vale dizer, dos habitantes. Paira sobre a consciência destes a certeza de um lugar destinado aos que apresentam sintomas “anormais” em relação ao restante da coletividade (PONTE, 2010, p. 101).

Observa-se que o enclausuramento/reclusão da loucura no Brasil se coaduna ao modelo adotado de questão social no período, ou seja, como caso de polícia, como assunto ilegal, subversivo e, portanto, tratado como crime, desordem, devendo assim ser severamente reprimido e excluído do cenário. Destaca-se que o modelo brasileiro de assistência ao “louco” não se diferenciou do modelo europeu, pois ambos tinham nos hospitais psiquiátricos a necessidade de manter sob controle a parcela da população considerada como “perigosa”, devendo, portanto, ser mantida sob vigilância constante, sendo estes sujeitos que, de certa forma, não corroboravam com o ideal de sociedade que se almejava naquele momento.

Rosa (2003) reforça tal pensamento ao retratar que o espaço destinado aos “loucos”, ou seja, os hospitais psiquiátricos não dispunham das condições necessárias para a efetividade do tratamento, haja vista que o interesse maior era mantê-los fora do convívio social, pois se antes viviam à solta, vagando pelas cidades e pelos campos, como acontecia na época da Colônia, agora era necessário trancá-los para evitar a desordem. No entanto, havia a necessidade de criar ferramentas que justificassem a reclusão e os aprisionamentos desses sujeitos.

Nesse contexto, surge a Psiquiatria Científica juntamente com o advento

da República. Costa (2006) destaca os anos de 1889 como marco do redirecionamento das políticas de controle social pela medicina. Desse modo, as novas concepções em torno da loucura possibilitaram a formação de aliança entre a ciência psiquiátrica e os projetos estatais de controle social. Assim,

[...] só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria (MACHADO *apud* FONTE, 2013, p. 479).

A primeira experiência de controle social da loucura pela medicina psiquiatria aconteceu no Rio de Janeiro com a desvinculação, em 1890, do Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II da Santa Casa de Misericórdia, ficando este agora subordinado à administração pública e passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados (HNA). Tal fato possibilitou a

[...] laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle da instituição e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocará para si a atribuição da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental, tal como a gravidade da situação exigia (RESENDE, 2001, p. 43).

Rosa (2003) destaca que o processo de desvinculação dos Hospitais Psiquiátricos das Santas Casas de Misericórdia corroborou para a detenção exclusiva do controle do Estado sobre a loucura no campo da medicina. Desse modo, a reclusão, que antes tinha justificativas morais, religiosas ou econômicas, passou a ser justificada pela lente da medicina, ou seja, o Hospital Psiquiátrico foi se configurando como espaço de cura, transformando sua natureza assistencial e caritativa, existente até então sob a administração das Irmãs, em científica. Reforça-se que tal fato expressou o rompimento do Estado com a Igreja, assim como a medicalização da questão social.

Teixeira Brandão foi o idealizador e defensor da medicalização da loucura no Brasil, sendo o primeiro psiquiatra diretor do Hospício de Alienados. Também exercia cargo público como deputado, no qual levou para aprovação a Lei nº 1.132/1903 (primeira Lei brasileira destinada aos alienados/ “loucos”).

Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício. (...) Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura,

nacional e publicamente reconhecido (MACHADO *apud* DEVERA *et al.*, 2007, p. 62).

Com o objetivo de reforçar o prestígio da classe médica, criou-se a Assistência Médica e Legal dos Alienados (AMLA). A AMLA tinha como propósito organizar a assistência psiquiátrica e difundir o modelo hospitalocêntrico de cuidado pelo país. Para Resende (2001), a AMLA contribuiu para a propagação da abertura de hospitais psiquiátricos por todo o território brasileiro, assim como para a medicalização da loucura.

Destaca-se que o processo de medicalização não era algo restrito da medicina psiquiátrica, o modelo assistencial de saúde pública brasileira da época, conhecida como medicina de cidade, também se assemelhava à da psiquiatria.

A concepção medicalizadora/higienista, de maneira geral, entendia que a desorganização social e o mau funcionamento da sociedade eram as causas das doenças. Assim, cabia à medicina (psiquiátrica e de cidade) atuar sobre os componentes naturais, urbanísticos e institucionais que provocavam os desajustes na sociedade. Desse modo, era necessário neutralizar todo perigo possível.

A medicina logo se tornou “ciência social”, integrando a Estatística, a Geografia, a Demografia e a Topografia. Também se tornou instrumento de planejamento urbano, pois as grandes transformações nas cidades eram vistas como riscos à saúde da população. Esta concepção reforçou e transformou o hospital psiquiátrico em “máquina de curar”, tornando-o espaço necessário para o bem-estar da população que, por motivos diversos, não se enquadrava nos anseios da medicina psiquiátrica e de cidade.

O princípio higienista valoriza o aspecto preventivo. Por tal razão, havia uma discussão, de acordo com Costa (2006), que a medicina psiquiátrica não deveria atuar somente na demanda com distúrbios mais sérios, destinados ao internamento. Era necessário aplicar os conhecimentos científicos também na prevenção das “perturbações”, onde a prevenção poderia trazer benefícios, não só pontuais, mas também coletivos.

Tal cenário permitiu que a saúde pública, por intermédio de Oswaldo Cruz e da psiquiatria, representada por Juliano Moreira, se associassem em prol do saneamento e da reorganização urbana para eliminar os focos de desordem. Nesse contexto, a psiquiatria teve papel coadjuvante ao agir de forma asilar sobre os resíduos humanos no processo de saneamento.

A partir de 1923, no entanto, a questão do saneamento/higienismo contagiava os psiquiatras eugenistas. Desde então, surge a aproximação histórica entre eugenia e higienismo na estruturação da saúde pública brasileira, influenciando a saúde mental como um todo.

Para Costa (2006),

[...] a necessidade fundamental dos psiquiatras era a de modificar a realidade brasileira com a qual não estavam de acordo. [...] Os psiquiatras acreditavam que o Brasil degradava-se moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro. A prevenção eugênica apareceu-lhes como o instrumento mais rápido e eficaz para sanear a situação (COSTA, 2006, pp. 27-28).

Uma das mais representativas criações dos psiquiatras em torno da eugenia e do higienismo foi a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Fundada por Gustavo Riedel em 1923, objetivava elaborar programas de higiene mental baseados na noção de prevenção eugênica. Não tardou para a Liga ser reconhecida por decreto-lei⁸, sendo denominada como utilidade pública e passando a receber uma subvenção do Governo Federal para o desempenho de suas atividades.

A LBHM se reorganizou de acordo com a ampla tarefa a que se lançavam os setores médicos brasileiros. Seus membros estavam convencidos de sua grande contribuição na tarefa de regeneração nacional. Segundo Costa (2006), convicta do espírito de “missão” nacionalista e regeneradora a LBHM traçou algumas ações como prioritárias: 1) Combate ao alcoolismo; 2) Controle da imigração; 3) Controle dos casamentos (para prevenir as uniões indesejáveis e incentivar as eugenicamente desejáveis); e 4) Esterilização compulsória dos ditos “degenerados”.

O combate ao alcoolismo foi a principal ação de luta da Liga devido à inércia dos governantes perante o assunto. Tão forte foi o envolvimento com a discussão do alcoolismo, que a Liga passou a ser conhecida como Liga Antialcoólica, precisando esclarecer, em diversas ocasiões, que o objetivo não era exclusivamente acabar com o consumo de álcool.

Para a LBHM, o alcoolismo era uma doença hereditária. Por tal motivo, deveria ser tratada através de medidas eugênicas. Defendiam, também, uma maior repressão aos usuários de álcool por conta do perigo que representava à sociedade. As justificativas para o recalcitrante tema da luta antialcoólica eram diversas, levando a Liga a solicitar,

[...] que o governo brasileiro adotasse uma lei proibicionista semelhante à americana⁸. Em 1930, os psiquiatras elaboraram um projeto draconiano de lei antialcoólica. [...] é fácil perceber que o objetivo dos programas de higiene mental não era o de curar ou prevenir o alcoolismo, mas o de regenerar a sociedade conforme um código moral particular (COSTA, 2006, p. 85).

Ainda sob inspiração do Movimento de Higiene Mental, foi promulgada, em 1934, a Segunda Lei Federal de Assistência aos Alienados por meio do Decreto nº 24.559. De acordo com Rosa (2003, p. 96), “este decreto, reforça o poder do psiquiatra na direção dos serviços de saúde e a internação psiquiátrica como principal meio de tratamento [...] suspende, parcial ou totalmente, a cidadania destes sujeitos”.

Como a internação psiquiátrica era o principal meio de tratamento, a proliferação de tais instituições pelo Brasil só tendeu a crescer. Desse modo, dando continuidade à abertura de novos hospitais psiquiátricos, Fortaleza, segundo Sampaio (2001), inaugura em 1935 o seu segundo (2º) Hospital Psiquiátrico: Casa de Saúde São Gerardo. Destaca-se que esta é a primeira instituição psiquiátrica privada do território cearense, sob a direção dos médicos psiquiátricos Jurandir Picanço e Vandick Ponte.

Nos anos 1940, com o Estado Novo, há a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) por meio do Decreto nº 3.171, passando esta a ser responsável pela organização da política pública no campo da psiquiatria, assim como pelo gerenciamento e expansão das ações de saúde mental em todo o território nacional (ROSA, 2003).

Ressalta-se que expansão das ações em saúde mental significa abertura de novos hospitais psiquiátricos tanto de cunho público quanto privado. Estas expansões só foram possíveis devido à promulgação do decreto-lei nº 8.550 de 1946. O mencionado decreto-lei autorizava o SNDM a realizar convênios com governos estaduais para a construção de novos hospitais psiquiátricos. Tal intervenção reforçou e consolidou a política hospitalocêntrica como principal

⁸ Decreto nº4778, de dezembro de 1923.

⁹ Durante a primeira metade do século XIX, nos Estados Unidos, desenvolveu-se um movimento chamado Temperança. Sua preocupação era coibir o consumo das chamadas bebidas fortes, como o gim e o whisky, que possuíam uma concentração de álcool muito superior à do vinho e da cerveja. Em torno de 1830, o movimento se separou em duas correntes, sendo uma mais tolerante ao consumo de álcool e outra mais radical, pregando a abstinência total.

instrumento de tratamento da saúde mental e como campo estratégico de desenvolvimento econômico do país.

Outro fato que contribuiu para a prevalência hospitalar no cuidado na saúde mental, a partir do final dos anos 1940, foi o aceleração da indústria farmacêutica na fabricação de psicotrópicos, realizado pelo Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos, órgão de responsabilidade do Ministério da Saúde (DELGADO 2001).

Certamente, o advento destes medicamentos colaborou, de certa forma, na eficácia terapêutica dos sofrimentos/ transtornos mentais e do uso abusivo de substâncias psicoativas, mas não o suficiente para produzir um cuidado extra-hospitalar. Sua grande contribuição foi com a formação das empresas farmacêuticas e médicas com fins lucrativos no campo da saúde mental.

[...] essa atividade empresarial do Estado é implementada simultaneamente ao exercício das suas funções regulatórias e normativas, sustentando, mediante uso de seus vários instrumentos de poder, o desenvolvimento dos capitais privados em associação com os grandes oligopólios internacionais. [...] A partir de 1955, consagra-se a aliança entre Estado, a grande empresa oligopólica internacional e os capitais nacionais, a qual comandou o processo de industrialização pesada (FIORI, 2003, p. 153).

A partir de então, o setor saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas, na medida em que a privação de direitos dos usuários, somada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em “enfermarias”.

De acordo com Resende (2001), a "indústria da loucura", como ficou conhecida, fez o número de leitos psiquiátricos saltar de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo em que os investimentos no setor público começaram a cessar.

Fortaleza é exemplo do processo de mercantilização da saúde mental, pois entre os anos de 1967 a 1969, de acordo com Sampaio (2001), instaura quatro (04) hospitais psiquiátricos privados: clínica de Saúde Mental Dr. Suliano, Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC), Hospital Espírita Nosso Lar e Hospital Mira y Lopes.

Os hospitais psiquiátricos da rede privada preponderaram na assistência, em relação aos hospitais da rede pública, numa explícita dinamização da função produtiva da psiquiatria pelo fortalecimento do complexo médico-assistencial do setor privado e da indústria da loucura (ROSA, 2003, p. 100).

Percebe-se que no período da ditadura militar houve intensificação da mercantilização da saúde mental brasileira. Tal fato é confirmado com a celebração do convênio realizado em 1967 com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que tem como objetivo massificar a assistência psiquiátrica de cunho privado. Para Resende (2001), a psiquiatria transformou-se em um lucrativo negócio e, para defendê-lo, formou-se um poderoso *lobby* que impossibilitava a efetivação de novos modelos de cuidado.

A transformação da saúde em mercadoria não foi exclusividade da psiquiatria. Partiu de um projeto mais amplo de implantação de um modelo médico-previdenciário, que por um lado abrangeu a assistência médica a amplos setores da classe trabalhadora em substituição às caixas de aposentadoria e assistência médica dos sindicatos extintos pelo governo militar. Porém, por outro, incentivou a prática privada na saúde financiada pelo erário público.

A empresa de saúde sempre viu o lucro e só o lucro. Não nos iludamos, porque esse é o seu papel. Não pode ver a saúde sob outro prisma. Em psiquiatria já tem o monopólio da assistência curativa individual através do leito hospitalar exatamente por ser a opção mais rendosa. Para ampliar tal monopólio, usa de todos os meios historicamente empregados pelo capitalismo selvagem (CERQUEIRA *apud* YASUI, 2006, p. 34).

Para Bravo (2011), a constituição do INPS acarretou a intensificação da centralização das ações de saúde pelo governo, pois para a autora

A unificação da Previdência Social [...] se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2011, p. 58).

Entretanto, a maior consequência, com a criação do INPS, foi a permissividade para a consolidação do modelo médico-assistencial-privatista, cujas principais características foram: 1) A priorização da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; 2) A criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial; e, por fim, 3) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o beneficiamento do produtor privado de tais serviços.

Nesse cenário, a assistência psiquiátrica, que era restrita a alguns trabalhadores, foi estendida a todos os trabalhadores e seus dependentes

segurados do sistema. No entanto, a ampliação da cobertura médico-assistencial da saúde mental, teve como prioridade as instituições de cunho privada, beneficiando apenas uma parcela da sociedade.

A importância da expansão da cobertura psiquiátrica para a classe trabalhadora e seus dependentes convergia com as exigências da acumulação capitalista, que requeria a reparação da mão de obra que se apresentava desgastada do processo produtivo.

As consequências da expansão mercantilista da saúde mental, de acordo com Rosa (2003) foi a

massificação da assistência psiquiátrica [...], além de mudar o perfil social da população psiquiátrica, que majoritariamente passa a ser constituída por trabalhadores previdenciários urbanos, exauridos psicologicamente pelo uso intensivo de sua força de trabalho [...], altera também o perfil nosológico, pela extensão da cobertura dos serviços para diagnósticos mais leves, principalmente neurose e alcoolismo, psiquiatrizando muitos dos problemas sociais (ROSA, 2003, p. 100).

Em 1967 a mercantilização da saúde mental foi intensificada e legitimada através da Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), que intensificou e divulgou, em todo o território nacional, as atividades de prevenção, assim como as de tratamento e recuperação, relativas às doenças advindas da mente. Por conta da divulgação em massa da Campanha, a procura por serviços hospitalares particulares conveniadas ao INPS teve um salto exorbitante. Nesse cenário, Resende (2001) destaca que os hospitais psiquiátricos públicos, dadas as suas precárias condições, permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculos com a previdência social.

Rosa (2003) destaca que as clínicas contratadas tinham não muito raro, como única fonte de receita a internação psiquiátrica, remunerada na forma de diária paga para cada dia de internação de cada paciente. Como a decisão pela internação ficava a critério do médico, e na psiquiatria, ao contrário de outras especialidades da medicina, a indicação de internação nem sempre é clara, houve o favorecimento de internações não apropriadas.

A ideia disseminada no meio especializado e na sociedade em geral era que lugar de “louco” é no hospício, e diante da inexistência de dispositivos de assistência intensiva alternativos ao modelo asilar, o sistema impulsionava a internação. Desse modo, o sistema e o pensamento vigente estavam organizados em torno da hospitalização prolongada, propiciando as empresas hospitalares aferirem benefícios significativos com as internações, às vezes a única fonte de lucro

(ROSA, 2003; RESENDE, 2001).

[...] a política de saúde caracterizou-se pela hegemonia de um modelo de privatização do social, atendendo a uma lógica de modernização conservadora. Nesse período, ocorre a privatização da assistência curativa, focada na perspectiva do lucro, em função do modelo de acumulação do capital, o que conduziu à montagem de uma estrutura de atendimento hospitalar basicamente de natureza privada. Desse modo, a medicina previdenciária investe no setor privado, principalmente na compra dos serviços de saúde, na lógica de um financiamento individual ou coletivo, mediante a prestação privada dos serviços com objetivo do lucro. Diante dessa lógica de ordenação das políticas de saúde, o atendimento à saúde pública é relegado a segundo plano, como opção de política social (GUIMARÃES *et al.*, 2010, p. 2114).

O processo de mercantilização da saúde mental foi intensificado nos anos 1970 através do Plano de Pronta Ação (PPA), elaborado pelo ministro e empresário psiquiátrico Leonel Miranda. Segundo Amarante (1995), o referido Plano promoveu o mais radical e profundo processo de desenvolvimento do setor privado-asilar no Brasil.

O PPA visava desburocratizar o acesso dos previdenciários e seus dependentes à consulta médico-ambulatorial através da rede privada contratada e conveniada, “universalizando” o atendimento de urgência, que antes era restrito à esfera pública. Este fato significou ampliação da mercantilização da saúde, especificamente no campo da saúde mental. Em contrapartida, os programas/serviços destinados à população não contribuinte permanecia com a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Esse plano trouxe ao setor privado a possibilidade de atendimento direto aos previdenciários e dependentes, dispensando-se uma avaliação prévia do setor público, inclusive nos hospitais psiquiátricos. Após dois anos de sua implantação, verificou-se uma intensa onda de produção de serviços assistenciais, nem sempre necessários ou racionais (PAULIN *et al.*, 2004, p. 252).

Nesse contexto de mercantilização da saúde mental, extingue-se o antigo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e cria-se a Divisão Nacional de Saúde Mental (DISAM) operacionalizado através de um sistema hierarquizado e regionalizado. Esta orientação estava em sintonia com a recomendação dos especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em reunião em Genebra, emitiram parecer sobre a Política de Saúde Mental nos países em desenvolvimento, recomendando a descentralização no atendimento, a criação de formas de prevenir, tratar e reabilitar, além da condenação da construção de novos

hospitais psiquiátricos.

Um marco importante nesse período na Política de Saúde Mental foi o lançamento do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), no qual constavam as diretrizes programáticas de saúde mental brasileira. O referido Plano objetivava criar as bases experimentais para implantação de um subsistema de saúde mental integrado ao sistema básico de saúde, com ênfase na atenção extra-hospitalar. Desse modo, atuaria em níveis de prevenção primária e, sobretudo, secundária, com a participação da família e da comunidade, através da qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde que atuavam na atenção primária. No entanto, destaca-se que em pouco tempo, este Plano entra em processo de desativação.

[...] o PISAM recebe duras críticas oriundas tanto de segmentos do próprio Ministério da Saúde, comprometidos com a psiquiatria biológica e /ou com o setor privado quando este último, por estar em desacordo com seus interesses. O PISAM só é defendido por aqueles que lutam pela definição de uma política pública de saúde mental (AMARANTE, 1995, p. 102).

