



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**CAMPUS REGIONAL DO VALE DO IVAÍ**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**



**BRUNA BELO DE SOUZA UEKI**  
**JÉSSYCA RAYANE DE MORAES**

**ATENDIMENTO AO USUÁRIO DE DROGAS NO MUNICÍPIO**  
**DE IVAIPORÃ:**  
**UMA ABORDAGEM A PARTIR DO CAPS**

BRUNA BELO DE SOUZA UEKI  
JÉSSYCA RAYANE DE MORAES

**ATENDIMENTO AO USUÁRIO DE DROGAS NO MUNICÍPIO  
DE IVAIPORÃ:  
UMA ABORDAGEM A PARTIR DO CAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá – UEM, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silva.

Ivaiporã  
2017

BRUNA BELO DE SOUZA UEKI  
JÉSSYCA RAYANE DE MORAES

**ATENDIMENTO AO USUÁRIO DE DROGAS NO MUNICÍPIO  
DE IVAIPORÃ:  
UMA ABORDAGEM A PARTIR DO CAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá – UEM, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Rafael da Silva  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Prof.  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Profa.  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Ivaiporã, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, que permitiu que este momento fosse vivido por mim, por ter me concedido saúde e determinação para vencer essa etapa da minha vida, pois não foi fácil enfrentar quatro anos de universidade.

Ao meu marido, João Henrique, por ter tido paciência e compreensão nesses anos. Muito obrigada por ter apoiado nos momentos mais difíceis, ter enxugado minhas lágrimas quando não estava mais aguentando, só tenho a agradecer a você, por tudo que fez e faz por mim, amo você!

À minha mãe, Nilza Iolanda Belo de Souza, a mulher mais guerreira, mais maravilhosa que conheço e que amo nessa vida. Obrigada por ter aguentado as encheções de saco, os pedidos de favores, pelas vezes que não mediu esforços para realização do meu sonho, por nunca ter me deixado desistir dos meus objetivos. Sou extremamente orgulhosa por ser sua filha, e mais uma vez obrigada por tudo, saiba que te amo infinitamente.

Ao meu pai, Joel Moreira de Souza, o homem mais íntegro e honesto que conheço. Obrigada pelas correrias que fez comigo, pela determinação e luta na minha formação, pelos seus ensinamentos e valores passados. Obrigada, Pai, te amo.

Aos demais familiares, que sempre me apoiaram e entenderam a minha ausência em alguns momentos, principalmente minha prima, Mare Belo, pela ajuda constantemente. Sou muito grata a vocês, amo todos vocês.

A todos os meus amigos o meu muito obrigada, em especial, minha parceira de anos Dani Luqui, que sempre esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis que mesmo longe, sempre me apoiou, saiba que você não é só uma amiga é minha irmã.

Ao professor e orientador, Rafael da Silva, muito obrigada por nos ter nos aceitado como suas orientandas, pela sua paciência, sua ética profissional,

compreensão e atenção dedicada a esse trabalho, como professor durante o processo formativo e pelo ensinamento que nos foi passado. Sou imensamente grata por tudo, tenho muita admiração pelo senhor.

A todos os excelentes professores que contribuíram com a minha formação, não somente como profissional, mas também pessoal. Tenho muito orgulho de dizer que fui aluna de vocês. Cada compartilhamento, experiência trouxe uma realidade significativa na minha vida, e me tornou um ser humano melhor, com uma visão mais crítica da realidade. Quero que saiba que tenho muito carinho por cada um de vocês. Muito obrigada por tudo.

À minha turma de faculdade, obrigada, em especial, às minhas amigas, Bruna Nayara, Daiane Kobayashi, Joice Dias, Renata Furtado e Sulamita Luchtenberg, o meu muito obrigada de coração por tudo que vocês fizeram por mim. Saiba que vocês tem um lugar muito especial na minha vida, vou sentir falta de todas.

À minha grande parceira, amiga, Jéssyca Moraes, a qual sou muito admiradora da pessoa que você é, e sou imensamente grata em ter você na minha vida, por ter me aturado, me escutado, pela imensa paciência, a força diária que partilhamos nesses quatro anos. Sei que não foi fácil, mas juntas vencemos cada obstáculo e saímos deles mais fortalecidas. Obrigada por tudo, amiga.

E, por fim, agradeço de coração a todos envolvidos, que indiretamente ou diretamente me auxiliaram no processo de formação. Obrigada!

Bruna Belo de Souza Ueki.

## **AGRADECIMENTOS**

Meu primeiro e mais especial agradecimento vai para a minha mãe, que sempre esteve ao meu lado como um exemplo de mãe, mulher e amiga, me dando forças nos momentos em que pensei em desistir. Dona Margarida Honorato, esse trabalho só foi possível pela sua presença em minha vida. Muito obrigada por não desistir de mim. E saiba que gostaria de ter pelo menos um pouquinho de sua generosidade, bondade e do seu coração, te amo mãe.

À minha família, que depositou todas as expectativas em mim, meus irmãos mais velhos que mesmo que inconscientemente estiveram sempre me mandando energias positivas e querendo sempre o meu melhor. Sei que este não é um sonho individual meu, é de vocês também, Jocy, Nina, Karine e Nato. Muito obrigada por tudo e amo vocês, seus chatos. Também agradeço a minha pequena grande família formada por criancinhas bagunceiras, meus sobrinhos, que muitas vezes me viram como exemplo, e que muitas vezes não me veem por eu estar estudando. Amo vocês, Laura, Isadora, Alice, Wendy, Anna Lua, Anna Júlia, Anna Laura, Lívia, Anna Sophia, Helena, Samuel, Heitor e Sarah, vocês podem não perceber mas me fazem muito feliz. Agradeço também ao meu pai, que me ajudou financeiramente nos momentos em que precisei. Muito obrigada.

Ao meu namorado, Nilson, que esteve ao meu lado em todos os momentos que precisei, que me possibilitou a realização de muitos desejos e muitas felicidades. Com certeza sem você eu não chegaria até aqui. Te amo.

A graduação foi um momento de muita dificuldade, muitos desafios e com vocês, esse momento ficou muito mais leve e tranquilo. Agradeço a vocês, minhas grandes amigas, que ficaram pra sempre marcadas em meu coração, como um rastro de alegria, felicidade e descontração. Muito obrigada meninas, Sulamita, Joice, Bruna Nayara, Renata e Daiane Nascimento.

O sonho da graduação é um pouco mais longo para você e eu. Nossa amizade ultrapassou cidades e faculdades. Há cinco anos amigas e se tudo der certo, nos próximo cinquenta. Muito Obrigada Daiane Kobayashi, por estar presente em minha vida, sempre escrevo isso, mas irei repetir. Sou grata a Deus por ter colocado você em minha vida.

O círculo de amizades verdadeiras tem você no centro com certeza. Uma menina que tem como características a sinceridade. Carina, são muitos anos de amizade, passamos por muitas coisas juntas, momentos difíceis e momentos alegres. Muito obrigada por estar presente, mesmo que um pouco distante da minha vida. Nossas conversas sempre me fazem esquecer um pouco da realidade. Gosto muito de você. E sim, não sou uma pessoa rancorosa.

Ao longo desse trabalho, tiveram pessoas importantíssimas que possibilitaram o acontecimento deste. A família Belo, deixo o meu muito obrigada, vocês foram demais. Obrigada Nilza e Joel, em especial, por ter trazido ao mundo essa filha espetacular de vocês.

Ah Bruna Belo, você é demais! Agradeço a Deus por ter colocado você no meu caminho, e por ser essa parceria top. Trilhamos esse caminho juntas e com certeza ele ficou mais alegre e engraçado por ter você. Obrigada por me compreender sempre. Amo você, essa amizade vai ultrapassar essa graduação com certeza.

Agradeço também aos professores que estiveram presentes nessa graduação, obrigada por transmitir seus saberes a nós. Em especial, ao meu orientador Rafael da Silva, que nos orientou com toda sua sabedoria e inteligência como trilharíamos nosso caminho. Tenho orgulho de tê-lo como orientador.

Jéssyca Rayane de Moraes

A persistência é o menor caminho do êxito

Charles Chaplin

UEKI, Bruna Belo de Souza; MORAES, Jéssyca Rayane de. **Atendimento ao usuário de drogas no município de Ivaiporã**: uma abordagem a partir do CAPS. 2017. 90 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual de Maringá, Ivaiporã, 2017.

## **RESUMO**

As drogas e seu consumo ocorrem em todo o mundo. Seu uso pode trazer consequências individuais e sociais, tornando-se assim um problema que envolve toda a sociedade. O tratamento para estes usuários devem ocorrer de forma natural, possibilitando a eles o convívio com a família e com a sociedade, negando assim os modelos de tratamento anteriores à Reforma Psiquiátrica. A fim de compreender melhor o tratamento no município de Ivaiporã-PR, este estudo qualitativo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município. Teve como objetivo identificar as ações realizadas pelos profissionais da instituição no tratamento dos usuários. A coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas e, a partir deste observou-se que os atendimentos realizados no CAPS de Ivaiporã pouco ocorrem, devido a diversas dificuldades existentes na instituição.

**Palavras-chave:** Consumo de Drogas. CAPS. Atendimento.

UEKI, Bruna Belo de Souza; MORAES, Jéssyca Rayane de. **ASSISTANCE TO THE USER OF DRUGS IN THE CITY OF IVAIPORÃ: AN APPROACH BASED ON THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER**. 2017. 90 p. Final Paper (Degree in Social Work) – State University of Maringá, Ivaiporã, 2017.

### **ABSTRACT**

Drugs and their consumption occur all over the world. Their use can have individual and social consequences, thus they become a problem that involves the entire society. The treatment for these users should occur naturally, enabling them to live with the family and society, and denying treatment models prior to the psychiatric reform. In order to better understand the treatment in the city of Ivaiporã, this qualitative study was developed in the Psychosocial Care Center (CAPS) in the city. It aimed to identify the actions taken by the institution's professionals in the treatment of users. Data have been collected by means of semi-structured interviews, and from them it was observed that the assistance provided in the CAPS of Ivaiporã does not occur very often, it happens due to several difficulties in the institution.

**Keywords:** Consumption of Drugs. CAPS. Assistance.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de CAPS por tipo.....	39
Quadro 2–Distribuição dos usuários de acordo com característica sociodemográficas e gênero.....	41
Quadro 3 – Perfil populacional das cidades atendidas pelo CIS.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACISPAR	Associação de Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-I	Centro de Atenção Psicossocial porte um
CAPS-II	Centro de Atenção Psicossocial porte dois
CAPS-III	Centro de Atenção Psicossocial porte três
CAPS-i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISA	Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Única de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNODC	Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 A DEPENDÊNCIA DE DROGAS COMO PROBLEMA PÚBLICO: EFEITOS INDIVIDUAIS E SOCIAIS.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 CLASSIFICAÇÕES DAS DROGAS .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 OS EFEITOS DAS DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS NO ORGANISMO.....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 OS EFEITOS SOCIAIS CAUSADOS PELO USO DE DROGAS.....</b>	<b>23</b>
<b>2.4 HISTÓRICO DO COMBATE ÀS DROGAS NO BRASIL.....</b>	<b>27</b>
<b>2.5 CONSUMO DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ.....</b>	<b>30</b>
<b>3 RECONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA CRIAÇÃO DOS CAPS.....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 ATUAL DESENHO INSTITUCIONAL DO CAPS.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 O CAPS E O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ (CIS) .....</b>	<b>43</b>
<b>3.3 ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS EM UM CAPS-AD .....</b>	<b>45</b>
<b>4 ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS DE IVAIPORÃ .....</b>	<b>49</b>
<b>4.1 CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....</b>	<b>49</b>
<b>4.2 ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS DE IVAIPORÃ .....</b>	<b>51</b>
4.2.1 Função do CAPS no atendimento de dependentes químicos .....	51
4.2.2 A dependência química sem o internamento .....	53
4.2.3 Parcerias entre os CAPS e outras instituições, consórcio intermunicipal e quadro de funcionários de atual .....	58
4.2.4 Sobre o atendimento aos dependentes químicos e atividades de desenvolvidas .....	62
4.2.5 Os profissionais do CAPS veem preparados para trabalhar com os dependentes químicos .....	72
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS: .....</b>	<b>79</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A questão das drogas tem sido uma problemática que afeta grande parte da população, e sua dependência é um grave problema social. Seu uso pode trazer consequências graves, tanto individuais sendo elas patologias como câncer, intoxicações, transtornos mentais como esquizofrenia etc, bem como problemas sociais, como acidentes, principalmente no caso do álcool, e também o crime organizado, que existe como consequência da oferta de drogas. Ademais, o dependente químico pode perder vínculos familiares, sociais e até mesmo empregatícios.

Os dependentes químicos muitas vezes são estigmatizados por parte da sociedade e isso ocorre por questões implícitas ao uso de drogas. Atualmente, pós Reforma Psiquiátrica, os dependentes químicos contam com uma instituição pública e gratuita na qual os mesmos podem buscar atendimento, essa instituição é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dentro da instituição o usuário encontrará o apoio necessário para a questão do tratamento, haja vista que esta possui uma equipe multiprofissional, que possibilita ao dependente químico o tratamento psicológico, medicamentoso, entre outros tipos de serviços.

O interesse pelo tema surgiu a partir do estágio supervisionado de uma das autoras. No ano de 2016, durante seis meses de estágio curricular no CAPS do município de Ivaiporã-PR, observando os acolhimentos realizados pela assistente social da região, foi identificada a necessidade de investigar como funciona os atendimentos aos dependentes químicos, no CAPS do município de Ivaiporã-PR. Dessa maneira, tem-se o problema de pesquisa: Como funciona o atendimento aos dependentes químicos no CAPS de Ivaiporã-PR.

Estabeleceu-se como objetivo geral: Estudar e avaliar o atendimento de dependentes químicos no CAPS de Ivaiporã-PR. Os objetivos específicos deste trabalho são: I) investigar dependência de drogas como problema público: seus efeitos individuais e sociais; II) conhecer a história de combate às drogas; III) Saber sobre o quadro atual do consumo de drogas; IV) elaborar uma reconstituição histórica da criação dos CAPS; V) conhecer seu atual desenho institucional dos

CAPS; VI) fazer o estudo e avaliação empírica do atendimento dos dependentes químicos no Município de Ivaiporã a partir do CAPS.

Esse trabalho está estruturado da seguinte forma: O primeiro capítulo faz uma breve abordagem sobre o tema drogas, sua classificação, suas consequências individuais e sociais, as legislações sobre drogas, inclusive a política de redução de danos. Também apresenta um breve contexto sobre o uso de drogas no município de Ivaiporã-PR.

O segundo capítulo aborda o contexto histórico sobre a criação do CAPS, passando pelo atendimento aos transtornos mentais antes e posterior à Reforma Psiquiátrica. Também contextualiza os CAPS existentes no país, explicando como funciona cada modalidade e, apresenta uma breve contextualização sobre o Consórcio Intermunicipal de Saúde, órgão este que gerencia o CAPS.

O terceiro capítulo foi elaborado a partir da pesquisa de campo, onde foram entrevistados os profissionais do CAPS, e os mesmos descreveram como funciona o atendimento aos dependentes químicos.

O último capítulo do trabalho apresenta as considerações finais, descrevendo quais os resultados obtidos a partir da pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo.

## 2 A DEPENDÊNCIA DE DROGAS COMO PROBLEMA PÚBLICO: EFEITOS INDIVIDUAIS E SOCIAIS

Por droga, entende-se toda e qualquer substância que ao chegar ao organismo produz sensações e efeitos que este não consegue produzir. Ou seja, as drogas quando consumidas modificam as ações cerebrais, podendo trazer sensações de prazer, euforia, serenidade etc. Segundo Dallo et al. (2013) o uso constante e abusivo das drogas pode levar o usuário a ter prejuízos cerebrais irreparáveis, como a destruição de neurônios, prejuízos psíquicos e complicações que chegam por meio de doenças graves.

É preciso destacar, que, o uso de substâncias psicoativas, não é um fato deste século, existem evidências robustas de que o uso foi algo comum em várias civilizações e culturas. As drogas eram utilizadas para finalidades diversas e são destacadas ao longo da história. Cada povo tem sua cultura e suas peculiaridades no uso e no cultivo dessas drogas, que foram e são utilizadas de diferentes formas, que vão desde o aprimoramento físico, remédios para a cura das mazelas que atingiam as civilizações, até para a busca da sensação de humor, paz ou excitação.

Porém, o uso de drogas no Brasil e no mundo, superou as barreiras religiosas e culturais, e passaram a trazer consequências sociais e econômicas, deixando de ser uma questão individual e passando a ser uma problemática generalizada, afetando a todos de uma sociedade, alcançando todas as classes sociais.

De acordo com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) (2017), aproximadamente 250 milhões de pessoas usavam drogas em 2015 no mundo, desse total, cerca de 29,5 milhões, ou seja, 0,6% da população adulta global usavam drogas de forma problemática<sup>1</sup>, apresentando transtornos relacionados ao consumo, incluindo a dependência.

---

<sup>1</sup> O uso de drogas pode ser considerado problemático, por muitas vezes os usuários tornarem-se dependentes rapidamente, gerando diversas expressões da questão social como desemprego, violência familiar, falta de saúde etc., além de o usuário buscar capital financeiro para o custeio da droga através de atos ilícitos.

Ao pensar em drogas e no usuário de drogas, se pensa em destruição, degradação, criminalização, marginalização etc. É algo diretamente relacionado ao crime, pela sociedade em geral. Isso ocorre porque o uso constante da droga pode levar ao descontrole por parte do usuário, tornando-o um escravo da substância e se submetendo a práticas ilegais para manter o consumo.

## 2.1 Classificações das Drogas

As drogas são classificadas em dois grandes grupos: drogas lícitas e ilícitas. Por drogas lícitas temos, por exemplo, o álcool, o tabaco, a cafeína e a maioria dos medicamentos que são usados de forma legal, em torno destes produtos existem forte informação e divulgação sobre essas substâncias. Essas informações são veiculadas pela mídia estrategicamente para estimular o consumo, principalmente quando se trata do tabaco e o álcool. O marketing e a propaganda sobre essas substâncias faz parecer que elas não causam prejuízos àqueles que as usam, aparenta que essas são apenas mais uma mercadoria a ser consumida, e que pode gerar *status* positivos. Assim, tem-se como resultado que cerca de 64% dos homens e 39% das mulheres na fase adulta já consumiram o álcool.

As drogas ilícitas são aquelas que chegam aos usuários de forma clandestina, a comercialização, plantio e importação são proibidas. O Decreto de lei nº 79.388 de 1977, elaborado após a convenção de Viena em 1971, estabeleceu quais as substâncias proibidas em todo o território nacional, são elas: anfetaminas, metanfetaminas, metilfenidato, fenciclidina, pipradol, entre outras (BRASIL,1977). Alguns exemplos de drogas com esse tipo de substâncias tem-se a maconha, cocaína, crack, inalantes como, “lança-perfume”, drogas sintéticas como LSD<sup>2</sup> etc. As drogas podem ser classificadas também de acordo com seu efeito no organismo, como perturbadoras, depressoras e estimulantes<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> LSD é a sigla de *Lysergsäurediethylamid*, palavra alemã para a dietilamida do ácido lisérgico, que é uma das mais potentes substâncias alucinógenas conhecidas.

<sup>3</sup> As drogas perturbadoras são: Maconha, Alucinógenos, LSD, etc. As estimulantes: Anfetaminas, cocaína, crack, nicotina, cafeína. As depressoras: álcool, sedativos e inalantes (DALLO, Luana. et al., 2013, p. 27080).

O UNODC em 2016, fez um levantamento sobre o consumo de drogas no mundo, uma a cada 20 pessoas entre 15 e 64 anos fez uso de pelo menos algum tipo de droga no ano de 2014, cerca de 12 milhões de pessoas usam drogas injetáveis. Abaixo estão descritas as cinco principais drogas ilícitas, mais consumidas pela população mundial:

Em primeiro lugar tem-se a maconha, que é a droga ilícita mais comumente usada no mundo, sendo que 7% da população adulta e 4% dos adolescentes já experimentaram a droga. Sua origem vem da África, sendo uma planta com grandes folhagens, com o nome científico de *cannabis sativa*. Sempre foi muito utilizada em rituais religiosos, a folha da planta contém um componente chamado de *delta-9-tetrahidrocanabino*, substância responsável por seus efeitos e, normalmente é fumada como um cigarro (baseado). Da espécie *cannabis sativa* se obtém o cânhamo e diversas drogas alucinógenas, como o haxixe. Seus efeitos são psicoativos e psicodélicos podendo ser consumido tanto as folhas como as flores (KRAMER, 2009).

O crack é a segunda droga ilícita mais consumida. É uma droga bastante consumida em lugares públicos, esses ambientes estão sempre sendo alvos de grande polêmica, e divulgados pela mídia, como lugares sem nenhuma segurança. Tem como principal matéria prima a pasta base de cocaína, misturada a outras substâncias como: soda cáustica, bicarbonato de sódio e água, pode-se dizer que é uma versão barata da mesma. O consumo é feito a partir da inalação da fumaça através de um cachimbo improvisado. Seus efeitos provocam euforia e paranoia extrema, deixando o usuário facilmente viciado, até mesmo no primeiro uso. Crack é uma droga fatal, e pode provocar a morte do consumidor em até cinco anos após a inalação constante (KRAMER, 2009).

A cocaína ocupa o terceiro lugar, e, 4% da população adulta e 3% dos adolescentes já usaram a droga, sendo bem conhecida pelas pessoas por ser obtida através da folha da planta coca. O consumo ocorre desde os tempos Incas na América Latina tornando-se um hábito entre os moradores da região, os trabalhadores da época mastigavam a folha da coca para conseguir aumentar sua carga horária de trabalho, pois a planta dispersava o sono, a fome, o frio e o cansaço. O consumo mais comum é feito por meio da aspiração pelas vias nasais, também pode ser injetado diretamente na corrente sanguínea. Por ser um grande

estimulante do sistema nervoso, suas principais consequências são paranoia e espasmos que duram de 20 minutos até várias horas (KRAMER, 2009).

O *ecstasy*, uma droga sintética, também conhecida como a droga do amor é a quarta droga mais consumida no mundo, tendo sido criada em laboratório em 1912 e começou a ser comercializada como droga nos anos 1980. Sua principal característica é a sensação de felicidade, amor e relaxamento fazendo o usuário se sentir nas nuvens. O consumo da droga é variado, pode ser em forma de pó, comprimido, injetável, e, a duração dos efeitos é de quatro a doze horas. É comumente consumida por classes sociais mais altas, por ser uma droga cara, e por isso, para alguns perde o sentido de droga (KRAMER, 2009). Esta afirmação ocorre, pois, os dependentes químicos são rotulados por grande parte da sociedade como indivíduos pobres, de caráter duvidoso etc., quando o uso é feito por um integrante de uma classe social mais alta, a substância já não é considerada vício, é considerado um uso ocasional, que não gera consequências negativas.

Em quinto lugar ficam as anfetaminas, que são usadas na saúde para o tratamento de hiperatividade e para redução do apetite, entretanto, essa droga causa estímulos à dopamina e serotonina, substâncias que provocam o bem-estar ou bom humor no corpo humano. Sensações de alegria intensa e alívio do cansaço físico são uns dos maiores atrativos para os usuários. Pessoas que precisam ficar acordadas a noite como, por exemplo, motoristas, vigias etc., fazem parte do grupo de consumidores (KRAMER, 2009).

Ao classificar as drogas, vê-se que as mesmas trazem efeitos positivos aos usuários, e embora os efeitos sejam momentâneos, são procurados pelos seus consumidores para efeitos relacionados à sensação de prazer, amor, felicidade, calma, agitação, vigília. O início do uso da droga pode esconder problemas sociais, dentro da família, dentro do mercado de trabalho, na sociedade. A procura pelo uso da droga pode estar atrelada à busca do usuário de fugir da realidade.

Outro ponto a se pensar é o fato de existir uma divisão interna no uso de drogas, existem substâncias para as classes subalternas e existem para as classes mais abastadas.

O crack e a maconha são drogas baratas, de péssima qualidade, com componentes em sua fabricação que trazem efeitos maléficos a quem a consome, todo o tipo de rejeito é colocado nesse tipo de droga, para que ela se torne cada vez mais barata, e assim gerar mais lucro a quem a vende, e desta forma as pessoas de

classe baixa, com poder aquisitivo menor, conseguem consumi-la. Já a cocaína, quando ofertada para usuários de classe inferior, também é modificada com vários tipos de substâncias, como: bicarbonato de sódio, cal, lâmpadas fluorescentes moídas etc. As mesmas drogas podem ser ofertadas para as classes mais altas de forma mais pura e mais cara, o *ecstasy*, por exemplo, é uma droga geralmente consumida pela classe alta, pois pelo fato de ser uma droga cara, nem todos tem acesso a ela, por falta de poder aquisitivo.

A pensar dessa maneira, já se quebra a aparência de que as drogas são consumidas somente pela população pobre. Indivíduos pertencentes às classes altas também são usuários de drogas, porém são drogas mais sofisticadas, mais caras, mais puras, e diferentemente do que acontece com a classe subalterna, a mídia não apresenta muitas informações sobre esse tipo de usuário, o que faz parecer com que eles nem existam.

## 2.2 Os Efeitos das Drogas Lícitas e Ilícitas no Organismo

Algumas drogas podem causar dependência instantânea, a partir do primeiro uso. Assim que o usuário se torna dependente da substância psicoativa, as atividades como trabalho, lazer, vínculos familiares, são abandonados, e o uso da substância passa a ser prioridade na vida dele.

Segundo considerações de saúde pública, sociais e educacionais, uma publicação da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) através de seu portal na internet, distingue os usuários em quatro tipos:

**Usuário experimental** ou **experimentador**: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, por diversos motivos, como curiosidade, desejo de novas experiências, pressão de grupo etc. Na grande maioria dos casos, o contato com drogas não passa das primeiras experiências.

**Usuário ocasional**: utiliza um ou vários produtos, de vez em quando, se o ambiente for favorável e a droga disponível. Não há dependência, nem ruptura das relações afetivas, profissionais e sociais.

**Usuário habitual** ou "**funcional**": faz uso frequente de drogas. Em suas relações, já se observam sinais de ruptura. Mesmo assim, ainda "funciona" socialmente, embora de forma precária e correndo riscos de dependência.

**Usuário dependente ou disfuncional:** (dependente, toxicômano, drogadito, dependente químico), vive pela droga e para a droga, quase que exclusivamente. Como consequência rompe os seus vínculos sociais, o que provoca isolamento e marginalização, acompanhamentos eventualmente de decadência física e moral.

As drogas lícitas como álcool e a nicotina, aparentemente não são nocivas ao organismo, no entanto, podem causar dificuldades motoras, perda de memória e pode gerar alguns tipos de câncer como: câncer de boca, câncer de faringe, câncer de laringe, câncer de esôfago, câncer de fígado, câncer colorretal e câncer de mama, o risco de câncer aumenta, se o uso do álcool for combinado com o uso de nicotina.

Segundo o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) (2014), o consumo de álcool é responsável por 22% do câncer no esôfago, 23% do câncer da laringe, 25% de pancreatite, 30% da cirrose hepática, além de problemas sociais envolvendo violências e acidentes de trânsito.

O cigarro, que possui a nicotina (responsável pela dependência), ao ser consumido entra diretamente no pulmão e atinge a corrente sanguínea, entrando em contato com o coração, o que acelera os batimentos cardíacos e muda o ritmo da respiração e em casos mais graves, leva os usuários a doenças graves como o câncer. É preciso destacar que dentro de um cigarro existem milhares de substâncias que fazem mal ao organismo, o jornal o Globo (2016), em uma matéria escrita por Niquitin, destaca nove delas, tais como:

**Monóxido de carbono**, um gás inflamável, poluente que impede a passagem de oxigênio pelo corpo;

**Plutônio**, uma substância radioativa usada em armas nucleares, a ingestão dessa substância propicia o mau funcionamento dos rins;

**Pesticidas**, também são usados na fabricação de cigarros e podem provocar o aparecimento de úlceras, gastrites e vários problemas no estômago;

**Nitrosaminas, policídios e metais pesados**, são os responsáveis pelo câncer de pulmão esôfago, língua, mama e próstata, ao serem ingeridos permanecem no organismo do usuário de 10 a 30 anos;

**Cianeto de hidrogênio**, é um veneno para combater cupins e baratas, é uma das substâncias presente na composição do cigarro e ao ser consumida pode provocar sufocamento, por bloquear o oxigênio no sangue;

**Benzopireno**, é uma substância utilizada no papel do cigarro, ao entrar em contato com a boca do fumante, pode causar tumores;

**Níquel**, uma substância usada na fabricação de moedas e pilhas alcalinas, quando consumido através do cigarro, a substância fica acumulada nos rins, coração pulmões, ossos e dentes, aumenta a chance do usuário desenvolver infecções respiratórias e câncer;

**Cetona**, é uma substância utilizada como removedor de esmaltes, um produto inflamável, que ao ser inalado em grandes quantidades pode causar uma intoxicação e levar a morte;

**Terebintina**, uma substância extraída de pinheiros é um diluente e removedor de tintas, a terebintina ao ser consumida pode trazer lesões no sistema nervoso.

Essas substâncias afetam a vida e a saúde dos fumantes ativos, que fazem consumo regular do cigarro, e também dos fumantes passivos, aqueles que não fumam, mas convivem com fumantes, inalando a fumaça por eles expelida. O tabagismo dessa forma não é um problema individual, é um problema que envolve pelo menos, todos a volta do consumidor.

O tabagismo é responsável por 63% dos óbitos relacionados a doenças crônicas. A percentagem sobre doenças pulmonares, 85% está relacionada ao uso do tabaco, é responsável por 30% dos óbitos causados pelo câncer e 25% dos óbitos por doenças coronárias como infarto e angina (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo é a principal causa de morte evitável.

A partir das informações descritas acima, nota-se que a nicotina e o álcool são as drogas responsáveis por um elevado número de mortes no Brasil (ROBERTA, 2011). Isso nos leva a uma inquietação. Por que as drogas lícitas não são vistas como as grandes vilãs e sim as drogas ilícitas? Essa questão pode ser respondida pelo fato do fácil acesso a essas drogas, a naturalização do uso através do marketing que associa o uso a felicidade. Andrade e Espinheira (2006) sugerem uma avaliação crítica acerca do papel da mídia em nosso cotidiano.

A todo o momento, pela via das propagandas comerciais, somos convidados a beber e as propagandas nos dizem que seremos melhores, teremos mais sorte e ficaremos mais fortes e alegres se bebermos esta ou aquela marca, este ou aquele tipo de bebida que pode ser a cerveja, o vinho, o uísque ou a cachaça, dentre outras tantas à disposição dos gostos e da capacidade aquisitiva dos consumidores (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2006, p. 4).

O uso de drogas ilícitas também causam grandes impactos ao organismo daqueles que as usam. A maconha, ao ser usada por muito tempo pode causar ansiedade, síndrome do pânico<sup>4</sup>, paranoia e diminuição da capacidade motora, transtornos psicóticos, perda de memória e déficit de aprendizagem, e, em longo prazo, o usuário pode desenvolver esquizofrenia. Sobre a maconha é importante sinalizar que uma substância da planta, o *cannabidiol*, pode ser utilizada na cura ou controle de algumas doenças como epilepsia, doença essa que causa convulsões, muitas vezes incontroláveis.

Porém, ainda não se teve nenhum estudo que provou a total eficácia da *cannabis sativa* na cura dessa doença, alguns pacientes apenas mostraram melhoras, de 15 pacientes 39% conseguiu controlar a crise com o extrato da folha de maconha. Para se fabricar o medicamento, feito da *cannabis sativa*, é necessário que a substância seja legalizada no país. Países como Holanda e Uruguai, são pioneiros na legalização da substância, no Uruguai, por exemplo, a maconha pode ser cultivada em lares e em cooperativas, e a partir do dia 19 de julho de 2017, pode ser comercializada em farmácias autorizadas pelo Estado.

É importante sinalizar, que existe um grande controle desta venda por parte do Estado, onde os consumidores devem possuir um cadastro para a compra, e tem direito a comprar uma pequena quantidade, que varia de 10 a 40 gramas mensais. Em um dispositivo instalado nas farmácias, através de leitura biométrica, o Estado é informado sobre a quantidade pela qual o indivíduo está comprando. Com este mecanismo, é possível que o país garanta a venda apenas para uruguaios, já que a venda para estrangeiros é proibida.

O uso de inalantes (*sprays*, tintas, esmaltes, cola, gasolina, entre outros) podem levar os usuários a terem lesões renais, pulmonares e cardíacas. As drogas alucinógenas como LSD, ecstasy, entre outros, podem causar complicações aos usuários por seu uso contínuo, como anorexia, infarto, cegueira, entre outras

---

<sup>4</sup> A síndrome do pânico é um tipo de transtorno de ansiedade, que ocorrem crises de desespero e medo intenso.

doenças. As drogas estimulantes são muito comuns no Brasil e são: crack, cocaína e anfetaminas, as quais levam o usuário a ter arritmias cardíacas, convulsões, surtos psicóticos e até acidentes vasculares cerebrais (ROBERTA, 2011). Além dos efeitos físicos individuais que os diversos tipos de drogas acarretam, existem efeitos sociais, e que fizeram que o tema se tornasse cada vez mais um problema público, mas não menos polêmico.

### **2.3 Os Efeitos Sociais Causados pelo Uso de Drogas**

Conforme já mencionado, as drogas ao causarem dependência podem levar seus usuários as mais variadas ações para a manutenção do consumo. Dessa maneira, a partir de uma perspectiva macro, podem deteriorar toda a estrutura de uma sociedade, os efeitos da própria droga podem levar as atividades criminosas, acidentes fatais e doenças graves. A infinidade de novas substâncias psicoativas e a velocidade com que elas têm surgido em todas as regiões do mundo é uma das tendências mais notáveis nos mercados de drogas ao longo dos últimos anos.

O uso de drogas ocorre em todas as classes sociais e todas as etnias, mas por motivos econômicos e sociais, são vistos como usuários de drogas apenas negros, e/ou aqueles que estão em situação econômica e social inferior. Isso pode ser explicado através da dependência, que muitas vezes leva os usuários a práticas ilegais, como a violência, roubos, furtos, para manter o consumo da droga, e por uma questão histórica presente no país, os negros e pobres sempre foram discriminados por sua cor e condição social. De maneira geral, esses indivíduos são colocados à margem, e excluídos do convívio social. E, nesse contexto parte da sociedade associa o uso de drogas a pobreza e criminalidade.

A questão das drogas deve ser pensada a partir de dois aspectos: o uso de drogas - que acarretam grandes problemas individuais e sociais, e também sobre a oferta da droga - o tráfico. O tráfico é um crime estabelecido pela Lei nº 11.343/2006, um crime que possui alto nível de organização, e tem se tornado cada vez mais, uma grande força econômica para os traficantes, haja vista que pode gerar diversos

outros crimes, como homicídios, furtos e roubos entre outros. Muitas vezes a “sede” do tráfico encontra-se nas regiões periféricas das cidades, localidades onde habitam muitas famílias, e que diariamente se veem refém da guerra estabelecida entre traficantes, e do confronto dos mesmos com os policiais.

O tráfico é um problema de grande magnitude para a nossa sociedade, porém essa mesma sociedade é excludente, não oferta possibilidade de sobrevivência para as famílias brasileiras, que estão cada vez mais marginalizadas, mais responsabilizadas pelas suas condições, sem o apoio do Estado, que ao invés de promover condições de vida melhores para a população, apenas oferece cortes para os orçamentos sociais. As famílias então se veem sem alternativa para sua sobrevivência, e se põem a disposição do tráfico, servindo muitas vezes como alvo das policiais, que acabam por deixar impunes os verdadeiros responsáveis por este crime.

A partir disso, é necessário ampliar o debate na sociedade, acerca da diferenciação entre usuário e traficante. Entende-se por traficante, a pessoa que ocupa o cargo mais alto, ficando conhecido como o líder do grupo, o chefe do bando. Diferentemente da miséria que vive a “mula<sup>5</sup>”, o traficante vive cercado de muito luxo e, possui grande força bélica a seu favor, além do fato de se ver intocável devido a ausência do Estado, isso faz com que o grande traficante seja respeitado pela comunidade, pois a mesma se vê refém desses indivíduos. Conforme a Lei nº 11.343 de 2006, contida no artigo 33, será considerado traficante,

Quem importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (BRASIL, 2006, p. 7).

Pensando a partir dessa perspectiva, vemos que os usuários são também vítimas deste crime, e não os responsáveis por ele. São triplamente vítimas, pois sofrem com a discriminação da sociedade, com a ação violenta dos traficantes (pois os usuários vivem em constantes ameaças, por falta de pagamento, ou qualquer ação que o traficante julgar errada), e são vítimas também da repressão policial, que

---

<sup>5</sup> Mula é o nome que se dá a pessoa usada por traficantes para transportar a droga ilegal.

no Brasil é a polícia que mais mata, em contrapartida é também a que mais morre, devido a eterna guerra repressiva contra o tráfico.

A segurança pública, em suas ações, abordam os usuários de drogas de forma extremamente violenta, com o único intuito de encarcerá-los. Na prática as políticas antidrogas não conseguem garantir os direitos humanos dos usuários, que são vistos apenas como “meliantes”. Isso ocorre devido a um histórico ruim do país, que viveu momentos de grandes repressões com as ditaduras. No período ditatorial a questão das drogas era abordada por uma única perspectiva, não diferenciando traficante de usuário e os submetendo a penas severas pelo uso de substâncias proibidas. O período todo foi caracterizado pelo conservadorismo, ainda mais que se baseava a partir do modelo norte-americano de guerra as drogas. Desde o período até então, não houve nenhuma mobilização para que houvesse uma reforma na segurança pública, o que deve ocorrer urgentemente e que deve respeitar os direitos da pessoa humana estabelecido nas legislações.

As políticas contra as drogas não possuem como característica a conscientização, apresenta um caráter repressivo, atingindo quase que exclusivamente, os usuários de drogas, pobres e negros, mas deveriam alcançar especialmente os grandes traficantes, que enriquecem de forma ilegal. O dinheiro que os traficantes recebem não vem apenas do consumo de drogas, mas também dos outros crimes praticados. As políticas também devem ser igualitárias, não devem ser manifestadas de forma diferente conforme a classe social do indivíduo. A todo tempo os veículos de informação trazem notícias, que retratam exatamente o que foi mencionado acima, os pobres, negros e usuários de drogas, sempre estão vulneráveis a ficarem anos encarcerados, enquanto os ricos, que possuem *status*, quando pegos são liberados quase que imediatamente. Resumidamente as políticas antidrogas atingem os usuários pobres, deixando outros impunes. É necessário compreender que a dependência química ocorre em todas as classes, não é algo exclusivo das classes pauperizadas, e que esses usuários, independente da etnia e da classe social são vítimas desse consumo.

As drogas lícitas geram alto custo à sociedade. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2017), o Brasil tem um gasto anual de R\$ 39,4 bilhões em despesas médicas relacionadas ao tabagismo e, cerca de R\$ 17,5 bilhões com despesas por morte prematura ou falta de produtividade no trabalho daqueles que consomem o tabaco. Os impostos arrecadados pelo país, no período de um ano,

através da comercialização do tabaco chegam a R\$ 44 bilhões, dessa forma vemos que se gasta mais com o consumo do tabaco do que se recebe, sendo o tabaco então um produto não vantajoso para a economia brasileira, sem contar que o valor de cada vida perdida é incomensurável financeiramente.

Segundo a reportagem de Clarissa Pains para o portal de notícias do Jornal O Globo (2017), o número de mortes relacionadas ao tabagismo no Brasil é de 156 mil ao ano, tendo como base o ano de 2015, o país registrou 478 mil infartos e internações devido a doenças cardíacas e, 378 mil de doenças pulmonares, provocadas pelo cigarro. No caso do homem, o fumante perde aproximadamente sete anos de vida em comparação com um não fumante. E, no caso de mulheres, perde-se seis anos de vida.