O cenário em que estava situada a Política de Saúde Mental brasileira era sustentado por uma crise de legitimidade e perda de sustentação do poder militar, bem como uma crise econômica, gerada pela desestabilização do petróleo no mercado internacional. Tal fato colaborou tanto para o fim do período do “milagre econômico brasileiro”, como para o aumento da dívida externa, propiciando o governo a elevar as taxas de crescimento através da implantação do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), que objetivava solucionar o problema da dependência externa decorrente do desequilíbrio intersetorial. Como rebatimento de tais fatos, houve a paralisação de uma série de investimentos no setor de bens de capital e de bens intermediários, proporcionando, de acordo com Fiori (2003), retração dos rendimentos dos assalariados, principalmente daqueles com salários próximos ao mínimo; redução dramática do nível do emprego, revertendo em um processo de informalização do mercado de trabalho erigido nos anos procedentes e aceleração da desigualdade social.

Alguns desses fatores foram determinantes para as mudanças que ocorreram no país nos anos seguintes, dentre eles: a forte reação de vários segmentos sociais contra as condições de vida instalada.

Surgem novos atores na luta política. Ao lado do novo sindicalismo, criam-se os sindicatos e organizações referenciados aos profissionais assalariados da classe média [...], assim como os movimentos

referenciados aos locais de moradia e às condições de reprodução social [...] (ROSA, 2003, p. 102).

Observa-se que as mudanças ocorridas no país marcaram a formulação de uma nova concepção de política pública, assim como criaram novos desenhos institucionais, com destaque para a reorganização dos partidos políticos, dos sindicatos, das associações e demais movimentos e entidades da sociedade civil. Nesta conjuntura, surgem diversos movimentos sociais, demandando serviços e melhorias de condições de vida, com destaque para o campo da saúde.

[...] A luta, envolvendo a saúde, sobressai, também, em decorrência da própria crise financeira da Previdência Social, que força o governo a repensar o modelo organizacional do setor. Essa luta tem várias expressões em função da própria duplicidade da política social e das divergências políticas e ideológicas dos diferentes atores sociais (ROSA, 2003, p. 102).

O cenário de efervescência instalado no Brasil favoreceu a intensificação das críticas ao modelo de saúde mental vigente, caracterizado primordialmente pelo modelo hospitalocêntrico precário, apresentando condições insatisfatórias de atendimento e de trabalho, além de violência e desrespeito. Nesse contexto, no final dos anos 1970 surge o Movimento de Reforma Psiquiátrica, em favor dos direitos e da cidadania dos usuários da Política de Saúde Mental brasileira.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica é desencadeado pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) da cidade do Rio de Janeiro. O MTSM é formado por jovens psiquiatras, que se torna, segundo Amarante (1997, p. 163), “[...] o primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental, que vai estabelecer uma agenda para o setor que, sob o título de reforma psiquiátrica, introduz a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas”.

Foi a partir do MTSM que emergiram propostas de reformulação da assistência em saúde mental, bem como a consolidação do pensamento crítico psiquiátrico. Apesar de ter sido o ator de destaque no Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, o MTSM não nasceu e nem se constitui como um movimento homogêneo e unívoco, ao contrário, refletia um tecido heterogêneo que percorreu um percurso não linear, marcado por idas e vindas, no sentido de ora se aproximar mais de uma ideia de apenas reformular a assistência psiquiátrica, e ora propor a desconstrução do aparato psiquiátrico quando se aproxima da tradição de

Basaglia¹⁰.

Para Amarante (1995, p. 107), seria mais coerente referir-se ao MTSM não como um movimento, mas como movimentos distintos, “[...] no sentido de ser algo que se move, se transmuta e tem diferentes facetas”.

O MTSM é marcado, sobretudo, por reivindicações trabalhistas e pela humanização dos serviços, com críticas à cronificação, ao uso da eletroconvulsoterapia, ao autoritarismo das instituições hospitalares e suas estruturas administrativas verticais, de modo a refletir um conjunto heterogêneo e indefinido de denúncias e reivindicações que de acordo com Amarante (1995, p. 52), “[...] o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa”.

No entanto, foi a partir da constatação das precárias condições de internamento nos hospitais psiquiátricos, por conta de ausência de recursos técnicos, materiais e humanos, e que “[...] apenas por seu estatuto jurídico-institucional poderiam ser denominados de hospitais” (AMARANTE, 1997, p. 166), é que o grupo de jovens médicos, atores iniciais do MTSM, realizou uma série de denúncias ao Ministério da Saúde, que em resposta a tais atos demite em torno de 200 profissionais.

Essa situação fez eclodir a primeira greve do setor público no país que, inicialmente, se alastrou fortalecendo o MTSM, mas depois o enfraqueceu, por conta do destaque da mídia com relação às causas trabalhistas. Para Amarante (1995, p. 52), “assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica [...]”.

O MTSM tinha como proposta a desativação progressiva das instituições hospitalares. Para a efetivação de tal proposta, foi necessário elencar algumas medidas essenciais, tais como: realização de triagens mais eficazes que pudessem sinalizar para uma diminuição de novas internações e (re)internações; diminuição do tempo médio de internação; implantação de uma hierarquização dos serviços de atenção psiquiátrica de modo a recorrer ao hospital psiquiátrico como o último

¹⁰ Franco Basaglia, nascido em 1924, estudou medicina e após 12 anos de vida acadêmica decide abandonar a carreira universitária e ingressa no Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Ressignificou a noção de doença mental, e no plano operativo modificou a realidade institucional do hospital psiquiátrico. Seus debates e repercussões provenientes de seu trabalho culminaram na aprovação da lei nº 180 – a lei da reforma psiquiátrica italiana (AMARANTE, 1995).

recurso.

No entanto, como já sinalizado anteriormente, o MTSM se apresentava como um movimento não homogêneo, onde existiam duas (02) linhas de defesa: uma que defendia a desinstitucionalização, propondo medidas de desospitalização e de implantação de serviços extra-hospitalares; e outra que tinha como proposta a reversão do modelo de atenção à saúde mental privatizante, visto como um modelo inadequado, que distorceu e sucateou a atenção à saúde para um modelo de atenção pública como forma de resolver o problema.

As tentativas de inversão do modelo privatizante para o modelo público marcaram o início da década de 1980. Para Amarante (1995, p. 91), esse ideário é identificado como sanitarista por acreditar que “[...] a ciência médica e a administração podem e devem resolver o problema das coletividades”. Acreditava-se que o setor público de saúde poderia ser recuperado para assumir novamente a condução do campo da saúde mental que agora funcionaria embasado nos princípios do MTSM. No entanto, os técnicos teriam que ser incluídos nos órgãos responsáveis pela elaboração e implementação das Políticas Públicas de Saúde Mental, na tentativa de influenciar as decisões.

Nesse contexto, crescia a importância do saber sobre a administração e sobre planejamento em saúde, já que se compreendia que bastavam saber ordenar os serviços, os recursos e as instituições que tudo o mais se organizaria. No entanto, ao focar somente neste ponto, deixava-se de refletir sobre o papel dos técnicos e dos dispositivos utilizados como normatizadores/reguladores. Desse modo, multifacetado, em suas várias apresentações, o MTSM caminhava para a construção de uma rede de serviços e não para uma proposta de desconstrução do saber e da prática asilar.

Amarante (1995) avalia que essa trajetória sanitarista do Movimento de Reforma Psiquiátrica, traduzida pela incorporação de quadros do MTSM ao aparelho público, acabou “[...] por assumir um papel que se pode definir como mais que modernizante, ou tecnicista, ou ainda reformista, no sentido de operar reformas sem objetivar mudanças estruturais” (AMARANTE, 1995, p. 67). Importante ressaltar que a decisão de ocupar espaços decisórios no governo, buscando influenciar na formulação da Política de Saúde Mental foi uma estratégia que dividiu o MTSM.

[...] uma significativa parcela dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental e, do mesmo modo, a direção de importantes

unidades hospitalares públicas, especialmente na região sudeste do país, estavam sob a condução de fundadores e ativistas do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (ROSA, 2003, p. 40).

Para Bravo (2011), a década de 1990 foi permeada pelo processo de cooptação de lideranças dos novos movimentos sociais pelo aparelho estatal. Rosa (2003) corrobora com a afirmativa ao descrever que os movimentos foram engolidos pela agenda do Estado e por sua lógica burocrática, significando uma atualização das estratégias tradicionais de institucionalização que tais movimentos tanto combatiam. De fato, a incorporação do movimento no governo abria brechas para uma possível institucionalização da Reforma Psiquiátrica.

Mesmo sem homogeneidade, considera-se que o MTSM tendeu a receber mais representações pelo país e a se fortalecer. Como marco definidor da representatividade do movimento, têm-se a participação em 1978 no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, no qual imprimiu uma diferença no evento. Promovido pela ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) e programado para ser apenas um encontro científico ligado a setores mais conservadores, acabou se transformando em um grande momento de discussão política no qual a entidade promotora acabou tendo que servir de avalista para o Projeto Político do MTSM que, na ocasião, versava sobre o repúdio ao modelo privatizante e antidemocrático. O Congresso ficou conhecido como “Congresso de Abertura”, e deste modo o movimento iniciado vai recuperando a visibilidade social para deixar de se circunscrever apenas nos arredores da comunidade técnico-científica.

[...] pela primeira vez, os movimentos de saúde mental participaram de um encontro dos setores considerados conservadores [...] estabelecendo uma ‘frente ampla’ a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas para a crítica ao regime político nacional (AMARANTE, 1995, pp. 53-54).

A partir de então, o debate que envolvia a loucura e, conseqüentemente, as instituições asilares, atravessou os muros dos hospícios para ser recebido pelo domínio público e por algumas entidades da sociedade. Para Amarante (1997, p. 164), neste momento “[...] a questão psiquiátrica tornou-se uma questão política”.

Ressalta-se que a discussão se endereçava à problemática dos direitos humanos como tentativa de possibilidade de se resgatar a cidadania, esquecida pela cronologia do tempo morto dos hospitais, bem como questões sobre o direito a assistência digna. A ampla tendência e preocupação inicial do MTSM, mais ligada a

reivindicações corporativas, estabeleceram ainda mais a discussão sobre os aspectos relacionados ao modelo de atenção. Ao longo dos diversos Encontros e Congressos, muitos deles acontecerão em clima de forte pressão por parte de atores opostos ao MTSM, a discussão foi acrescida de temáticas sobre a manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão; da problemática do sistema asilar como reduto dos marginalizados; das problemáticas sociais relacionadas a noção de doença mental; da política nacional de saúde mental; da necessidade de intervenções administrativa e assistencial em unidades hospitalares; de questões sobre condições e alternativas de trabalho para essa população; da necessidade de se rever a legislação penal e civil e a necessidade de se vincular a luta da saúde aos movimentos da cultura, bem como introduzir as discussões sobre a saúde mental no contexto de discussão geral da saúde geral. Tudo isso caminhou para fazer o movimento desembocar num movimento de caráter político e social.

No entanto, as transformações no campo da saúde só se iniciam de fato com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, fomentada pelo movimento de Reforma Sanitária. Na ocasião, a saúde passou a ser vista como direito do cidadão e dever do Estado, sendo esta reflexo da qualidade de vida que o Estado promove aos seus cidadãos.

Vale destacar que pela primeira vez participaram desta cena representantes populares, trabalhadores e vários setores da comunidade, pois até então as Conferências anteriores eram realizadas apenas com a participação de deputados, senadores e técnicos do setor da saúde, convidados pelo Ministério da Saúde (BRAVO, 2011).

Como produto final da VIII Conferência Nacional de Saúde, tem-se o Relatório Final que trouxe como proposta a construção de um Sistema Único de Saúde, do qual contribuiria para separar a saúde da previdência social. Ademais, definiu as principais atribuições referentes à Política de Saúde nos níveis federal, estadual e municipal como estratégia de organização e funcionamento do sistema. Nesse contexto, percebe-se que o movimento de Reforma Psiquiátrica é indissociável do movimento de Reforma Sanitária.

Como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizou-se também uma destinada, exclusivamente, ao campo da saúde mental. Considera-se que a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 1987, foi um momento histórico para a constituição da Reforma Psiquiátrica, pois traz como

elemento inovador a aproximação do movimento com os usuários e entidades de familiares, o que possibilitou uma renovação teórica e política dos ideais de defesa do movimento. A partir de então, o movimento passa a se distanciar de suas alianças com o Estado.

Para Amarante (1995, p. 94), a I CNSM promoveu no movimento um clima de reviravolta no qual se percebeu o quão era preciso “[...] desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico”.

A partir de então, o movimento amadureceu, inicialmente, a sua crítica em relação ao aparato institucional para posteriormente adentrar na crítica ao estatuto epistemológico da psiquiatria.

Este cenário possibilitou a constituição de uma Plenária de Saúde Mental que era composta, sobretudo, por profissionais. Desse modo, ao participarem do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, detectou-se a necessidade do movimento de reavaliar seus princípios e estratégias.

Desse modo, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o movimento sofreu uma renovação que lhe possibilitou outra apresentação: deixou de ser movimento somente de técnicos para se constituir como movimento social, com a participação efetiva de usuários, familiares e sociedade em geral, transformando-se em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Movimento – não um partido, uma nova instituição e entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; Nacional – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; Luta – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão os poderes e privilégios; Antimanicomial – uma posição clara escolhida, justamente como a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios (LOBOSQUE, 2001, p. 102).

Para Amarante (1997), o novo movimento representa

[...] uma ruptura, tanto epistemológica, quanto estratégica [...] onde o eixo dos debates saía dos limites meramente assistenciais e, mais ainda, da simples oposição entre serviços extra-hospitalares versus serviços hospitalares, para a superação radical do modelo tradicional, expresso tanto no manicômio quanto no saber [...] sobre a loucura (AMARANTE, 1997, p. 170).

Tal ruptura passou a imprimir no movimento a marca de um forte compromisso participativo e democrático, trazendo discussões de caráter crítico,

para o problema da exclusão, que passa a ser avaliado como um fenômeno de ordem mais cultural do que econômica, ao contrário de como era pensada anteriormente.

Há estudos que comprovam exatamente isso, como o de Rotelli (1986), que discute que a exclusão vai para além de questões econômicas, pois existem sociedades que já alcançaram uma boa situação econômica, um relativo nível de igualdade social, no que se refere às condições de vida, mas a exclusão do “louco” permanece.

[...] quando [...] afirmamos que é necessário enfrentar prioritariamente a questão do hospital psiquiátrico [...] é porque é aí onde, paradigmaticamente, tem lugar o processo de exclusão”; a existência do manicômio é a confirmação na fantasia das pessoas da inevitabilidade desse estado de coisas, que é impossível lutar contra esta situação[...] Existirá sempre a necessidade de um lugar para se depositar as coisas que são rejeitadas, jogadas fora e que servem para que nos reconheçamos pela diferença? Esse papel pedagógico é o que nós técnicos devemos pôr em discussão se não quisermos avaliar com nossas ações uma perversão que é política, científica, mas sobretudo cultural (ROTELLI *apud* AMARANTE, 1995, p. 79).

A importância dessa reflexão está na mudança de ações que antes perpassava pela desinstitucionalização, em sua versão de desospitalização, para ações de desconstrução também do saber psiquiátrico, que alimenta práticas asilares.

Com estas novas perspectivas, a Política de Saúde Mental brasileira foi se materializando através de algumas ações, como a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos, na cidade de São Paulo, no final da década de 1980. Esta foi considerada a primeira possibilidade efetiva no Brasil de se colocar em prática a desmontagem do aparato institucional manicomial através da substituição desse modelo hospitalocêntrico de uma rede de serviços que pudessem expressar outras experiências culturais com relação à loucura. Foi nesse contexto que os chamados na ocasião de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) surgiram como serviços projetados para funcionar como protótipos de novos serviços autenticamente substitutivos aos do aparato manicomial (ROSA, 2003).

Com funcionamento 24 horas, estes núcleos ficavam responsáveis por todo tipo de demanda de saúde mental de uma determinada área do território. Além disso, foram pensados para funcionar sob uma estrutura complexa com disposição de leitos para situações de crise, atendimentos residenciais, de emergência e

ambulatoriais, além de demandas sociais. Para Amarante (1997, p. 171), os NAPS assumiam “[...] o caráter complexo da denominada demanda psiquiátrica [...] onde a clínica é apenas uma das dimensões”.

Os NAPS objetivavam oferecer assistência diária, com o intuito de reduzir o número de internamentos nos hospitais psiquiátricos. Desse modo, ofereciam atendimento de forma “[...] personalizada, específica, respeitando as histórias de vida, a dinâmica familiar, as redes sociais” (BRASIL, 1998, p. 5).

Observa-se que essa experiência de Santos foi além de propostas técnico-assistenciais ao estabelecer com a comunidade uma relação que a incluiu continuamente na construção dessa nova perspectiva de Política de Saúde Mental.

Outras experiências surgiram também em São Paulo, como a do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, que, para Resende (200X),

[...] seguiu uma trajetória própria possibilitando experimentar novas práticas e assimilar conhecimentos de várias experiências históricas alternativas à psiquiatria hospitalocêntrica. A divulgação dessa experiência permitiu a multiplicação de uma série de experiências similares pelo Brasil afora com a implantação dos serviços substitutivos (RESENDE, 2001, p. 215).

Vale destacar que a proposta inicial do CAPS concebia a passagem pelo hospital psiquiátrico, ainda que provisoriamente, enquanto que na proposta inicial do NAPS, o hospital não deveria coexistir, já que seu funcionamento pretendia ser substitutivo daquele, devendo assumir serviços médicos, sociais e culturais. Essa é, entretanto, a primeira forma de concepção dos NAPS e os CAPS.

No entanto, com os resultados positivos propiciados pela experiência de Santos, em que foi vista como uma possibilidade efetiva de substituir a atenção psiquiátrica hospitalar, a proposta do CAPS foi repensada para funcionar também como substitutivo ao hospital e não mais como um espaço de transição entre o hospital e a vida em comunidade. A experiência de Santos teve, neste sentido, um papel de grande repercussão, ao fazer referência quanto à possibilidade de que outros serviços pudessem funcionar com a mesma proposta, ou seja, de substituir o hospital.

Como reforço para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, no âmbito jurídico-legal, foi apresentado o Projeto de Lei nº 3657/89 de autoria do Deputado Paulo Delgado. O referido projeto defendia claramente a extinção progressiva dos manicômios no país e sua substituição por outros recursos assistenciais. Aprovado

na Câmara dos Deputados, não em sua inteireza no Senado, passou a nortear debates nacionais em torno da Reforma Psiquiátrica, reforçando na mídia nacional o debate sobre a loucura, a assistência psiquiátrica e estimulando, ainda, em nível estadual, a construção de outros Projetos de Leis, como foi o caso do Ceará através da Lei nº 12.151/93, conhecida como Lei Mário Mamede. A referida lei estabeleceu extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, postulando a criação de serviços substitutivos em saúde mental em todo o território cearense.

Ainda no campo legislativo, no início da década de 1990, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº189/91, que possibilitou o financiamento de novos centros de atenção a saúde mental como CAPS, NAPS, hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais e a Portaria nº 224/92, que estabeleceu as condições de funcionamento desses novos serviços de saúde mental. Consideram-se esses recursos dotados de “[...] ações e serviços mais contemporâneos à incorporação de conhecimentos e de valores éticos, substituindo o modelo tradicional [...]” (BRASIL, 2004, p. 242).

Deste modo, uma nova rede de serviços à assistência à saúde mental, ou seja, uma nova Política de Saúde Mental foi se constituindo e marcando um novo campo da psiquiatria, ao passo que o número de leitos psiquiátricos foi sendo reduzidos.

Para Yasui (2006), essas portarias incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais espalhadas pelo país. Contudo, muitos municípios encontraram, nos procedimentos de saúde mental, a oportunidade de aumentar os recursos financeiros repassados à saúde devido ao seu elevado valor, comparativamente aos outros da tabela de remuneração do SUS, o que para o autor propiciou a implantação de novos serviços por questões financeiras e não por apreensão da importância/necessidade do mesmo.

Não se sabe ao certo se a abertura desses novos serviços nos mais diversos municípios brasileiros está relacionada de fato a questões financeiras ou está seguindo as novas perspectivas de construção da Política de Saúde Mental. No entanto, o que se pode afirmar é que no contexto técnico-assistencial houve uma aceleração de novos CAPS em todo território nacional, inclusive no Ceará, dando início às ações/propostas do processo de Reforma Psiquiátrica.