Referente ao álcool, o gasto anual com tratamento de dependentes chega a R\$ 60 milhões, e em 2014 foram registradas 172.780 mil internações relacionadas a acidentes de trânsito, onde os motoristas consumiram álcool antes de dirigir. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014) menciona que o consumo nocivo de álcool causou a morte de 3,3 milhões de pessoas no mundo em 2012, e que o consumo no Brasil é mais alto do que a média global.

A partir de uma perspectiva micro, vemos que o uso de drogas pode acarretar problemas sociais envolvendo a família. A violência intrafamiliar não afeta somente os cônjuges, mas também as crianças e os idosos, influenciando o bem-estar físico e psicológico de toda a família. O álcool é uma droga bifásica. A princípio, causa desinibição, sensação de prazer, o efeito relaxante das doses iniciais, porém, desaparece com o aumento do consumo, e assim começa a ter, alteração na capacidade de raciocínio, alguns casos de agressividade, diminuição da paciência etc.

Claramente a drogadição tem sido uma expressão da questão social que afeta grande parte da população brasileira. Portanto, faz-se necessário debater essa problemática, a fim de diminuir os efeitos individuais e sociais, que esta apresenta, tratando os usuários como cidadãos portadores de direitos.

## 2.4 Histórico do Combate às Drogas no Brasil

A regulamentação sobre drogas inexistia no Brasil até a década de 1920, cria-se então, em 1938, a Lei nº 891, que estabelece a fiscalização aos entorpecentes. No entanto, esta regulamentação era baseada na repressão ao uso de drogas, e dava autonomia às autoridades policiais ao trato desses entorpecentes. Os usuários de drogas como ópio, cocaína e até mesmo álcool, eram internados compulsoriamente em hospitais psiquiátricos (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 583).

A questão das drogas lícitas e ilícitas não era vista como um problema social, dessa forma o Estado não tinha relação com os usuários, a não ser devido as internações compulsórias. Dessa maneira, o número de comunidades terapêuticas que agiam no tratamento dos dependentes químicos cresceu gradativamente. O tratamento realizado nessas comunidades terapêuticas diferenciava-se das internações compulsórias, já que o usuário podia optar em fazer ou não o tratamento.

O país, a partir da década de 1980, utiliza da ideologia norte americana de guerra às drogas, que pretendia reprimir o uso e a comercialização das drogas ilícitas em países subdesenvolvidos como o Brasil, usando força policial sob uma lógica de guerra. Desde então, os usuários de drogas ilícitas passaram a ser fortemente associados à criminalidade, enquanto as drogas lícitas passaram despercebidas, como se não houvesse aspecto negativo em seu uso. Portanto, a proibição das drogas ilícitas está mais relacionada aos interesses morais, políticos e econômicos, a argumentos científicos ou relacionados à saúde pública, haja vista que o uso de drogas lícitas causa destruição igual ou superior ao uso de drogas ilícitas.

A atuação do poder punitivo nas questões das drogas ilícitas revela historicamente o controle social sobre as “classes perigosas”, através da associação entre determinadas drogas e grupos sociais. A Lei nº 8.072 de 1990 institui o tráfico de entorpecentes como crime inafiançável, e historicamente o combate às drogas se deu de forma repressiva e violenta. Porém, deve-se considerar que o uso de drogas não se encontra apenas nas classes subalternas, o consumo de drogas é um problema de saúde pública, que afeta todas as classes sociais, todas as etnias, e a sociedade como um todo.

As políticas utilizadas no tratamento de usuários de drogas até então, possuíam um caráter proibicionista, sendo caracterizadas pelo seu caráter moral, assim,

São definidas como medidas de alta exigência ações baseadas no medo à repressão, na persuasão moral e na intolerância ao uso de drogas, que impõem a abstinência como pré-condição para o ingresso em um programa de tratamento (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 582).

Embora as drogas fossem consideradas como um problema social, a questão ainda não era vista como um problema de saúde pública. A partir da década de 1980, com o aumento do número de portadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o Estado passa a atentar-se à questão do uso de drogas, pois no grupo de risco, estavam os usuários de heroína (droga, onde o consumo ocorre através da injeção), homossexuais, pessoas com hepatite e haitianos. É nesse contexto que surge a política de redução de danos, como caracteriza Machado e Boarini (2013, p. 585):

A estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito a saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga. Como a história indica, essa estratégia surgiu como uma medida de prevenção em resposta à epidemia e contágio do HIV, das doenças sexualmente transmissíveis e hepatites.

Pela primeira vez surge outro tratamento relacionado ao uso de entorpecentes, além da repressão, isso ocorre porque a política de redução de danos não pretende buscar a abstinência do uso de drogas, busca a qualidade de vida e saúde dos indivíduos usuários, respeitando o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, onde está descrito que a saúde é um direito universal e dever do Estado, e que o mesmo deve atuar na prevenção de doenças.

A política de redução de danos, mesmo sendo positiva, ainda encontra muitas limitações, já que se restringe a distribuição de seringas para o uso de drogas injetáveis, e como já foi dito acima, o consumo de drogas são variados, podendo ser inaladas, aspiradas, fumadas etc. É necessário, portanto, uma atualização da política, para sua melhor abrangência. Outro aspecto importante que limita a política

de redução de danos é o fator cultural, a população em geral não se preocupa com a qualidade de vida dos usuários de drogas, para muitos, eles devem sofrer as consequências do uso, e o Estado não deve investir na melhoria de vida desses indivíduos.

Como historicamente os usuários de drogas são estigmatizados, associados a práticas indevidas, o senso comum identifica o uso de drogas, como um comportamento diferente, desviante da “norma social” vigente. Verifica-se que existe na sociedade um preconceito, uma cultura do medo e do pânico dos usuários de drogas. Toda essa carga valorativa resulta em maior isolamento do usuário em relação à sociedade, alterando suas relações de amizade e dificultando o diálogo com sua família. Assim, surgem os grandes grupos formados por usuários, como exemplo, a Cracolândia<sup>6</sup>.

Lugares como a Cracolândia são procurados por indivíduos por ser uma zona de conforto para esses usuários, mesmo que eles estejam expostos a repressão policial, e vulneráveis a vários tipos de perigo. Pois, é uma comunidade de pessoas “iguais”, que compartilham do mesmo vício, do mesmo medo, e até do mesmo abandono por parte de familiares, amigos e do Estado. O preconceito, agressivo e excludente que persiste em nossa sociedade, faz com que a aproximação com esses indivíduos seja difícil, dificultando assim a busca pelo tratamento, seja ele qual for.

No ano de 2004, foi publicada a política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, nela, os usuários de drogas são vistos como sujeitos de direitos, e não são estigmatizados. Essa política surge pela necessidade de uma atenção maior a esses usuários, para além da ótica psiquiátrica ou médica. Também pelo fato dos elevados gastos financeiros utilizados direta ou indiretamente nos tratamentos dos usuários de álcool e outras drogas.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, estabelece o acesso integral a saúde a todos os indivíduos, portanto, os indivíduos portadores de transtorno mental, decorrente do uso de álcool e outras drogas, contam com um serviço especializado, os CAPS-ad, que tem o objetivo de

---

<sup>6</sup> Cracolândia (por derivação de crack, crack+lândia = terra do crack) é uma denominação popular para uma região no centro da cidade de São Paulo, nas imediações das Avenidas Duque de Caxias, Ipiranga, Rio Branco, Cásper Líbero, Rua Mauá, Estação Júlio Prestes e da Praça Princesa Isabel, onde historicamente se desenvolveu intenso tráfico de drogas.

promoção dos indivíduos e reinserção dos mesmos na sociedade, já que historicamente estes têm sido isolados do convívio social.

Na política, está exemplificado, que deve haver constantes investimentos na área de atenção aos indivíduos dependentes de drogas. Dessa forma, houve um aumento crescente no número de CAPS-ad, ver quadro 1, que a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica, promove a substituição do internamento, com seu atendimento diário, algumas vezes noturno, que possibilita a atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência ao uso de álcool e outras drogas, até mesmo em momento de crises. O que será discutido no próximo capítulo.

## **2.5 Consumo de Drogas no Município de Ivaiporã**

Nota-se que o consumo e venda de drogas não é algo regionalizado e não se limita às barreiras de grandes metrópoles. Atualmente o uso e abuso de drogas é uma realidade generalizada, inclusive nos municípios de pequeno porte.

No município de Ivaiporã, localizado na região norte do estado do Paraná, com aproximadamente 32 mil habitantes, o consumo e venda de drogas também tem sido notório. A polícia militar da cidade forneceu dados para fundamentação desta afirmação. O relatório elaborado pelo capitão Élio Boing, da 6ª Companhia Independente do município de Ivaiporã, apresenta o comparativo de quantidades de ocorrências com drogas nos últimos anos no município.

No ano de 2015 a Polícia Militar de Ivaiporã atendeu 20 ocorrências por tráfico de entorpecentes. No ano de 2016, foram 54 ocorrências. Sobre o porte e uso de entorpecentes no ano de 2015, foram 91 ocorrências e, no ano de 2016 o total de 115 ocorrências.

Outro comparativo é referente ao período proporcional, de janeiro a setembro de 2016, e o mesmo período de 2017. Em 2016 foram registradas 37 ocorrências por tráfico, e 89 por porte e uso de entorpecentes, aumento de 41% comparado a 2015. No ano de 2017, o número de ocorrências diminuiu, foram 27 por tráfico de drogas e 71 por uso e porte de drogas ilícitas.

De janeiro a setembro de 2017, houve 11 detenções por porte ou uso de drogas, de pessoas com faixa etária menor que 18 anos e, acima de 18 anos o número foi de 23 detidos, e de pessoas acima de 30 anos foi de 08 detidos. Por tráfico de drogas, foram 05 apreensões de adolescentes, acima de 18 anos foram 17 ocorrências, e acima de 30 anos foram 09 detenções, totalizando 73 detenções no município.

Os dados obtidos são referentes aos anos de 2015 a 2017, dessa maneira não há como fazer análises mais duradouras, também é importante destacar que nem todas as ocorrências de uso de substâncias chegam a Polícia Militar, porém, estes demonstram um pouco da realidade do município. É necessário, portanto, uma ação para com estes usuários, para que não fiquem apenas na repressão policial e, desta forma, terem alternativa de tratamento.

Em conformidade do exposto acima, se observa que o uso existe e, se faz necessário um outro tipo de atuação aos dependentes químicos, além da repressão policial, percebe-se também o quanto é importante as políticas de redução de danos para a sociedade, bem como o quanto é fundamental o papel do CAPS para os dependentes químicos, na perspectiva de redução de danos e contra o isolamento social.

Diante do exposto, é necessário compreender em que contexto surge os CAPS, e como eram os atendimentos anteriores à Reforma Psiquiátrica, o período da reforma e o nascimento dos CAPS.

### 3 RECONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA CRIAÇÃO DOS CAPS

No campo da atenção à saúde mental, observam-se importantes transformações. Uma delas foi a criação de uma política de saúde mental, uma ação comprometida com a prevenção e o tratamento na perspectiva da (re)inserção social e na produção da autonomia das pessoas, a partir de espaços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A construção dos CAPS não se deu da noite para o dia, surgiu através da Reforma Psiquiátrica, desencadeada no mundo no final dos anos 1970. Para entender esse processo é necessário contextualizar aquilo que era chamado de loucura.

Desde o século XVI, havia a exclusão de indivíduos com algum tipo de transtorno mental – vale destacar, que nesse período eram asilados não apenas aqueles que possuíam algum tipo de transtorno, mas, todos aqueles que eram indesejados para o convívio em sociedade. O atendimento destes concentrava-se em manicômios e eram baseados no enclausuramento, excluindo assim, os indivíduos do meio social. Nesse sentido, a exclusão era considerada como uma única forma de tratamento dos mesmos, não havendo nenhum tratamento terapêutico.

Esse modelo de atendimento durou aproximadamente dois séculos. No final do século XVIII é que começam a existir outras técnicas para tratar estes transtornos, surgindo a inovação, a partir do tratamento medicamentoso. Estes novos tratamentos baseavam-se em práticas medicinais, e é nesse momento que ocorre o nascimento da psiquiatria. Os tratamentos da loucura ganharam um novo cenário para além dos manicômios, a partir de então surgiram os hospitais psiquiátricos. No Brasil, a primeira instituição psiquiátrica surgiu no Rio de Janeiro, em 1852, com forte caráter higienista<sup>7</sup>.

No cenário mundial, o caráter higienista das instituições havia sido superado. A superação do modelo de tratamento higienista trouxe modificações nas formas de atendimentos dos internos dos hospitais psiquiátricos. Um dos nomes que contribuiu

---

<sup>7</sup> O termo higienista ou higienismo foi uma doutrina que nasceu na primeira metade do século XIX quando os governantes começam a dar maior atenção à saúde dos habitantes das cidades. Um tratamento baseado em limpeza, uma forma de tentar extinguir bactérias. Os moradores de rua eram acusados de transmitir doenças e para evitar a proliferação das mesmas, buscavam o enclausuramento desses indivíduos.

grandemente para essa modificação foi Philippe Pinel, que criou um modelo de tratamento, com as seguintes características: Isolamento do mundo exterior, constituição da ordem asilar e uma relação terapêutica baseada na autoridade (HEIDRICH, 2007), esse modelo foi denominado como tratamento moral.

Esse tipo de tratamento fazia com que os indivíduos perdessem sua individualidade, pois eram isolados do mundo exterior, convivendo apenas com indivíduos semelhantes e profissionais autoritários, que impunham regras duras, modificando seus hábitos e maneiras de agir. Essas instituições eram vistas como “depósitos de loucos” (MARTINHAGO, OLIVEIRA, 2015), contribuindo para a estigmatização de seus internos. Nesse processo a loucura deixa de ser denominada assim e passa a ser tratada como doença mental.

Na primeira metade do século XX, começam a surgir inúmeras críticas ao modelo psiquiátrico em vigor, havendo um número crescente de denúncias sobre maus tratos contra os doentes mentais. Além do fato de que os hospitais não conseguiam mais atender a grande demanda de internações,

Os hospitais psiquiátricos da época não estavam conseguindo cumprir sua função de *recuperação dos pacientes*. As causas eram a superlotação, a pequena quantidade de funcionários, a falência das propostas de tratamento existentes ou a própria ausência de qualquer proposta terapêutica (RIBEIRO, 2004, p. 93, grifo nosso).

Após a segunda guerra mundial, o modelo de atenção à saúde mental em diversos países se transforma em uma busca de desinstitucionalizar a “loucura”, tirando o foco dos hospitais psiquiátricos. As mudanças mais relevantes ocorreram na Inglaterra, França, Estados Unidos, e, principalmente na Itália<sup>8</sup>, pois, a transformação no país, serviu de modelo para a atuação de diversos profissionais em instituições psiquiátricas. Esse processo foi denominado como Reforma Psiquiátrica.

Em 1946, na Inglaterra, se institui um modelo de comunidade terapêutica, tratamento conferido a doença mental, baseado na democracia, onde o doente poderia contribuir para sua própria cura. Possuindo as seguintes características,

---

<sup>8</sup> O modelo de psiquiatria italiano estava sendo difundido pelo mundo, através de palestras feitas pelo médico psiquiatra Franco Basaglia, que esteve no Brasil no ano de 1978, no I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, veremos mais sobre Basaglia na nota 3.

São princípios das comunidades terapêuticas, segundo Desviat (1999): liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções; análise de tudo que acontece na instituição por meio de reuniões diárias dos pacientes e do pessoal técnico; tendências a destruir as relações de autoridades tradicionais, num ambiente de extrema tolerância, atividades coletivas [...] e a presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço (HEIDRICH, 2007, p. 40).

Na França, no ano de 1945, surgiu um movimento intitulado de psiquiatria de setor, o qual tinha intenção de utilizar o hospital psiquiátrico como parte do processo de tratamento dos pacientes, e não como única forma de tratamento, e que traz uma novidade na psiquiatria: a prevenção da doença. Esse modelo traz também uma outra novidade: regionalizar o atendimento, deixando o acesso ao tratamento mais próximo da população,

As cidades francesas foram divididas em áreas geográficas, e cada uma delas passou a ter uma equipe técnica responsável pelo atendimento psiquiátrico de sua população. O hospital era, também, dividido de acordo com os setores onde viviam os pacientes, e as equipes eram as mesmas (HEIDRICH, 2007, p. 41).

O modelo estadunidense nasceu em 1960 com a nomenclatura de psiquiatria preventiva. A partir desse modelo, deixa-se de pensar em doença mental e passa-se a se falar em saúde mental,

Entre as inovações trazidas pelo modelo da psiquiatria comunitária, podemos destacar as seguintes: o caráter preventivo, o trabalho em equipe multidisciplinar e a intersetorialidade [...]. A fonte teórica dessa experiência era o preventismo de Caplan, que afirmava ser necessário prevenir e/ou detectar a doença precocemente a fim de evitar seu agravamento e, assim, evitar males sociais (HEIDRICH, 2007, p. 42).

Os sanatórios, manicômios e hospícios, eram nomes utilizados para designar o local onde deveria se internar os doentes mentais, estes locais não eram reconhecidos como hospitais. Sempre existiu uma forte pressão para o isolamento do enfermo mental, tido mais como um incômodo, uma espécie de ameaça à população, e dificilmente era considerado como um doente. Até o início do século

XX, instrumentos como camisas de força, choques elétricos, operações no cérebro, e, outras técnicas, que também podem ser consideradas como torturas, eram utilizadas para controlar os pacientes em crise.

Um dos mais importantes modelos que influenciaram as Reformas Psiquiátricas em diversos países, como os citados anteriormente, foi o modelo italiano, por volta de 1961. O grande mentor foi Franco Basaglia<sup>9</sup>, que buscou transformar o hospital psiquiátrico onde trabalhava, reconhecendo que a “liberdade era o primeiro passo para a cura do doente” (HEIDRICH, 2007, p. 46), desinstitucionalizando a “loucura”. Defendia que o paciente deveria estar no seio de sua família para, aí sim, ter possibilidade de cura. O tratamento se dava em prol de todas as necessidades dos pacientes, um caráter totalizador, não somente no que se refere à doença mental. A instituição passa a ter uma nova forma de organização, sem isolamento entre os pacientes, tirando assim o caráter de privação de liberdade.

A partir dessas experiências internacionais, e das denúncias de maus-tratos aos pacientes das instituições psiquiátricas brasileiras é que se começa o processo de Reforma Psiquiátrica no país. Surgiu em um período em que o país se encontrava em processo de modificação, com a retomada das mobilizações e o retorno dos movimentos sociais à cena política. Isso foi no final do regime ditatorial, inaugurado com o golpe civil-militar de 1964 (RIBEIRO, 2004), e foi possível, por um conjunto de fatores que se confluíram na época. Passou a existir então, movimentos compostos por profissionais da área da saúde, familiares, sindicalistas etc., que reivindicavam os direitos dos portadores de transtornos mentais, já que estes eram tratados em condições sub-humanas. Para ganhar mais força e visibilidade no cenário nacional, o movimento psiquiátrico uniu-se ao movimento sanitarista. A partir dessa união, houve eventos que contribuíram para a institucionalização dos movimentos como políticas públicas, que promoveu a união dos trabalhadores e a proposta de uma de uma sociedade sem manicômios.

Em 1989, chega ao Congresso o primeiro projeto de lei que visa os direitos dos portadores de transtorno mental. Esse projeto foi proposto pelo deputado Paulo

---

<sup>9</sup> Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrico italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Quando assumiu o hospital psiquiátrico em Gorizia uma de suas primeiras atitudes foi a de melhorar as condições de vida de seus internos. Através de seus ideais nasceu a Lei 180 na Itália, apelidada de lei Basaglia, a partir dessa lei é que se baseou a Reforma Psiquiátrica Italiana.

Delgado<sup>10</sup>, e foi aprovado 12 anos depois, tornando-se a Lei nº 10.216<sup>11</sup>. A partir de então, a sociedade percebe a necessidade de mudança nas práticas de saúde mental. Há a necessidade de uma instituição alternativa aos hospitais psiquiátricos, uma instituição extra-hospitalar, com caráter comunitário, e que promovesse a autonomia de seus usuários, a partir de então é que são criados e disseminados pelo Brasil os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nessas instituições os direitos humanos dos portadores de transtorno mental são respeitados, e estas passam a ser consideradas como ponto de referência da Reforma Psiquiátrica. Frente ao exposto, houve uma redução de 60% dos recursos que eram destinados às instituições asilares. Os recursos passaram a ser destinados às instituições como o CAPS, uma maneira encontrada pelo Estado de incentivar a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2015). A partir desse maior investimento, os CAPS começam a se expandir por todo o Brasil.

### **3.1 Atual Desenho Institucional do CAPS**

O primeiro CAPS surgiu em 1986, no município de São Paulo, baseado em um modelo de centro psicossocial da Nicarágua. O atendimento dentro dos CAPS se estabeleceu em acolhida e atendimento diário aos usuários da política de saúde, contando com uma equipe multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, técnicos em enfermagem, pedagogos, educadores físicos entre outros.

Atualmente, existem cinco modalidades de CAPS, que variam conforme o porte do município ou região. Estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i-infantil e CAPS ad-álcool e droga. Os CAPS têm como meta propiciar atendimento à comunidade de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social do usuário, através do acesso ao

---

<sup>10</sup> Paulo Gabriel Godinho Delgado foi Deputado Federal pelo Partido dos Trabalhadores (PT), formado em ciências sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora e possui mestrado em ciências políticas pela Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>11</sup> Lei nº 10.216. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>

trabalho, assim como, o fortalecimento dos laços familiares e comunitários, evitando assim, os internamentos, muito utilizados anteriormente.

Os pacientes do CAPS, que são portadores de transtorno mental, têm a seu favor a Lei nº 10.216, a qual representa um marco no Brasil, ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais. A partir desta Lei, os internamentos só devem ocorrer quando todos os recursos extra-hospitalares estiverem exauridos, e, quando ocorrer, tem uma regulamentação que o disciplina, conforme o inciso segundo do Art. 4º,

O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (BRASIL, 2001, p. 1).

O CAPS oferece serviços de atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias, evitando desse modo as internações em hospitais psiquiátricos. Os projetos para os atendimentos devem ser adequados às realidades locais, contextos socioculturais e ao número previsto de profissionais das equipes de usuários, familiares e pessoas de redes sociais. Estes serviços diferenciam-se como:

**“CAPS I – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: de 20 mil até 70 mil habitantes. Existem 788 unidades no país.”** (BRASIL, 2013.)

Os atendimentos realizados são com usuários adultos, com transtornos mentais graves e persistentes, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Com equipe mínima de um médico psiquiatra, um enfermeiro, três profissionais de nível superior de outras categorias profissionais sendo eles, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo e quatro profissionais de nível médio como: técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2004, p.26. )

**“CAPS II – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: 70 mil a 200 mil habitantes. Existem 424 unidades no país.”** (BRASIL, 2013.)

Os atendimentos são para usuários adultos, com transtornos severos e persistentes. Com equipe composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior sendo eles, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio: técnico e/ou

auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2004, p.26 )

“**CAPS III** – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: acima de 200 mil habitantes. Existem 56 unidades no país.” (BRASIL, 2013.)

Os atendimentos são para adultos com transtornos severos e persistentes. Com equipe composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior como: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, oito profissionais de nível técnico como; técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2004, p.26).

“**CAPS i** - serviço especializado para crianças, adolescente e jovem (até 25 anos). São implantados em localidades com população acima de 200 mil habitantes. Existem 134 unidades no país.” (BRASIL, 2013.)

Os atendimentos são oferecidos às crianças e adolescente com transtornos mentais. A equipe é composta por um médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior sendo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Cinco profissionais de nível médio, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2004 p. 27).

“**CAPS ad** – serviço especializado para usuários de álcool e drogas. São implantados em localidades com população de 70 mil a 200 mil habitantes. Existem 268 unidades no país.” (BRASIL, 2013.).

Os atendimentos são ofertados às pessoas que utilizam o álcool de maneira prejudicial e outras drogas. Com equipe composta por um médico psiquiatra, um médico clínico, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, seis profissionais de nível médio técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2004 p.27).

Segundo a portaria 336 de 2002, o CAPS-ad, deve contar com pelo menos 04 leitos para a desintoxicação

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas

idades, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do Sistema único de saúde (SUS), que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município (BRASIL, 2005, p. 30).

O crescente número de CAPS espalhado por todo o território nacional mostra que a luta da Reforma Psiquiátrica obteve significativo êxito. É possível existir uma rede de atenção à saúde mental que substitua o hospital psiquiátrico no país.

No quadro abaixo podemos ver o crescimento significativo das unidades dos CAPS pelo país, um crescimento ainda mais significativo quando observamos o CAPS-ad.

Quadro 1 - Número de CAPS por tipo

<b>Ano</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPS i</b>	<b>CAPS Ad</b>	<b>Total</b>
2002	145	186	19	32	42	424
2003	173	209	24	37	57	500
2004	217	237	29	44	78	605
2005	279	269	32	56	102	738
2006	437	322	38	75	138	1010
2007	526	346	39	84	160	1155
2008	618	382	39	101	186	1326
2009	686	400	46	112	223	1467
2010	761	418	55	128	258	1620
Variação 2002/2010	424%	124%	189%	300%	514%	282%
Variação 2009/2010	11%	5%	19%	14%	15%	10%

Fonte: COSTA et al. (apud BRASIL, 2011)

Os CAPS recebem recurso federal para a manutenção de seus programas e atendimentos, sendo garantido pela Portaria do Ministério da Saúde (nº 3.089 de 2011) em seu artigo primeiro:

Fica instituído recurso financeiro fixo para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) credenciado pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas, conforme descrição a seguir, por tipo de serviço (BRASIL, 2011, p. 01).

Os recursos para os custeios dos CAPS municipais e estaduais serão feitos mediante transferência, regular e automática do Fundo Nacional de Saúde<sup>12</sup>.

- CAPS I - R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) mensais;
- CAPS II - R\$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) mensais;
- CAPS III – R\$ 84.134,00 (oitenta e quatro mil, cento e trinta e quatro reais) mensais;
- CAPS AD - R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais) mensais;
- CAPS i- R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil, e cento e trinta reais) mensais.

Os atendimentos no CAPS possuem um caráter diferente de qualquer modelo psiquiátrico anterior e, o Ministério da Saúde (2004) estabelece como devem ser realizados esses atendimentos, haja vista que devem ocorrer em ambiente aberto e acolhedor e os profissionais devem atuar respeitando as singularidades dos indivíduos. Nota-se então, a grande diferença nos atendimentos que ocorriam anteriormente a Reforma Psiquiátrica, lembrando que se trata do mesmo público alvo. O Ministério da Saúde também define quais os indivíduos atendidos nessas instituições,

As pessoas atendidas nos CAPS, são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2004, p. 15).

---

<sup>12</sup> Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde (modalidade de repasse Fundo a Fundo – FaF) estão sendo marcados de acordo com cada Rede. No caso da Rede de Atenção Psicossocial, os recursos podem ser identificados em três grandes blocos: o bloco Gestão do SUS, o bloco Média Alta Complexidade Hospitalar (MAC) e o bloco Investimentos. A divisão dos blocos é feita por componentes, e cada componente possui Ação/Serviço/Estratégia diferentes.

O atendimento aos usuários da política de saúde mental não se constitui apenas no CAPS, conta também com outros recursos extra-hospitalares, como: atenção básica de saúde; as residências terapêuticas; os ambulatórios e os centros de convivência.

A atenção básica possibilita o primeiro acesso do usuário ao sistema de Saúde, inclusive daqueles que demandam um cuidado em saúde mental.

As residências terapêuticas são casas ou locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem.

Os ambulatórios, são um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

Os centros de convivência são dispositivos públicos, componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental brasileira, os serviços oferecidos aos usuários são espaços de sociabilidade, produção e intervenção.

Nesta perspectiva, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, reforçou as diretrizes básicas que consolidam o SUS, garantindo aos usuários dos serviços de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência e a integralidade do cuidado. Estabeleceu-se a descentralização do modelo de intervenção e atendimento, pois a legislação defende que a estruturação dos serviços seja próxima do convívio social dos usuários, configurando redes assistenciais comprometidas com as desigualdades sociais (BRASIL, 2014).

A partir do conhecimento do perfil dos usuários é possível propor a realização de um atendimento focado, na busca de conceder à pessoa em sofrimento mental aquilo que lhe é de direito. O quadro abaixo apresenta o perfil desses usuários.

Quadro 2 - Distribuição dos usuários de acordo com característica sociodemográficas e gênero

	<b>Sexo</b>		
<b>Características</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
	n(%)	n(%)	n(%)
<b>Idade</b>			

<18	4(0,7)	4 (0,7)	8(1,4)
18-30	104(17,8)	61(10,5)	164(28,3)
31-40	103(17,7)	66(11,3)	169(29,0)
41-50	73(12,5)	67(11,5)	140(24,0)
51-60	30(5,1)	30(5,1)	60(10,3)
60 ou mais	16(2,8)	25(4,3)	41(7,0)
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	86(14,7)	38(6,5)	124(21,2)
Casado/amasiado	69(11,7)	102(17,4)	171(29,2)
Separado	20(3,4)	15(3,0)	35(6,4)
Viúvo	2(0,3)	18(3,1)	20(3,4)
Sem informações	153(26,2)	80(13,7)	233(39,9)
<b>Escolaridade</b>			
1º grau incompleto	67(11,5)	65(11,2)	132(22,7)
1º grau completo	16(2,7)	9(1,5)	25(4,2)
2º grau incompleto	9(1,5)	9(1,5)	18(3,0)
2º grau completo	16(2,8)	21(3,6)	37(6,4)
Superior	5(0,9)	4(0,7)	9(1,6)
Sem informações	217(37,2)	145(24,9)	362(62,1)
<b>Ocupação</b>			
Assalariado	35(6,0)	34(5,8)	69(11,9)
Autônomo	20(3,4)	14(2,4)	34(5,8)
Aposentado	35(6,0)	13(2,2)	48(8,2)
Encostado	8(1,4)	5(0,9)	13(2,2)
Desempregado	30(5,3)	13(2,2)	43(7,4)
Sem ocupação	13(2,2)	14(2,4)	27(4,7)
Sem informações	188(32,3)	160(27,5)	348(59,8)
<b>Acompanhante</b>			
Família	260(44,6)	211(36,2)	471(80,8)
Equipe de saúde	10(1,7)	8(1,4)	18(3,1)
Sozinho	19(3,3)	13(2,2)	32(5,5)
Outros	41(7,0)	21(3,6)	62(10,6)
<b>Origem</b>			
Serviços de saúde	14(24,2)	93(15,9)	234(40,1)
Família	74(12,7)	61(10,5)	135(23,1)
Espontânea	62(10,7)	70(12,0)	132(22,7)
Outros serviços	18(3,1)	6(1,0)	24(4,1)
Outras informações	35(6,0)	23(3,9)	58(10,0)

Fonte: Ananias et al. (2013)

Nos dados acima apresentados observamos com clareza que a maioria dos usuários são homens na faixa etária de 18 a 40 anos, solteiros, com primeiro grau completo, assalariados e aposentados.

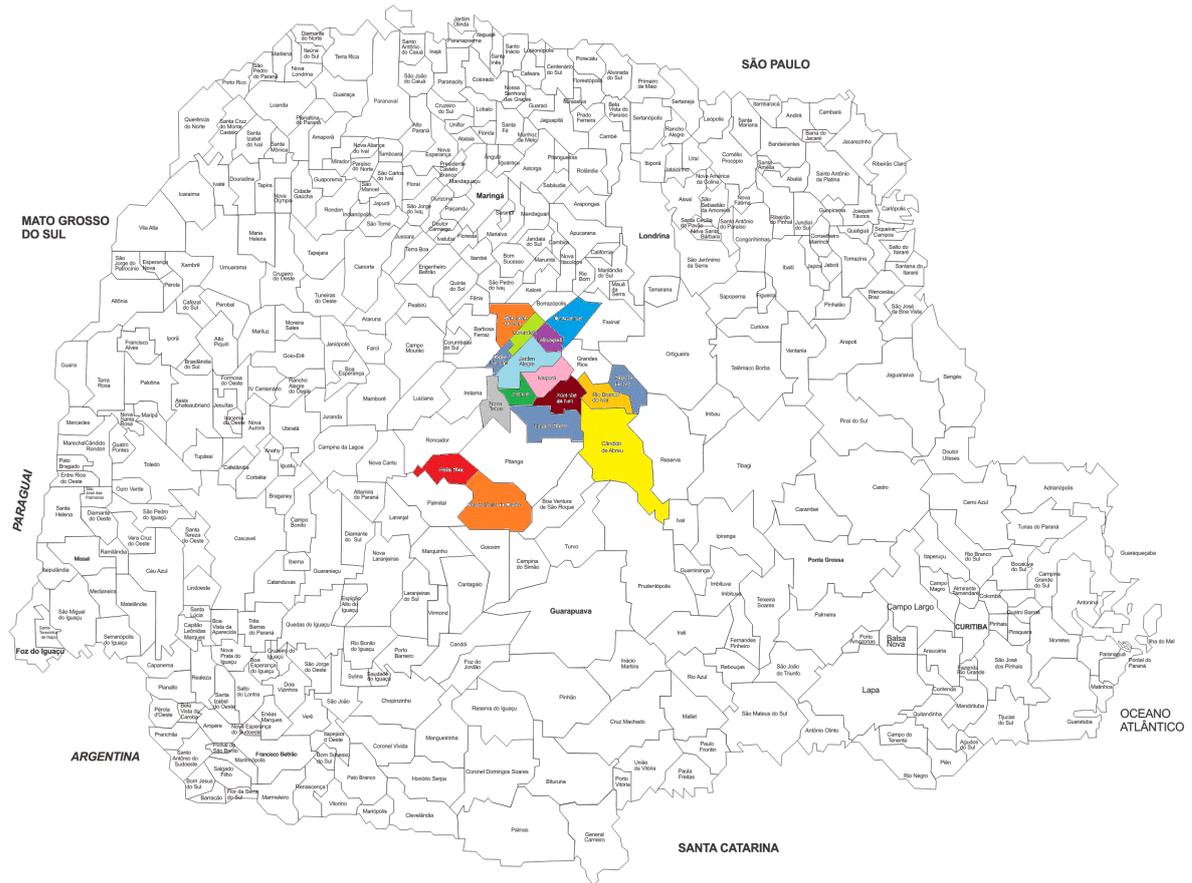
### **3.2 O CAPS E O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ (CIS)**

O CAPS necessita de uma entidade maior, que o gerencie e, em Ivaiporã essa entidade é o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS). Trata-se de uma parceria entre o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, que buscam atingir um maior número de pessoas através de consultas especializadas, baseadas nos princípios do SUS. No Paraná, os consórcios foram criados no ano de 2001, e tem a nomenclatura de Associação de Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR). Basicamente o consórcio é uma associação de municípios, onde sua população tem direito a consultas médicas especializadas, e que geralmente não são ofertadas pela rede municipal de saúde, trata-se então de uma extensão da saúde pública.

Segundo o site da ACISPAR, “através desta parceria, as cidades realizam uma gestão compartilhada dos recursos, objetivando a redução de custos e o aumento da eficiência, em especial na área de Saúde Pública” (ACISPAR, 2017).

O estado do Paraná possui 399 municípios, e o CIS 22° Regional de Saúde de Ivaiporã, atualmente atende a 16 municípios da região, quais são: Arapuã, Ariranha do Ivaí, Cândido de Abreu, Cruzmaltina, Godoy Moreira, Ivaiporã, Jardim Alegre, Lidianópolis, Lunardelli, Manoel Ribas, Mato Rico, Nova Tebas, Rio Branco do Ivaí, Santa Maria do Oeste e São João do Ivaí, conforme apresenta a figura a seguir.

Figura 1 - Cidades atendidas pelo CIS



Quadro 3 - Perfil populacional das cidades atendidas pelo CIS

Município	População estimada	Média salarial trabalhadores formais (S.m. <sup>13</sup> )	População empregada (%)
Arapuã	3.561	2,1 S. m.	11,2%
Ariranhá do Ivaí	2.453	2,1 S. m.	11,5%
Cândido de Abreu	16.655	2 S.m.	9,7%
Cruzmaltina	3.162	2,2 S. m.	13,8%
Godoy Moreira	3.337	1,8 S.m.	10,4%
Ivaiporã	31.816	2 S. m.	22,3%
Jardim Alegre	15.325	2,2 S.m.	14,2%
Lidianópolis	3.973	2 S. m	14,3%
Lunardelli	5.160	1,9 S. m.	12,6%
Manoel Ribas	13.169	2,2 S. m.	13,4%
Mato Rico	3.818	1,8 S. m.	9,8%

<sup>13</sup> Salário Mínimo

Nova Tebas	7.398	1,7 S. m.	9,6%
Rio Branco do Ivaí	3.898	2 S. m.	13,6%
Rosário do Ivaí	5.588	1,6 S. m.	13,2%
Santa Maria do Oeste	11.500	2 S. m.	9,9%
São João do Ivaí	11.525	1,9 S. m.	13%

Fonte: IBGE e ACISPAR (2010)

A partir dos dados apresentados no quadro 3, compreende-se que o CIS trabalha com uma população total de 142.338 habitantes. Nota-se que o percentual de trabalhadores com empregos formais nos municípios da região não ultrapassa os 25%, ou seja, a maioria da população está desempregada ou com empregos informais. Isso afeta diretamente a saúde da população, que necessita de oferta de saúde pública e de qualidade. Portanto, faz-se necessário os CIS, para o melhor atendimento dessa população.

### 3.3 Atendimento aos Usuários em um Caps-Ad

O CAPS-ad deve desenvolver ações que promovam a evolução de seus usuários, atuando de forma articulada com ambulatórios, hospitais gerais, Unidades Básicas de Saúde, programa saúde da família e programa de agentes comunitários, onde o usuário se sinta pertencente à comunidade, utilizando-se de serviços gerais, e não isolado apenas em um ambiente especializado (BRASIL, 2004, p. 35).

Deve haver também articulação com a política de redução de danos, para que as práticas com esses usuários sejam mais efetivas, já que, comprovadamente, o tratamento a partir da abstinência das drogas, muitas vezes não se concretiza, devido à desistência por parte dos usuários. Para evitar a desistência, é necessário que os profissionais em saúde criem estratégias para lidar com esses indivíduos. Para contribuir, o Ministério da Saúde criou em 2015 um Guia Estratégico Para o Cuidado de Pessoas Com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas.

O CAPS-ad é uma instituição sem as características hospitalar, muito diferente do atendimento realizado antes da Reforma Psiquiátrica. É uma instituição aberta, onde o usuário tem a possibilidade de ir e vir e, principalmente conviver com

sua família, já que os centros de atenção psicossocial não promovem o internamento.

O atendimento em um CAPS-ad, deve ser diário, individual, em grupo ou em visitas domiciliares, se necessário, pode ocorrer também a busca ativa com esses usuários, porém o procedimento deve ocorrer de forma a prestar assistência ou até mesmo informação sobre o serviço aos indivíduos, evitando atitudes autoritárias e não impondo condicionalidades ao tratamento, como frequência, abstinência etc.

O acolhimento inicial ocorre a partir do momento em que o usuário chega ao serviço, com intenção de buscar informações, medicamentos, consulta médica, oficinas terapêuticas etc, pode ser realizado por diversos profissionais, como: enfermeiro, assistente social, psicólogo, médico, e até mesmo ser realizado em dupla formada por esses profissionais, sempre preservando a privacidade do usuário e contando com um ambiente que garanta o sigilo do usuário da política. Os profissionais devem ter uma postura ética ao entrar em contato com o usuário, evitando juízos de valor, como estabelece os códigos de ética desses profissionais. O dependente químico, ao ser discriminado por um profissional da política, pode perder o vínculo com a instituição e o interesse pelo tratamento. Por conta disso, a ética profissional deve estar presente em um ambiente como o CAPS, que necessita de vínculos para adesão, recuperação e reinserção do usuário na sociedade.