Para Sampaio *et al.* (2001), a implantação do CAPS de Iguatu, primeiro CAPS do Estado do Ceará, inaugurado em 1991, marca o início do processo de

Reforma Psiquiátrica no Estado. Vale ressaltar que entre os anos de 1993 a 1999 foram inaugurados onze (11) CAPS em todo o Estado do Ceará, entre os municípios de Quixadá, Canindé, Icó, Cascavel, Juazeiro do Norte, Aracati, Sobral, Barbalha, Morada Nova, Itapipoca e Fortaleza.

Destaca-se que ações da Reforma Psiquiátrica na capital cearense, no campo técnico-assistencial, se deram posterior a outros municípios do Estado. Tal fato revela que,

Fortaleza tem se caracterizado como bastão da resistência a reforma psiquiátrica, sobretudo por causa da concentração de hospitais psiquiátricos, o poder do velho impedindo o surgimento do novo [...]. O executivo estadual e o executivo municipal da capital, por várias razões, tem competido em omissão. A implantação dos CAPS têm sido claramente uma vitória da municipalização e da interiorização (SAMPAIO *et al.*, 2001, p. 130).

O modelo endógeno de constituição da Reforma Psiquiátrica no Ceará foi favorecido por três (03) pontos, de acordo com Sampaio *et al.* (2001): 1) processo de municipalização do SUS; 2) sensibilidade dos gestores em relação a Reforma Psiquiátrica e 3) ausência de hospitais psiquiátricos na região. Tais fatos possibilitou o fortalecimento de ações antimanicomiais primeiramente no interior e só mais tarde na capital, sendo que somente, em meados de 1993, a Secretaria de Saúde de Fortaleza instala a primeira Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica.

A comissão de Reforma Psiquiátrica de Fortaleza desempenhou um papel relevante e estratégico no apoio teórico e técnico para a implantação dos CAPS na capital cearense. [...] foi constituída por profissionais competentes da Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR), representantes dos órgãos de classe, Medicina, Psicologia e Serviço Social e de usuários de saúde mental e outros envolvidos com a Reforma Psiquiátrica (MOURA FÊ *apud* BARROS, 2008, p. 42).

Com o avanço de novos serviços substitutivos por todo território nacional, foi sancionado, na II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, um pacto de desinstitucionalização com análises sistemática dos novos serviços. Tal proposta objetivava, assim, evitar o funcionamento desses novos serviços, no caso, os CAPS, como mera extensão dos manicômios.

A II CNSM foi realizada em um momento em que diversas experiências já estavam consolidadas e espalhando-se pelo país; já existia um projeto de lei federal, aprovado na Câmara dos Deputados e tramitando no Senado e leis estaduais aprovadas ou em tramitação; já existiam dispositivos institucionais (portarias ministeriais) que possibilitavam a implantação de novos serviços e

umentavam a fiscalização dos hospitais; já existiam diversas associações de usuários atuando ativamente pelo país, ou seja, estava em curso um processo de transformação da saúde mental no campo assistencial, no campo jurídico, no campo institucional e no campo cultural. O relatório apresentava importantes elementos para compreender estes diferentes aspectos do processo de transformação (AMARANTE, 1995, p. 54).

Outra ação realizada em prol da efetividade da Reforma Psiquiátrica foi o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em 1993. Momento de legitimação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) enquanto movimento social, plural, independente e autônomo.

Para Bezerra *et al.* (2012), esta ação possibilitou

[...] uma posição de independência em relação ao aparelho estatal, ainda que muito de seus atores tenham sido gestores das políticas municipais de saúde. É nessa condição que o MNLA define sua participação, como representante do segmento da sociedade civil, nas comissões de reforma psiquiátrica criadas pelos Conselhos de Saúde nos vários níveis de governo (BEZERRA *et al.*, 2012, p. 20).

A partir de então, o MNLA passou a ocupar diversificados espaços com o reforço de novos protagonistas. Para Amarante (1995, p. 121), a caracterização do MNLA enquanto movimento social “[...] tornou-se de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevistas no teclado psiquiátrico”.

No entanto, as ideias do MNLA deveriam ser propagadas por todo o território brasileiro. Nessa perspectiva, de acordo com Barros (2008), o coletivo de trabalhadores em saúde mental do Ceará se articulou e realizou o I Encontro Estadual da Luta Antimanicomial, no qual foi lançado o Manifesto da Luta Antimanicomial do Ceará. Essa ação objetivou construir canais sociais de apoio à montagem de um novo sistema de cuidado, identificando pontos de resistência e oposição, mobilizando alianças e esclarecendo a comunidade em geral.

A morte de Damião Ximenes, em meados dos anos 1990, nas dependências do hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes em Sobral - Ceará, vítima de tortura e maus-tratos, teve repercussão nacional e mundialmente, levando o MNLA a clamar a sociedade para a necessidade da constituição de mudanças urgentes na Política de Saúde Mental.

Por conta do referido episódio, o Brasil foi processado e condenado na Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) por violar quatro (04) dos artigos da convenção americana: direito à vida, à

integralidade física, às garantias judiciais e à proteção judicial. Após cento e vinte (120) dias de intervenção, o poder municipal, por meio da Portaria nº 113/00, descredenciou o referido serviço e instituiu oficialmente a Rede de Atenção integral à Saúde Mental de Sobral.

Acredita-se que todos esses fatos, a condenação e o fechamento do serviço só foram possíveis por conta do processo de Reforma Psiquiátrica, pois toda essa movimentação promoveu, cada vez mais, a participação da sociedade no debate sobre os assuntos do campo da Reforma Psiquiátrica. Desse modo, a sociedade tornou-se nessa nova lógica, estratégia principal de intervenção.

É no lidar cotidiano com as pessoas e familiares de problemas mentais que, superando as formas anteriores de tratamento e assistência [...] e exercitando novas formas de cuidado e acolhimento centradas em novas escutas, em novas formas de convívio, em novas formas de ação terapêutica que as mudanças são maiores. Os familiares que aprenderam com as próprias práticas psiquiátricas, que o seu familiar doente deveria ser internado, isolado, desconsiderado enquanto cidadão, podem aprender uma outra forma de lidar com o mesmo, vislumbrando suas potencialidades, suas dificuldades e, enfim, uma outra trajetória de vida que não a da institucionalização (AMARANTE, 1997, p. 176).

Para Yasui (2006, p. 56), os anos 2000 inicia-se com “vitória de sabor amargo”, por conta da aprovação da Lei nº 10.216/01, após doze (12) anos tramitando no Senado Federal. Para o autor mencionado, o texto final da lei ficou muito distante do saudável radicalismo do projeto original aprovado em 1989, que trazia como proposta clara a extinção dos manicômios, além da proibição de construção e contratação de novos leitos psiquiátricos. No entanto, o texto aprovado limitou-se a indicar o redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental no Brasil sem, apontar para qual direção. A proposta aprovada retrata basicamente em torno da proteção de direitos.

De maneira bastante tímida, esta lei define, em seu artigo 2º, que a pessoa com sofrimento ou transtorno mental deve “ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2001). Percebe-se que o “preferencialmente” deixa uma brecha para a existência concomitante dos dois (02) modelos antagônicos de cuidados em saúde mental.

Observa-se que a mudança não foi apenas semântica, mas de essência, pois transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente regulando as internações psiquiátricas, apontando apenas para uma proposta de mudança do modelo assistencial. Considera-se, portanto, que o texto

aprovado reflete a disputa de interesses que se colocou (e ainda se coloca no campo da saúde mental) no processo de discussão e aprovação da lei. A Lei 10.216/01 aponta para a Reforma Psiquiátrica possível naquele momento, perpassada por interesses divergentes.

A mudança de concepção em torno da proposta inicial da Lei 10.216, colocou no centro da discussão a reorientação do modelo assistencial da saúde mental, sendo este o tema da III Conferência Nacional de Saúde Mental que aconteceu em meados dos anos 2001.

Para Delgado *et al.* (2007, p. 43), a III CNSM

consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental par os usuários de substâncias psicoativas e estabelece o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental contou com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, fornecendo os substratos políticos e teóricos para a Política de Saúde Mental no Brasil. 50% do total de delegados eleitos para esta Conferência eram representantes de usuários e da sociedade civil (BRASIL, 2001). Tal dado significa uma conquista do MNLA ao afirmar o caráter social do processo de Reforma Psiquiátrica.

Contudo, um fato ocorrido no V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, veio marcar novamente uma cisão no movimento. Durante o referido encontro realizado em Miguel Pereira no Rio de Janeiro, em outubro de 2001, a delegação de Minas Gerais, numa atitude de protesto contra a condução e as decisões desse encontro, deixou a Plenária. De acordo com o relatório desse encontro, esta foi uma decisão que não agradou todos os membros da delegação mineira, visto o “ar” de descontentamento de alguns dos segmentos de usuários e familiares (ENCONTRO MNLA, 2001). Já de acordo com o grupo “protestante”, tal decisão foi tomada uma vez que não concordavam com a forma pouco democrática em que as decisões e encaminhamentos ocorreram.

Como consequência, houve a cisão do MNLA e, posteriormente, a criação da Rede Nacional de Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), que logo buscou se efetivar e se organizar enquanto movimento. Desse modo, realizou seu primeiro encontro em 2004 em Fortaleza com o objetivo de delinear as ações. De acordo com Luchmann *et al.* (2007, p. 404), a RENILA

reúne lideranças expressivas de profissionais, usuários e familiares organizados em vários estados do país através de associações que reúnem estes segmentos. Possuem espaços e fóruns organizados que visam discutir a clínica antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica e a militância política, entre outros.

No tocante aos desdobramentos da III CNSM, houve, no campo legislativo, a publicação da Portaria nº 336/2002 que propunha um novo modelo de assistência na área da saúde mental, definindo o CAPS como um serviço ambulatorial, de atenção diária, funcionando segundo a lógica do território (BRASIL, 2002).

De acordo com essa Portaria, os CAPS são os organizadores da rede de atenção de saúde mental; por esse motivo, têm como objetivo estreitar os laços com a comunidade. Além disso, a referida Portaria definiu também o financiamento com remunerações muito mais altas que as demais consultas de especialidades, ou seja, definiu a remuneração pelo Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC) e seu financiamento com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação.

Yasui (2006) e Amarante (1995) consideram que este modelo de financiamento representou um avanço ao colocar a proposta de mudança de modelo assistencial implícita no CAPS como uma política de relevância e uma ação estratégica do Ministério da Saúde. No entanto, por outro lado, trouxe problemas, pois manteve a lógica de produtividade ao remunerar atos vinculados a um determinado diagnóstico psiquiátrico de um indivíduo, deixando de lado toda uma série de ações realizadas no âmbito do território.

Após a publicação da Portaria nº 336/2002, determinando uma linha específica de financiamento, os Centros de Atenção Psicossocial experimentaram grande expansão em todo território nacional, passando de 295 CAPS em 2001 para 1.650 em 2011 (BRASIL, 2011).

O Estado do Ceará, especificamente Fortaleza, apresentou também avanços, de 2001 a 2011. Passando de três (03) CAPS para quatorze (14), quantidade que permanece nos dias atuais (ESMERALDO FILHO *et al.*, 2012). A abertura dos CAPS na capital cearense foi fundamental para mudar o cenário de atenção à saúde mental, pois possibilitou o fechamento de 403 leitos distribuídos nos sete (07) hospitais psiquiátricos até então existentes na cidade. Atualmente, só existem três (03) hospitais psiquiátricos na Capital Cearense.

[...] somente a partir de 2005, com a nova gestão municipal, é que começa a ser implementada uma política de saúde mental em concordância com os principais postulados pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. Por muitos anos [...] os interesses dos donos de hospitais psiquiátricos, concentrados em Fortaleza, representam entraves ao avanço da Reforma Psiquiátrica (RIGOTTO *et al.*, 2007, p. 16).

Para Sampaio (2011), somente a partir do caso de Damião em Sobral é que Fortaleza adere concretamente à implantação de uma rede comunitária de cuidados, buscando estar de acordo com os princípios do SUS como com os da Reforma Psiquiátrica.

No entanto, Fortaleza só começa a desenhar novos cenários com a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir de 2011. A RAPS pode ser entendida como a articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas no SUS. Foi instituída pela Portaria nº 3.088/2001 e é constituída por sete (07) níveis de atenção, cujos elementos devem atuar territorialmente e de forma articulada (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, Fortaleza, que até meados de 2011 só tinha na rede de saúde mental quatorze (14) CAPS, sendo seis (06) gerais, seis (06) CAPS AD e dois (02) CAPSi (atendimento de criança e adolescente), passa, a partir de então, a ampliar a rede, especificamente com a abertura de serviços destinados aos usuários de substâncias psicoativas: duas (02) Unidades de Acolhimento, dois (02) leitos de desintoxicação em hospital geral (Santa Casa de Misericórdia para adultos e Hospital Infantil Luis França para crianças), além de transformar dois (02) CAPS AD em 24 horas (SR I e SR II).

Observa-se que Fortaleza, embora de forma gradual, vem estruturando sua rede, especificamente na Estratégia Psicossocial. No entanto, para uma real efetivação da RAPS é necessário que a rede de saúde mental seja integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção.

3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL E EM FORTALEZA

3.1 DA DETENÇÃO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O uso de substâncias psicoativas e suas consequências sanitárias, econômicas, sociais, jurídicas e políticas deixou de ser um assunto individual e privado e passou a ser considerado como assunto público. Segundo Bello (2015, p. 17), “o resultado de sua magnitude e transcendência, afeta e compromete diferentes atores sociais, entre os quais se encontram os usuários de substâncias e seus familiares, instituições e formuladores de políticas nacionais e internacionais”.

Ainda de acordo com o autor, muitos aspectos relacionados a esta temática resultaram em “novidades” no campo das políticas públicas, tornando-se assim tema de debate entre a sociedade civil e o Estado, o que exigiu deste último um papel mais ativo e com particular enfoque da discussão no campo da saúde pública.

Sabe-se que o estabelecimento das atuais políticas públicas direcionadas aos usuários de substâncias psicoativas foi precedido por uma trajetória política e legislativa ligada ao campo da justiça e da segurança pública, em sua vertente predominantemente repressiva. Entretanto, pela falta de resultados satisfatórios e coerentes, a questão das substâncias psicoativas exigiu contribuições de outras racionalidades, o que favoreceu o surgimento de uma política sanitária direcionada para este campo, assim como a apropriação da discussão como uma das prioridades na agenda da saúde pública brasileira. Desse modo,

As políticas públicas direcionadas ao problema do consumo prejudicial das drogas mostravam, em nosso país, até recentemente, uma notável rarefação de iniciativas consistentes e regulares por parte da saúde pública. A tradicional divisão das drogas em lícitas e ilícitas produzia o efeito de concentrar toda a preocupação visível do governo e da sociedade no combate as substâncias (DELGADO, 2005, p. 165).

Destaca-se que as primeiras intervenções do governo brasileiro no campo das substâncias psicoativas ocorreram no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de substâncias psicoativas e a preservar a segurança do país. Nessa época, o consumo de substâncias psicoativas ainda era incipiente e não se constituía

enquanto uma ameaça à saúde pública. No entanto, o consumo de bebidas alcoólicas era frequente, mas, por ser mais tolerado pelos governantes e pela sociedade brasileira, não foi objeto de preocupação governamental/repressão.

De acordo com Machado *et al.* (2007), por conta da ausência de medidas controladoras por parte do Estado com relação ao uso de bebidas alcoólicas, surgiu nesse período diversas organizações sociais direcionadas para promover a educação antialcoólica e criar medidas assistenciais direcionadas para este público. Dentre essas organizações, encontra-se a Liga Brasileira de Higiene Mental, da qual já foi apresentada no capítulo anterior, assim como a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária e a União Brasileira Pró-Temperança. Para Costa (2006), as ações realizadas por tais organizações eram marcadas por concepções moralistas e higienistas, que tinham como objetivo a regeneração da sociedade conforme um código moral particular.

O aparato jurídico-institucional criado ao longo do século XX, segundo Machado *et al.* (2007), destinava-se, sobretudo, ao controle do consumo de substâncias ilícitas, ou seja, o álcool não entrava nessa discussão. Esse aparato, constituído por uma série de leis e decretos que proibia e criminalizava o uso e o comércio de substâncias psicoativas ilícitas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios e, a partir da década de 1970, em hospitais psiquiátricos.

Essas medidas foram influenciadas por Convenções Internacionais, como a Convenção de Haia (1912), primeiro tratado internacional a propor o controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. Assim como reuniões da Organização das Nações Unidas (ONU), realizadas respectivamente em 1961, 1971 e 1988, as quais deram origem a outras Convenções Internacionais. Destaca-se a adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de substâncias psicoativas como pontos comuns em todas essas Convenções.

A Convenção de Haia, como exemplo, efetuou a supressão gradual do uso de ópio, morfina e cocaína, assim como das substâncias preparadas ou derivadas destas substâncias que levam ou podem levar a similares abusos. Desse modo, os países membros da Convenção de Haia

estavam convencidos que aquele “esforço humanitário” encontrariam a adesão unânime de todos os Estados interessados. [...] assim, governos de todas as partes do mundo adotaram a proibição como um modelo para

limitar, conter ou regular fenômenos considerados fora da normalidade (PERDUCA, 2005, pp. 52-53).

Conforme Fiore (2005), a partir da década de 1970, a legislação brasileira passou a ser influenciada também pela medicina, congregando a classe médica e seus subsídios tecnocientíficos na expectativa do controle do uso de substâncias psicoativas no país. Nessa perspectiva, os usuários de substâncias psicoativas passaram a serem identificados também como doentes e não apenas como criminosos.

Para a realização do tratamento foram propostos diferentes dispositivos assistenciais. Inicialmente, hospitais psiquiátricos e, posteriormente, centros especializados de tratamento públicos ou filantrópicos que objetivavam salvar, recuperar, tratar, além de punir.

A influência da ordem médica, principalmente dos psiquiatras, veio com a Lei nº 5.726 de 1971, que introduziu mudanças significativas na interpretação do uso de substâncias psicoativas. Nesse contexto, Bittencourt *apud* Machado *et al.* (2007) aponta como a psiquiatria tornou-se aliada dos mecanismos de controle e repressão do uso de substâncias psicoativas no país.

Primeiramente ao surgir no cenário jurídico-penal de 1971 como um complemento às ações de repressão e prevenção, servindo para o reaparelhamento do Judiciário através da absorção de sua tecnologia. Em segundo lugar, ao se apresentar como alternativa institucional ao destino dessa classe de excluídos, implicando a psiquiatrização dos procedimentos de controle do uso de drogas em nossa sociedade (BITTENCOURT *apud* MACHADO, 2007, p. 804)

Ainda de acordo com a autora acima citada, em 1976, com a aprovação e promulgação da Lei nº 6.368, reafirmou-se a tendência de abordar o uso e a dependência de substâncias psicoativas no campo médico-psiquiátrico, já verificada na Lei de 1971. Nesse contexto, ressaltam-se quatro (04) pontos que ratificam a tendência à medicalização/psicologização dos usuários de substâncias psicoativas: 1) substituição do termo 'viciado' por dependente; 2) sugestão de criação de estabelecimentos especializados para tratamento dos dependentes de substâncias psicoativas na rede pública de saúde; 3) oferecimento de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar; assim como a 4) proposição do tratamento, e não mais da internação, como medida compulsória (MACHADO *et al.*, 2007, p. 805).

Vale destacar que o termo viciado foi substituído pelo termo dependente por recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em meados de 1964,

por acredita que o termo viciado trazia em seu bojo uma conotação moral bem maior que o termo dependente.

Desse modo, a Lei nº 6.368 substituiu as determinações do Código Penal Brasileiro de 1924, e do Decreto 4.294 de 1921, que propunham pena de prisão em estabelecimento correccional, para aqueles que vendessem ópio, seus derivados ou cocaína ou para aqueles cuja embriaguez acarretasse atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública. A partir de então, os usuários de substâncias psicoativas passaram também a serem encaminhados para instituições de tratamento.