O momento da escuta, onde o usuário relata suas inquietações, seus medos, suas perspectivas etc., devem ocorrer com muita atenção por parte do profissional, pois através da mesma, pode-se romper com a aparência e apreender fenômenos que estão ocultos na vida do sujeito, e também saber qual a necessidade dele naquele momento.

O serviço de assistência aos portadores de transtorno mental deve ocorrer também fora dos pilares da instituição, com a articulação com as demais instituições de saúde e também através das visitas domiciliares. As visitas podem ser realizadas por diversos profissionais, como psicólogo, médico, agente de saúde, enfermeiro, assistente social, entre outros. Segundo Iamamoto (1999 apud AMARO, 2014, p. 27) a visita domiciliar é importante porque possibilita um maior conhecimento acerca da realidade do usuário, chegando a proporcionar até mesmo uma compreensão da sociedade.

Para estabelecer qual o tratamento mais adequado para cada usuário, é necessário fazer uma avaliação do caso, coletando todas as informações possíveis

sobre cada indivíduo, através do diálogo, segundo o Ministério da Saúde (2015) esse processo é denominado Projeto Terapêutico Singular. As informações podem ser coletadas por vários integrantes da equipe do CAPS-ad, e deve ser registrada no prontuário de atendimento de cada usuário. Deve, necessariamente, conter, a identificação do usuário suas informações socioeconômicas, qual motivo levou o usuário a procurar o serviço, histórico médico do usuário, história de vida (qual a relação do usuário com a droga), quais serviços de saúde o usuário já acessou, avaliação clínica do usuário, e um espaço para a reavaliação do mesmo após o tratamento. Após a coleta dessas informações, se estabelece qual tratamento o usuário deve seguir, a partir de então, o serviço oferece apoio individual e coletivo. A exemplo de apoio individual o Ministério da Saúde estabelece:

Apoio na inserção no mercado de trabalho e profissionalização, apoio na elevação da escolarização, apoio na emissão de documentos civis (carteira de identidade, carteira de trabalho, certidão de nascimento); suporte medicamentoso, atendimento individual, intervenção breve, articulação com outros serviços de saúde para consultas em outras especialidades no SUS (BRASIL, 2015, p. 28).

As atividades coletivas em prol dos usuários do CAPS-ad, ocorrem em um contexto geral, e envolve os dependentes químicos como um todo, bem como o restante da sociedade, no intuito de quebrar estigmas e reinserir os indivíduos no meio social,

Sensibilização da comunidade para diminuição do preconceito e estigma com relação ao usuário de drogas, articulação com serviços intersetoriais para a participação em outras atividades (exemplos: práticas corporais/atividade física, atividades de cultura e lazer). Estimular a inserção dos usuários em espaços de convivência com a comunidade, apoio à criação de cooperativas de trabalho e de associação de familiares e usuários, apoio nos trâmites relacionados aos processos no âmbito do Judiciário, atenção às famílias com orientações e suporte em como lidar com o processo de adoecimento (BRASIL, 2015, p. 28).

O atendimento aos usuários dentro de um CAPS-ad deve respeitar os direitos humanos, e ocorrer de forma integral, assim como a Reforma Psiquiátrica instituiu, respeitando as liberdades individuais e autonomia dos usuários, dessa forma existem alguns conceitos a serem utilizados no tratamento desses indivíduos. O consentimento informado, diz respeito às liberdades dos indivíduos sobre seu

tratamento. O usuário deve ser informado de todo e qualquer procedimento a ser realizado e concordar com o mesmo. Existe também um documento onde o usuário/paciente descreve quais tratamentos quer ou não deseja ter, esse documento é chamado de diretivas antecipadas de vontade, e com ele se evita que o usuário receba tratamentos indesejados, e o coloca no centro do tratamento como capaz de estabelecer suas próprias vontades. O usuário também tem o direito de escolher uma pessoa de confiança para estabelecer quais as melhores medidas para seu tratamento.

Claramente se nota que a atuação do CAPS-ad se dá a partir da perspectiva da redução de danos, que possibilita a autonomia dos usuários e uma maior adesão aos tratamentos. Nesse sentido, os profissionais devem estar conscientes do funcionamento dessa política e, devem exigir menos de cada usuário, não força-lo a abstinência e trabalhar a conscientização do uso de drogas, quais os riscos causados, o que a droga pode acarretar em longo prazo, prejuízos sociais, emocionais, físicos e psíquicos. Os profissionais também devem oferecer informações fora do universo das drogas, como questões de saúde, sexualidade, direitos e deveres, resumidamente atuar na socialização de informações.

O atendimento aos usuários aqui explicitados, constitui-se como direitos, e é o oposto aos tratamentos em que eram submetidos antes da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, pode-se observar que as reivindicações do movimento que ocorreu a partir da década de 1970, obtiveram resultados e estão melhorando a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental e, quebrando o estigma da loucura e da dependência química. Essas pessoas são vistas agora como sujeitos portadores de direitos, que merecem ter garantida sua liberdade, sua autonomia e capacidade para tomar decisões em suas próprias vidas.

Para o médico australiano Nicolas Campion Clark (2013), da direção do abuso de substâncias da Organização Mundial da Saúde (OMS), a internação compulsória traz o risco de "criar uma barreira com o dependente", e afetar sua confiança, dificultando, portanto, o tratamento e seu sucesso.

## **4 ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS DE IVAIPORÃ**

No presente capítulo será apresentada a pesquisa de campo sobre o atendimento aos dependentes químicos no município de Ivaiporã, localizado na região norte do estado do Paraná e, conta com uma população de 31.816 habitantes, segundo o IBGE. Para a realização da pesquisa utilizou-se como coleta de dados uma entrevista semiestruturada com abordagem qualitativa. A coleta de dados teve como objetivo conhecer a atuação dos profissionais do CAPS, e conseqüentemente, atinge-se os desafios e dilemas enfrentados pelos mesmos e as características do espaço sócio ocupacional.

### **4.1 Caminhos Metodológicos da Pesquisa**

Para o desenvolvimento da presente pesquisa, foi utilizado como recurso a pesquisa qualitativa, que busca compreender como funciona o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas dentro do CAPS do município de Ivaiporã-PR, o qual nos proporcionou uma maior aproximação com o problema pesquisado. A pesquisa qualitativa consiste em algo que não deve ser quantificado, “trabalha no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2012, p. 21). Terá também a utilização da pesquisa participante, ou seja, as pesquisadoras participaram do campo de pesquisa, observando as condições físicas e as ações dos profissionais.

Foi utilizado para aprofundamento prévio, pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, exposta acima. Partilhando do pensamento de Severino (2007), a pesquisa bibliográfica ocorre a partir da utilização de pesquisas anteriores, os pesquisadores usufruem de conteúdos já trabalhados sobre o mesmo tema a ser pesquisado. O mesmo autor define pesquisa documental, como textos ou documentos que não foram trabalhados por nenhum autor anteriormente, ou seja, o pesquisador utiliza-se de documentos que não sofreram nenhum tratamento analítico.

Quanto ao trabalho de campo, etapa fundamental para a pesquisa qualitativa, foi utilizada o seguinte instrumental: entrevista, a qual “[...] não é uma simples conversa. É uma conversa orientada para um objetivo definido: recolher, por meio do interrogatório do informante, dados para a pesquisa” (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2011, p. 51). Os entrevistados foram os profissionais envolvidos no atendimento aos usuários do CAPS de Ivaiporã. As entrevistas foram analisadas através da análise de conteúdo, a qual segundo Severino (2007) “é uma metodologia de tratamento e análise de informações constante de um documento, sob forma de discursos pronunciados [...]” (SEVERINO, 2007, p. 121).

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista, a partir de um roteiro semiestruturado, com o objetivo de analisar e caracterizar o processo de trabalho dos profissionais do CAPS. A escolha por tipo de técnica se deu por meio de elaboração de perguntas básicas, com o processo de interação social, na tentativa de compreender as suas totalidades no dia a dia da relação entre profissional, usuário e instituição.

Quanto à realização da entrevista, houve dificuldades em conseguir o contato com os profissionais, bem como referente às datas, pois, os mesmos encontram-se sobrecarregados devido a grande demanda que chega ao CAPS, assunto que será abordado a seguir. A única alternativa foi se reunir com todos os profissionais e fazer uma entrevista com todos ao mesmo tempo, seguindo os moldes de um grupo focal, porém, sem pretensão de sê-lo. Eram lançadas as perguntas e os profissionais respondiam, gerando, inclusive, alguns debates produtivos.

Assim, a entrevista foi realizada somente em um dia, e os profissionais não foram identificados na pesquisa, com o intuito de não expô-los, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Na instituição encontram-se profissionais em três níveis de contratação, sendo: os contratados, os concursados e os prestadores de serviço. A instituição conta com 7 profissionais de ensino superior, sendo eles: médico; assistente social; coordenadora (formada em psicologia); dois psicólogos; pedagoga e enfermeira. Dois profissionais de nível técnico: artesã e técnica de enfermagem.

Em relação à estrutura física do CAPS, é um pouco precária, o prédio é antigo, porém corresponde aos pré-requisitos estabelecidos pelas legislações. Ao entrar na instituição o primeiro contato é com um pequeno corredor de madeira quase que improvisado, logo após vem a recepção, que possuem cadeiras, televisão

e chá para os pacientes. Após um outro corredor, estão as salas da assistente social; psicólogo; médico/enfermeira (dividem a sala), uma sala de espera, onde são realizadas triagens; uma sala de reuniões, que também é a sala de uma das psicólogas, ou seja, as reuniões não podem ocorrer se a profissional estiver em atendimento, nesse piso há também o banheiro dos profissionais. No piso inferior existe a cozinha, a sala de oficinas e os banheiros dos pacientes, sendo masculino e feminino.

## **4.2 Análise dos Atendimentos aos Usuários de Álcool e Outras Drogas no CAPS de Ivaiporã**

### **4.2.1 Função do CAPS no atendimento de dependentes químicos**

O CAPS é uma rede que veio substituir os hospitais psiquiátricos do país, o objetivo é oferecer um atendimento de forma humanizada, ou seja, a redução dos leitos psiquiátricos. E possui como meta, propiciar atendimento a toda sua comunidade de área de abrangência.

A demanda dos dependentes químicos tem aumentado bastante, como aqui somos CAPS I, está estipulado atendimentos de transtornos mentais severos e persistentes. Essa questão de dependentes químicos e infantil está surgindo a pouco tempo comparado ao tempo que o CAPS existe aqui em Ivaiporã, sempre foi atendido, porém de um tempo para cá, está aumentando bastante. Esses dias fizemos um levantamento e o aumento quase que triplicou essa questão de paciente e usuários (de droga). É trabalhado com eles, mas são de difícil adesão, muito difícil, geralmente é a família que quer, quando eles vêm por conta ou estão sendo ameaçados por traficante, ou o corpo já não aguenta mais e quer ser internado para dar uma aliviada, mas quando eles retornam ao ambiente familiar o ambiente social não muda (P1).

Diante do exposto, o (a) profissional deixou claro que o CAPS do município de Ivaiporã-PR, não é um CAPS exclusivo para o atendimento de álcool e drogas, mas atende especificamente casos de transtornos mentais. Os atendimentos referentes a

álcool e outras drogas ocorrem, porém a instituição não é uma instituição específica para isso, pois trata-se de CAPS I, e os atendimentos sobre álcool e outras drogas que oferecem melhores condições aos dependentes químicos é encontrado em um CAPS-AD.

A profissional relata o aumento dos atendimentos referentes ao uso de drogas, com o aumento do número de atendimentos o CAPS encontra maiores dificuldades em atender toda a demanda, e com crises financeiras o número de dependentes químicos tende a aumentar ainda mais. Declara também a dificuldade nesses tratamentos, e associa a dificuldade de adesão ao próprio usuário da instituição, que segundo a profissional, procuram a instituição sempre por uma força maior, ou por insistência da família ou por ameaças, e até mesmo como a única alternativa de sobrevivência. Há uma abordagem na fala da profissional que é de suma importância para o tratamento: o papel da família. A Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 3º, estabelece: “É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família [...]” (BRASIL, 2001).

A família, no processo de tratamento do usuário, é de extrema importância, pois, através dela, o dependente químico, pode encontrar motivos para prosseguir o tratamento, ou para parar. É necessário que o usuário não se isole da família, é preciso que o tratamento seja em conjunto para que assim aconteça a superação do vício, e também para que a família saiba como lidar com o processo de mudança do dependente (BRAUN; DELLAZZANA-ZANON; HALPERN, 2014). Claramente o primeiro passo para o sucesso do tratamento, é o reconhecimento do usuário.

De acordo com as percepções trazidas pela Reforma Psiquiátrica e pelas atuais políticas de drogas, afirma-se que os usuários de drogas, independente da sua situação, é um cidadão com direito de viver na sociedade.

Foi questionado aos profissionais se os mesmos acreditam que seria viável a criação de um CAPS-AD no município de Ivaiporã-PR. O CAPS-AD pode ser inserido em cidades ou regiões que tenham população maior a 70.000 habitantes. Se contássemos os 16 municípios que o CAPS atende, segundo o IBGE chegaríamos a uma população estimada de 142.338 habitantes, assim, o CAPS-AD

se adequaria no município.

Todos os entrevistados concordaram que o CAPS-AD seria ideal para a cidade, e também um CAPSi. Se houvesse a aplicação desses CAPS na cidade, as demandas diminuiriam muito, e dessa maneira seria possível realizar um melhor atendimento aos usuários. Porém os mesmos disseram que acreditam que a instituição não será inserida, pois,

Como não é repassada verba do Consórcio, das mensalidades que os municípios pagam pra cá. Para os municípios está muito cômodo, nós estamos ofertando serviços pra eles e eles não estão contribuindo com nada. Lógico que eles (municípios) não vão querer (P1).

Os profissionais acreditam que a aplicação de um CAPS-AD não seria vantajoso para os demais municípios, que mandam pacientes para Ivaiporã, pois para eles o CAPS-I já atende toda a demanda, assim, não seria necessário uma nova instituição e, a aplicação de novas instituições teria que ter o consentimento de todos os municípios consorciados, pois sem eles a população mínima não seria atingida.

#### **4.2.2 A dependência química sem o internamento**

No Brasil, atualmente, seguindo o modelo construído durante a Reforma Psiquiátrica, o tratamento deve estar apoiado no Projeto terapêutico singular, que segue as premissas estabelecidas pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA)<sup>14</sup>, dos Estados Unidos, e incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas prioriza abordagens psicoterapêuticas e psicossociais em tratamento ambulatorial, já que o tratamento visa à reinserção social do usuário (NOVAES, 2014).

Este tema foi abordado com os profissionais que trouxeram como exemplo a Reforma Psiquiátrica, e dessa maneira tentam evitar o internamento.

---

<sup>14</sup> Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA).

Na verdade a reforma veio para evitar o internamento. Não que nós sejamos contra, tem caso que a gente vê que precisa realmente, mas assim é mais caso de doença mental mesmo, esquizofrenia, algumas coisas parecidas. Porque o álcool e a droga, eles saem de lá e podem voltar, se quiser parar também, agora diferente da doença que a pessoa vai ter problema para o resto da vida, então ele tem que tomar uma medicação, se não eles podem desencadear um surto, a partir desses surtos, direto vai para internação, por isso importante tomar a medicação, pelo menos mantém os pacientes estáveis, mas não tem cura (P2).

Sobre o internamento, a fala anterior explicita que os internamentos referentes ao uso de substâncias como álcool e drogas ocorrem pouco, e quando ocorre, o internamento não funciona, pois o usuário volta a fazer o uso da substância. Essa fala acaba por generalizar os atendimentos e faz parecer com que nenhum paciente da instituição tenha adesão ao tratamento.

Na fala a seguir a profissional aborda uma temática muito interessante ao pensar no atendimento dos dependentes químicos. Relata que o atendimento não deve ocorrer isoladamente dentro de um CAPS, deve haver parcerias no município, com os municípios da região para que o serviço possa atender em totalidade os usuários.

[...] nós fazemos a parte de saúde mental, mas também sempre em conjunto com CRAS, CREAS, com a Saúde do município, com o Conselho Tutelar muitas vezes. E esses pacientes a gente sabe que eles fazem o uso da droga e do álcool para fugir de um sofrimento que eles passaram, de um trauma, de alguma coisa assim, então muitas vezes o adolescente vem aqui depois que foi estuprado, caiu no mundo das drogas, você tem que levar tudo isso em consideração, o passado. Mas nós como serviço é não internar, somente em casos mais extremos, igual teve um caso que está em rede no município. Nós fazemos reunião de rede às terças-feiras. O menino é adolescente, ele faz uso de álcool e de droga, de tudo que vocês imaginam, e tentou o suicídio, e ele não vem, ele é um paciente nosso só que ele não vem, já fomos fazer visita, já levamos medicamento para ele para tentar aplicar, ele não aceita, não vem e não quer vir, então esse seria um caso de internação, porque não tem o que fazer (P1).

As parcerias entre CRAS, CREAS e outros órgãos é de suma importância, pois cada órgão atua em sua área de competência. Por exemplo, o usuário pode estar em vulnerabilidade socioeconômica, necessitando de algum benefício

eventual, ou como mencionado, ter sofrido violência e necessitar de um serviço especializado como o CREAS. É necessário conhecer a realidade do usuário, para atender todas as suas demandas, compreender porque se faz necessário o internamento.

Fica claro no final da frase anterior que o internamento ocorre quando se esgotam todas as alternativas de atendimento, como estabelece a Lei nº 10.216, porém foi notado na frase a seguir, um descontentamento com a internação.

Só que é momentâneo né, porque depois que ele sair, ele vai voltar, porque o primo também usa, é paciente também, então difícil porque ali a família inteira sabe (P2).

O núcleo familiar é todo desestruturado, geralmente é isso que acontece (P1).

A internação não é a melhor alternativa para o tratamento de dependentes químicos, a partir da política de redução de danos, nota-se que a abstinência e o isolamento, não garantem o sucesso do internamento. É preciso que o usuário se sinta pertencente à sociedade, próximo à família, e não excluído da mesma. É necessário também quebrar a noção de família desestruturada. Os modelos de família são os mais diversos, haja vista que o modelo de família nuclear já não é mais o padrão. Portanto, a família “desestruturada” não pode ser culpabilizada pela dependência química.

Para alcançar o desafio de promover a saúde em totalidade e de qualidade o Ministério da Saúde desenvolveu através dessa política, algumas práticas a serem contempladas, entre elas:

Proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos [...] (BRASIL, 2004, p. 11).

Atualmente os internamentos duram em média de 40 a 60 dias, os profissionais relataram que anteriormente a internação poderia durar um período de

seis meses. Ou seja, existe um padrão de tempo de internação a ser seguido, não se leva em conta as particularidades de cada paciente.

Os profissionais relataram uma questão importante: o hospital mais próximo da região não atende casos de dependência química, sendo assim, os pacientes ficam na central de leitos e é a família quem tem que procurar outro hospital, caso queiram internamento, e o CAPS, encaminha o paciente para o hospital desejado. A partir disso, percebe-se certa contradição, ou até mesmo uma falha no sistema, pois, mesmo que o CAPS queira internar seus pacientes, o hospital da região não os atende. Sabendo que o internamento é aplicado quando todas as alternativas de tratamento foram esgotadas, a falta de um local público e com convênio com o CAPS faz com que o atendimento não seja realizado em totalidade, e que o usuário corra risco de morte.

A Política Nacional Sobre Drogas, desde 2005, reconhece os direitos dos usuários de entorpecentes e estabelece que os mesmos devam receber o tratamento adequado e de forma igualitária (BRASIL, 2005).

Ao questionar os profissionais sobre as políticas antidrogas, eles relataram que,

São muito bonitas no papel (P1).

Seria bom se funcionassem. Quem faz essas leis não tem o convívio, como eles vão fazer se eles não conhecem. Não estão no dia a dia (P2).

Por exemplo, chega um ofício pra nós dos promotores. O adolescente tal tá fazendo uso, vocês precisam acompanhar, nós vamos, acompanhamos, convidamos ele pra vir aqui, vem uma vez, a família vai atrás, meio forçado não vem mais, vamos de novo, aí não vem mais. Eles querem saber se a gente tá acompanhando, independente do que precisa ser feito, mas não é assim. Nós que trabalhamos aqui sabemos que se o paciente não quer, a família quer, mas o paciente não quer, infelizmente é só o tempo que vai dizer o que vai acontecer, porque amarrar e trazer não tem como (P1).

A partir desse relato, nota-se que os profissionais não compreendem realmente as políticas antidrogas e associam as mesmas a questões judiciais. Porém, a fala da profissional referente aos ofícios demonstra que o tratamento

coercitivo não significa a recuperação do paciente. Isso demonstra uma falha no entendimento de diversos profissionais que atuam no e com o CAPS, pois, os profissionais como os citados acima, da esfera judicial não entendem que o CAPS não funciona a base de coerção. Atualmente se discute muito acerca dos tratamentos de saúde mental, mas a saúde mental exige a criação, ampliação e articulação de diversos pontos de saúde. O processo de capacitação e articulação dos profissionais é imprescindível para amenizar o sofrimento do usuário portador de transtorno mental. Portanto, estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (CFESS, 1999).

Visando investigar quais são os tipos de oferta continuada na região, os profissionais disseram:

A 12<sup>o</sup> regional aqui de Ivaiporã agora que entrou a coordenadora na parte de saúde mental, ela está proporcionando bastante videoconferência, mas ela entrou agora, então está fazendo um trabalho conjunto há pouco tempo (P1).

É um serviço novo que há pouco tempo não tinha, não tinha nada sendo ofertado. Quando se tem vontade de se especializar tem que buscar para fora (P3).

Bastante tempo sem capacitação, deixando, e isso causa muita, muita dificuldade (P4).

Como relatado nas falas das profissionais, não havia nenhuma forma de capacitação para os profissionais que trabalham com saúde mental. Após a chegada de uma profissional na Regional de Saúde do Município, isso vem se modificando. A profissional começou a atuar na região de Ivaiporã no ano de 2017, e o CAPS do município foi inaugurado no ano de 2007, ou seja, passou uma década em que não houve oferta de qualificação, observa-se uma defasagem muito grande em relação às capacitações dos profissionais, apontada por eles próprios.

As oportunidades de cursos de capacitação promovem um salto qualitativo nos atendimentos do CAPS, pois, através dessa qualificação é possível melhorar os serviços ofertados na instituição. A oferta de cursos ainda é mínima, e nota-se a

partir das falas das profissionais a preocupação das mesmas em se qualificar para realizar os atendimentos, pois antes da promoção de videoconferência pelo município, as profissionais que queriam melhorar sua atuação, buscavam a capacitação por conta própria, mesmo reconhecendo a necessidade de curso, por iniciativa pessoal, os profissionais deixam claro que isso deve acontecer por parte da instituição, promover as capacitações.

São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial segundo o Art.4º da Portaria 3.088,

[...] V- promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede (BRASIL, 2011).

Percebe-se que mesmo previsto na Portaria, promover formação aos profissionais, os mesmos foram deixados à mercê. E é de suma importância os cursos de capacitação para o sucesso da recuperação do usuário, onde ela possa retornar a uma vida produtiva na família, no trabalho e na sociedade.

#### **4.2.3 Parcerias entre os CAPS e outras instituições, consórcio intermunicipal e quadro de funcionários de atual**

O trabalho que se propõe atualmente no CAPS ainda é um campo de atendimento muito complexo, pois geralmente não se tem apoio do próprio município sede, o que afeta o funcionamento da instituição. Tratando-se de um serviço de alta complexidade, sendo que a construção da rede exige articulação com diferentes municípios. Diante disto, os profissionais se posicionaram da seguinte forma sobre parcerias entre o CAPS e outras instituições,

Não. O CAPS não é do município de Ivaiporã, o CAPS é do Consórcio e o consórcio atende a 16 municípios. [...] Mas questão de parceria, nós fazemos a reunião de rede, que acontece toda terça-

feira. Por exemplo, se chegou um caso que às vezes precisa repassar pro CRAS, pro CREAS é repassado em reunião, aí as meninas de lá do serviço vão fazer visitar, e na próxima reunião repassam pra nós quais foram as providências tomadas por parte do serviço deles (P1).

As reuniões de rede no município de Ivaiporã-PR reúnem as seguintes instituições: CRAS, CREAS, CAPS, Educação (Estadual), Educação (Municipal), Centro da Juventude, Conselho Tutelar, Órgão Gestor da Assistência Social e Saúde do Município. Nessas reuniões, os casos complexos que necessitem de ação de mais instituições são passados a elas, e o caso passa a ser um caso da rede, onde várias instituições são responsáveis. A Rede é fundamental para os usuários, pois eles têm a possibilidade de ter um atendimento integral.

É preciso destacar que a Rede atende somente o município de Ivaiporã, e o CAPS atende mais 15 municípios, assim, as parcerias com os outros municípios são mais complicadas. As profissionais relataram que por dificuldades financeiras há dificuldades em realizar visitas em municípios mais distantes. Dessa forma o CAPS fica limitado aos municípios mais próximos. Porém, a profissional relatou que já conseguiu fazer visitas em municípios mais distantes, e as visitas foram para socializar informações,

Mas a gente já foi. Há um tempo, a gente ia, dependendo das condições, fomos a Manoel Ribas, Santa Maria, fomos em vários lugares para repassar o que o serviço faz, muitas vezes a gente fica com dúvida sobre o que o serviço faz, então a gente passa, conversa. Assim como já fomos a Maringá pra conhecer os CAPS de lá pra ver como funciona lá. A gente faz também isso. Por último fomos a Ariranha, estamos precisando ir a Jardim Alegre, porque tem vários pacientes de lá, e quando a gente vai e faz um “tour” a gente vai e eles veem, se temos alguma dúvida, nós ligamos, falamos com a assistente social ou farmacêutico enfermeiro do lugar, do município, a gente conhece a maioria, conseguimos ter esse vínculo, a gente liga, ou eles ligam (P2).

O trabalho multidisciplinar busca reunir várias especialidades para realização de um exercício profissional. É possível observar que com essas visitas a formação de vínculos com os demais municípios é viável. Esses vínculos podem possibilitar as parcerias e, propiciar um melhor atendimento aos usuários do serviço.

Como na regional agora tem uma coordenadora de saúde mental, vai ser mais fácil, acredito eu, a partir de agora essa questão de comunicação entre os municípios por que eles estão promovendo reuniões com a Atenção Básica, as PSF, as UBS, Os CAPS, porque em Santa Maria tem um CAPS também agora, então eles estão promovendo com toda a rede de equipe dos municípios reuniões pra estar repassando como funciona cada serviço, como se dá esse contato. A partir de agora acredito eu, que vá andar melhor o serviço. (P1).

Já está tendo. Uma vez por mês, a primeira vez foi aqui, e vieram quase todas as cidades, um representante de cada cidade pra estar passando lá. Porque às vezes a gente liga e fala, falei com fulano e a pessoa fala que não tá sabendo e eles sabem como funciona e eles já podem estar passando pra eles lá (P2).

Nós como serviço estamos fazendo assim: os profissionais que vão às reuniões estamos pegando eles como referência. Você é de Manoel Ribas, então quando precisarmos de alguma coisa, se tiver algum paciente de lá, vamos ligar pra você, estamos fazendo assim, se não acaba ligando pra um e pra outro e fica perdido e ninguém resolve nada (P1).

Principalmente quando muda de prefeito, porque muda toda a equipe é complicado isso. Aquele que sabia como funcionava não passou pro outro e às vezes não temos esse contato pra darmos continuidade no tratamento (P2).

Fora essas reuniões, essas coisas aí, nós não temos mais nada. (P1).

Na própria fala dos profissionais temos a clareza da falha do sistema de política pública voltada à saúde, a falta de suporte por parte dos municípios atendidos pelo CAPS. A instituição conta somente com os recursos repassados pelo governo federal, no valor de R\$ 28.305,00 mensal. Com esse recurso é bancado todo o funcionamento da instituição, mesmo com uma demanda cada vez maior, o recurso repassado continua o mesmo. A profissional ressalta que por atender muitos municípios o sistema fica falho e às vezes acaba gerando dúvidas sobre o funcionamento da instituição, pois os municípios não tem clareza sobre seu funcionamento. Apesar de um sistema cheio de precariedade, ainda se vê por parte dos profissionais as tentativas de articular meios para que todos os municípios se integrem, fazendo isso para que se tenha articulação em rede e que ela se fortaleça.

O sistema de rede é de suma importância para que os serviços ofertados para os usuários e suas famílias superem a situação vivenciada, sem causar

consequências mais graves. Para tanto, faz-se necessário fortalecer a rede com as demais cidades e, isso pode ocorrer através das reuniões que já estão sendo feitas.

O consórcio são órgãos intermunicipais com parcerias entre municípios para realização de ações conjuntas incrementando a qualidade dos serviços públicos ofertados a população. Sabendo que o Consórcio é o órgão que gerencia o CAPS no município de Ivaiporã, foi questionado aos profissionais como funciona o CIS, e qual o entendimento dos profissionais sobre o mesmo.

O consórcio é consulta especializada, ele atende aos 16 municípios, igual a nós. O CAPS precisa de uma entidade maior para estar gerenciando, como a prefeitura de Ivaiporã não quis pegar, o consórcio pegou para não perder o projeto (P1).

O consórcio tem várias especialidades, vários médicos, tem a parte de neuro, parte de fonoaudiólogo. Por exemplo, no município de Jardim Alegre a gente dá esse encaminhamento eles vão ao posto de saúde pelo SUS, e marcam pra vir ao consórcio. O médico aqui dentro não é neuro, é formado como neurologista, mas é fora daqui. Aqui ele cuida da parte de saúde mental. Às vezes a pessoa vem aqui e acha que vai passar com o neuro vê a cabeça, ver a parte psicológica, mas não ele não pode, porque ele não tá como neuro. Então a gente faz o encaminhamento e às vezes acaba pegando ele mesmo no consórcio porque ele atende lá, e tem mais um neuro também que é novo, outro médico. Lá tem várias especialidades que a gente consegue fazer o redirecionamento (P2).

Quando precisamos fazer encaminhamentos para alguma consulta vai para o consórcio. Como eu falei, lá são consultas especializadas, aqui é saúde mental. A questão da parte financeira o consórcio não repassa nada, repassa o dinheiro que vem pro CAPS a verba federal que vem pro CAPS. Nós fazemos todos esses atendimentos com todos os municípios por conta da verba que vem pro CAPS mesmo. O apoio que o consórcio dá pra nós é essa questão jurídica, eles têm uma equipe jurídica qualquer coisa que precise é lá. RH é lá, financeiro é lá. Nós funcionamos aqui, eles gerenciam lá. Essa parte de gerência, contratação é tudo lá (P1).

A primeira fala da profissional (P1) demonstra o descontentamento da mesma, ao dizer que o município de Ivaiporã não quis gerenciar o CAPS. A partir disso, nota-se que isso atrapalha o funcionamento da instituição, que se vê impossibilitada de realizar parcerias com as demais instituições no município.

Sobre o Consórcio, o mesmo funciona como uma clínica, que oferece atendimentos médicos que inexistem na saúde municipal.

Os profissionais foram questionados se o quadro de funcionários é suficiente para demanda, todos reconheceram que faltam profissionais para atender a demanda:

Falta um auxiliar de serviços gerais, inclusive já foi falado pro consórcio pro ano que vem eles darem um jeito de contratar. Por exemplo, nós não temos um T.O. Terapeuta Ocupacional (P1).

E uma secretária fixa, porque a gente ao mesmo tempo em que tá atendendo aqui, a gente tem que estar atendendo lá, se tivesse uma secretária ajudaria também. E também a parte de profissional. Os atendimentos médicos são só na parte da manhã, não tem a tarde por conta dos pacientes virem dos municípios de fora, ele vem cedo e vão embora a tarde. As oficinas que acontecem a tarde são mais para as pessoas que moram em Ivaiporã, pois as pessoas que moram fora não tem como vir à tarde. A equipe é formada por dois psicólogos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma pedagoga, uma assistente social, uma copeira, médico clínico geral e a coordenadora (P2).

A Portaria 336, de 19 de dezembro de 2002, estabelece qual a equipe mínima que deve possuir um CAPS I, e nessa equipe deve existir um Terapeuta Ocupacional. Em Ivaiporã, a equipe está defasada. A falta de uma secretária fixa exemplifica bem a precariedade. A secretária que trabalha no CAPS fica apenas meio período, inclusive não estava no dia da entrevista. O CIS disponibiliza a profissional para estar no CAPS, na metade de sua carga horária de trabalho.

O CAPS é um órgão em referência em atendimento em saúde mental, o apoio do consórcio é fundamental para o seu funcionamento. É necessário, portanto, que haja a equipe completa de profissionais. Com a grande demanda, e a falta de profissionais, faz com que a atuação dos profissionais não seja a mais adequada.

#### **4.2.4 Sobre o atendimento aos dependentes químicos e atividades de desenvolvidas**

Observa-se que o espaço institucional vem sofrendo transformações frente a um contexto macro de crise, e isso afeta diretamente os processos de trabalho dos profissionais, os quais assumiram um perfil polivalente frente à demanda de

trabalho. Logo, quando indagados em relação aos desafios postos ao exercício profissional, colocaram que;

A gente tenta fazer o máximo possível, dentro das limitações que nós temos (P2).

Desde a limitação da questão quantidade de profissionais da equipe até essa questão dos transportes. Por exemplo, os pacientes poderiam ser melhor distribuídos durante o dia. Como os ônibus da saúde dos municípios vem na parte da manhã, então fica superlotado, é uma correria na parte da manhã. E na parte da tarde ficam só as oficinas para os pacientes de Ivaiporã, porque não tem ônibus para os outros municípios, nesse horário. Então fica mais tranquilo, é mais desafogado, se fosse só de Ivaiporã seria bem mais estruturado (P1).

Até em relação ao serviço de psicologia, a gente acaba se limitando um pouco por conta disso, porque impede da gente criar novos grupos terapêuticos. Inclusive o que nós temos, a maioria dos pacientes são de Ivaiporã, por conta de que, eles tem a possibilidade maior de virem (P3).

Tem a demanda do horário de cada profissional. Por exemplo, o assistente social é vinte horas, psicólogos são vinte horas, quem faz quarenta horas é a enfermeira, coordenadora, auxiliar de enfermagem e artesã. Até a pedagoga é só vinte horas. A gente não tem o dia todo. (P2).

Mais da metade da equipe são vinte horas. Dentro da equipe, existem três formas de contratação, tem os contratados, os concursados e os prestadores de serviço. Os contratados são quarenta horas, os prestadores de serviço e os concursados são vinte horas. E para nós tem mais esse empecilho (P1).

Pode-se observar que as principais dificuldades postas ao CAPS é a falta de profissionais, bem como o horário dos mesmos e a questão dos transportes. A equipe completa não fica o dia todo, pois são contratados com carga horária diferenciada. A maioria dos profissionais fica apenas no período matinal, como médico, assistente social e pedagoga.

A questão do transporte também dificulta o tratamento dos pacientes da região. Basicamente os municípios da região disponibilizam carros, ônibus e vans no período da manhã, dessa forma priorizam apenas as consultas dos pacientes, deixando de lado as oficinas terapêuticas. Pode-se concluir que o atendimento em totalidade são ofertados apenas aos pacientes do município de Ivaiporã, pois os pacientes de fora, não conseguem realizar as oficinas por questão do horário. Já

que os municípios são consorciados, e a sede fica em Ivaiporã, seria necessária uma maior comunicação entre os municípios para que estes disponibilizem mais transportes em horários diferenciados, o que facilitaria a atuação dos profissionais e melhoraria o tratamento dos usuários.

Ao ponderar o exposto pelos profissionais, mais uma vez fica clara a omissão dos municípios em relação à política de saúde pública, sendo ela universal. Indagados sobre a condição física de trabalho, os profissionais relataram:

O prédio é alugado. O espaço em si, ele comporta, só que a estrutura está muito velha, antigo, já está começando a dar problema. Não pode ter escadas, a fachada deve ser uma fachada residencial, são exigências que o Ministério (Saúde) pede. O aluguel do prédio é pago com o repasse federal, com os R\$28.305,00 (P1).

O espaço está viável, só a estrutura. Não tem em Ivaiporã outra estrutura grande que comportaria (P2).

Nota-se que as condições não são as mais adequadas para o atendimento, o prédio em si encontra-se em condições desfavoráveis, com uma estrutura antiga, porém os profissionais relatam que em Ivaiporã não há nenhuma outra estrutura que comporte a instituição, portanto, a única alternativa é continuar no prédio.

Como foi dito, o prédio é alugado, e o aluguel é pago com a verba federal, e dessa maneira nota-se outro empecilho para o atendimento dos usuários da instituição, que tem um gasto a mais com o aluguel e nenhum outro repasse que supra as necessidades do CAPS.

Portanto, ainda que as condições de trabalho não sejam favoráveis, essa precariedade não pode levar os profissionais as limitações frente às demandas impostas.

Diante dessas dificuldades, foi questionado aos profissionais se existe demanda sem atendimento, e os profissionais responderam:

Com certeza. Os municípios agendam pra cá, então nós temos uma ficha de estratificação de risco. Se a estratificação for baixa, nós devolvemos para o município. Estratificação média e alta, nós ficamos aqui. A partir do momento que o paciente se estabiliza nós devolvemos para o município, mesmo que ele queira continuar fazendo oficina ou alguma coisa do tipo, porque se não comporta (P1).

A ficha de estratificação consiste em um conjunto de perguntas aos pacientes, sobre o passado e presente medicamentosos, quais os sentimentos, desejos e pensamentos dos pacientes. Através dela, é possível identificar se o transtorno do paciente é baixo, médio ou alto. Identifica-se no relato da profissional que através dessa ficha, muitos pacientes ficam sem atendimento, pois através dela se faz uma seleção que quais pacientes são ou não são perfil CAPS.

A estratificação de risco em saúde mental é uma estratégia para identificar as pessoas que sofrem mentalmente, ofertar um cuidado mais adequado e auxiliar as equipes a se organizarem para possibilitar este cuidado (PARANÁ, 2014, p. 17).

A fala a seguir, reforça a questão das parcerias entre os municípios,

Por isso tem que ter um bom diálogo, entre o posto de saúde, porque por exemplo, eles tem que fazer uma estratificação boa lá, por mais que eles fazem lá e temos que fazer outra aqui. Por exemplo, o paciente faz uso de bebida, mas ele está debilitado, no momento tem que cuidar dele, fazer exames, cuidar da parte de saúde dele pra depois pensar. Porque dar uma medicação forte pra ele agora não vai adiantar, vai só piorar o caso. Eles têm que ver tudo isso antes pra estar mandando, porque essa população já está ficando doente mesmo, e por isso eles têm que fazer uma estratificação certinha, por isso a gente está trabalhando em cima disso. Porque se eles não fizerem lá fora, a demanda já aumentou bastante, aí vai aumentar mais ainda, por isso é importante eles lá fora já veem certinho como que tá, pra eles passar pra nós, pra ver se é caso de CAPS, às vezes não é caso, às vezes é caso de neuro, aí eles acham que se vir pra cá vai ser atendido como neuro (P2).

A estratificação é feita em postos de saúde e também nos CAPS, se a estratificação do paciente for baixa, as instituições nem o passam para o CAPS, passam para outros órgãos, como neurologista, como citado acima.

Especificamente sobre os dependentes químicos a fala a seguir demonstra que existe uma maneira de selecionar quem deve deixar o tratamento no CAPS.

E essa questão dos usuários (drogas) como eles tem difícil adesão, nós temos um protocolo de atendimento no CAPS, assim: dependendo do caso, faltou tantas vezes, já é automaticamente desligado, porque se a gente ficar indo atrás de todos os pacientes que não tem adesão, não tem condição. E os transtornos mentais vão ficando um pouco de lado, porque os usuários vão tomando

conta. O usuário é assim: retorna desiste, retorna, desiste. Eles ficam vindo e voltando todo o tempo (P1).