A proposta da Lei nº 6.368/76 foi realizada ao se verificar o aumento no consumo de substâncias ilícitas no país, principalmente a maconha, que segundo Machado *et al* (2007), antes era restrito a setores marginalizados das grandes cidades como as prostitutas, assaltantes, detentos e malandros, porém, não tardou a ser usada também pela classe média, ou seja, artistas, intelectuais e universitários.

A maconha foi trazida da África para o Brasil pelos escravos à época da colonização, e era utilizada basicamente por pessoas marginalizadas, ou seja, estava “diretamente associada às classes baixas, aos negros e mulatos e à bandidagem, associação que marca a simbologia do consumo dessa planta até os dias de hoje” (FIORE, 2005, p. 263).

No Brasil aparecem [...] estudos médicos que não só reforçavam a ideia de que o consumo da maconha é um "vício legado pelo negro", como também estabeleceram toda a série de crenças e esquemas tradicionais de interpretação relativa aos efeitos catastróficos à saúde humana provocados pelo uso da erva. Nesses estudos, a maconha era apontada como causadora de agressividade, violência, delírios furiosos, loucura, taras degenerativas, degradação física, idiotia, sensualidade desenfreada. [...] Com base nisso esses estudos apresentavam o usuário da maconha simultaneamente como "marginal " e "doente" (MACRAE *et al.*, 2004, p. 21).

Nesse cenário de expansão do uso de substâncias psicoativas ilícitas, principalmente a maconha, surge, a partir da década de 1980, como resultado das orientações legislativas previstas na Lei nº 6.368, os primeiros centros de tratamento no Brasil.

Tais centros estavam ligados direto ou indiretamente ao poder público e eram destinados apenas para os usuários de substâncias ilícitas, ou seja, a princípio, não atendiam usuários de álcool. Para Machado *et al.* (2007), esse fato reafirma a tendência observada no Brasil de estabelecer ações governamentais apenas com vista aos compromissos assumidos no plano internacional para

controlar e reprimir o uso de substâncias ilícitas, e não ações orientadas pelas necessidades de atenção surgidas com o consumo de substâncias psicoativas.

Paralelo à criação dos centros de tratamento para os usuários de substâncias psicoativas ilícitas, também houve a instituição do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). O referido conselho era composto por representantes de diversos campos dentre os quais: ministérios da Justiça, Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Fazenda e Relações Exteriores; por um representante do Departamento da Polícia Federal; um da Vigilância Sanitária; um jurista escolhido e designado pelo Ministério da Justiça; e um médico psiquiatra, escolhido pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministério da Justiça (MACHADO *et al.*, 2007).

O CONFEN foi criado e regulamentado em meados dos anos 1980, durante o período da ditadura militar. Sua atuação e suas principais funções foram definidas no decreto nº 85.110, de 02 de setembro. A ele cabia, de acordo com o artigo 4º,

Propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica (BRASIL, 1992, p. 19).

Percebe-se que o objetivo do CONFEN era sistematizar e aperfeiçoar o combate à produção, ao consumo e ao tráfico de entorpecentes, conforme orientação da política internacional direcionada pelos Estados Unidos da América. Ressalta-se que a princípio o CONFEN abordava apenas questões relativas às drogas ilícitas, mas ainda no final da década de 1980, passou a abordar também questões relacionadas às drogas lícitas.

Em vários momentos de sua história, o Confen dedicou-se principalmente ao campo das ações de repressão ao uso e ao de tráfico de drogas. Em outros, sobretudo a partir do fim da década de 1980, com a redemocratização do país, ultrapassou os limites desse campo, favorecendo o surgimento de práticas de prevenção, de tratamento e de pesquisa, não orientadas exclusivamente pela perspectiva repressiva (MACHADO *et al.*, 2007, p. 806).

A redemocratização do país ampliou o campo de atuação do CONFEN, passando o órgão a ser responsável por apoiar as práticas de prevenção, tratamento e pesquisa, e por propor uma política nacional sobre as substâncias psicoativas. No entanto, de acordo com Machado *et al.* (2007, p. 807), “alguns conselheiros

apresentavam restrições quanto ao desenvolvimento de ações preventivas e de tratamento, que não enfatizavam a repressão”.

As ações que marcaram a ampliação do campo de atuação do CONFEN se deram com a elaboração de dois (02) documentos, um produzido em 1988 e outro em 1996.

O documento de 1988, denominado Política Nacional na Questão das Drogas, tinha como proposta o favorecimento da criação e da consolidação de centros de referência em prevenção e tratamento para os usuários de substâncias psicoativas tanto lícitas como ilícitas. Esses seriam locais especializados para tratamento, além de formação de recursos humanos qualificados para atendimento ao referido público, assim como espaços destinados a pesquisas (MACHADO *et al.*, 2007, p. 807).

Os centros de referência são de importância fundamental, por desenvolverem um trabalho especializado para usuários de drogas, qualificar os profissionais e desenvolver pesquisas, no entanto, sua abrangência é limitada a determinados centros urbanos. Devido à dimensão que ganhou o problema da dependência de drogas em todo o país, a maioria da população que dependia de assistência não teve acesso a estes serviços (CAVALCANTE, 2008, p. 56).

De acordo com Machado *et al.* (2007), esses centros de referência trouxeram algumas contribuições para além da produção técnico-científica relacionada à temática das substâncias psicoativas, sendo a mais importante a discussão em torno da realização de práticas não moralistas nem repressivas. Ainda para a autora acima mencionada, “muitos atores e práticas de atenção que influenciaram a política de saúde para usuários de álcool e outras drogas tiveram suas origens nesses centros” (p. 808).

Já o documento de 1996, denominado Programa de Ação Nacional Antidrogas, propôs o desenvolvimento de ações harmônicas de prevenção, repressão e tratamento, assim como manifestou preocupação com o crescimento do consumo e com a disseminação do vírus HIV entre os usuários de substâncias injetáveis.

Este mesmo documento elaborou o estabelecimento de critérios e normas para o funcionamento das instituições de tratamento, assim como propôs a substituição do modelo assistencial de saúde mental por serviços específicos de atenção exclusiva aos usuários de substâncias psicoativas, incentivando, através do apoio técnico e financeiro, a criação de entidades filantrópicas, assim como a

promoção e capacitação dos recursos humanos. A responsabilidade pela coordenação e pelo acompanhamento dessas ações foi atribuída ao Ministério da Justiça, à Secretaria de Planejamento das Ações de Segurança Pública e ao Departamento de Entorpecentes (MACHADO *et al.*, 2007).

Observa-se que o primeiro documento datado de 1988, era menos restritivo, normativo e moralista e se direcionava, ainda de forma pontual, para o campo da saúde. O de 1996, apesar de conter ações sanitárias, não apresentava nenhuma proposta de articulação como o Sistema Único de Saúde, com a Política de Saúde Mental e os programas de redução de danos já existentes no País. Para Machado *et al.* (2007, p. 807), “as ações sanitárias foram propostas no âmbito da Justiça, mantendo uma tendência, observada desde o início do século XX, de indefinição e sobreposição de atribuições e de responsabilidades”.

Nesse mesmo período, surgem as chamadas comunidades terapêuticas, serviços filantrópicos de orientação religiosa destinada à recuperação dos usuários de substâncias psicoativas. Machado *et al.* (2007) aponta que as comunidades terapêuticas tiveram expansão na década de 1990, justamente por ausência de uma política pública assistencial efetiva.

Para Cavalcante (2008), estas instituições têm como característica trabalhos voluntários e emergenciais, assim como carência teórica e técnica para lidar com um tema tão complexo, como a questão das substâncias psicoativas, apresentando, desse modo, diversas fragilidades.

No entanto, com o intuito de amenizar tais fragilidades, o CONFEN, de acordo com Cavalcante (2008) e Machado *et al.* (2007), reconheceu a importância de tais instituições no tocante à assistência prestada aos usuários de substâncias psicoativas. Desse modo, favoreceu a aproximação das comunidades terapêuticas com o meio acadêmico e com o poder público, assim como estabeleceu normas mínimas de funcionamento, evitando assim, conforme Machado *et al.* (2007, p. 811), a “disseminação desorganizada de organizações que se denominavam comunidades terapêuticas e que eram depósitos que exploravam os dependentes e suas famílias”.

Na visão da autora, o apoio do CONFEN se traduziu em melhorias assistenciais para os usuários de substâncias psicoativas, embora insuficientes, por suas limitações técnicas, já mencionadas anteriormente, e por sua desvinculação com o sistema de saúde. O apoio também permitiu que essas comunidades, criadas

com base em iniciativas pessoais ou de grupos religiosos, começassem a se organizar e a reivindicar financiamento público, utilizando-se do argumento que eram necessárias intervenções constantes para amenizar os vários fatores que contribuíam para a complexidade que envolvia o uso de substâncias psicoativas.

Tais complexidades advinham da carência de atendimento e de programas preventivos, da ausência de estudos que captassem a verdadeira dimensão do número de usuários, assim como o completo desconhecimento da população sobre os tipos de substâncias e a maneira adequada de evitar prejuízos sociais e a saúde, o que favoreceu o aumento de usuários de cocaína, assim como as suas formas diversificadas de consumo, dentre elas, a injetável, intensificando, desse modo, os seus efeitos. As consequências foram o aumento considerável de casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

Em 1994, como proposta de amenização dos danos a saúde e a prevenção da AIDS, houve o fortalecimento de ações preventivas de redução de danos, através da troca de seringas, assim como o fornecimento de insumos para o uso de substâncias psicoativas de forma segura. A proposta de redução de danos já vinha enfrentando resistências por parte de diversos setores, tais como: Polícia Federal, Ministério Público e Igreja Católica. Vale destacar que o CONFEN assumiu publicamente sua posição favorável ao desenvolvimento de tais projetos.

Conforme Machado *et al.* (2007), o posicionamento favorável do CONFEN foi fundamental para a resolução do impasse que se estabelecera com a Lei nº 6.368 de 1976 para as ações de redução de danos. Tais ações foram enquadradas por alguns como “auxílio ou incentivo ao uso de substâncias ilícitas”, sendo que a Lei considerava crime.

Para Machado *et al.* (2013), dois fatores foram essenciais para o posicionamento favorável do CONFEN com relação a estratégia de redução de danos: a epidemia da AIDS, que exigia respostas rápidas e eficazes, possibilitadas pela redução de danos, e o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, cuja determinação é:

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 (BRASIL, 1988).

O reconhecimento do CONFEN em torno da importância da estratégia

redução de danos, abriu um novo debate em torno do uso de substâncias psicoativas, ressaltando a importância de uma nova postura, assim como admitindo que experiências internacionais em relação à redução de danos, sobretudo na Europa, eram importantes para o Brasil. Este, sem dúvida, foi um grande passo para uma mudança paradigmática que, posteriormente, veio estabelecer o modelo de redução de danos como base das políticas nacionais sobre substâncias psicoativas, pois,

além de fornecerem subsídios técnicos e teóricos [...] deram maior visibilidade à realidade da atenção ao usuário de drogas no setor público de saúde, evidenciando a dificuldade de acesso e de acolhimento, a precariedade dos serviços de apoio e tratamento à dependência, a falta de referencial para os usuários, bem como a desconfiança e o preconceito dos profissionais da área (MACHADO *et al.*, 2007, p. 810).

As estratégias de redução de danos no Brasil se deram, inicialmente, através de campanhas de troca de seringas, programas educacionais e tratamento universal para todos os brasileiros. A primeira experiência data de 1989, na cidade de Santos, no Estado de São Paulo, onde se concentrava, de acordo com Machado *et al.* (2013), “grande parte dos casos de AIDS decorrentes do uso de drogas injetáveis (p. 585). No entanto, tal experiência resultou em processos da Promotoria Pública, o que contribuiu para a não continuidade do programa na referida cidade.

Para Fiore (2005), alguns fatores contribuíram para a distorção dos objetivos da estratégia de redução de danos, dentre eles “a maneira como a mídia abordou [...] terminou por tornar popular a sua relação com a troca de seringas, ou melhor, com a distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis” (p. 272). Desse modo, a redução de danos foi relacionada quase que exclusivamente a esta política de troca de seringas, deixando de lado todas as outras ações desenvolvidas.

Ainda de acordo com o autor,

[...] a redução de danos oferece uma ampla variedade de políticas e de procedimentos que visam reduzir as consequências prejudiciais do comportamento aditivo. A redução de danos aceita o fato concreto de que muitas pessoas usam drogas e apresentam outros comportamentos de alto risco, e que visões idealistas de uma sociedade livre de drogas não tem quase nenhuma chance de se tornarem realidade (FIORE, 2005, p. 276).

Tal perspectiva da estratégia de redução de danos, segundo Machado *et al.* (2013)

pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de

drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga (MACHADO *et al.*, 2013, p. 585).

Como a história indica, a estratégia de redução de danos surgiu como uma medida de prevenção em resposta à epidemia do contágio por HIV, às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e às hepatites. No entanto, a configuração atual da referida política já não corresponde fidedignamente àquela de décadas passada. Para Machado *et al.* (2013), a introdução do conceito de vulnerabilidade favoreceu a compreensão da estratégia de redução de danos, ampliando-a da prevenção exclusiva da AIDS, por meio dos programas de trocas de seringas, para a concepção de redução de danos sociais e à saúde, o que levou a abrangência do público alvo, ou seja, a estratégia de redução de danos deixou de ter foco exclusivo no usuário de substâncias injetáveis.

No campo das substâncias psicoativas não foi só a estratégia redução de danos que enfrentou reformulações e polêmicas. O próprio CONFEN, no decorrer de sua existência, foi alvo de críticas, o que culminou na sua extinção, assim como da Secretaria Nacional de Entorpecentes em 1998, através da medida provisória nº 1.669 e do Decreto nº 2.632/98, editada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC).

Vale lembrar que tal medida adveio das discussões e decisões realizadas na Sessão Especial da XX Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), dedicada ao enfrentamento do problema mundial das substâncias psicoativas, realizada também em 1998. Nesta sessão houve a criação da UNDOC, Agência das Nações Unidas, com o objetivo de apoiar os países na implementação das convenções da ONU sobre as substâncias psicoativas e conseqüentemente, na determinação de que todos os países membros elaborassem sua política nacional em torno do enfrentamento às substâncias psicoativas.

No caso brasileiro, os primeiros passos para a construção da Política Nacional em torno das substâncias psicoativas se deram, inicialmente, ainda em 1998, com a criação do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), em substituição ao COFEN e à Secretaria Nacional de Entorpecentes. Os dois novos órgãos estavam diretamente vinculados à então Casa Militar da Presidência da República.

Para Garcia *et al.* (2008), a criação da SENAD expressou “uma estratégia política do governo brasileiro em mostrar à comunidade internacional uma postura de combate às drogas como prioridade de governo” (p. 269).

Com a missão de coordenar a Política Nacional Antidrogas (PNAD), por meio da articulação e integração entre governo e sociedade e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD, nesse contexto, mobilizar os diversos atores envolvidos com a temática para a construção da política de substâncias psicoativas brasileira. Como sugestão, houve a realização do I Fórum Nacional Antidrogas e o II Fórum Nacional Antidrogas em 2001. Tais eventos contaram com a participação dos setores organizados na elaboração das propostas da referida política.

De acordo com Cavalcante (2008), o I Fórum Nacional Antidrogas contou com a participação de quase duas mil (2000) pessoas, sendo a maioria ligada à polícia ou às comunidades terapêuticas, e uma minoria vinculada a projetos de redução de danos, o que levou, de acordo com o relatório final no reconhecimento das comunidades terapêuticas não governamentais como órgãos habilitados, a prestar assistência aos usuários de substâncias psicoativas, assim como o posicionamento contrário dos representantes de tais comunidades terapêuticas à política de redução de danos e à liberação de substâncias ilícitas.

Conforme Machado *et al.* (2007), nesse documento, no capítulo sobre tratamento, recuperação e reinserção social, não houve nenhuma proposição de articulação entre a área especificamente ligada ao problema das substâncias psicoativas e o setor público de saúde. Tal fato se deu, principalmente, pelo fato do quantitativo inferior de participantes da política de saúde.

No entanto, os representantes do campo da saúde pública defenderam à necessidade da criação de estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais públicos destinados ao tratamento dos usuários de substâncias psicoativas. Neste sentido, a SENAD propôs a criação de uma rubrica específica com recursos do SUS, a ser utilizada exclusivamente na prevenção, na implantação e implementação de programas de tratamento na rede pública, porém, as verbas destinadas a tais programas seriam administrada pela própria SENAD (BRASIL, 1998).

Com relação ao reconhecimento das comunidades terapêuticas enquanto espaço de tratamento, também foram traçadas/elaboradas normas, dentre elas: a necessidade de programas terapêuticos com fases distintas, estabelecimento de

critérios de alta e reinserção social como objetivo final. Para isso, as comunidades deveriam participar de programas de capacitação e treinamento de seu pessoal, em cursos credenciados pela SENAD, assim como obedecer ao Código de Ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), aprovado pela Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas.

O processo de normatização destes espaços de tratamento, embora necessário para o estabelecimento de condições mais dignas para as pessoas que lá se tratam, favoreceu a organização de demanda das comunidades terapêuticas por financiamento público, reforçando uma tendência histórica de manutenção desta atenção fora do âmbito do setor público de saúde (MACHADO *et al.*, 2007, p. 11).

Em 2001, na realização do II Fórum, foi apresentada a sociedade brasileira o projeto político da PNAD, porém, a mesma só foi instituída em 2002, através do Decreto nº 4.345/02. Como o próprio nome revela, esta política seguiu os preceitos norte-americanos, priorizando, basicamente, as atividades de repressão e proibição das substâncias psicoativas, deixando as ações de cunho preventivo e de acompanhamento em segundo plano, assim como a articulação com a política de saúde. Como exemplo de desarticulação entre tais políticas, Machado *et al.* (2007) apontam que a realização do II Fórum ocorreu paralelamente à Conferência de Saúde Mental.

Como se percebe, a SENAD, no campo da assistência à saúde, interveio de forma pontual através de ações de melhoria da qualidade do trabalho realizado pelas comunidades terapêuticas e o incentivo à realização de pesquisas pelos centros de referência, deixando o campo da saúde pública descoberto de ações.

Nesta época foi realizado o I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Substâncias Psicotrópicas no Brasil, um estudo mais abrangente tanto em termos de população como de cobertura, que possibilitou a ampliação do conhecimento em torno do uso de substâncias psicoativas no âmbito nacional. De acordo com a pesquisa, dentre as substâncias psicoativas mais utilizadas pelos brasileiros, encontrava-se em primeiro lugar o álcool com 68,7%, em segundo lugar o tabaco, com 41,1%, e em terceiro lugar a maconha com 6,9% (CARLINI *et al.*, 2002).

Nota-se, pela pesquisa, que o consumo maior de substâncias psicoativas pela população brasileira se dava com as substâncias consideradas lícitas, ou seja, as liberadas pelo Estado, sinalizando não razão para a permanência de políticas de cunho repressivo. Para Karam (2005),

[...] não são as drogas em si que geram criminalidade e violência, mas é o próprio fato da ilegalidade que produz e insere no mercado empresas criminosas, mais ou menos organizadas, simultaneamente trazendo, além da corrupção, a violência como outro dos subprodutos necessários das atividades econômicas assim desenvolvidas, com isso provocando consequências muito mais graves do que eventuais malefícios causados pela natureza daquelas mercadorias tornadas ilegais (KARAM, 2005, p. 163).

A partir de 2003, com perspectiva de mudança, com a entrada do presidente Luiz Inácio “Lula” da Silva, iniciou-se um processo delineativo para consolidação de uma proposta mais abrangente e menos centrada na repressão.

Para Zaluar (1993), “[...] a atual tendência nas democracias ocidentais é adotar medidas não repressivas, de inspiração liberal, cujo espírito poderia ser sintetizado na ideia de que as políticas proibitivas nas últimas três décadas foi um completo fracasso” (p. 251).

Nesse contexto de mudanças de paradigmas com relação às substâncias psicoativas, a SENAD ficou responsável em promover uma série de fóruns para a construção do realinhamento da política de substâncias psicoativas. O ponto de partida foi a efetivação de articulação entre diversos órgãos.

O primeiro passo efetuado pela SENAD para o processo de realinhamento da política foi a realização de um Seminário Internacional, denominado Políticas Públicas sobre Drogas, onde se pôde conhecer as experiências, avanços e desafios, no campo das substâncias psicoativas, vivenciados por sete (07) países: Holanda, Canadá, Portugal, Itália, Inglaterra, Suécia e Suíça. De acordo com Delgado (2005), estes países trouxeram novas visões e formas de lidar com o fenômeno das substâncias psicoativas, o que contribuiu para diversificar o teor da política brasileira, superando a marcante influência norte-americana. Aconteceram também seis (06) fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre substâncias psicoativas.

Como resultado do realinhamento da política houve, inicialmente, a mudança de nomenclatura, com o abandono do prefixo “anti”, passando esta a ser “sobre drogas”. De acordo com Ronzani *et al.* (2015), o ideal da “sociedade livre de drogas” dá lugar a uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (p. 76).

A Política Nacional sobre Drogas foi aprovada pelo CONAD em maio de 2005, no entanto, só entrou em vigor em outubro do decorrente ano, por meio da

Resolução nº3/ GSIPR/CH/CONAD.

Tal política se orienta para a redução da oferta da demanda e de danos através da intersetorialidade, ou seja, fundamenta-se no princípio da responsabilidade compartilhada, remetendo à coordenação de esforços entre os diversos segmentos do governo e da sociedade, em todos os níveis, buscando, assim, efetividade e sinergia no resultado das ações.

Percebe-se que a Política Nacional sobre Drogas, homologada em 2005, é resultado de um processo que contém como pressuposto o tratamento de forma igualitária e sem discriminação às pessoas usuárias de substâncias lícitas e ilícitas. Contempla, como já citado anteriormente, capítulos específicos sobre prevenção, tratamento, recuperação reinserção social, redução dos danos sociais e saúde, redução da oferta, estudos, pesquisas e avaliações.

A nova política orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no sentido de ampliar a consciência para a importância integração setorial e da descentralização das ações sobre drogas no país (BRASIL, 2005, p. 9).

Com o objetivo de reforçar a responsabilidade de toda a administração federal, buscou-se uma interação e participação dos vários setores governamentais na questão. Além dessa integração, definiu-se a descentralização das ações, atribuindo ao SUS o compromisso pela prestação de assistência aos usuários de substâncias psicoativas, através da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD). Dessa maneira, se “assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública” (BRASIL, 2004, p. 9).

A PAIUAD, conforme Alves (2009) e Costa *et al.* (2015), é embasada pelos pressupostos e diretrizes do SUS, assim como pela política de saúde mental originada do processo de Reforma Psiquiátrica.

3.2 POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COMO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Com o objetivo de reduzir uma lacuna histórica de ausência estatal e de políticas públicas direcionadas para a prevenção e assistência aos usuários de substâncias psicoativas, foi que se iniciou a construção de políticas nacionais

específicas para este segmento. Assim, hoje, existem a PNAD da SENAD (Ministério da Justiça) a PAIUAD (Ministério da Saúde) e Programas do Governo Federal, como o Programa “Crack, é possível vencer”.

Desse modo, percebe-se que tais políticas são reflexos de um encadeamento organizacional do Estado, do qual envolve profissionais de diversos segmentos e órgãos de várias esferas governamentais. No entanto, percebe-se também que a racionalidade entre essas políticas e o programa não são de caráter universal, ou seja, ambos possuem algumas particularidades, inclusive, de acordo com Costa (2015), “racionalidade que atribuem ao fenômeno, como: redução de danos ou abstinência, guerra as drogas ou viés de saúde pública” (p. 59).

No viés da saúde pública, tem-se, a partir de 2003, a constituição da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Política esta que é conquista do processo de Reforma Psiquiátrica na medida em que rompe com elementos típicos do modelo repressivo/manicomial até então existentes.

Para Machado *et al.* (2007),

trata-se de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil (MACHADO *et al.*, 2007, p. 818).

Nesse contexto, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas possibilita o desenvolvimento de uma política menos centrada no controle e na repressão e comprometida a enfrentar os diferentes problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas, buscando promover a melhoria das condições sanitárias dos usuários de substâncias psicoativas.

Desse modo, o Estado afirma a responsabilidade do SUS em garantir atenção especializada aos usuários de substâncias psicoativas através de uma rede de atenção na perspectiva do cuidado, a partir do horizonte da Reforma Psiquiátrica.

Tal fato fez com que a política direcionada aos usuários de substâncias psicoativas deslocasse do âmbito médico-psiquiátrico e criminal (típicos do paradigma manicomial) para a saúde pública, em conformidade com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado e com a Lei nº 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica) (BRASIL, 2003).

Para Delgado (2005), “o grande desafio é de fato transpor o deserto de

iniciativas e construir a política pública consistente, sustentável e efetiva, que possa articular os esforços intersetoriais, no marco da saúde pública, da democracia e da promoção dos direitos humanos” (p. 166).

Neste sentido, é possível afirmar que a constituição da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas representa um novo marco teórico-político de atuação do Estado no campo das substâncias psicoativas, na medida em que possibilita a desconstrução da tradição política organizada em torno da repressão. A referida política também eleva o usuário de substâncias psicoativas ao patamar de cidadão, de sujeito de direito. Tal fato é relevante, pois até então, todas as legislações em torno da temática possibilitavam e determinavam a segregação dos usuários de substâncias psicoativas do convívio social.

No entanto, alguns elementos são necessários para a efetividade da política de saúde destinada aos usuários de substâncias psicoativas, tais como:

a compreensão das estratégias de redução de danos como alternativas eficazes no tratamento e na prevenção; a avaliação baseada em dados epidemiológicos [...]; a necessidade de incluir os usuários/dependentes de álcool e drogas em uma rede ampliada de cuidados; a consciência da urgência de adaptar a legislação vigente sobre álcool e outras drogas aos objetivos da saúde pública e não aos da punição. (DELGADO, 2005, p. 167).

Na perspectiva do realinhamento dos objetivos, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas visa o estabelecimento e fortalecimento do trabalho em rede, com o objetivo de proporcionar atenção integral, acesso facilitado aos serviços e participação do usuário no tratamento. Desse modo, busca fortalecer a Reforma Psiquiátrica ao elencar os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) como articulador dos serviços e como referência para o tratamento e acompanhamento.

Os CAPS AD possuem a tarefa de articulação dos serviços e do fluxo de cuidado, além da realização do matriciamento para os demais serviços não especializados. Assim, os CAPS AD são responsáveis pela oferta assistencial às ações do SUS, dando suporte técnico para qualificar suas ações e ampliar o seu campo de ação, ou seja, a prevenção e o cuidado com relação ao uso de substâncias psicoativas devem ocorrer a partir da articulação entre os CAPS AD e outros dispositivos governamentais e com os diferentes segmentos da sociedade.

A PAIUAD também traz como elemento importante para a efetividade da política destinada aos usuários de substâncias psicoativas, na lógica da Reforma

Psiquiátrica, a estratégia de Redução de Danos. Esta pensada como medida de intervenção preventiva, assistencial e de promoção da saúde e dos direitos humanos. Buscando, assim, diminuir o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Reforça-se que a PAIUAD é amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, no qual propõe a adoção de políticas “que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Nesse contexto, a Redução de Danos, é um dos elementos utilizados pela PAIUAD que contempla o referido artigo da Constituição Federal.

Destaca-se que a estratégia de Redução de Danos inova ao focar a atenção sobre o usuário, diferenciando-se de uma metodologia fundamentalmente repressiva, pautada exclusivamente na atenção à substância, sem levar em consideração o sujeito. Assim, a estratégia de Redução de Danos

[...] reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. [...] a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, [...] o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003, p. 10).

As estratégias de Redução de Danos devem permear toda a rede de cuidado direcionada aos usuários de substâncias psicoativas, e aqui vale ressaltar que essa rede de cuidado vai além do CAPS AD.

No campo da saúde a rede de cuidado para usuários de substâncias psicoativas é denominada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No entanto, para entender a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, deve-se compreendê-la embbebida pela Rede de Atenção a Saúde (RAS).

As redes de atenção à saúde (RAS) aparecem como uma tentativa de resposta adequada à atual condição de saúde da população, onde predominam as condições crônicas (de trajetória mais prolongadas e que exigem respostas contínuas e integradas), articulando integralmente as condições de saúde da população com a forma de organização e trabalho dos sistemas de saúde (COSTA *et al.*, 2015, p. 46).

A RAPS pode ser entendida como a articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas no SUS. A referida rede é constituída por sete (07) níveis de atenção, cujos elementos devem atuar de forma articulada nos mais diversos territórios (BRASIL, 2011).

No nível da Atenção Básica em Saúde, a RAPS é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes da Estratégia Saúde da Família, desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção e cuidado de pessoas com transtornos e usuários de substâncias psicoativas. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são responsáveis pelo apoio matricial e cuidado compartilhado com as UBS e equipes de ESF. Além disso, as equipes de Consultório na Rua ofertam ações e cuidados de saúde, de modo itinerante, para a população em situação de rua e os Centros de Convivência e Cultura oferecem espaços de socialização, produção e intervenções artístico-culturais e de lazer para a população em geral (BRASIL, 2011).

Na Atenção Psicossocial Estratégica, são postulados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que assistem pessoas com transtornos mentais de forma territorializada, a partir de projetos terapêuticos individuais e em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. Os CAPS podem ser do tipo I, para municípios ou regiões com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funcionando de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h; do tipo II, em municípios ou regiões entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h, mas podendo funcionar em um terceiro período até 21h; e do tipo III, para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, todos os dias, incluindo fins de semana e feriados. Além destes, existem os CAPS específicos para o cuidado às pessoas com necessidades em decorrência do uso de substâncias psicoativas (CAPS AD) e os destinados a atender crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou que fazem uso de substâncias psicoativas (CAPS i). Os CAPS AD podem ser do tipo II (para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes) e do tipo III (em municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes), funcionando todos os dias 24 horas. Já os CAPSi são indicados para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h (BRASIL,

2011).

Destaca-se que nos municípios sem CAPS AD, os CAPS para transtornos mentais gerais são responsáveis pela assistência às pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é constituída pelas Unidades de Acolhimento (UA), que oferecem cuidados contínuos para usuários de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade social que necessitem de um acompanhamento terapêutico ou protetivo transitório. Existem as UAs específicas para o acolhimento de adultos usuários de substâncias psicoativas e destinadas a adolescentes e jovens de 12 a 18 anos. Os serviços de atenção em regime residencial, como as comunidades terapêuticas, prestam cuidados de caráter residencial transitório por até nove meses para usuários de substâncias psicoativas com necessidades clínicas estáveis (BRASIL, 2011).

A Atenção Hospitalar é constituída por serviços hospitalares através de leitos ou enfermarias especializadas em hospitais gerais. Estes serviços oferecem tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas, em especial de abstinências e intoxicações severas que necessitem de desintoxicação e em casos de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica. O trabalho é realizado por meio de internações, em regime de curtíssima ou curta permanência (BRASIL, 2011).

Com relação à atenção de urgência e emergência, existem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e as UBS quando possível. Estes serviços são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

As Estratégias de Desinstitucionalização baseiam-se nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e no Programa de Volta para Casa, visando garantir aos usuários de substâncias psicoativas e pessoas em sofrimento ou com transtorno mental de longa permanência o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, promovendo autonomia e o exercício de cidadania através da inclusão social (BRASIL, 2011).

Por fim, existem as Estratégias de Reabilitação Psicossocial compostas por iniciativas intersetoriais de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Estas ações devem articular a RAPS com os

recursos comunitários para garantir a melhoria das condições de vida e a inclusão social dos usuários da rede (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que a apresentação dos níveis de atenção de forma separada é meramente didática. Estes níveis e seus respectivos dispositivos devem ser compreendidos como articulações permanentes, visando à construção contínua de vínculos para o cuidado.

3.3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD): CARACTERÍSTICAS GERAIS

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) é um serviço para atendimento diário de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. São articuladores estratégicos da rede e da Política de Saúde Mental direcionada aos usuários de substâncias psicoativas em um determinado território.

De acordo com Delgado *et al.* (2007), devem ser “núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (p. 59).

Ao analisar as falas das assistentes sociais entrevistadas, apenas uma delas trazia em seu conteúdo referências à proposta de atuação no CAPS em conformidade com a Política de Saúde Mental, direcionada aos usuários de substâncias psicoativas:

“Os CAPS AD, que fazem parte da RAPS, são uma das boas resultantes que a Reforma Psiquiátrica veio a trazer pra área de saúde mental no país; é importante que os pacientes sejam tratados de uma forma mais humanizada, e numa perspectiva não manicomial. Os CAPS Álcool e outras drogas surgiram da necessidade de se ter espaços específicos para o tratamento da dependência química.” (AS 6)

O CAPS AD tem como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a (re)inserção social desses usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, conforme preconiza o Movimento de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

De acordo com a Política de Atenção Integral aos Usuários de

Substâncias Psicoativas (2003), os CAPS AD são capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitando ainda intervenções precoces e limitando o estigma associado ao tratamento. Ressalta-se que todo o acompanhamento deve ser dentro da lógica da Redução de Danos.

Ainda de acordo com a referida política, os CAPS AD devem oferecer atenção ambulatorial diária aos usuários de substâncias psicoativas, desenvolvendo uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso dos usuários, bem como para a desintoxicação para os usuários que necessitam deste tipo de cuidados e que não demandam por atenção clínica hospitalar.

Desse modo, os CAPS AD devem se utilizar dos recursos terapêuticos disponíveis para promover o mais amplamente possível a reabilitação psicossocial e a (re)inserção social de seus usuários na comunidade.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas começaram a surgir nas cidades brasileiras nos anos 2000 e passaram a receber uma linha específica de financiamento a partir de 2002. Atualmente, existem 379 CAPS AD em todo o território nacional. Destes, 24 estão no Estado do Ceará, sendo seis (06) na capital (BRASIL, 2015).

O primeiro CAPS AD inaugurado no Estado do Ceará foi no município de Sobral em 2002 (QUINDERÉ, 2008). Fortaleza, devido à prevalência do modelo hospitalocêntrico ao modelo comunitário, só iniciou a implantação de CAPS AD a partir de 2006.

Os Centros de Atenção Psicossocial em suas modalidades foram criados pela Portaria nº 224/92 e regulamentados pela Portaria nº 336/2002, passando a integrar a rede do Sistema Único de Saúde.

Essa Portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que tem a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12).

Existem dois (02) tipos de CAPS AD: II e III. Dentre as especificidades entre ambos, a mais evidente é o horário de funcionamento, passando este último a funcionar 24 horas. No entanto, destaca-se que o CAPS AD III não é um serviço de porta aberta contínuo, ou seja, ele não acolhe demanda de usuários de substâncias psicoativas 24 horas. Os AD III ofertam conjuntamente ao atendimento diário, acompanhamento clínico sistemático em leitos de desintoxicação. Para estes usuários, que estão internados, o atendimento se torna 24 horas.

No Brasil, existem 72 CAPS AD III, três (03) se encontram no Ceará, sendo dois (02) na capital (BRASIL, 2015).

3.3.1 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Fortaleza: da estruturação às ações cotidianas na concepção das assistentes sociais

Este tópico foi dividido em três momentos. Inicialmente, apresenta-se a estruturação dos CAPS AD de Fortaleza através dos tipos de CAPS AD, horário de funcionamento, quantitativo de prontuários/atendimentos e de recursos humanos. Posteriormente, é apresentado o perfil dos profissionais de Serviço Social que estão em exercício nos CAPS AD de Fortaleza, e por último são apresentadas as ações cotidianas dos serviços, através da concepção das assistentes sociais.

3.3.1.1 Estruturação dos CAPS AD de Fortaleza

Fortaleza tem em sua rede de atenção psicossocial para usuários de substâncias psicoativas seis (06) CAPS AD: quatro (04) CAPS AD tipo II e dois (02) CAPS AD tipo III. Este último oferta 18¹¹ leitos para acolhimento noturno, distribuídos da seguinte forma:

11

Dados colhidos na pesquisa de campo

Tabela 05 – Distribuição dos leitos de desintoxicação dos CAPS AD II

CAPS AD III – SR I	CAPS AD III – SR II
05 vagas masculinas 03 vagas femininas	10 vagas masculinas

Fonte: Prefeitura de Fortaleza, 2015.

Concernente ao horário de funcionamento, a Portaria nº 336/2002 estabelece que os CAPS AD devem funcionar das 8 às 18 horas, durante os cinco (05) dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002).

Tabela 06 – Horário de funcionamento dos CAPS AD de Fortaleza

CAPS por tipo e SR	CAPS AD tipo III SR I	CAPS AD tipo III SR II	CAPS AD tipo II SR III	CAPS AD tipo II SR IV	CAPS AD tipo II SR V	CAPS AD tipo II SR VI
Horário de funcionamento	24h*	24h*	8h às 17h	8h às 17h	8h às 17h	8h às 17h

*O acolhimento acontece de 8 às 17 horas para novos usuários que procuram o serviço. O que funciona 24 horas é o atendimento clínico dos usuários que já estão internos.

Fonte: Prefeitura de Fortaleza, 2015.

Desse modo, constatou-se que os seis (06) CAPS AD não estão cumprindo de forma satisfatória com o que é estabelecido pelas Portarias acima mencionadas, pois os mesmos deveriam funcionar das 8 às 18 horas durante os cinco (05) dias úteis da semana, podendo haver um terceiro turno, ofertando atendimento até às 21 horas (BRASIL, 2004).

O não cumprimento da legislação acima mencionada impossibilita uma maior e melhor cobertura de atendimento aos familiares e usuários de substâncias psicoativas, tendo em vista que a extensão do horário de funcionamento oportunizaria o acesso aos que não podem utilizar o serviço no horário comercial, por conta do trabalho ou outras atividades diárias. Além disso, não se pode deixar de considerar a particularidade dos usuários de substâncias psicoativas, que fazem uso potencialmente em horário noturno, sendo comum a troca de turnos para repouso, havendo um prejuízo do exercício de suas atividades vitais durante o horário comercial. Destaca-se, ainda, outra fragilidade no que tange à não extensão das ações no próprio serviço, bem como na comunidade, através da oferta de atendimentos individuais, grupais, oficinas, visitas domiciliares, dentre outros. Tais

ações proporcionariam estreitamento dos vínculos com os usuários, familiares e comunidade de forma geral.

Compreende-se, pois, que a limitação do horário de funcionamento implica numa barreira ao acesso e, conseqüentemente, na não utilização do serviço de forma ampla, tornando não muito rara a busca pelo hospital psiquiátrico como referência tanto para o usuário quanto para seus familiares, já que neste o atendimento é ininterrupto.

Os dados revelaram que até junho/2015 havia 29.918 usuários cadastrados nos seis (06) CAPS AD de Fortaleza, como sintetizado na tabela oito (08).

Tabela 07 – Número de usuários cadastrados*

CAPS por SR	CAPS AD SR I	CAPS AD SR II	CAPS AD SR III	CAPS AD SR IV	CAPS AD SR V	CAPS AD SR VI
Quantitativo de Usuários Cadastrados	6.347	5.060	4.338	3.697	4.324	6.152

*Dados fornecidos pela Célula de Saúde Mental no período referente a junho de 2015

Fonte: Prefeitura de Fortaleza, 2015

Entretanto, somente 49,12% estão ativos, ou seja, 14.697 usuários de substâncias psicoativas estão em atendimento nos CAPS AD, como pode se observar na tabela nove (09), significando cobertura de 0,57% usuários/habitantes de Fortaleza.

Tabela 08 – Número de prontuários ativos

CAPS por SR	CAPS AD SR I	CAPS AD SR II	CAPS AD SR III	CAPS AD SR IV	CAPS AD SR V	CAPS AD SR VI
Usuários em Acompanhamento	3.002	3.135	2.268	2.655	1.387	2.250

Fonte: Prefeitura de Fortaleza, 2015

Percebe-se que os dois (02) CAPS com maior expressividade de usuários são os CAPS III.