A partir dessa fala, é possível identificar que não há muito interesse em manter dependentes químicos na instituição, pois segundo os profissionais, os mesmos têm pouca adesão, e insistir no tratamento destes, faz com que os demais pacientes fiquem sem atenção adequada.

Anteriormente os profissionais relataram as dificuldades na instituição, nesse momento voltou-se ao tema.

Enquanto coordenação, a estrutura e a questão de burocracia, às vezes temos vontade de fazer as coisas e não podemos, é barrado porque não dá, não pode, não tem verba. E também a questão da condição de 16 municípios, horário, a questão do trabalho com os pacientes em si. Fica meio que um ambulatorial aqui.

A questão da burocracia afeta quase todas as instituições públicas, e no caso do CAPS, a profissional relata o interesse em promover novas ações para o atendimento aos usuários, e isso não ocorre pela grande burocracia que impede de executar novos planos, além da questão financeira, que também não permite novas ações.

O CAPS atende um número de consultas por dia, e a fala a seguir, denota que é melhor atender poucos pacientes, mas com qualidade de atendimento.

Não adianta ter quantidade tem que ter qualidade, por exemplo, vamos atender 20 (pacientes) em um dia, fica cansativo para quem tem que dar orientações, fica cansativo para esse paciente esperar porque demora, bastante pessoas, o médico também acaba tendo que fazer tudo mais rápido, porque tem aqui e tem lá para atender. Por isso a gente tem uma limitação de tantos (13) pacientes por dia, tantos pacientes pra primeira avaliação. Na verdade o médico só assina quem faz todos os procedimentos somos nós, desde lá da frente, quem vai passar com psicólogo, tudo aqui dentro somos nós quem fazemos passo a passo, temos que orientar bem certinho. Mesmo a gente orientando tem pacientes que não entendem que tem dificuldade de entender, às vezes esquece, por isso é importante o acompanhante vir junto. Além de estar lembrando, ele também pode estar passando o caso para nós, porque a gente vê o paciente aqui dentro, a gente não sabe como ele está sendo lá fora, por isso o acompanhante é importante pra ele ver como você está, se está havendo melhora ou se não está melhorando, se tá tomando medicação, não está. Eu peço para trazer as medicações, porque em cima disso eu tenho uma base, eu dei tanto, tem que dar tanto por mês, tem que tomar tantas vezes no dia, porque tá sobrando tanto,

se tá tomando ou não tá, então a gente percebe. Percebe quando tão tomando ou não estão tomando certinho.

A profissional novamente traz em seu discurso que a maior parte do atendimento quem faz é a enfermagem, e que o médico apenas assina as receitas. Todo atendimento é feito pelos demais profissionais. A partir disso vemos as condições precárias em que o CAPS do município de Ivaiporã em que se encontra.

A família tem papel fundamental no tratamento do paciente. Sobre isso, os profissionais relataram qual o papel do CAPS, junto às famílias dos pacientes.

Nós fazemos orientação com a família, estava sendo feita reunião familiar, onde ressaltamos toda a importância do acompanhamento da ajuda do apoio. A questão de entrar na casa, não somos nós quem fazemos, enquanto serviço é papel do CRAS, CREAS. A questão da orientação, do apoio de vir aqui, quando vamos fazer visita sempre ressaltamos a importância que tem a família no tratamento (P1).

Às vezes o problema não está no paciente, está na família, e por isso temos que trabalhar com a família, se não o paciente nunca vai ter melhora, às vezes a família está com um problema (P2).

A Portaria 3.088, de 2011 do Ministério da Saúde estabelece como deve funcionar a rede de atenção psicossocial,

[...] VII- desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;  
VIII- desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;  
IX- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;  
X- organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;  
XI - promoção de estratégias de educação permanente;  
XII- desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011, p.1).

Visando investigar as competências profissionais, frente à demanda dos atendimentos dos usuários da instituição. Mostrando a articulação dos serviços com a realidade do dia a dia, os profissionais explanaram:

O papel da coordenação aqui dentro é gerenciar a equipe, questões burocráticas, financeiras, e alguma coisa mais que aparece, mas como nós temos uma equipe pequena, e temos muitos pacientes então meio que todo mundo acaba fazendo de tudo, mas o acolhimento é feito pela Assistente Social, aí quando ela não está pode ser feito por qualquer outro profissional, o combinado da equipe é assim: a Assistente Social não está, é repassado esses acolhimentos para os psicólogos.

Na fala do profissional nota-se uma precarização do serviço ofertado aos usuários, bem como mostra a defasagem da administração pública em zelar por esse direito que é garantido constitucionalmente. A gestão municipal não oferta melhores condições para o atendimento dentro do CAPS, como a equipe é pequena, os profissionais, muitas vezes, precisam fazer serviços que não são de sua competência, comprometendo assim toda a estrutura e funcionamento da instituição. Com o relato do profissional, mostra uma realidade vivenciada por vários profissionais de diferentes campos, a defasagem de concursos para áreas específicas, haja vista que no município não se realiza concurso desde o ano de 2014.

Nota-se também como os profissionais se organizam para realizar os atendimentos aos usuários. Não há uma hierarquia no acolhimento aos usuários, o acolhimento inicial pode ser feito por profissionais sendo eles contratados ou concursados. “O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo [...]” (BRASIL, 2009, p. 17). No CAPS do município, os profissionais se organizaram para que os acolhimentos sejam realizados pela assistente social, caso ela não esteja, os acolhimentos são passados para os psicólogos.

Seguindo uma ordem cronológica, os atendimentos funcionam da seguinte forma: primeiro o acolhimento é realizado pelos profissionais citados anteriormente, em seguida, o usuário é encaminhado para a parte de enfermagem da instituição, que;

[...] eu que faço toda abordagem, parte de medicação, algumas doenças que tem todo histórico, da parte tanto de doença como de medicação que está em uso atualmente, o que já usou as reações adversas e tudo mais. Faço uma escuta, aí a hora que o médico chega, eu passo para ele, e falo olha essa paciente está tomando essa medicação, está sentindo isso e isso, será que é por caso da

medicação, dependendo do caso eles (pacientes), falam: aí não estou bem estou com uns pensamentos estranhos, aí a gente pede para ver qual o psicólogo de referência para passar para ele, para conversar fazendo uma abordagem mais nessa parte, e consegue conversar com eles. Aí eu também converso bastante com eles, mas daí a minha parte e mais na parte da enfermagem, cuidados com medicação, e daí passo para o médico, aí ele entra com a medicação, às vezes ele troca a medicação, aí eu dou toda a orientação da parte da medicação, quando é a primeira avaliação eu passo certinho depois quando for vindo, tem paciente que vem a cada 30 dias, a cada 60 dias e tem a cada 90 dias, aí então a cada 90 dias, a cada 3 meses a gente tem que fornecer receitas. Aí tem os que têm carteirinhas que tem que ir marcando, agendando ali o próximo retorno. Eles falam até que sou secretária do médico, na verdade quem faz toda essa parte e a parte da enfermagem mesmo, até mesmo em hospitais, os enfermeiros que fazem que sabe do caso, que toma frente e só passa para eles, os médicos, aí eles assinam, aí tem a conduta de cada um.

Tem que fazer encaminhamento se não é hipertenso. Às vezes está engordando bastante, pode ser por causa da medicação, a medicação não engorda, ela incha. Os sintomas todos. Se não fala para mim fala, fala para técnica de enfermagem. Às vezes não fala para mim, fala para o médico, então depende que a gente tem que ter uma comunicação entre nós, para passar.

Como foi relatado acima, a equipe de enfermagem cuida dos atendimentos dos usuários enquanto doença, pois sua formação o capacita para observação de aspectos biopsicossociais (SOARES et al., 2011). Faz um atendimento a partir de uma abordagem medicamentosa, assim, pode-se perceber que quem faz toda a orientação e o atendimento é a enfermeira, e não o médico da instituição, que inclusive não estava presente no dia da entrevista.

O CAPS conta também com uma técnica de enfermagem, a qual é formada, mas afirmou ser contratada em outra profissão, como auxiliar, não a que a mesma exerce.

Sou técnica de enfermagem, mas aqui sou registrada como auxiliar, o meu concurso na época era auxiliar. Eu faço, encaminhamento para higienização deles, eles conversam muito comigo também conta história, dependendo do caso eu passo para psicóloga, depende do caso precise chegar até o médico, se eu vir que não vai prejudicar ninguém, fica para mim mesma, eles têm muita confiança em mim, mas agora se eu ver que vai prejudicar chego na psicóloga e falo aquele caso é assim, assim, você atende fulano, daí se tiver que passar para psicóloga já chego e falo, verifico sinais vitais, pressão.

Observa se o paciente está com edema por causa do remédio. Qualquer coisa estranha que eu vejo já chego para enfermeira, está acontecendo isso e isso com o fulano, aí ela já passa para o médico. Que às vezes o paciente não fala, eles tem vergonha de falar.

No relato acima, a profissional deixa claro que muitas vezes não passa os atendimentos adiante, quando possível ela mesma resolve o caso do paciente, somente passa para o setor de psicologia e da enfermagem, quando se trata de um caso mais grave.

Após passar pela equipe de enfermagem, os atendimentos passam para os psicólogos que,

Em questão do serviço da psicologia, primeiro a gente faz entrevista inicial com o paciente, depois faz a entrevista com os familiares, mas a gente trabalha mais com atendimento individual por conta da dificuldade que a gente tem pela demanda ser muito grande, da dificuldade que a gente tem de transporte. Às vezes a localização do paciente para comparecer ao serviço no mesmo dia e no mesmo horário, a gente tem essa dificuldade, por isso que a gente faz esse atendimento de forma individual. Então a gente faz a entrevista inicial com paciente, com os familiares aí depende do caso, cada caso vamos ter uma abordagem, é bem relativo.

Nessa fala é possível observar nitidamente as precárias condições em que os profissionais do CAPS vivem cotidianamente. No relato da psicóloga, a grande demanda que chega à instituição impossibilita o atendimento da família, e a família é a peça fundamental para o tratamento dos dependentes químicos. Nota-se novamente uma falha na política de saúde mental em Ivaiporã, a Portaria 336 em seu artigo 4º, estabelece que os atendimentos sejam realizados da seguinte forma:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002, p. 1).

É necessário lembrar, que o CAPS, atende a 16 municípios da região, e a distância, vem sendo um grande problema para realizar os atendimentos, pois os pacientes não tem transporte para chegar ao CAPS. As oficinas e grupos terapêuticos ficam impossibilitadas de acontecer com municípios da região.

Como dito pela enfermeira, as consultas dos pacientes do CAPS podem ser em 30, 60 ou 90 dias, entre as consultas, a instituição oferta as oficinas terapêuticas, que

Permite a possibilidade de projeção de conflitos internos/externos por meio de atividades artísticas, com a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário, além do fortalecimento da autoestima e da autoconfiança, a miscigenação de saberes e a expressão da subjetividade (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, p. 341).

Durante as oficinas é necessário que os profissionais observem o comportamento dos pacientes, suas inquietações e demais sentimentos, como é um espaço aberto e de descontração, é possível que os pacientes se sintam mais a vontade para relatar essas questões, como exemplifica a artesã da instituição.

Tem vezes que eles se abrem mais na oficina do que com a psicóloga, daí o que a gente faz tem que ser meio “fuxiquerinho”, se acontece alguma coisa olho e corro para passar para psicóloga, se tem algum problema passo para os profissionais, porque eles desabafam pra caramba lá. Eles se sentem mais a vontade ali, um fala de um problema outro fala de outro se sente mais a vontade, às vezes com a psicóloga não, eles dão uma prendida.

O CAPS conta com diferentes profissionais de diversas especialidades. A intenção da interdisciplinaridade na instituição é promover uma troca de saberes para que assim o atendimento possa ocorrer de forma mais abrangente. Devem acontecer, portanto, parcerias entre os profissionais, pois através desta, pode-se fazer uma troca de conhecimentos. Contudo são realizados no CAPS as reuniões de equipe,

Que a gente tem todo dia, nesse horário as 11, a gente tem a reunião entre nós, aí a gente passa os casos do dia, acontece isso, aconteceu aquilo, temos que fazer visita, aconteceu isso, aquilo, a gente passa para os demais do grupo, ou alguém ligou, ou uma parte judicial tem responder então tudo isso agente senta e conversa ai, todos ficam sabendo e coloca seu parecer (P3).

Através dessa reunião de equipe é possível que os profissionais compartilhem como foram os atendimentos, e saibam se o paciente está melhorando ou regredindo.

#### **4.2.5 Os profissionais do CAPS veem preparados para trabalhar com os dependentes químicos**

Em vigor desde 2005, a Política Nacional Sobre Drogas propõe uma abordagem menos focalizada na repressão. Essa questão gerou debate entre os profissionais, todos relatam não se sentirem capacitados para realizar os atendimentos aos dependentes químicos, mas nota-se nas falas, que eles colocam o usuário como único responsável pela falta de adesão ao tratamento.

Eles pedem ajuda, a gente ajuda, mas eles não se ajudam. Tem um usuário que já veio aqui, umas três vezes, mas ele abandona o tratamento, esses dias eu estava no ônibus, ele disse para mim assim: Me ajuda. Aí falei: ajudar como? Eu te ajudo e você não se ajuda, não tem como eu te ajudar. Mas ele está acabado, está fumando demais, todo dia, não tem mais o que fazer com ele, já foi internado, fugiu, foi internado duas vezes fugiu. Ajudar como? Ele pede ajuda, você vai ajudar, mas ele não se ajuda. Sabe o que ele falou para mim, faz um uma cerca de ferro e me coloca lá dentro, para não sair nunca mais, daí eu não vou fumar. Até que ponto ele chega (P.4).

No relato do (a) profissional, identifica-se que lidar com essa situação não é uma tarefa fácil, é um processo complexo e exige muita atenção. As dificuldades encontradas no tratamento são agravadas pela efetividade limitada do sistema público de saúde. É necessária uma ação conjunta entre diversos profissionais para que ocorra a conscientização sobre o uso indevido de drogas, portanto, não é uma tarefa individual, deve haver uma parceria entre usuários e profissionais.

A recaída não quer dizer que o usuário não seja capaz de se recuperar, ocasionalmente o vício é uma válvula de escape para uma angústia na qual a pessoa não está conseguindo resolver. Deve-se oferecer ao dependente químico várias formas de tratamento, e deixar claro que a escolha deve partir sempre do usuário.

Relataram também que a questão da experiência é fundamental para melhorar os atendimentos aos dependentes químicos. Como pode-se perceber na seguinte fala:

[...] quem está há mais tempo na equipe, tem mais facilidade para lidar com certos tipos de situação que vão surgindo, mas, mesmo assim, ainda a dificuldade é grande, porque tem que tomar muito cuidado com esses pacientes. Então a gente vê que eles têm até vontade, porém, são essas situações que eles estão inseridos, interfere bastante também (P.1).

Os profissionais abordam que é necessária a própria aceitação para o sucesso do tratamento, porém isso é muito difícil de ocorrer, muitos pacientes do CAPS não se veem como dependentes.

De álcool principalmente eles negam muito, que eles são usuários, os de drogas às vezes acabam falando admitindo que eles usam, “a já usei maconha, já usei todos os tipos”, agora o de álcool eles negam muito que são usuários, que eles bebem, que eles são dependentes, os usuários falam: só bebo no final de semana (P2).

O primeiro passo para o tratamento é a aceitação, e como a gente vai tratar se a pessoa não aceita? A gente já fez várias abordagens tentando mostrar os prejuízos ou tentando mostrar para a pessoa o quadro que ela se encontra, mais muitas vezes a gente não tem sucesso (P2).

Os profissionais relataram que a demanda que chega ao CAPS, raramente é espontânea. Casos de dependência química, geralmente quem leva o usuário é a família, e no caso de adolescentes, geralmente a demanda é judicial. Os profissionais relataram que no município e na região, existem casos de drogas em todas as faixas etárias “A faixa etária vai desde os 10 anos até senhores” (P1).

A partir dos relatos dos profissionais, analisa-se que colocam a falta de experiência como limitação para o atendimento desses usuários. A complexidade do tratamento, juntamente com a crença de que os pacientes não conseguirão cessar o consumo, propiciam ao profissional uma tendência à desistência e a falta de motivação para desenvolver estratégias de prevenção e tratamento mais efetivas e adequadas (CISA, 2017).

A consequência de se estigmatizar o usuário faz com que se evite buscar os serviços de saúde, bem como aumenta o sentimento de incapacidade de melhorar.

No entanto, a transformação da destrutividade em supereu traz como efeito colateral um sentimento de culpa. Este advém do fato do sujeito não conseguir se livrar do desejo de dar vazão à pulsão destrutiva ainda que, por ação do supereu, tenha renunciado a praticá-la; isto é, o desejo persiste e não escapa ao supereu<sup>15</sup>, engendrando o sentimento de culpa no indivíduo (QUEIROZ, 2001).

A dependência do uso de álcool e outras drogas levam à fragilidade nos laços familiares, sociais, dificuldade em manter atividades normais, e a consequência disso são cada vez mais usuários em condições precárias e um alto grau de vulnerabilidade psicossocial. Diante dessa realidade, Xavier e Monteiro (2013, p. 63) destacam que “a vontade irresistível de usar a droga (fissura) acompanha o usuário por muito tempo, mesmo quando ele para de consumi-la”. Desta forma, os desafios profissionais é não deixar cair nas limitações da instituição empregadora. E, os desafios são postos diariamente, inclusive pelos usuários. Os profissionais foram questionados se algum paciente já chegou à instituição sob o uso de alguma substância psicoativa e eles disseram:

Sim, muitos. Drogado, alcoolizado, tem paciente que vem fazer oficina drogado (P4).

Já chegaram a oferecer droga aqui na frente para outros usuários (P5).

Tudo isso já aconteceu aqui (P4).

Tanto paciente como acompanhante (P1).

Assim, o serviço enquanto eu estou aqui, isso nunca aconteceu que eu lembre (P1).

Foi bem antes de você entrar aqui (P4).

Enquanto ao serviço, percebo assim, que a equipe, ela tem que dar uma cortada, por mais que seja um serviço público de portas abertas, temos que dar uns limites nesses pacientes. Aqui é um ambiente acolhedor, que tratamos eles, mas eles tem a socialização ali, fazem amizade, coisas de casa, eles namoram, tudo entre pacientes, só que nem por isso nós deixamos as coisas desandar. Por exemplo, hoje aconteceu de um paciente fumando lá em baixo, já correram aqui em cima e falaram olha “fulano” está fumando, ai nós vamos, sentamos, conversamos, explicamos, falamos que não pode. Do

---

<sup>15</sup> **Supereu** designa na teoria psicanalítica uma das três instâncias dinâmicas do aparelho psíquico. É a parte moral psíquica e representa os valores da sociedade.

portão para fora não é mais da nossa responsabilidade, mas aqui dentro nos impomos limites sim (P1).

Segundo Queiroz (2001), o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos mais eficientes e factíveis depende da interlocução franca e respeitosa com os usuários de drogas, o que só é possível com o abandono de posturas condenatórias. Ainda que não se admitam as estratégias de Redução de Danos como legítimo direito dos usuários de drogas e contribuição essencial para a superação de um paradigma tão insatisfatório como a associação imediatista do uso de drogas com o crime ou com diferentes problemas de saúde, urge compreender seu papel fundamental no controle de doenças que atingem a todos.

Deve ser levado em consideração que a problemática de drogas tem aumentado no município, e esses profissionais que estão na porta de entrada para esse atendimento, que deveria estimular o desenvolvimento de ações de prevenção, de caráter permanente, ao invés de esporádicas campanhas. A Organização das Nações Unidas (ONU) designou, no dia 26 de junho, como o dia internacional da luta contra o uso e tráfico de drogas; já o Brasil adotou a ideia como o “Dia Nacional de Combate às Drogas”.