Os recursos humanos dos CAPS AD, de acordo com as Portarias nº 336/2002 e nº 130/2012, devem ter uma configuração específica.

CAPS AD II devem possuir uma equipe técnica mínima de treze (13)

profissionais entre nível superior e médio, sendo sete (07) de nível superior e seis (06) de nível médio. A equipe mínima, de nível superior, deve ser composta por: um (01) psiquiatra, um (01) enfermeiro, um (01) clínico geral e quatro (04) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (BRASIL, 2002).

CAPS AD III devem ter em seu quadro de profissionais entre nível superior e médio, o mínimo de dezessete (17) para o acolhimento diurno, sendo um (01) clínico geral, um (01) psiquiatra, um (01) enfermeiro, cinco (05) profissionais de nível superior entre psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo e educador físico. Para o acolhimento noturno e finais de semana e feriados um (01) profissional de nível superior, preferencialmente enfermeiro (BRASIL, 2012).

Verificou-se que todos os CAPS AD de Fortaleza têm em seu quadro técnico apenas o quantitativo mínimo de profissionais de nível superior exigido pela Portaria. Além disso, nem todos os referidos serviços têm em seu quadro de recursos humanos as categorias profissionais acima mencionadas.

Existem trinta e nove (39) profissionais de nível superior distribuídos nos quatro (04) CAPS AD II de Fortaleza: seis (06) psicólogos (não tem em todos os CAPS AD II), onze (11) assistentes sociais, sete (07) enfermeiros, quatro (04) terapeutas ocupacionais (não tem em todos os CAPS AD II), dois (02) clínicos gerais (não tem em todos os CAPS ADII), três (03) psiquiatras (não tem em todos os CAPS AD II), seis (06) farmacêuticos.

Nos dois (02) CAPS AD III de Fortaleza, existem quarenta e um (41) profissionais de nível superior: quatro (04) assistentes sociais, nove (09) psicólogos, três (03) farmacêuticos, dois (02) terapeutas ocupacionais (só há em um dos CAPS AD III), dois (02) clínicos gerais, quatro (04) psiquiatras e dezessete (17) enfermeiros entre plantonistas e diaristas. No total, a equipe técnica de nível superior dos seis (06) CAPS AD de Fortaleza é composta por oitenta (80) profissionais.

Não obstante, destaca-se que o regime de trabalho destes profissionais se configura pelas categorias a seguir: celetistas¹², Recibo de Pagamento a

¹² Em meados de 2011, a PMF realizou uma seleção pública para contratação de profissionais de nível superior para o campo da saúde. A referida seleção teve validade de dois anos (2012 a 2014) e foi regida de acordo com o regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Em

Autônomo (RPA), terceirizados e servidores. Deste contingente de profissionais, apenas três (03) são servidores (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2015). Ressalta-se que estes últimos são das áreas de Enfermagem, Terapia Ocupacional e Psiquiatria, o que revela que não há assistentes sociais no quadro efetivo de servidores nos CAPS AD da cidade.

Os dados revelaram que 97% dos profissionais de nível superior dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Fortaleza se encontram em situação de trabalho temporário, precarizado, sem garantias trabalhistas, significando que os trabalhadores da saúde mental convivem diariamente com a insegurança e a precariedade de seus contratos e com a incerteza do cumprimento efetivo de seus serviços, que muitas vezes depende de vínculos duradouros com os usuários dos serviços.

Constatou-se uma sistemática precarização dos vínculos trabalhistas dos trabalhadores em saúde mental, através da multiplicidade de vínculos (servidores públicos, terceirizados, contratados etc.), o que compromete tanto a organização dos trabalhadores, bem como a qualidade de oferta do tratamento. A flexibilização dos direitos trabalhistas gera uma discrepância entre as práticas interventivas e das condições objetivas de atuação destes profissionais, dando lugar à violação de seus direitos enquanto agentes públicos, assim como dos direitos dos usuários e familiares.

Ademais, a carência e/ou redução de recursos humanos, dentre outros fatores, sendo este apenas um, acarreta em retrocessos e na não efetivação da Política de Saúde Mental. Consequentemente, não garantem direitos e reconhecimento desses usuários como cidadãos.

3.3.1.1.1 Breve perfil das assistentes sociais dos CAPS AD de Fortaleza

Apresenta-se a seguir um breve perfil do conjunto de assistentes sociais entrevistadas. Embora não se trate de um profundo resgate das origens que vieram a formar o perfil de cada uma delas, considera-se relevante a identificação de algumas características, a fim de que se possa identificar quem seriam os

meados de 2014, a nova gestão, realizou outra seleção pública para o campo da saúde, porém não sendo regida pela CLT. Todos os atuais celetistas são regidos por contratos de trabalho sem direitos trabalhistas.

profissionais de Serviço Social que estão inseridos na Política Municipal de Saúde Mental destinada aos usuários de substâncias psicoativas.

Inicialmente, foi previsível a constatação que grande parcela de profissionais de Serviço Social pesquisados é do sexo feminino, o que corresponde a uma realidade profissional, uma vez que, historicamente, observa-se a predominância feminina no referido curso de formação. Para Yamamoto (2006, p. 64), o Serviço Social é uma profissão “atravessada por relações de gênero enquanto tem uma composição social predominantemente feminina, o que afeta sua imagem na sociedade e as expectativas sociais vigentes diante da mesma”.

No contexto da saúde mental, pode-se acrescentar que a maioria dos profissionais também é do sexo feminino, e, portanto, participe destas questões atinentes ao gênero na sociedade brasileira.

A faixa etária das profissionais de Serviço Social entrevistadas está entre vinte e um (21) a quarenta (40) anos, com formação entre os anos de 2001 a 2014, sendo que uma significativa parcela se graduou nos últimos dois (02) anos.

Este dado revela que as profissionais que atuam nos CAPS AD de Fortaleza têm uma formação orientada pelas Diretrizes Curriculares de 1996 e as orientações da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), isto é, uma formação embasada numa perspectiva histórica, dialética, crítica, propositiva e ética, o que permite vislumbrar uma prática distanciada de uma abordagem psicologizante, individualista e descontextualizada dos processos e transformações societárias.

No que tange às Unidades de Formação Acadêmica, 50% das profissionais se graduaram na Universidade Estadual do Ceará (UECE), sendo esta a única Universidade pública do Estado a ofertar o Curso de Serviço Social na capital cearense, desde 1950. As outras 50% são oriundas da Faculdade Cearense (FAC), a primeira do ramo privado a ofertar o Curso de Serviço Social na capital cearense desde 2008.

Tais dados demonstram que não há hegemonia do ensino público em detrimento do privado, posto que a proliferação de cursos de graduação em instituições particulares já é a uma realidade concreta vivenciada através da mercantilização do ensino superior. As consequências da expansão dos Cursos de Serviço Social no Estado indicam uma forte inserção de profissionais egressos de instituições privadas nos espaços sociocupacionais, desenhando, assim, um novo

perfil profissional.

No que se refere ao tempo de atuação das profissionais no CAPS AD de Fortaleza, constatou-se que cinco (05) interlocutoras estão há menos de um (01) ano na Rede Municipal de Atenção Psicossocial para usuários de substâncias psicoativas, e apenas uma (01) está há mais de dois (02) anos no serviço. Este dado indica uma recorrente rotatividade de profissionais de Serviço Social nos CAPS AD de Fortaleza, acarretando prejuízos para os usuários dos referidos serviços com relação ao estabelecimento de vínculo entre usuário-profissional-instituição, possibilitando, portanto, uma descontinuidade no processo de acompanhamento destes sujeitos, além de impossibilitar o fortalecimento da identidade profissional destas interlocutoras com a Política de Saúde Mental enquanto categoria.

No quesito vínculo empregatício, todas as entrevistadas possuem apenas contratos temporários. Isso significa que não possuem nenhuma proteção, direito e garantia trabalhista, estando reduzidas apenas a um contrato de trabalho por tempo determinado. Desse modo, pensar os rebatimentos da flexibilização do mundo do trabalho no exercício profissional é refletir sobre como essa problemática reduz a capacidade do profissional de dar respostas às demandas; sobre como essa problemática impede a concretização de uma prática interventiva, autônoma e de qualidade, ao tempo em que reforça o caráter focalizante e compensatório das políticas sociais e as escolhas do governo, provocando, ainda, um desnivelamento no que se refere à estabilidade do emprego, carga horária, salário, mobilidade na carreira, rotatividade dos trabalhadores, acúmulo de empregos, não investimento em educação continuada, entre outros.

Quando indagadas sobre suas experiências profissionais em outras políticas sociais, ficou evidente que a Política de Saúde Mental para usuários de substâncias psicoativas se configura como a primeira ou uma das primeiras atuações enquanto profissional. Das seis (06) entrevistadas, apenas uma (01) apresentou experiências anteriores em mais de uma política. Duas (02) nunca tinham exercido nenhuma atividade laborativa como assistente social. As outras três (03) apresentaram apenas uma (01) experiência anterior enquanto assistente social.

3.3.1.1.1.1 Ações dos CAPS AD na perspectiva das assistentes sociais

As ações direcionadas aos usuários de substâncias psicoativas no

tocante ao eixo assistencial com base nas legislações, especificamente a Portaria nº 336/2002 e a Portaria nº 130/2012, além da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, se subdividem em três (03) eixos: 1) individual, com ações voltadas exclusivamente para os usuários dos serviços; 2) familiar, com ações direcionadas para o núcleo familiar dos usuários do serviço e 3) comunitário, com ações que envolvem usuário/comunidade e vice-versa.

Inicialmente, ressalta-se que todas as ações realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas devem ser pautadas na lógica da Redução de Danos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), a Redução de Danos é uma estratégia da Saúde Pública que busca minimizar as consequências adversas do consumo de substâncias psicoativas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo, ou seja, Redução de Danos implica em intervenções singulares, que podem envolver o uso protegido, a diminuição do uso da substância psicoativa, a substituição por substâncias que causem menos agravos ou até mesmo a abstinência. É “pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida” (VINADÉ, 2009, p. 64).

A Redução de Danos para as interlocutoras da pesquisa se apresenta das seguintes formas:

[...] nessa relação entre o paciente e o uso de drogas, ele vai diminuir os efeitos que essa droga vai surtir em relação à saúde dele. É tentar estratégias que diminuam de todas as formas os efeitos que a droga causa no corpo desse paciente. Eu acredito que seja isso. (AS 2)

A minha compreensão de redução de danos vai da relação do usuário com a droga. É reduzir, tentar minimizar aqueles danos que causam na relação dele de uso. [...] então a gente está dispondo dessa informação porque está dando pra ele essa orientação e essa autonomia, de escolher usar em um cachimbo ou em uma lata. Eu vejo a redução de danos na relação do uso. (AS 4)

Pra mim, a redução de danos é até mais real, mais palpável como tratamento do que a própria abstinência. Eu acredito que a redução de danos é uma estratégia mesmo de você tentar fazer com que o uso da droga lhe atinja o mínimo possível. Como é que eu posso explicar? Com que ele cause o mínimo de danos. Tentar fazer com que essa pessoa consiga retomar os objetivos dela, os planos dela, retomar uma vida profissional, uma vida familiar, ainda que com o uso, altere isso pra moderado ou leve. Pra mim, na minha concepção, a redução de danos é uma estratégia de realmente diminui os impactos que a droga pode causar na vida desse

paciente. (AS 5)

Os discursos das interlocutoras estão em consonância com a proposta de Redução de Danos defendida pela Política de Saúde Mental. Pode-se perceber na fala de uma delas o destaque dado à importância da Redução de Danos, ao afirmar que esta abordagem possibilita uma concepção ampliada sobre o uso de substâncias psicoativas. Assim, segundo as entrevistadas, ações na perspectiva da Redução de Danos propiciam acompanhamentos mais qualificados, humanizados, efetivação de direitos e reconhecimento do usuário enquanto sujeito singular.

Detectou-se, ainda, que as ações cotidianas dos CAPS AD pautadas na perspectiva da Redução de Danos, de acordo com as assistentes sociais, se dão basicamente em três (03) momentos: nas ações individuais, grupais e nas ações de Educação Permanente entre os profissionais. No entanto, foi verificada, através de um dos relatos, a inexistência de orientação por parte do gestor aos profissionais em relação à execução de ações desenvolvidas através da lógica da Redução de Danos. Destaca-se que a fala da AS 1 aponta uma singularidade com relação ao discurso das outras interlocutoras no tocante a ação grupal, pois a mesma frisou numa substância específica (*crack*) deixando subentender que o Grupo de Redução de Danos é destinado para usuários exclusivamente de *crack*.

[...] nós temos o grupo de redução de danos e esse grupo foca justamente nisso: pessoas que são usuárias ativas, que tem o uso exagerado do crack, que comparado a outras drogas, como, por exemplo, a maconha, é uma droga muito pesada, é uma droga sintética e a redução de danos, nesse caso, é pra pessoa diminuir o uso do crack e usar a maconha. Explicamos como usar a maconha de forma correta para não prejudicar tanto a saúde e até mesmo a usar o crack de forma correta, com o cachimbo, com toda a higiene. (AS 1)

A fala das AS 4 diverge do discurso mencionado logo acima, ao afirmar que

[...] todos os nossos grupos, embora cada um tenha o seu perfil: alcoolista, usuário de crack e derivados, mas nós trabalhamos na perspectiva da redução de danos sim, compreendendo que tudo parte de um processo e não negando a abstinência [...] e a gente trabalha nessa perspectiva, nessa política, trabalhando dentro dos grupos, trazendo a informação para que eles se conheçam também, dentro dessa lógica. (AS 4)

O relato da AS 2 está em harmonia com o da AS 5, pois elas afirmam que as ações que envolvem a estratégia de Redução de Danos direcionada aos usuários de substâncias psicoativas vão além das ações grupais, e que estas perpassam todo

o processo de acompanhamento e atendimento deste usuário.

“Existe um grupo aqui no CAPS [...] que tem esse viés de redução de danos, mas não é algo específico do grupo de redução de danos, é algo próprio do atendimento [...]. Nós tentamos visualizar, junto com o paciente, essa questão da redução de danos.” (AS 2)

“A gente tenta, na maioria das vezes, atuar de acordo com a estratégia de redução de danos. A gente tem um grupo que tem esse nome, mas acaba sendo um grupo terapêutico, como os demais, mas a gente sempre trabalha nessa lógica. Inclusive, até no grupo de família. Por exemplo, a gente tem que trabalhar com os familiares com a lógica da redução de danos, porque, muitas vezes as famílias, e até os usuários, com a ansiedade, querem logo a abstinência total e chegam aqui “Não, eu vou parar de vez” e aí a gente tem que trabalhar na lógica da redução, colocando a questão da recaída como parte do processo e a gente tenta trabalhar assim; com estratégias de redução de danos.” (AS 5).

Já a AS 6 trouxe elementos novos, para além das ações com os usuários, ao relatar que as discussões em torno das ações a serem desenvolvidas pelo CAPS AD partem, inicialmente, da proposta de Educação Permanente em Saúde que acontece nas rodas de equipe.

“A redução de danos é um tema frequentemente discutido entre os profissionais, nas rodas de equipe, etc. com objetivo de que a gente use essas estratégias de redução de danos no dia a dia, no cotidiano com os profissionais.” (AS 6)

A Política de Educação Permanente visa a organização dos serviços, a qualificação e a humanização da atenção aos usuários do sistema, contribuindo para fortalecer a equidade e consolidar o SUS (BRASIL, 2003). Entende-se ser este um processo de extrema importância, por possibilitar que os profissionais reflitam constantemente acerca do comprometimento com a práxis do (no) Sistema Único de Saúde. A Educação permanente em torno da Redução de Danos permite a reflexão por parte dos profissionais sobre as formas de acesso ao tratamento, não como um dever, mas como uma escolha. Esta discussão resulta em maior disponibilidade dos profissionais dos CAPS AD para uma clínica ampliada com usuários de substâncias psicoativas.

No entanto, nem todos os CAPS AD de Fortaleza conseguem visualizar a importância da estratégia Redução de Danos no tratamento dos usuários de substâncias psicoativas. Assim, observa-se que não há um direcionamento uniforme com relação às ações de Redução de Danos, como se percebe pelo discurso da AS 3, o qual diverge de todos os outros relatos, principalmente do relato da AS 6, mostrado anteriormente: “[...] desde o tempo em que estou aqui, a gente não teve

uma orientação sobre como seria trabalhar a redução de danos no serviço” (AS 3).

Ainda no que diz respeito ao eixo individual, a Política de Saúde Mental preconiza o cuidado personalizado. Este acontece e é apreendido pelas assistentes sociais de duas maneiras, uma mais pontual e outra mais abrangente: 1ª) nos atendimentos individuais por determinadas categorias profissionais, de acordo com a demanda do usuário, como demonstram os discursos das AS 3 e 5; e 2ª) em todo o processo de acompanhamento deste usuário no serviço, como demonstram as falas das AS 6 e AS 2.

“Assim, os cuidados personalizados são, eu acho, nos atendimentos individuais. Tem o atendimento individual de Psicologia, de Enfermagem, tem o atendimento social, que é feito individual e o atendimento médico, clínico e psiquiátrico.” (AS 3)

“[...] é o atendimento de algumas categorias mais especificamente: psicólogo faz o atendimento individual, a própria Farmácia muitas vezes faz [...] O Serviço Social também faz, quando necessário [...]” (AS 5)

“O cuidado personalizado já começa com a chegada do paciente ao CAPS, quando é elaborado o Plano Terapêutico Singular, específico pra cada um. No dia a dia, durante os acolhimentos, atendimentos individuais, grupos terapêuticos, etc., os profissionais observam demandas individuais de cada paciente, e buscam soluções para estas. Nas rodas de equipe [...], os profissionais sempre colocam casos de pacientes que precisam ser melhor discutidos, as vezes são realizados estudos de caso.” (AS 6)

“Nós temos uns atendimentos individuais e são nesses atendimentos que gente faz a escuta e também a construção do projeto terapêutico.” (AS 2)

Percebe-se nos discursos das AS3 e AS5 uma certa limitação no entendimento acerca do conceito de “cuidados personalizados” com os usuários, reduzindo-os a um mero atendimento individual sob diferentes perspectivas profissionais, sem considerar que o cerne da questão está em captar a singularidade do usuário, identificando suas particularidades. É nesse ponto que o cuidado personalizado deve se debruçar, isto é, deve considerar as demandas específicas de cada usuário e buscar respostas que as atendam na perspectiva da Redução de Danos.

Assim como os atendimentos personalizados, existem ainda no eixo individual e os regimes de tratamento, que de acordo com a Portaria 336/2002 e a “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas”, são definidos em intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Os usuários de substâncias psicoativas considerados intensivos são os que necessitam de acompanhamento diário e assim passam o dia todo no serviço.

Estes participam de várias atividades no decorrer do dia. Os semi-intensivos são os que necessitam de acompanhamento frequente, mas não precisam estar diariamente no serviço, e os não intensivos são os que em função de seu quadro clínico podem ter um acompanhamento mais esporádico (BRASIL, 2004).

A fala da AS2 sintetiza a realidade dos CAPS AD de Fortaleza com relação à escassa oferta do tratamento no regime intensivo.

“[...] mesmo sendo uma profissional que trabalha há pouco tempo aqui, eu sinto muita falta desse tipo de atendimento, porque eu percebo nos atendimentos que alguns pacientes se encaixariam, [...] mas infelizmente a gente não tem como ofertar esse atendimento intensivo.” (AS 2)

A oferta do regime de tratamento intensivo aos usuários de substâncias psicoativas garante todo o acompanhamento pela equipe do CAPS AD no próprio serviço, de forma “aberta”, sem este perder o vínculo diário com seus familiares e com a comunidade, como preconiza a Reforma Psiquiátrica.

No entanto, quando o CAPS AD não oferta esse tipo de regime de tratamento, abre-se o precedente para encaminhar este usuário para outras instituições que trabalham com a proposta do enclausuramento, da internação, ou seja, na perspectiva manicomial. Desse modo, o próprio dispositivo substitutivo ao regime manicomial corrobora para a existência de tais instituições como reforça o discurso das AS3: “Aqui a gente não tem pacientes intensivos nem semi-intensivos, apenas os não intensivos. [...] Caso tenha alguma demanda [...] é encaminhado para alguma comunidade terapêutica ou uma internação [...]”. (AS 3)

A falta de insumos, de estrutura física e de profissionais foram algumas das questões levantadas pelas profissionais de Serviço Social para a não oferta do regime de tratamento intensivo pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas:

“[...] o que acontece é que não tem comida, não tem cozinheiro, não tem recursos suficientes para que a gente possa estar trabalhando dessa maneira [...]”. (AS 1)

“[...] soube por profissionais antigos que existia, antigamente, uma estrutura de cozinha, de alimentação e que há aproximadamente um ano não existe mais, exatamente pela falta de estrutura, não ter cozinheira, não ter mantimentos.” (AS 2)

“[...] a gente tem algumas dificuldades – que eu acredito que não é só nesse CAPS – com relação à alimentação, a estrutura física pra esses pacientes ficarem o dia todo. Alguns ficam, quando tem almoço [risos], aí eles ficam. Não tem um espaço adequado, eles ficam na recepção.” (AS 5)

Estas afirmações demonstram graves violações de direito que ferem a dignidade e o senso de civilidade que deveriam ser garantidos pela Reforma Psiquiátrica, ao não proporcionar o mínimo de estrutura para um atendimento integral e antimanicomial. Desse modo, se mantém a antiga prática que sustenta as condições características das ações do regime manicomial não prisional.

Também por questões estruturais, os CAPS AD de Fortaleza não ofertam espaços adequados para repouso, sendo este um espaço preconizado pela Política de Saúde Mental através da Portaria nº 336/2002 e da “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas”.

“Aqui existe uma cama com colchão muito velho em cima [risos] e as pessoas chamam de repouso. [...] quando a pessoa chega aqui em crise ou muito alcoolizada [...] manda para essa sala de repouso, mas é algo muito desestruturado, você percebe até pela cama, o colchão muito velho, bota um papel em cima para não entrar algo. Então, é muito complicado de se chamar de sala de repouso, mas aqui a gente chama [risos].” (AS 2).

“A gente tem uma salinha que tem uns colchonetes, não é adequada.” (AS3).

“Em relação ao repouso, nós dispomos de uma sala que é chamada “sala de repouso”, que dispõe de uma ventilação e alguns colchonetes, mas nada, além disso.” (AS 4).

“[...] a gente tem a sala da Enfermagem, onde é aplicada alguma medicação quando necessário e quando tem a medicação, e o repouso bem imediato mesmo, não pra passar o dia.” (AS 5).

“Não existe um espaço específico para repouso; já chegamos a usar como repouso uma sala de acolhimento que tem uma maca, quando foi necessário, mas a finalidade da sala não é essa.” (AS 6).

Percebe-se, através dos relatos acima, que a estrutura ofertada pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Fortaleza é inadequada, aquém de uma política de direito, se caracterizando, na verdade, como violação de direitos. A ausência de atendimento digno e seus regimes de tratamento se caracterizam como práticas manicomiais que corroboram para a não efetivação da Reforma Psiquiátrica.

Para que a Política de Saúde Mental seja um direito de fato, é indispensável, portanto, que os gestores públicos contemplem em seus planos e programas de governo as ações, os serviços e os equipamentos necessários à prestação de cuidados aos usuários de substâncias psicoativas.

Constata-se que, a atual assistência psicossocial de Fortaleza ofertada

aos usuários de substâncias psicoativas, no eixo individual, não contempla as diretrizes, objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica e pelas legislações advindas do processo de constituição da Política de Saúde Mental brasileira.

No eixo familiar, tanto a Portaria nº 336/2002 como a “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas”, num contexto de ampliação do cuidado comunitário e garantia dos direitos, sobretudo civis, passam a reconhecer o grupo familiar como provedor de cuidado também, e desse modo torna-se imprescindível sua incorporação nas ações dos serviços.

A família tem papel fundamental na construção de uma nova trajetória para o usuário de substâncias psicoativas, onde seus recursos emocionais, temporais e seus saberes têm de ser bem direcionados, e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas tornam-se fundamentais nesse processo, até para desconstruir o imaginário social de que “lugar de drogado é no hospital psiquiátrico ou na cadeia”. É importante destacar que a família também partilha desse imaginário social, pois é membro da sociedade e, conseqüentemente, participa de seus valores. Assim, é fundamental uma ação intensiva e de retaguarda dos CAPS AD junto às famílias (BRASIL, 2004).

Para Rosa (2003), a família no processo de Reforma Psiquiátrica ganha uma pluralidade de sentidos e dimensões, preponderantemente como: um grupo que precisa de assistência e cuidados; como provedora de cuidados; como avaliadora dos serviços e como sujeito político. Ainda de acordo com a autora, tais dimensões não são excludentes; ao contrário, elas se fundem em várias circunstâncias e em algumas situações uma ou outra dessas identidades se sobressai.

Nesse contexto, uma das conquistas da Reforma Psiquiátrica foi a possibilidade da participação da família em todo o processo de tratamento dos seus entes. No entanto, um dos aspectos a ser pensados na abordagem e inclusão dos familiares nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, é a forma de participação/integração dessa família nos projetos terapêuticos, pois a participação ativa da família no cuidado ao usuário de substâncias psicoativas requer nova organização familiar e também a aquisição de habilidades. Nesse processo, os CAPS AD têm importante papel (BRASIL, 2012).

De acordo com Rosa (2003), frequentemente os serviços oferecem atendimento aos familiares com base em orientações individuais ou grupais. As falas das assistentes sociais A2, A4 e A5 convergem com a afirmação da autora acima

mencionada.

“No acolhimento, muitos dos próprios pacientes vêm com os familiares, então, nessa primeira acolhida, sempre existe a participação e o acolhimento desse familiar. [...] Nós temos o grupo de família também [...]” (AS 2)

“[...] a gente acolhe essa família, explica os fluxos do tratamento [...] também dispomos do grupo de família.” (AS 4)

“A gente tem um grupo de família, que no momento só é um grupo, um turno por semana [...]. Muitas vezes o paciente nem é paciente ainda e a família é atendida ou já foi paciente e a família continua vindo pro atendimento. É mais nesse sentido do acolhimento à família, das demandas.” (AS 5)

As ações supracitadas, mesmo que pontuais em alguns contextos, tornam-se importantes para a família, pois muitas vezes é a maneira mais efetiva/segura que ela tem de dialogar com os profissionais, de tirar dúvidas sobre a enfermidade e o cuidado.

A inclusão da família no projeto terapêutico tende a trazer uma série de benefícios tanto para o CAPS AD como para os familiares, tendo em vista o objetivo maior que é o cuidado integral.

No entanto, trabalhar com famílias apresenta várias limitações, e dentre estas destaca-se a situação de quando o familiar cuidador é o provedor de renda, ou seja, o familiar cuidador trabalha fora e sofre a necessidade de divisão entre os tempos de gerar renda, de prover cuidados e de ser cuidado. Como bem destacou a AS2: “[...] realmente, o grupo de família é bem aquém, porque muitas vezes o familiar trabalha, tem toda uma questão de não poder vir para a unidade [...]”. (AS 2)

Nesse contexto, os CAPS AD são desafiados a implementar práticas diferenciadas com este segmento, a criar novas tecnologias de abordagem com as famílias que possibilitem o reconhecimento e a valorização de seus saberes e recursos. Desse modo, os profissionais têm de ser potentes mediadores e articuladores.

No eixo comunitário é dado destaque para a (re)inserção social, tônica da Política de Saúde Mental brasileira.

A partir das discussões dos modos de tratamento realizados nos hospitais psiquiátricos e a evidente objetificação dos sujeitos internados, a Reforma Psiquiátrica propõe um novo olhar sobre as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, assim como sobre os usuários de substâncias psicoativas. Nesse contexto,

visa reintegrá-los à sociedade, pois considera que a exclusão e o enclausuramento, por si sós, exacerbam a condição psíquica dos sujeitos. Desse modo, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas têm como objetivo a (re)inserção social dos usuários de substâncias psicoativas, devolvendo-lhes o convívio com seus pares, familiares e demais membros da sociedade, bem como a ocupação cidadã dos espaços sociais. Assim, a (re)inserção social busca garantir a autonomia e a cidadania desses sujeitos (PARANHOS-PASSOS *et al.*, 2013).

A importância de discutir a (re)inserção social deve-se ao histórico social de exclusão e reclusão do usuário de substâncias psicoativas. A sociedade ocidental se organizou de modo a excluir o que é diferente e, portanto, marginalizou os usuários de substâncias psicoativas, criando rótulos e estigmas pejorativos, além da destituição de seus direitos civis (AMARANTE, 2007).

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica tem como proposta devolver tal público aos espaços sociais, através de ações que permitam que essas pessoas se tornem autônomas e protagonistas de suas ações. Para a AS 2 e AS 5, a (re)inserção social hoje, nos CAPS AD de Fortaleza é considerada

“[...] um dos nós que a gente está tentando desmanchar agora. [...] Existe assim, de forma muito pontual. [...] É uma das propostas que a gente está tentando reorganizar [...]” (AS 5)

“Isso é difícil de falar, viu! (risos) Porque assim [...] não existe nenhum trabalho, nenhum tipo de vínculo ou parceria que se possa trabalhar a reinserção mais profundamente [...]” (AS 2)

Desse modo, percebe-se que ações de (re)inserção social apresentam-se limitadas nos CAPS AD de Fortaleza devido a vários motivos, como os apontados pela AS 5 e AS 2:

“[...] o território é enorme [...] pra você ter um conhecimento real do que tem de potencial ou não naquele território [...]” (AS 5).

“[...] como o número de profissionais é pequeno, esses profissionais acabam ficando com a demanda de atendimento imediato [...] a gente está tentando, [...] fazer essa articulação de rede, de aproximação dos pacientes, mas é uma articulação difícil [...]” (AS 2)

Apesar das dificuldades relatadas acima, ações pontuais de (re)inserção social são desenvolvidas nos serviços através de articulação com outras políticas sociais, como bem retratou a AS 1.

“[...] a gente conta com a ajuda das Políticas Públicas, das Políticas

Setoriais, principalmente a Política de Assistência Social, porque na Política de Assistência Social existe o Pronatec, que são cursos que existem e a gente incentiva encaminhando [...]" (AS 1)

Porém, dentro de uma perspectiva mais ampla, as ações de (re)inserção social dos usuários de substâncias psicoativas que estão em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza se dão, basicamente, através de encaminhamentos e discussões com os próprios usuários do serviço, assim como pela divulgação de oportunidades de trabalho e cursos, como descreve as AS 3, 4 e 6:

"[...] encaminhar pro SINE. [...] aí alguns pacientes que demonstram o interesse, encaminhamos pra lá [...]" (AS 3)

"[...] a gente tem alguns equipamentos, pelo território, que a gente faz algumas articulações quando sabe que tem cursos [...]" (AS 4)

"Há um grupo de direitos sociais, onde a questão do acesso à cidade e à cultura é bem presente. Recentemente, foi colocado um "quadro de oportunidades" na recepção do CAPS, onde são anexados vagas de empregos, de cursos, opções de retorno aos estudos etc." (AS 6).

Considerando a (re)inserção social como possibilidade de convívio do usuário de substâncias psicoativas com seus familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade através da circulação e ocupação dos espaços sociais, o estudo aponta, através das falas das usuárias, que os usuários não estão sendo plenamente reinseridos na sociedade. Essa reinserção social ocorre de forma pontual, se restringindo, muitas vezes, à mera divulgação de informações acerca de vagas de trabalho, não garantindo, portanto, o encaminhamento e o ingresso para o mercado de trabalho e nem as condições objetivas de superação dessa realidade.

O CAPS AD acaba sendo o único local de socialização desses sujeitos, pois ainda existe um grande preconceito direcionado a esse público. Desse modo, de forma geral, os usuários de substâncias psicoativas que estão em acompanhamento nos serviços não estão conseguindo inserção no mercado de trabalho, na escola, nas atividades comunitárias, o que conta como mais um ponto de invisibilidade social.

Há positividade na mudança dos modos de tratamento da saúde mental, sendo o CAPS AD sinônimo de liberdade em seus diversos sentidos, porém a reinserção ainda não atingiu outros espaços que não o próprio CAPS AD.

Mediante os questionamentos apresentados em torno da dimensão assistencial para as profissionais de Serviço Social dos CAPS AD de Fortaleza,

foram observadas divergências entre os relatos acerca da Política de Saúde Mental de Fortaleza direcionada aos usuários de substâncias psicoativas. De acordo com a AS 2, essa política ainda não se efetivou; a AS 6 considera que existem alguns avanços, mas que ainda está longe do ideal; e a AS 4 afirma que percebe retrocessos nesta área:

“[...] não pode dizer que realmente existe [...] é uma conquista legal, a gente sabe em que estrutura está no momento, mas que existe porque o governo é obrigado a manter esses equipamentos. [...]” (AS 2)

“[...] um avanço na última década, isso é fato. A própria criação dos CAPS AD já foi um avanço. Mas considero que essa política ainda está longe do ideal [...]” (AS 6)

“[...] está retrocedendo. [...] A gente vê as coisas muito pontuais [...] é muito precária e isso faz com que essa Política fique só no papel. Pra mim, eu não vejo um avanço. Eu vejo que está estacionado.” (AS 4)

Nos discursos acima apresentados percebe-se que, embora tenham acontecido avanços, a Política de Saúde Mental de Fortaleza para os usuários de substâncias psicoativas encontra-se longe do que se propõe a Reforma Psiquiátrica dentro das dimensões sociocultural e técnico-assistencial. As limitações para uma efetiva Política de Saúde Mental para este segmento vão desde a falta de recursos financeiros, estruturais e de pessoal até o não reconhecimento destes equipamentos pela sociedade, como relata a AS 1:

“[...] Para que haja a efetivação precisa dos recursos e da divulgação, porque tem usuários que dizem 'Eu moro aqui perto [...] há 20 anos e não sabia que tinha um CAPS AD, que é voltado para essas pessoas, só sabia da parte da internação'.” (AS 1)

Das considerações elaboradas pelas interlocutoras ao responder aos questionamentos que lhes foram feitos, pode-se afirmar que as mesmas possuem aguçado senso de compreensão da realidade social da Política de Saúde Mental de Fortaleza direcionada aos usuários de substâncias psicoativas, apresentando reflexões sobre as análises e as práticas que são necessariamente influenciadas pelo contexto histórico em que estão inseridas.

No entanto, o principal achado dessa pesquisa foi a real caracterização, através da percepção de quem está no dia a dia do serviço, os profissionais, de como se encontra a Política de Saúde Mental de Fortaleza para os usuários de substâncias psicoativas através dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e

Outras Drogas na dimensão assistencial.

Percebe-se uma política fragilizada, que não consegue garantir em sua totalidade um tratamento digno e de direito, como preconiza o SUS e a Reforma Psiquiátrica.

A fragilidade da Política de Saúde Mental se dá, inicialmente, pela própria estrutura dos serviços, pelas ações que não conseguem extrapolar os muros, pela carência e precarização em que estão submetidos os trabalhadores, pela demanda por atendimento maior que a oferta, pela falta de capacitação e incentivo aos profissionais, pelas ações pontuais e reducionistas que não conseguem trazer elementos novos.

Uma avaliação apenas de cunho quantitativo diria que a Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza destinada aos usuários de substâncias psicoativas vem apresentando nos últimos nove (09) anos avanços surpreendentes, pois o município saiu da contagem de nenhum serviço destinado à efetivação da Política de Saúde Mental em 2004 para a constituição de seis (06) CAPS AD, duas (02) Unidades de Acolhimentos, leitos masculinos e femininos em hospital geral para desintoxicação de adultos, assim como crianças e adolescentes em 2015.

No entanto, uma avaliação de cunho qualitativo, retrata uma Política sucateada, com a formação de recursos humanos fragilizada, com ações divergentes da proposta de Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, as falas das interlocutoras, trouxeram elementos que às vezes chegam a ser impensáveis em pleno século XXI para a Política de Saúde Mental.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações aqui construídas não pretendem, sobremaneira, finalizar o estudo ora realizado. Pretende, sim, ser o início de uma caminhada contínua e dinâmica, favorável às transformações da vida que se revela através do que nem sempre está à mostra.

As construções do objeto em análise e de seus objetivos basearam-se no contexto do município de Fortaleza, sem se deslocar do contexto nacional, ao abordar a implantação da Reforma Psiquiátrica e da Rede de Saúde Mental aos usuários de substâncias psicoativas, na perspectiva de compreender como este processo se dá na contemporaneidade.

A Rede de Saúde Mental de Fortaleza compõe o Sistema Municipal de Saúde do município. Esta apresentou nos últimos dez (10) anos avanços significativos como a criação dos CAPS, das Residências Terapêuticas, dos leitos de desintoxicação, das Ocas de Saúde Comunitária e do fechamento de Hospitais Psiquiátricos.

Com esses avanços, foi possível reduzir as internações psiquiátricas, ampliar o acesso na área da saúde mental, com atendimentos individuais e grupais, atendimentos e visitas domiciliares para crianças, adolescentes, adultos e idosos com transtornos mentais e que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. No entanto, a cobertura existente ainda é insuficiente, havendo também problemas estruturais e de qualificação profissional e com os preceitos de integralidade e intersetorialidade não consolidados de fato.

No caso específico dos CAPS, além da necessidade de expansão, enfrentam a necessidade de readequação de algumas práticas e pressupostos e de repensar seu papel dentro da rede, visando seu fortalecimento, expansão, melhoria estrutural e readequação de práticas. Desse modo, cabe ao Estado uma maior responsabilização em fornecer melhores alternativas ao panorama encontrado, avançando no fortalecimento da rede pública, ações intersetoriais, articulação do cuidado.

No entanto, embora a estruturação e o fortalecimento das redes de atenção aos usuários de substâncias psicoativas constituem ainda em importantes desafios a serem ultrapassados, deve-se ter em mente o grande período histórico de negligência e lacuna assistencial em torno dos usuários de substâncias psicoativas.

Somente com o movimento de Reforma Psiquiátrica é que se começa a pensar uma nova lógica para os usuários de substâncias psicoativas. Portanto, o movimento de Reforma Psiquiátrica deve ser compreendido como um processo social complexo e heterogêneo, construído por diversos atores, ao mesmo tempo em que é contraditório e cíclico, pois agrega avanços e retrocessos em seu curso. Assim, a compreensão da Reforma Psiquiátrica como processo social e multidimensional possibilita observar a riqueza dos percursos trilhados, particularmente nos anos 1990: a vitalidade do movimento social, a ampliação e o fortalecimento do protagonismo e da contratualidade dos usuários e dos familiares, a produção de novas instituições e de diversas experiências locais e a aprovação de leis nacionais, estaduais e municipais que expressam a qualidade e a complexidade do processo de transformação da Política de Saúde Mental.

Nesse sentido, a cidade de Fortaleza, na perspectiva de compartilhar da mesma trajetória, traçou, no final dos anos 1990, um longo caminho para a constituição da Política de Saúde Mental local, direcionada num primeiro momento para as pessoas com sofrimento ou com transtornos mentais.

No decorrer do processo de Reforma Psiquiátrica, em meados dos anos 2000, houve um realinhamento político que possibilitou a construção e o reconhecimento da identidade do usuário de substâncias psicoativas como sujeito de direitos, pois até então ele era tido como mero objeto de intervenção de políticas repressivas do Estado, e o enclausuramento/exclusão eram práticas comuns, o que acarretava a estes serem tratados como “loucos”. A Política de Saúde, através da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), no processo de reformulação da Política de Saúde Mental, integrou, ainda de forma abrangente, o usuário de substâncias psicoativas a esta política, inaugurando uma nova trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A partir de 2003 há o primeiro direcionamento específico da Política de Saúde Mental, voltado aos usuários de substâncias psicoativas, tendo como marco o surgimento da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. A referida Política reforça a Portaria nº 336/2002 no tocante à importância e aos objetivos do CAPS AD trazendo, ainda, novos elementos para a discussão em torno das temáticas da Redução de Danos e da Intersetorialidade.