Constatou-se que a realidade dos profissionais são complexas, os mesmos tem que lidar diariamente com a burocracia, falta de recursos, falta de apoio, grande demanda, falta de profissionais etc. Porém, para a realização dos atendimentos os profissionais tem que se desafiar cotidianamente na busca de não cair nas armadilhas do fatalismo, portanto, é necessário acreditar em soluções para os usuários.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho abordou o atendimento no CAPS de usuários de álcool e droga no município de Ivaiporã-PR. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental para compreender o que são drogas, suas classificações, bem como entender os problemas e as consequências tanto individual como social, que elas acarretam aos seus usuários. Foi abordado no decorrer do texto as políticas antidrogas existentes no país, e percebeu-se que a partir destas e dentro destas, os direitos dos dependentes químicos passam a existir. Foi realizada também uma pesquisa para descobrir como e em que contexto surgiram os CAPS.

A partir da pesquisa de campo, tem-se os seguintes resultados: Identificou-se que o CAPS atende ao todo 16 municípios do Vale do Ivaí, um total de 142.338 habitantes, sua gerência fica por parte do CIS. O que chama atenção é que o próprio município optou por não gerenciar a instituição. Como a área de abrangência é extensa, identificam-se muitos problemas, pois o mesmo não consegue atender toda a demanda dos municípios. Estes municípios ainda não estabelecem parcerias com a instituição, haja vista que existe uma falta de comprometimento, os transportes são pouco ofertados, a única parceria estabelecida é entre o CAPS e a Rede do município de Ivaiporã, essa parceria só ocorre pelo simples fato da instituição possuir sede nesse município. A instituição tem problemas como a falta de equipe, a falta de investimentos o que dificulta no atendimento das demandas, conseqüentemente não consegue atender toda essa demanda, considerando que a mesma triplicou no último ano, segundo os profissionais.

Sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, nota-se uma fragilidade no processo de formação dos profissionais. Há pouca oferta de qualificação, pois foram cerca de uma década sem esta, o que vem se modificando devido a uma nova coordenação, desta vez específica em saúde mental. Essa defasagem atinge diretamente aos usuários da instituição. Os atendimentos aos dependentes químicos, quase não ocorrem, pois, segundo os profissionais, os usuários não tem adesão. O tratamento basicamente consiste em: realizar o acolhimento, passar com a equipe de enfermagem, passar com a psicologia, e marcar uma reconsulta, o que muitas vezes não ocorre devido a vários fatores que

dificultam os atendimentos.

O CAPS encontra sérias dificuldades, tanto na falta de profissionais, como na questão de transportes, pois este impossibilita que os usuários compareçam a oficinas e grupos terapêuticos. Nota-se que por estas questões os profissionais estão sobrecarregados e muitas vezes sem perspectivas com relação aos dependentes químicos, visto que estes geralmente são vistos como empecilhos, que impedem os profissionais de darem o tratamento adequado aos pacientes com outros tipos de transtornos mentais.

Os profissionais afirmam que a dificuldade de trabalhar com dependentes químicos ocorre pela falta de adesão, porém, podem existir questões implícitas nisso. Os dependentes químicos são muito estigmatizados, são vistos por grande parte da sociedade como pessoas sem perspectivas, que não merecem um tratamento por terem optado pelo uso de substâncias psicoativas, e isso pode estar ocorrendo dentro do CAPS, instituição esta que deveria promover o tratamento adequado sem nenhum tipo de discriminação.

Para evitar juízos de valor e discriminação é necessário trabalhar com os profissionais do CAPS sobre a dependência química. É necessário que os mesmos tenham entendimento sobre as atuais políticas antidrogas e, sobre os direitos destes usuários. Identificou-se que esse trabalho deve partir de instituições que gerenciam os CAPS, respeitando as individualidades dos usuários, por meio do serviço que possibilite a construção de autonomia, definindo que eles pensem por eles, decidam por eles, e decidam o próprio caminho da vida deles.

O CAPS de Ivaiporã é uma instituição complexa, atualmente com muitas dificuldades, porém, está em um processo de modificação, já que estão realizando melhorias no setor de saúde mental, portanto, faz-se necessário mais pesquisas para compreender os atendimentos que lá são realizados.

Grande parte da população não compreende o que é o CAPS, onde se localiza e o que é feito na instituição. Assim, a partir desta pesquisa, isso poderá ser modificado. Quanto aos dependentes químicos, é importante reconhecê-los como sujeitos portadores de direitos e é de grande importância que os atendimentos sejam

realizados, que cada momento reconstrua novas formas de cuidado e, que possibilite que o usuário seja reconhecido nas suas potencialidades.

Apesar do CAPS ser uma instituição instalada no município desde o ano 2007, poucas pesquisas foram produzidas sobre a instituição. Considerando que a pesquisa é de suma importância sobre esse espaço sócio-ocupacional, através da pesquisa pode-se ter maior conhecimento sobre o que é um CAPS, podendo contribuir para a melhoria do mesmo, bem como para que a sociedade tenha conhecimento desta instituição.

O CAPS é uma instituição com fragilidades, limites são postos diariamente aos profissionais, existem dificuldades de relacionamento com o CIS, onde o mesmo não oferece melhores condições para o funcionamento da instituição, as demandas vindas dos 16 municípios não conseguem ser atendidas, pois o número de habitantes da região é muito elevado para uma única instituição, os recursos financeiros e humanos são mínimos. Constata-se que há a falta de interesse governamental pela instituição. Porém, mesmo diante deste quadro, nota-se o interesse dos profissionais em atender os pacientes, e exercer um atendimento de qualidade, portanto, os profissionais são os próprios protagonistas da instituição, possibilitando as trocas de saberes e, principalmente, a articulação com as redes.

## REFERÊNCIAS:

ACISPAR. Associação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná. **Consórcios Associados**. 2017. Disponível em: <<http://acispar.com.br/Consoorcios/consorcios-associados.php>>. Acesso em: 31 Out. 2017.

AMARO, Sarita. **Visita domiciliar: teoria e prática**. Campinas: Editora Papel Social, 2014.

ANDRADE, T. M; ESPINHEIRA, C. G. A. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. **SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Módulo 1. Brasília: SENAD, 2006.

ANDREIS, Aldinei. **Polícia Militar de Ivaiporã faz uma das maiores apreensões de droga da história no município**. Paraná Centro: jornal de notícia e negócios. 07 jun. 2017. Policial. Disponível em: <<https://jornal.paranacentro.com.br/noticia/21598/policia-militar-de-ivaipora-faz-uma-das-maiores-apreensoes-de-droga-da-historia-no-municipio>> Acesso em: 16 ago. 2017.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Antunes de. Oficinas Terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr/jun 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a17>>. Acesso em: 27 out. 2017.

BRANDT, Marcelo. Ministério da Saúde. **Crise e Urgência: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis /SC, 2014.

BRASIL. Fiocruz/Fundação Calouste Gulbenkian. **Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde. 2015.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília. 06 Abr. 2001 Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343, de 26 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas- Sisnad; prescreve medidas de prevenção do uso

indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília 26 Ago. 2006. Disponível em: <[http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/seguranca/a\\_influencia\\_das\\_drogas\\_na\\_criminalidade.pdf](http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/seguranca/a_influencia_das_drogas_na_criminalidade.pdf)> Acesso em: 05 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 891, de 25 de Novembro de 1938. Aprova a lei de fiscalização de entorpecentes. Rio de Janeiro. **Diário Oficial da União**. 1938. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm)>. Acesso em 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a lei de fiscalização de entorpecentes. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 nov. 1938.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 jul. 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 26 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia ADI. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 26 out.2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília. 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1. p. 230-232, 26 de dezembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 366, de 19 de dezembro de 2002. **Diário Oficial da União**. Brasília, seção 1. 19 de dezembro de 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)> Acesso em: 26 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Rede de atenção psicossocial**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS>>. Acesso em: 01 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)>. Acesso em: 31 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Drogas: cartilha álcool e jovens**. 2. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2011. Disponível em: <<http://www.ibb.unesp.br/Home/UnidadesAuxiliares/CentrodeAssistenciaToxicologica-CEATOX/alcool-senad.pdf>> Acesso em: 24 out.2017.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **IBGE Cidades**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 27 out. 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle ao tabagismo**. 2013. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo)> acesso em: 18 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo custa R\$ 56,9 bilhões por ano no Brasil**. 2017 Disponível em:<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2017/tabagismo-custa-59-bilhoes-por-ano-ao-brasil>>. Acesso em 05 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **Fundo Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/07/Financiamento4-recursos-divisao-FNS.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2017.

BRAUN, Lori Maria; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato; HALPERN, Silvia C. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15 n. 2, dez. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702014000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000200010)>. Acesso em: 26 out. 2017.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; DA SILVA, Roberto. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CFESS. **Resolução CFESS nº 383/99, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília: CFESS, 1999. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf)> Acesso em: 26 out. 2017.

CIS. Consórcio Intermunicipal de Saúde. **CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde 22ª R.S. Ivaiporã-PR. 2017**. Disponível em: <<https://www.cisivaipora.com.br/>>. Acesso em: 31 Out. 2017.

CISA. Centro de Informações sobre saúde e álcool. **Relatório global sobre álcool e Saúde-2014**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>> Acesso em: 18 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Centro de Informações sobre saúde e álcool. **O estigma na dependência do uso de álcool**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/4812/-estigma-na-dependencia-uso-alcool.php>> Acesso em: 26 out. 2017.

COSTA, Nilson do Rosário; et al. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n. 2, Rio de Janeiro, 2011, p. 4603-4614. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300009#t](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300009#t)> Acesso em 01 maio. 2017

DALLO, Luana. et al. Risco/vulnerabilidade ao uso de álcool e outras: drogas e informações básicas para a prevenção. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO EDUCERE, 11, 2013. **Anais.....**Curitiba: PUC, 2013. p. 27077-27089.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abilio. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de psicologia da UNESP**, São Paulo, v.6, n.1, 2007, p. 60-79.

EPELE, María. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. **Mana**, [s.l.], v. 18, n. 2, 2012, p. 247-268.

FACCHINETTI, Cristiana. Philippe Pinel e os primórdios da medicina mental. **Revista Latino Americana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 22, n. 3, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=\\_sci\\_arttext&pid=S1415-47142008000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=_sci_arttext&pid=S1415-47142008000300014)> Acesso em: 03 jul. 2017

FELICE, Sebastião André de. Instituto de Medicina Social e de Criminologia (IMESC). **Info Drogas**. São Paulo. 1998. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/Usuar.htm>> Acesso em: 06 jul. 2017.

FERNANDES, Daniela. **Especialistas da ONU e OMS criticam internação compulsória de viciados em crack.** BBC Brasil, 6 fev. 2013. Brasil.. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/02/130129\\_crack\\_onu\\_df\\_ac.shtml](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/02/130129_crack_onu_df_ac.shtml)> Acesso em: 11 jul.2017.

FIGUEIREDO, Janaína. **Uruguai começará a vender maconha em farmácias na quarta feira.** G1, 14 set. 2017. Mundo. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/uruguai-comecara-a-vender-maconha-em-farmacias-na-quarta-feira.ghtml>> Acesso em: 19 jul. 2017.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira:** uma análise sob a perspectiva de desinstitucionalização. Porto Alegre: PUC-RS, 2007. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/drogas-causam-transtornos-a-06-da-populacao-adulta-> > Acesso em: 07 jul.2017

KRAMER, Miguel. **As 10 mais famosas drogas recreacionais.** 2009. Disponível em: <<https://hypescience.com/19753-as-10-mais-famosas-drogas-recreacionais/>> Acesso em: 04 out. 2017

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia, ciência e profissão**, [S.l.], v. 33, n. 3, p. 580-595.

MANGUALDE, Alice Ananias dos Santos; et al. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista mental**, Barbacena, v. 10, n. 19,14.p, dez. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v10n19/a06v10n19.pdf>> Acesso em 17 Nov. 2017

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA. Walter Ferreira. **(Des) institucionalização:** a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. Saúde e Sociedade [on line], São Paulo, v. 24, n.4, p. 1273-1284, 2015.

MATO GROSSO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **O uso da substância cannabidiol (CBD) para o tratamento da epilepsia em Crianças.** 2015. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/5035>> Acesso em: 19 jul. 2017.

MINAYO, Cecília de Souza. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: Vozes 2012.

NIQUITIN. **Nove substâncias nocivas que o cigarro esconde.** O Globo, 19 dez. 2016. Sociedade. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/paradacerta/nove-substancias-nocivas-que-cigarro-esconde-20455356>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

NOVAES, Priscila Simara. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam**, São Paulo, v.17, n.2, jun 2014. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142014000200342&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000200342&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 26 out.2017.

ONU. **Drogas causam transtornos a 0,6% da população adulta global, diz agência da ONU**. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/drogas-causam-transtornos-a-06-da-populacao-adulta-global-diz-agencia-da-onu/>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

PAINS, Clarissa. **Brasil registra 156 mil mortes ao ano causadas por cigarro**. O Globo, 31 jun. 2017. Sociedade. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/brasil-registra-156-mil-mortes-ao-ano-causadas-por-cigarro-21417485>>. Acesso em 19 jul. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Estratificação de risco em saúde mental**. 2014. Disponível em: < [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS\\_-\\_Ed.\\_Permanente/Oficia\\_8\\_-\\_Saude\\_Mental/Apresentacao\\_Estratificacao\\_de\\_Risco\\_em\\_Saude\\_Mental.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Apresentacao_Estratificacao_de_Risco_em_Saude_Mental.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Polícia Militar. 2º Comando Regional de Polícia Militar. 6º Companhia Independente. **Comparativo de quantidade de ocorrências com drogas, nos anos de 2015 e 2016 no município de Ivaiporã**. 2017.

PINHO, Paula Hayasi; OLIVEIRA, Márcia Aparecida de; ALMEIDA, Marília Mastrocolla de. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 82-88, 2008.

PORTAL BRASIL. **Um a cada quatro brasileiros dirige após consumir álcool. Mortes no trânsito**. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saúde/2015/02/um-a-cada-quatro-motoristas-brasileiros-dirige-apos-consumir-alcool>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

PORTAL BRASIL. **União, estados e municípios têm papéis diferentes na gestão do SUS**. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>>. Acesso em 27 out. 2017.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n.4 , dez. 2001. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932001000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002)>. Acesso em: 26 out.2017.

QUEIROZ, Vinicius Eduardo. **A questão das drogas ilícitas no Brasil**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Econômicas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

RIBEIRO, Sergio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.

ROBERTA, Milena. **O uso abusivo de drogas e suas consequências no sistema neurológico**. Rede Psi. 2011. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2011/07/01/o-uso-abusico-de-drogas-e-suas-consequencias-no-sistema-neurolo-gico/>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

SESIPR. **Dados sobre o uso de álcool e outras drogas no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.sesipr.org.br/cuide-se-mais/alcool-e-outras-drogas/dados-sobre-o-uso-de-alcool-e-outras-drogas-no-brasil-1-23999-216347.shtml>> Acesso em: 11 jul. 2017

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOARES, Régis Daniel; et al. O papel da equipe de enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 110-115, jan./mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100016)>. Acesso em: 27 out. 2017.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Drogas causam transtornos a 06% da população adulta global, diz agenda da ONU**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/drogas-causam-transtornos-a-06-da-populacao-adulta-global-diz-agencia-da-onu/>> Acesso em: 29 jun. 2017.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **29 Milhões de adultos dependem drogas aponta estudos do UNODC**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/29-milhoes-de-adultos-dependem-de-drogas-aponta-relatorio-do-unodc/>> Acesso em: 06 jul. 2017.

WELLE, Deutsche. Álcool mata mais do que aids e violência. **Carta Capital**, São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/saude/alcool-mata-mais-do-que-aids-e-violencia-4384.html>> Acesso em: 19 jul. 2017.

XAVIER, Rosane Terezinha; MONTEIRO, Janine Kieling. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Revista psicologia**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 61-82, 2013.



**Universidade Estadual de Maringá  
CAMPUS REGIONAL DO VALE DO IVAÍ-  
CRV**



**APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista**

**Roteiro de Entrevista**

Acadêmicas: Bruna Belo de Souza Ueki  
Jéssyca Rayane de Moraes

Pesquisa coordenada pelo Prof. Dr. Rafael da Silva

**Título da pesquisa:**

Atendimento ao usuário de drogas no município de Ivaiporã: uma abordagem a partir do CAPS

**Nome:**

**Cargo:**

**Local onde atua e há quanto tempo:**

**Data:**

- 1- Existe algum tipo de oferta de formação continuada sobre saúde mental na região?
- 2- Qual a função do CAPS no atendimento de dependentes químicos?
- 3- Se vocês profissionais estão preparados para trabalhar com os dependentes químicos?
- 4- Qual a relação desse acompanhamento?
- 5- De que maneira chega à demanda até o CAPS?
- 6- É possível desenvolver o trabalho com os dependentes químicos sem o internamento?

- 7- Quais atividades desenvolvidas com os dependentes químicos?
- 8- E quais os objetivos dessas atividades?
- 9- Qual sua avaliação sobre as políticas antidrogas existentes no país?
- 10-O município possui alguma parceria direta com o CAPS? Se tem relação com alguma instituição e quais seriam?
- 11- Como este inserido na instituição o consórcio de saúde? Como funciona? Se tem alguma parceria com outros municípios?
- 12-O quadro de funcionário é suficiente para a demanda?
- 13-Para você, o que pode melhorar no atendimento desses usuários?

## **Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Título da Pesquisa

### **“ATENDIMENTO AO USUÁRIO DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ: UMA ABORDAGEM A PARTIR DO CAPS”**

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa, “ATENDIMENTO AO USUÁRIO DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ: UMA ABORDAGEM A PARTIR DO CAPS, que está sendo realizada no âmbito deste município. O objetivo da pesquisa é como se dá o atendimento de saúde aos dependentes químicos a partir do Caps, e analisar a relação entre profissionais. Temos como foco o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), não se constituiu da noite para o dia, surgiu através da Reforma Psiquiátrica, desencadeada no mundo no final dos anos 1970. Assim, buscamos informações do processo de funcionamento dessa instituição, e compreender sua rotina.

A sua colaboração é de extrema importância, a qual se dá da seguinte forma: coleta de informações por meio de uma entrevista, sendo que as questões foram elaboradas em diálogo com os estudos já realizados. Seu nome será mantido em sigilo absoluto, sendo que para fins de estudos, o quadro de identificação será quase todo ele desconsiderado, pois, usaremos apenas a identificação da instituição. Sua participação nesta pesquisa é voluntária, o senhor(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo até mesmo desistir a qualquer momento sem que isto cause prejuízo a sua pessoa. Esclareço ainda que as informações aqui fornecidas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, sendo tratadas com absoluto sigilo para que sua identidade seja preservada.

Os benefícios esperados são: reunião de informações que permitam um estudo aprofundado do CAPS, permitindo sugestões a partir do confronto deles com os estudos existentes, contribuição para com a produção de conhecimento realizada no

âmbito da Universidade Estadual de Maringá e para a formação destas pesquisadoras e melhor aprofundamento dela no tema em questão.

É importante informar também que o(a) senhor(a) não terá nenhum custo com esta pesquisa, e nem será remunerado(a) por sua participação.

Para o caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos, poderá entrar em contato com Bruna Belo de Souza Ueki, Avenida Maranhão, 2025, Ivaiporã, CEP: 86870-000. Números telefônicos para contato: (43) 3472-4124 ou (43) 99918-5362. E-mail: bruninhaivp@hotmail.com. E com Jéssyca Rayane de Moraes, Rua Emílio de Menezes, 115 fundos, Ivaiporã, CEP: 86870-000. Número telefônico (43) 99867-1942. E-mail: jessycademoraes@hotmail.com

Este termo será descrito em duas vias iguais, sendo uma delas entregue ao(a) senhor(a).

Ivaiporã, 17 de Outubro de 2017.

Bruna Belo de Souza Ueki

RG: 10.049.074-9

Jéssyca Rayane de Moraes

RG: 54.595.215-3

Eu, \_\_\_\_\_,  
tendo sido devidamente esclarecido(a) sobre os procedimentos da pesquisa concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica)

Data: 17 de Outubro de 2017