É importante denunciar que nesta década, de acordo com os mais diversos meios de comunicação, surgiu uma suposta “epidemia” do uso exacerbado

de algumas substâncias psicoativas, dentre elas, o *crack*. Nesse sentido, não é improvável perceber que a centralidade conferida aos usuários de substâncias psicoativas se deu, também, como reflexo das preocupações do Estado diante da necessidade de se estabelecer um controle dessa suposta contingência epidemiológica.

Junto à suposta “epidemia do *crack*”, veio a necessidade de fortalecer e expandir a Rede de Saúde Mental, através da criação de Programas, de cunho intersetorial, com o objetivo de erradicar tal problemática. O Programa “Crack, é possível vencer” é o exemplo mais concreto que se tem no contexto brasileiro contemporâneo.

A proposta do referido Programa é trazer, através das políticas setoriais, a discussão dos riscos do uso epidêmico do *crack* para os diversos segmentos da sociedade. A Política de Saúde Mental, como corresponsável pelo cuidado aos usuários de *crack*, buscou contribuir para a amenização dos casos, ampliando a sua rede de cuidados.

Desse modo, em meados de 2011, se instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual se redesenha e reconfigura a Rede de Saúde Mental brasileira, através da implantação de novos equipamentos e da reafirmação da proposta dos CAPS.

Os CAPS AD permanecem tendo o seu papel estratégico no processo de Reforma Psiquiátrica, sendo um serviço de portas abertas, de base comunitária, composto por uma equipe multiprofissional, como regulamenta a Portaria nº 336/2002.

A RAPS ressalta a importância dos CAPS AD, assim como do Programa “crack, é possível vencer”, ao financiar CAPS AD 24 horas para os municípios que aderem ao Programa e suas propostas. No entanto, a RAPS não é composta somente por serviços de base comunitária e/ou serviços conquistados pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, posto que, desde 2011, as Comunidades Terapêuticas, mesmo não sendo reconhecidas por este Movimento como uma estratégia da Política de Saúde, estão inclusas na Rede de Atenção Psicossocial destinada aos usuários de substâncias psicoativas, sendo estas financiadas através de altos investimentos públicos e privados.

As Comunidades Terapêuticas se apresentam como instituições sem fins lucrativos, que têm como objetivo estabelecer a cura do processo de dependência

química dos usuários de substâncias psicoativas, através de práticas de enclausuramento e do uso de terapias, não muito raro, à base de trabalho forçado, sem as condições adequadas e, ainda, da imposição de uma determinada religião em detrimento do respeito à diversidade religiosa.

O processo de associação dos usuários de substâncias psicoativas a internações em Comunidades Terapêuticas traz semelhanças com o processo manicomial anteriormente vivenciado pela Política de Saúde Mental nos anos 1960, com a expansão dos hospitais psiquiátricos e a comercialização da loucura. Hoje, o “mercado da cura” tem como alvo de investimento os usuários de substâncias psicoativas, através da inserção destes nas Comunidades Terapêuticas, reforçando, pois, o seu isolamento e a exclusão social.

Nesse processo, os CAPS AD de Fortaleza acabaram tendo um papel secundário no rol da Política de Saúde Mental, pois no decorrer dos últimos anos, passaram a ser vistos como “ponte” para o ingresso destes usuários nas Comunidades Terapêuticas, isto é, muitas vezes, como meros instrumentos de encaminhamento à internação. É importante destacar que durante o processo de realização desta pesquisa, identificou-se, através da coleta de informações, que a Prefeitura Municipal de Fortaleza atualmente não possui mais convênio com as Comunidades Terapêuticas, ficando estas conveniadas somente ao Governo do Estado. Isso está gerando uma alteração no fluxo de encaminhamentos da Rede, posto que se antes o usuário ingressava na Comunidade Terapêutica através da rede municipal, hoje este processo está sendo reavaliado.

A assistência ofertada pelos CAPS AD de Fortaleza, tendo como diretrizes as propostas da Reforma Psiquiátrica, é uma assistência aquém do que se é almejado pelos usuários, familiares e profissionais, bem como pelo Movimento de Luta Antimanicomial. Trata-se, pois, de uma “assistência desassistida” que, apesar da oferta do serviço em seis CAPS AD, apresenta ainda muitas lacunas no que tange à amplitude de acesso aos usuários e familiares, ao atendimento de forma integral e de qualidade que não reproduza os estigmas atribuídos aos usuários dos serviços de substâncias psicoativas, garantindo as necessárias condições estruturais para o pleno funcionamento do serviço, inclusive ofertando tratamento (intensivo e semi-intensivo) que vislumbre a reinserção social, devolva e reintegre a cidadania dos sujeitos para fins de emancipação humana.

A partir da análise dos dados desta pesquisa, através do discurso das

interlocutoras, tem-se uma visão geral das atividades desenvolvidas no serviço dos CAPS AD da capital e de como estas impactam na vida dos usuários de substâncias psicoativas e de seus familiares, assim como nas comunidades a que pertencem. Percebe-se que as ações empreendidas ainda se mostram fragilizadas, fragmentadas e de cunho pontual, motivadas por diversos fatores que vão desde a questão estrutural às de recursos humanos e precarização dos vínculos de trabalho.

Neste quesito, destaca-se como elemento balizador a caracterização das assistentes sociais interlocutoras desta pesquisa que revelou um perfil de profissionais recém-formadas, com escassas experiências de atuação anterior em outras áreas e inexperientes com a Política de Saúde Mental, o que indica uma grande rotatividade desta categoria no serviço, fragilizando a proposta da Política. Por outro lado, as interlocutoras demonstraram ter uma concepção afirmativa das ações almejadas nos CAPS AD, em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

O conjunto de situações evidenciadas no decorrer da pesquisa autorizam afirmar-se que os usuários de substâncias psicoativas acompanhados pelos CAPS AD se encontram submetidos a uma situação de grave violação de direitos evidenciados na omissão e/ou condução equivocada das diretrizes da Política de Saúde Mental. Apesar das conquistas relacionadas ao campo da saúde mental, as ações propostas pela Reforma Psiquiátrica ainda não foram implementadas e ampliadas efetivamente pela gestão de saúde de Fortaleza. Os serviços existentes ainda se mostram insuficientes para atender aos usuários de substâncias psicoativas.

Da mesma forma, os profissionais que compõem essa política estão diante do desafio de “fortalecer a Reforma Psiquiátrica, articulada com as demais políticas sociais, com ênfase nos Direitos Humanos, assistência social, educação, cultura, justiça, trabalho, esporte, entre outras” (CFESS, 2010).

Constata-se que a ideologia neoliberal orienta hegemonicamente a estrutura das políticas públicas, subordinando-as à lógica do capital, suprimindo cada vez mais os direitos sociais e expandindo os espaços de mercado. Dentro dessa lógica, verifica-se a reprodução do caráter de fragmentação e a focalização das políticas públicas, descoladas do controle social e da participação popular.

Desse modo, todos os elementos levantados no decorrer da pesquisa apontam para a afirmativa de que a cidade de Fortaleza ainda está em processo de

construção e efetivação da Reforma Psiquiátrica, dentro da perspectiva cultural, social e ideológica. Para tanto, na atual conjuntura, não se pode falar de garantia e resgate da cidadania dos usuários de substâncias psicoativas. Quem sabe daqui a alguns anos a história destes sujeitos na trajetória da Política de Saúde Mental de Fortaleza seja captada através de outras lentes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.11, 2009. p. 2309-2319.

BARROSO, A. G. C.; ABREU, L. M. de; BEZERRA, M. A. A.; IBIAPINA, S. L. D.; BRITO, H. B. de. **Transtornos mentais**: o significado para os familiares. Universidade de Fortaleza, 2004. p. 99-108.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social**: fundamentos ontológicos. 4. ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

BARROS, Márcia Maria Mont' Alverne de. **Prática de Saúde Mental em Sobral - CE**: o discurso do sujeito coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares. 2008. 253 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

BASTOS, Evelyne Nunes Erverdosa. **Estratégias técnicas e políticas para manutenção ou transformação do modelo assistencial em saúde mental**: Urgências Psiquiátricas um refúgio sem saída? 2009. 208f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

BELLO, Luis Alfonzo. Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. In: RONZANI, Telmo Mota, LAPORT, Tamires Jordão (Orgs.). **Redes de atenção aos usuários de drogas**: políticas e práticas. São Paulo: Cortez, 2015.p. 17- 39.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Redução de Danos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **Política Nacional sobre drogas**. In: SENAD. 2005. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br/>>. Acesso em 07 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.3088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº130 de 26 de janeiro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: Cebrid/ Unifesp, 2002.

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte: PUCMinas, 2005. p. 11-27.

CARVALHO, Jonatas Carlos de. **Regulamentação e criminalização das drogas no Brasil: a comissão nacional de fiscalização de Entorpecentes**. Rio de Janeiro: Editora Multifoco, 2013.

CAVALCANTE, Regina Cláudia Barroso. **Políticas Públicas sobre Drogas: labirinto entre a marginalidade e a cidadania**. 2008. 110f. Dissertação (Mestrado acadêmico em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, 2008.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: RONZANI, Telmo Mota, LAPORT, Tamires Jordão (Orgs.). **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015. p. 41-66.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 171-197.

_____. Drogas: o desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, Gilberta (Org.). **Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 165-181.

DELGADO, P. G. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; CORDEIRO, F.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; PÓRTO, K.; MARTINS, R.; GRIGOLO, T. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-79.

DEVERA, Disete; COSTA- ROSA, Abílio. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformação na legislação, na ideologia e na práxis**. Revista de Psicologia da UNESP, v.06, n.01, 2007.

ESMERALDO FILHO, C. E.; MARTINS, D. L.; QUINDERÉ, P. H. D.; ALBUQUERQUE, R. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; SOUSA, F. S. P. de. Construção da rede de saúde mental no município de Fortaleza. In: OLIVEIRA, Lúcia Conde de; ÁVILA, Maria Marlene Marques; MAIA, Lúcia de Fátima Rocha Bezerra (Orgs.). **Organização dos serviços de saúde no Ceará**. Fortaleza: EdUECE, 2012. p. 129-154.

FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Editora PUCMinas, 2005. p. 257-290.

FIORI, José Luis. **O vôo da coruja**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil**. Estudos de Sociologia, v.1, nº 18, mar. 2013.

FORTALEZA. **Manual das Estruturas da Reforma Administrativas**. 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na Idade clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. **A política antidrogas brasileira: velhos dilemas**. Psicologia e Sociedade. v. 20, n 2, 2008.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; MAIA, R. C. F.; OLIVEIRA, L. C. de; MORAIS, A. P. P. ; LIMA, M. P. de O.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. dos. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.4, Rio de Janeiro/ July 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

ISRAEL-PINTO, Alexandre. **O uso de substâncias psicoativas**: história, aprendizagem e autogoverno. 2012. 96 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EdUFBA, 2008.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n. 2, Rio de Janeiro Mar./Apr., 2007.

KARAM, Maria Lúcia. Legislação brasileira sobre drogas: história recente - a criminalização da diferença. In: ACSELRAD, Gilberta. (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, aids e direitos humanos. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005. p. 155- 164.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública da saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo S. Carneiro. **História da Política de Drogas no Brasil**. História Ciência e Saúde, Manguinhos, v. 14, n. 3, Rio de Janeiro, jul./set., 2007.

MACHADO, Letícia Vler; BOARINI, Maria Lúcia. **Políticas sobre drogas no Brasil**: a estratégia de redução de danos. Psicologia, Ciência e Profissão, v. 33, n. 3, Maringá, 2013.

MACRAE Edward. SIMÕES, Júlio Assis. **O uso da maconha entre camadas médias**. Salvador: EDUFBA, 2004.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONTESUMA, Francisca Gomes; MOURA FÉ, M. A. B.; GOMES, S. C. C.; FERNANDES, T. C. de L.; SAMPAIO, J. J. C. Saúde pública no Ceará: uma sistematização histórica. **Cad. ESP**, Ceará, 2(1): 6-19, jan./jun. 2006.

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de; MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **Asilo de Alienados São Vicente de Paula no Ceará do Século XIX**: entre Fontes e Teoria. O Público e o privado, n. 13. Janeiro/Junho, 2009.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

PARANHOS-PASSOS, Fernanda; AIRES, Suely. **Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico**: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Revista Saúde Coletiva, v. 23, n. 01, Rio de Janeiro, 2013.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, v.11, n. 2, Rio de Janeiro, 2004.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PERDUCA, Marcos. Vamos criminalizar a proibição. In: ACSELRAD, Gilberta (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 51-63.

PONTE, Sebastião Rogério. **Fortaleza Belle Époque**: reforma urbana e controle social. 4. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2010.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos. **O processo saúde-doença e a dependência química**: interfaces e evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 25 n. 2, 2009.p. 203-211.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias. **Atenção à saúde mental no município de Sobral**: interação entre os níveis de complexidade, composição das práticas e serviços. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

_____. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica**: dispositivo para um cuidado integral do usuário. 2013. 232 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 15-73.

RIGOTTO, R. M.; TEIXEIRA, A. C. A.; PINHEIRO, C. H. L.; TÓFOLI, L. F.; GODOY, M. G. C.; CAVALCANTE, N.; MACIEL, R. H. M. de O. **Análise das condições**

organizacionais e de seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará. Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Fortaleza, 2007.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. B.; TÓFILO, L. F.; RUSH, B. R. Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. In: RONZANI, Telmo Mota, LAPORT, Tamires Jordão (Orgs.). **Redes de atenção aos usuários de drogas:** políticas e práticas. São Paulo: Cortez, 2015.p. 85-105.

RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A. da; COLUGNATI, F. A. B. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: LAPORT, T. J.; MOTA, D. C. B.; RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A. da (Orgs.). **Redes de Atenção aos usuários de drogas:** políticas e práticas. São Paulo: Cortez, 2015. p. 41-66.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; SANTOS, Antônio Weimar Gomes dos. A experiência do centro de atenção psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 127- 134.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social:** particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2013.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma Psiquiátrica Brasileira:** perspectivas humanistas e existenciais. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

VINADÉ, T. F. Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro. In: MINOZZO, F.; FRANÇA, S. P. (Orgs.). **A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde:** módulo 7. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2009. p. 63-73.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ZALUAR, Alba. Drogas, Contexto Cultural e Cidadania. In: INEM, Clara Lúcia e ASCELRAD, Gilberta. **Drogas:** Uma Visão Contemporânea: I Jornada sobre Toxicomania/ do NEPAD, UERJ. Rio de Janeiro: Imago,1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Intervenções da política de saúde mental para usuários de substâncias psicoativas: das políticas às práticas cotidianas”**, desenvolvida por Eveline de Sousa Landim, discente do Mestrado Acadêmico Serviço Social, Trabalho e Questão Social da Universidade Estadual do Ceará - UECE, sob orientação da Professora Dra. Maria Cristina de Queiroz Nobre e do Coorientador Professor Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

O objetivo central do estudo é analisar a política de saúde mental implementada pela Rede de Atenção Psicossocial para os usuários de substâncias psicoativas no município de Fortaleza, tendo como parâmetro os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Esta pesquisa trará como benefícios o conhecimento procedente para fortalecer a política de saúde mental destinada aos usuários de substâncias psicoativas no âmbito municipal, além de desenvolver alternativas para melhorar os serviços e empoderar a sociedade da realidade vivenciada pela política de saúde psicossocial para os usuários de substâncias psicoativas. A sua participação na pesquisa envolve risco mínimo, uma vez que não prevê nenhum procedimento invasivo. O possível risco está relacionado à exposição e discussão de suas opiniões e conhecimentos, porém evitaremos ou minimizaremos qualquer situação de desconforto ou constrangimento. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista, a mesma será gravada se houver sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de, aproximadamente, 01 hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e os devidos orientadores. Assim serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, como qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. O material será armazenado em local seguro por pelo menos 5 anos. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você

poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através do telefone de contato da pesquisadora/aluna Eveline de Sousa Landim (85) 89487636, e-mail: evelinelandim@yahoo.com.br, assim como pela professora pesquisadora-orientadora Dra. Maria Cristina de Queiroz Nobre ou pelo professor Dr. Coorientador Paulo Henrique Dias Quinderé e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, para esclarecimentos sobre questões éticas, no endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1.700, Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, fone 3101.9890.

Ressaltamos que este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o/a participante da pesquisa e outro para arquivo da pesquisadora. Tendo sido informado (a) sobre a pesquisa acima descrita, concordo em participar da mesma, de forma livre e esclarecida.

Nome do participante da pesquisa: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Data ____/____/____

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Nº da Entrevista: _____

Data da Entrevista: _____

Local da Entrevista: CAPS AD/SR I () CAPS AD/ SR II () CAPS AD SR III () CAPS AD SR IV () CAPS AD SR V () CAPS AD SR VI ()

1. Identificação:

*Idade: _____

*Sexo: Masculino () Feminino ()

*Estado Civil: Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado ()

*Ano de formação: _____ Instituição de Formação: _____

*Tempo de atuação profissional: _____

*Primeira atuação na rede assistencial aos usuários de substâncias psicoativas:

Sim () Não ()

*Tempo de atuação profissional na rede assistencial aos usuários de substâncias psicoativas:

*Regime de trabalho: Servidor () Celetista () Terceirizado () Outros () _____

2. Entrevista

1. Quais os objetivos dos CAPS AD? Comente um pouco.
2. Este CAPS AD presta atendimento na lógica de redução de danos? Exemplifique.
3. Na sua compreensão, o que é Redução de Danos?
4. O serviço oferece cuidados individualizados? Exemplifique.
5. Qual a modalidade (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) o serviço oferece? E como é essa oferta?
6. E o cuidado e acolhimento aos familiares é oferecido pelo serviço? De que forma?
7. Como se é trabalhado no serviço a reinserção social dos usuários?
8. Você considera que Fortaleza está efetivando a Política de Saúde Mental para os usuários de substâncias psicoativas?

ANEXOS**ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INTERVENÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA OS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: DAS POLÍTICAS ÀS PRÁTICAS COTIDIANAS

Pesquisador: Eveline de Sousa Landim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40600215.0.0000.5534

Instituição Proponente: Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.138.612

Data da Relatoria: 30/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto em que serão analisadas leis e realizadas entrevistas com clientes de serviços da rede assistencial a usuários de substâncias psicoativas e com profissionais e coordenadores desses serviços.

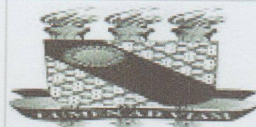
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a política de saúde implementada pela RAPS para os usuários de substâncias psicoativas no município de Fortaleza, tendo como parâmetro os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Objetivo Secundário:

Compreender o processo de constituição e implementação da política de saúde na atenção psicossocial para os usuários de substâncias psicoativas no município de Fortaleza; Aprender a organização da RAPS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.138.612

no município de Fortaleza para os usuários de substâncias psicoativas; Analisar as ações desenvolvidas pela RAPS para os usuários de substâncias psicoativa no município de Fortaleza.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos, bem explicitados no protocolo e TCLE (constrangimento ao o participante responder alguma questão, pequena possibilidade de identificação dos participantes). Os benefícios são evidentes e se referem a um melhor

entendimento de como funciona o sistema de saúde mental a usuários de substâncias psicoativas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante socialmente e cientificamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 05 de Julho de 2015

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

ANEXO B – DECLARAÇÃO COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P396070/2014**

Título do Projeto de Pesquisa: **INTERVENÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA OS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: DAS POLÍTICAS ÀS PRÁTICAS COTIDIANAS.**

Pesquisadoras Responsáveis: **EVELINE DE SOUSA LANDIM E MARIA CRISTINA DE QUEIROZ NOBRE.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 20 de maio de 2015.

Maria Ivanília T. Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde