



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-MESTRADO**

**KELIN FORGIARINI**

**SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO SOCIAL: A PERSPECTIVA DA GESTÃO DE UM  
CAPSad III REGIONAL SOBRE A LÓGICA TERRITORIAL**

**TOLEDO-PR**

**2021**

**KELIN FORGIARINI**

**SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO SOCIAL: A PERSPECTIVA DA GESTÃO DE UM  
CAPSad III REGIONAL SOBRE A LÓGICA TERRITORIAL**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE, *Campus* de Toledo-PR, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social, nível de Mestrado, com área de concentração em Serviço Social, Políticas Sociais e Direitos Humanos e linha de pesquisa Política Social – Fundamentos, Gestão e Análise.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva

**TOLEDO-PR**

**2021**

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Forgiarini, Kelin

Saúde Mental e Inclusão Social: A Perspectiva da Gestão de um CAPSad III Regional sobre a Lógica Territorial / Kelin Forgiarini; orientadora Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva. -- Toledo, 2021.

314 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Toledo) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2021.

1. Serviço Social-dissertações. 2. Política de Saúde Mental. 3. Inclusão Social. 4. Território. I. Formoso Cardoso e Silva, Maria Isabel, orient. II. Título.

**KELIN FORGIARINI**

**SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO SOCIAL: A PERSPECTIVA DA GESTÃO DE UM  
CAPSad III REGIONAL SOBRE A LÓGICA TERRITORIAL**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE, *Campus* de Toledo-PR, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social.

Banca examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Diuslene Rodrigues da Silva  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Silvio Yasui  
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP

Toledo, 03 de novembro de 2021.

Dedico esta Dissertação a meus pais e ao meu noivo Ivonei, pelo afeto, apoio, paciência e torcida para que tudo desse certo.

Esta conquista também é de vocês!

## AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva, pela confiança depositada em mim, pelas essenciais orientações sempre provocantes, ricas e certeiras, pela paciência e profissionalismo demonstrado ao longo desse processo de construção e aprendizado. Sem você isso não seria possível! Eterna Gratidão!

Aos professores Dr. Silvio Yasui e Dra. Diuslene Rodrigues da Silva, pelas essenciais contribuições durante a qualificação do projeto de pesquisa e por aceitarem fazer parte da Banca Examinadora da presente Dissertação. É uma honra contar com vocês nesse momento tão importante.

À equipe de trabalho do CAPS I, da qual faço parte, pela compreensão dos momentos de cansaço e ausência, agradeço por poder contar com cada um de vocês no meu cotidiano de trabalho.

À minha amiga e colega de trabalho e do mestrado Luciani Berti por ter me apresentado o programa do Mestrado em Serviço Social, pelo incentivo na realização da seleção e pelo apoio incondicional ao longo de todo esse processo. É bom tê-la por perto!

À coordenadora do CAPSad III, por aceitar participar dessa pesquisa, pela receptividade e abertura. Serei sempre grata!

A todos os usuários de saúde mental que alguma forma ou de outra sofrem com a exclusão social. Esse trabalho também é para vocês!

Aos meus pais, pelo amor incondicional e por estarem sempre por perto e aos meus sobrinhos Pedro e Maria pela alegria e a pureza. Amo Vocês!

Ao meu noivo, Ivonei, pelo seu afeto em todos os momentos, pela compreensão nos momentos de ausência e por sempre me fazer acreditar que tudo vai dar certo. Amo muito você!

À Deus por conceder que esse sonho fosse realizado. Gratidão!

*“Quem são os excluídos, disfarçados em  
incluídos?*

*São aqueles que, para não denunciarem as  
injustiças decorrentes da ideologia dominante,  
necessária para a manutenção do poder de  
alguns e de um status quo, são ‘incluídos’ no  
sistema [...]”.*

(Silvia Lane)

FORGIARINI, Kelin. **Saúde Mental e Inclusão Social: A Perspectiva da Gestão de um CAPSad III Regional Sobre a Lógica Territorial.** 314 pg. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2021.

## RESUMO

Os dependentes químicos vivenciam no seu cotidiano a exclusão social que se arrasta ao longo dos tempos, e que vai ganhando força pela questão moral e pelo o estigma que a está intimamente relacionada à dependência química. O presente estudo aborda criticamente a dialética exclusão/inclusão social no sistema capitalista e sobre como isso se apresenta em relação trabalho junto aos usuários de álcool e drogas. A partir da Reforma Psiquiátrica houve mudanças na atenção e nas estratégias de cuidados destinadas a esta população; práticas voltadas ao território e inclusivas ganharam centralidade. Analisa-se como as práticas de cuidado destinadas aos dependentes químicos estão se materializando na prática cotidiana dos serviços de base comunitária, levando em conta o trabalho e a apropriação do território como um instrumento de reabilitação, uma vez que a autonomia dos usuários e a transformação cultural da sociedade que os acolhe são a base para o processo de desinstitucionalização das práticas de cuidado e de inclusão social. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas-CAPSad III são considerados dispositivos estratégicos de grande avanço no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, que visam a atuação no território e a inclusão social dos usuários. Contudo, observa-se que os serviços que são oriundos de consórcios intermunicipais (distantes do território dos seus usuários) podem estar atuando na contramão da lógica territorial, produzindo uma “desterritorialização”, contraditoriamente ao que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Busca-se, assim, apreender e analisar em que medida a inclusão social dos usuários do CAPSad III Regional tem sido efetivada, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, postulados a partir da Reforma Psiquiátrica, na Lei 10.216/2001. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativa, a qual teve como local investigado um CAPSad III Regional. O material empírico foi produzido a partir da aplicação de questionário e entrevista semiestruturada na amostra, que corresponde à coordenadora deste serviço. Os dados coletados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Conclui-se, neste estudo, que a coordenadora está ciente da importância de se desenvolverem estratégias de inclusão social no território, contudo, os resultados obtidos revelam que o serviço estudado não apresenta estratégias de inclusão social que promova o protagonismo e a emancipação do usuário e que levem em conta a lógica territorial, promovendo práticas extraterritoriais e centradas no serviço. Não é possível afirmar, no entanto, que a ausência da apropriação do território seja proveniente somente da questão da intermunicipalidade, pois outras duas variáveis se colocam no atravessamento dessa: as concepções e perspectivas pessoais/profissionais da gestora e a própria contradição existente na Política Pública de Saúde Mental. Nesse sentido, apesar de seus limites, este estudo mostra-se potente quanto aos seus achados, os quais podem fomentar investigações e pesquisas futuras em amplitudes maiores, com vários e diversos CAPSad III Regionais, para que seja possível se compreender quais das dimensões discutidas, aqui, mais determinam a apropriação territorial, ou a ausência dela, em serviços desta modalidade.

**Palavras-chave:** Inclusão Social; Reforma Psiquiátrica; CAPSad III; Território.



FORGIARINI, Kelin. **Mental Health and Social Inclusion: The Management Perspective of a Regional CAPSad III on Territorial Logic.** 314 pg. Dissertation (Masters in Social Work). State University of Western Paraná, Toledo, 2021.

## ABSTRACT

Drug addicts experience in their daily lives the social exclusion that has dragged on over time, and which is gaining strength due to the moral issue and the stigma that is closely related to chemical dependence. This study critically addresses the social exclusion/inclusion dialectic in the capitalist system and how this presents itself in relation to work with alcohol and drug users. Since the Psychiatric Reform, there have been changes in care and care strategies for this population; territorial and inclusive practices gained centrality. It analyzes how care practices aimed at drug addicts are materializing in the daily practice of community-based services, taking into account the work and the appropriation of the territory as an instrument of rehabilitation, since the autonomy of users and the transformation cultural aspects of the host society are the basis for the process of deinstitutionalization of care practices and social inclusion. The Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs-CAPSad III are considered strategic devices of great advance in the process of the Brazilian Psychiatric Reform, which aim to work in the territory and the social inclusion of users. However, it is observed that the services that come from inter-municipal consortia (away from the territory of their users) may be acting against the territorial logic, producing a “deterritorialization”, contrary to what is advocated by the Psychiatric Reform. The aim is, therefore, to apprehend and analyze to what extent the social inclusion of users of the CAPSad III Regional has been effected, based on the principles of psychosocial rehabilitation and territorial logic, postulated from the Psychiatric Reform, in Law 10.216/2001. This is a qualitative research, which was investigated in a Regional CAPSad III. The empirical material was produced from the application of a questionnaire and semi-structured interview in the sample, which corresponds to the coordinator of this service. The collected data were analyzed using content analysis. It is concluded, in this study, that the coordinator is aware of the importance of developing social inclusion strategies in the territory, however, the results obtained show that the service studied does not present social inclusion strategies that promote the protagonism and emancipation of the user and that take into account the territorial logic, promoting extraterritorial and service-centered practices. It is not possible to affirm, however, that the absence of appropriation of the territory comes only from the issue of intermunicipality, as two other variables are placed in the crossing of this: the personal/professional conceptions and perspectives of the manager and the contradiction itself in Public Policy of Mental Health. In this sense, despite its limitations, this study is powerful in terms of its findings, which can encourage further investigations and research in greater scopes, with several and diverse CAPSad III Regionals, so that it is possible to understand which of the dimensions discussed, here, more determine the territorial appropriation, or the absence of it, in services of this modality.

**Keywords:** Social Inclusion; Psychiatric Reform; CAPSad III; Territory.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01</b>	Número de usuários atendidos no CAPSad III Regional a partir do ano de 2014.....	142
<b>Gráfico 02</b>	Número de famílias atendidas no CAPSad III Regional a partir do ano de 2017.....	143

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b>	Distribuição dos eixos temáticos e das categorias.....	139
<b>Quadro 02</b>	Perfil do CAPSad III Regional .....	141
<b>Quadro 03</b>	Eixo temático 1.....	144
<b>Quadro 04</b>	Núcleos de sentido, fragmentos das entrevistas e categorias do eixo temático 1.....	145
<b>Quadro 05</b>	Eixo Temático 2.....	169
<b>Quadro 06</b>	Núcleos de sentido, fragmentos das entrevistas e categorias do eixo temático 2.....	170
<b>Quadro 07</b>	Eixo Temático 3.....	218
<b>Quadro 08</b>	Núcleos de sentido, fragmentos das entrevistas e categorias do eixo temático 3.....	218

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIR	Comissão Intergestores Regional
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional da Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CT	Comunidade Terapêutica
DISASM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
I CNSM	I Conferência Nacional de Saúde Mental
II CNSM	II Conferência Nacional de Saúde Mental
III CNSM	III Conferência Nacional de Saúde Mental
IV CNSM	IV Conferência Nacional de Saúde Mental
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAa	Unidade de Acolhimento Adulto
UAI	Unidade de Acolhimento Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS), A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E O CUIDADO NO TERRITÓRIO.....</b>	<b>22</b>
<b>1.1 O Movimento da Reforma Psiquiátrica e as Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil.....</b>	<b>23</b>
<b>1.2 A Higiene Mental e a sua Influência nas Políticas de Álcool e Outras Drogas.....</b>	<b>43</b>
<b>1.3 As Atuais Políticas Públicas Sobre Álcool e Outras Drogas.....</b>	<b>53</b>
<b>1.4 Comunidades Terapêuticas e Perspectiva de Redução de Danos.....</b>	<b>63</b>
<b>1.5 A Dimensão da Droga no Capitalismo.....</b>	<b>67</b>
<b>1.6 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III e a Inclusão Social.....</b>	<b>69</b>
<b>2. INCLUSÃO SOCIAL, REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E TERRITÓRIO.....</b>	<b>78</b>
<b>2.1 Inclusão Social.....</b>	<b>79</b>
<b>2.1.1 A dialética Exclusão/Inclusão Social.....</b>	<b>82</b>
<b>2.1.2 Inclusão Social na Saúde Mental.....</b>	<b>90</b>
<b>2.2 A Reabilitação Psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III.....</b>	<b>100</b>
<b>2.3 Território na Política de Saúde Mental.....</b>	<b>105</b>
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>126</b>
<b>3.1 Tipo de Pesquisa.....</b>	<b>126</b>
<b>3.2 O Local da Pesquisa.....</b>	<b>128</b>
<b>3.3 Procedimentos Metodológicos da Pesquisa.....</b>	<b>129</b>
<b>3.3.1 Material e Métodos.....</b>	<b>129</b>
<b>3.3.2 Sujeito da Pesquisa.....</b>	<b>130</b>
<b>3.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....</b>	<b>131</b>
<b>3.5 Procedimentos de Análise e Interpretação dos Dados.....</b>	<b>133</b>

<b>3.6 Reforma Psiquiátrica, CAPSad III Regional e a Inclusão Social dos Usuários.....</b>	<b>138</b>
<b>3.7 Caracterização do CAPSad III Regional Estudado.....</b>	<b>139</b>
<b>3.8 Reforma Psiquiátrica, Inclusão Social, CAPSad III Regional: pressupostos e concepções.....</b>	<b>144</b>
<b>3.8.1 A Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças do cuidado no atendimento ao usuário e ao familiar.....</b>	<b>152</b>
<b>3.8.2 A inclusão social dos usuários do CAPSad III é objetivo a ser atingido.....</b>	<b>160</b>
<b>3.8.3 O CAPSad III possui baixo número de usuário incluídos.....</b>	<b>164</b>
<b>3.9 Estratégias de Ações Inclusivas a partir da Lógica Territorial e da Reabilitação Psicossocial.....</b>	<b>169</b>
<b>3.9.1 A noção de território como recurso necessário para a organização e planejamentos das ações propostas pelo CAPSad III Regional.....</b>	<b>188</b>
<b>3.9.2 Estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III Regional visam à inclusão social.....</b>	<b>197</b>
<b>3.9.3 A falta de recursos no território e a ausência de orientações para o desenvolvimento das ações de inclusão social dificultam o trabalho do CAPSad III Regional.....</b>	<b>203</b>
<b>3.9.4 Reabilitação psicossocial compreendida como um elo entre CAPSad III, município e família.....</b>	<b>209</b>
<b>3.9.5 Ações e intervenções de inclusão social ocorrem distantes dos territórios.....</b>	<b>214</b>
<b>3.10 Interface/Articulação entre Inclusão Social, Reabilitação Psicossocial e Lógica Territorial.....</b>	<b>218</b>
<b>3.10.1 O trabalho nos “territórios” visto como não sendo uma obrigatoriedade do CAPSad III Regional.....</b>	<b>222</b>
<b>3.10.2 A divulgação como recurso utilizado pelo CAPSad III Regional para facilitar inclusão dos usuários e as famílias dos 27 municípios no Serviço.....</b>	<b>225</b>
<b>3.10.3 O distanciamento visto como a maior dificuldade para o desenvolvimento trabalho do CAPSad III Regional de acordo com a lógica territorial.....</b>	<b>227</b>
<b>3.11 Considerações sobre a Análise dos Eixos Temáticos.....</b>	<b>230</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>234</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>246</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>269</b>

APÊNDICE I Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aplicado na coordenadora do CAPSad III Regional.....	270
APÊNDICE II Questionário de Caracterização do Campo de pesquisa.....	271
APÊNDICE III Roteiro da Entrevista Semiestruturada.....	272
APÊNDICE IV Questionário de Caracterização do Campo de Pesquisa Respondido.....	276
APÊNDICE V Transcrição da Entrevista Realizada com a Coordenadora do CAPSad III Regional.....	278
<b>ANEXOS.....</b>	<b>310</b>
ANEXO I Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	311

## INTRODUÇÃO

Historicamente, a exclusão social se apresentou no campo da Saúde Mental, especialmente em relação à atenção voltada aos usuários de álcool e outras drogas, por meio da institucionalização, da segregação e do isolamento social, que eram as formas de “tratamento” utilizadas que ocorriam distantes do território e do contexto social do sujeito. Ressalta Amarante (1995) que a exclusão social dos alienados era o asilamento. Assim, desvela-se que ao longo da história desses sujeitos a exclusão foi uma constante: houve momentos em que ela se apresentava de formas concreta, física, visível, com a reclusão e separação dos indivíduos; na atualidade, apresenta-se por falta de trabalho e de acesso a bens e serviços e por marginalização, violência, preconceito, estigma, pobreza etc.; uma exclusão social que se mostra de outra forma, mas que também se faz presente; e o que se percebe são um estigma e uma discriminação moral que atrapalham processos de inclusão social e a formulação de políticas sociais mais inclusivas para essa população.

A exclusão social do dependente químico ao mesmo tempo que se cruza com a do doente mental também se diferencia. Atribui-se ao doente mental a irracionalidade diante de suas condutas, enquanto ao dependente químico as atribuições são morais, relacionadas à marginalidade/criminalidade (CORDEIRO, 2013), apresentando-se como uma mancha social que o coloca na categoria de vagabundo (CASTEL, 2013). No entanto, existe um paradoxo: ao mesmo tempo que o dependente químico está excluído de vários segmentos sociais, de políticas públicas, do trabalho, ele ainda está incluso na lógica de consumo, pois adquire mercadoria (substâncias psicoativas lícitas e ilícitas) (MARTINS, 2011). Isso é contraditório, pois, ao mesmo tempo que o consumo de drogas gera lucros para a sociedade capitalista, também ocasiona problemas: o abuso e a dependência, o que exige do Estado resposta para tal problemática.

É necessário compreender criticamente a realidade, a fim de entender que processos exclusivos que compõem as relações sociais fazem parte da construção das próprias relações de produção (que são excludentes) do capitalismo. Por isso, é necessário compreender a dialética exclusão/inclusão social inerente à sociedade capitalista, cujo fundamento se concentra na desigualdade social e econômica. O modo de produção capitalista, por muitas vezes, exime-se dessa responsabilização diante da desigualdade social e da exclusão social geradas por ele mesmo. E o que ocorre, muitas vezes, é a inclusão desses sujeitos na sociedade,



de modo que se mantenha a organização desse sistema. Assim, as políticas sociais operam nessa mesma lógica. Martins (2009) nomeia esse processo de inclusão precária, instável e marginal. Para Sawaia (2014a), a sociedade exclui para incluir, e isso diz respeito a uma inserção social perversa. Nesse sentido, os processos de tentativas de inclusão social se tornam desafios, considerando que as políticas públicas vigentes buscam, por meio de suas ações, remediar e amenizar esses processos, não conseguindo, contudo, efetivamente incluir.

Sabe-se que a extinção de espaços de alisamento, a exemplo dos hospitais psiquiátricos, não garante por si só nem a inclusão social dos excluídos nem a sua emancipação. Nesse viés, a Reforma Psiquiátrica produz ruptura com modelos hegemônicos e busca criar dispositivos diferentes de cuidado, diversificando ações, construindo uma rede com o território, criando formas de sociabilidade, produzindo valor social (YASUI, 2006). É em decorrência dessas discussões e mudanças nos modelos de cuidado que estratégias de inclusão destinadas à dependência química foram sendo instituídas. Mais especificamente, a Política de Saúde Mental preconiza, por lei, os direitos e a inclusão social das pessoas com problemas mentais e problemas decorrentes de álcool e drogas, disponibilizando serviços e programas assistenciais que, no entanto, efetivamente conseguem manter a lógica de inclusão marginal desses sujeitos, conforme anteriormente exposto.

Tendo em vista a amplitude no que se refere à questão das drogas e da exclusão social, nas últimas décadas houve a formulação de diversas políticas, leis e portarias<sup>1</sup>, a fim de subsidiar o cuidado no território aos usuários de drogas, quanto à prevenção e tratamento; ao mesmo tempo que houve retrocessos nas políticas, principalmente das políticas destinadas à atenção a pessoas com problemas decorrentes do álcool e das drogas, público mais afetado pelos estigmas sociais (CORDEIRO, 2013; SANCHES; VECCHIA, 2020). Assim, recentes mudanças nas políticas públicas implicaram o retorno de abordagens que haviam sido superadas no passado – como as práticas manicomiais, retrocessos esses iniciados em 2015 (VASCONCELOS, 2016), desestimulando práticas de cuidado na comunidade/território.

Contudo, as políticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas estão atravessadas pelas Políticas de Saúde Mental que se desenvolveram no contexto da Reforma Psiquiátrica, de acordo com a Lei nº 10.216/2001, pautando-se, especialmente, pelas ações e

---

<sup>1</sup> Entre essas portarias, pode-se citar a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. E também a Portaria nº 130 de 2012.

estratégias de cuidado no território e pela reabilitação psicossocial. Segundo Furtado *et al.* (2016), o território e seus derivados se tornaram correntes no campo da Saúde Mental desde a Reforma Psiquiátrica, marco do ideário não hospitalocêntrico e potencialmente emancipatório. Por isso é válido verificar como a reabilitação psicossocial e a inclusão social estão se materializando no campo do álcool e das outras drogas (SANCHES, 2018), considerando a articulação do cuidado no território.

As inquietações vivenciadas no meu cotidiano profissional e como pesquisadora, visualizando dificuldades no processo de inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e de drogas fomentaram em mim o interesse em realizar um estudo sobre as ações inclusivas executadas pelos serviços direcionados aos usuários de álcool e outras drogas, no CAPSad III<sup>2</sup>, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em direção ao trabalho no território e à promoção da inclusão social.

O território apresenta-se, portanto, além de delimitação geográfica e espacial, como um objeto dinâmico que deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo (SANTOS, 2002). Melhor explicando, esse espaço é complexo, dinâmico e envolve diversos processos sociais, econômicos e políticos (LIMA; YASUI, 2014), culturais, envolvendo também relações de poder entre os atores que ocupam esse espaço (SAQUET, 2007). O território é simbólico, é onde vivemos, trabalhamos, circulamos, moramos (SANTOS, 2011). Para Delfini *et al.* (2009), é o lugar onde as pessoas adoecem; logo, é nele que o cuidado se faz.

Nota-se que a operacionalização da categoria território pelos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo tratada de forma parcial, de modo que o conceito de espaço, aplicado a fins administrativos que se voltam para a dimensão gerencial dos serviços de saúde, tem limitado seu potencial e suas possibilidades na identificação das questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concreta na realidade cotidiana das coletividades humanas (SANTOS; RIGOTTO, 2011). Nesse viés, a forma como essa categoria é apreendida pelos dispositivos de cuidado pode variar, e quando essas estratégias e ações de cuidado, por

---

<sup>2</sup>A Portaria GM n° 130, de 26 de janeiro de 2012, redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24 h (CAPSad III) e os respectivos incentivos financeiros. Orienta que se deve constituir serviço aberto, de base comunitária, que funcione segundo a lógica do território e forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. É também lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de gravidade (recaídas, abstinência), tendo a disponibilidade de acolher casos novos e já vinculados, sem aviso prévio.

exemplo, se dão fora do território onde reside o usuário, elas interferem ainda mais na possibilidade de esse usuário estabelecer vínculos sociais e comunitários.

Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, do paradigma psicossocial, enfatizam a importância da lógica territorial dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e preconizam que esses serviços operem nessa lógica para a efetividade da inclusão social. Contudo, isso nem sempre se materializa conforme tal lógica, pois muitos serviços dispõem de sedes regionais (fora do próprio território dos seus usuários), distanciando-se de um efetivo trabalho que atenda às especificidades dos sujeitos (usuários e famílias) locais. Assim, a questão da territorialidade deve de ser considerada em relação à inclusão social, fundando-se nos princípios da própria Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, pesquisar a Política de Saúde Mental a partir do escopo teórico do Serviço Social, Saúde Mental e Drogas contribui tanto para pensar na perspectiva crítica diante da constituição das políticas sociais quanto para avançar no Movimento de Reforma Psiquiátrica. Do mesmo modo, estudar os processos de inclusão social é importante na compreensão desse conceito que interfere na formulação das políticas, nas práticas profissionais e no desenvolvimento de estratégias prescritas nas políticas públicas. Isso também contribui para a discussão do Serviço Social no campo da Saúde Mental e Drogas, pois esse exerce papel crucial na melhoria da saúde mental das pessoas e das populações, já que sua intervenção contempla vários níveis dos determinantes sociais: o do indivíduo, o das redes sociais e o das condições sociais, econômicas e culturais (FAZENDA, 2017).

Neste estudo se propôs apreender e analisar em que medida a inclusão social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad III) Regional tem sido efetivada, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial postulados a partir da Reforma Psiquiátrica. Sabe-se que, ao facilitar o acesso dessa população a esse atendimento, por meio de consórcio intermunicipal<sup>3</sup>, muitos dos usuários do CAPS são atendidos fora do seu território e de sua realidade, precisando deslocar-se do local onde residem, seja da comunidade ou da cidade, seja do seu grupo de pertencimento, para serem atendidos. Isso entra em contradição com a própria lógica de trabalho proposta por esse Serviço, que é primeiramente um serviço de base comunitária que se articula com recursos e serviços

---

<sup>3</sup>Segundo a Portaria nº 130/2012, para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas os municípios com números de populações menores podem fazer pactos intermunicipais para implantar serviços desta complexidade, como CAPSAD III, que é retaguarda para grupo populacional de 200 (duzentos) a 300 (trezentos) mil habitantes (BRASIL, 2012).

disponíveis no território, atendendo à premissa de que a inclusão social deva ocorrer dentro do território do usuário, conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica.

No intuito de alcançar tal objetivo, é essencial analisar o conceito de inclusão social com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, postulados pela Reforma Psiquiátrica, bem como verificar se as ações oferecidas pelo serviço do CAPSad III Regional contribuem para o processo de inclusão social dos usuários. Além disso, pretendeu-se analisar os desafios, as possibilidades e os limites encontrados pela Coordenação do CAPSad III Regional diante da lógica de consórcio intermunicipal, para o desenvolvimento de ações e estratégias inclusivas e para a concretização da inclusão social dos usuários.

A metodologia utilizada neste estudo para responder à problemática levantada constituiu da análise de bibliografias já disponíveis e publicadas e da pesquisa de caráter qualitativo a partir da perspectiva da gestão do Serviço. Foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada da amostra, que correspondeu ao coordenador do CAPSad III Regional. Essa metodologia de coleta de dados forneceu os elementos necessários para o desvelar dessa realidade, elementos que foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, que se baseia na obra de Bardin (1979) e na experiência de Minayo *et al.* (2019).

Tendo como norte a problemática e os objetivos deste estudo, o primeiro capítulo desta dissertação contextualiza uma reflexão sobre a construção das políticas sociais de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Foi abordado o Movimento da Reforma Psiquiátrica, sendo para isso necessário realizar um percurso de marcos e movimentos sociais internacionais e nacionais que se fizeram relevantes para a constituição das Políticas Sociais de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Descreveram-se o ideário da Higiene Mental e a sua Influência nas Políticas de Álcool e Outras Drogas, expondo brevemente algumas regulamentações e documentos oficiais vigentes importantes para compreender a construção dessas políticas públicas, assim como os retrocessos dos últimos anos. Discutiram-se brevemente as Comunidades Terapêuticas, a Perspectiva de Redução de Danos e a Dimensão da Droga no Capitalismo. Também foi contextualizado o processo de efetivação da atenção psicossocial e dos serviços substitutivos na Saúde Mental, Álcool e Drogas, passando a priorizar ações de ordem comunitária e territorial em detrimento daquelas centradas no modelo médico/clínico pautado no paradigma psiquiátrico. Por essa razão, ressalta-se a importância da efetivação de práticas de reabilitação psicossocial no território que visem à inclusão social.

Por conseguinte, o capítulo 2 traz a reflexão sobre a dialética exclusão/inclusão social no sistema capitalista e sobre como tais expressões se apresentam no campo do álcool e das

drogas. Procedeu-se à discussão relativa à reabilitação psicossocial, buscando relacionar a articulação dos princípios da reabilitação psicossocial com a lógica territorial na efetivação dos processos de inclusão social dos dependentes químicos. Entre tais processos, a categoria território ganhou relevância, sendo apreendida e discutida conceitualmente e na interlocução com as políticas sociais, sobretudo na política de saúde e nas diretrizes e princípios das Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil.

No capítulo 3, descreve-se o percurso metodológico trilhado ao longo desta pesquisa. Nesta seção, encontra-se uma aproximação entre a realidade do CAPSad III Regional e a forma como ocorreu a coleta de dados com o sujeito da pesquisa, a coordenadora do CAPSad III Regional, e o processo de análise dos dados, esclarecendo o caminho percorrido pela pesquisadora para chegar aos resultados aqui expostos. Por fim, com esses achados foi elaborada a conclusão desta dissertação, que poderá fornecer subsídios para a possibilidade de transformação da realidade apresentada e auxiliar na gestão e formulação de políticas públicas mais efetivas no tocante à inclusão social, em que o trabalho no território exerça centralidade na prática cotidiana dessas ações.

## **1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS), A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E O CUIDADO NO TERRITÓRIO**

Neste primeiro capítulo, a fim de iniciar as discussões e reflexões teóricas que permeiam o objeto principal desta pesquisa – o qual se refere à compreensão de como as ações inclusivas relativas aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad III) têm sido efetivadas, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, postulados a partir da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) –, faz-se necessário desenvolver uma reflexão sobre a construção das Políticas Sociais de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Para dar início a essa discussão, no primeiro tópico deste capítulo, intitulado “O Movimento da Reforma Psiquiátrica e as Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil”, aborda-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Para isso, realizou-se um percurso de marcos e movimentos sociais internacionais e nacionais que se fizeram relevantes para a constituição das Políticas de Saúde Mental que fundamentam a rede de serviços e dispositivos direcionados ao cuidado dos sujeitos portadores de transtorno mental. O movimento dessa Reforma pode ser compreendido como o reflexo das transformações ocorridas na realidade social, política e econômica do país, envolvendo um processo dinâmico e histórico permeado de lutas e conquistas de direitos para doentes mentais/dependentes químicos. Esse movimento repercutiu de forma global na sociedade, nos serviços e na família, porém percorreu extenso caminho na história até as transformações vigentes nos Serviços.

No segundo tópico, “A Higiene Mental e a sua Influência nas Políticas de Álcool e Outras Drogas”, recuperam-se alguns pontos do ideário da Higiene Mental, discurso científico das primeiras décadas do século XX, no Brasil. Tal discurso ocupou lugar no cenário político da época e viabilizou encaminhamentos em diferentes segmentos da sociedade como solução para os graves problemas de ordem social, como a questão do alcoolismo e a da dependência química, que recebem destaque na discussão.

O terceiro tópico, intitulado “As Atuais Políticas Públicas Sobre Álcool e Outras Drogas”, aborda brevemente algumas regulamentações e documentos oficiais vigentes importantes para compreender a construção dessas políticas públicas, assim como os retrocessos contidos em Leis, Decretos e Portarias dos últimos anos. Tais retrocessos dão

abertura para a hospitalização e a institucionalização, distanciando-se do tratamento comunitário e inclusivo e retomando velhas práticas manicomiais e morais.

Na sequência, no quarto tópico, “Comunidades Terapêuticas e a Perspectiva de Redução de Danos”, primeiramente se discute sobre as comunidades terapêuticas atuais, relacionando o trabalho executado nesses locais com aquele desenvolvido nos asilos e colônias do início do século XX, e sobre a retomada do tratamento moral. Posteriormente, critica-se que, ao incentivar a implantação de locais como esses, são deixadas de lado alternativas e outras estratégias de abordagem do problema, como a perspectiva de Redução de Danos, a qual é brevemente explanada.

Já o quinto tópico, nomeado “A Dimensão da Droga no Capitalismo”, relaciona as substâncias lícitas e ilícitas enquanto mercadorias na sociedade capitalista e o usuário de substâncias psicoativas incluído na lógica de consumo com o impacto disso na concepção moral diante do dependente químico e na construção e mudanças das políticas públicas destinadas a essa população.

Para finalizar, neste primeiro capítulo, no sexto tópico, “Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPSad III e a Inclusão Social”, discute-se o processo de efetivação da atenção psicossocial e dos serviços substitutivos na Saúde Mental, Álcool e Drogas, os quais passam a priorizar ações de ordens comunitária e territorial em detrimento das ações centradas no modelo médico/clínico pautado no paradigma psiquiátrico. Em virtude desse fato, esses Centros afirmam a importância de práticas de reabilitação psicossocial que visem à inclusão social. Entre esses serviços se destacam os CAPSad III, equipamentos centrais no atendimento, na reabilitação psicossocial e na inclusão social das pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas. A partir dessas reflexões iniciais sobre o desenvolvimento histórico da política e dos Serviços de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas é que são desenvolvidas algumas discussões relativas à inclusão social das pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, postulados a partir da Reforma Psiquiátrica.

## **1.1 O Movimento da Reforma Psiquiátrica e as Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil**

Inicialmente, para melhor compreensão desta discussão, foram realizadas reflexões teórico-metodológicas revisitando alguns aspectos históricos significativos para a construção e

transformação de conceitos e conteúdos fundantes do processo da Reforma Psiquiátrica e das Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

É importante citar algumas transformações relacionadas a esse processo, e uma delas foi a respeito da instituição conhecida como hospital. Por mais estranho que possa parecer nos dias atuais, o hospital não era uma instituição médica, pois foi criado na Idade Média como uma instituição de caridade, que tinha por objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, mendigos, miseráveis, desabrigados e doentes. Dessa maneira, para denominar tais instituições religiosas, utilizou-se do termo “hospital”<sup>4</sup>, que em latim significa hospedagem, hospedaria e hospitalidade (AMARANTE, 2007). Para esse autor, após um longo processo, o hospital foi se transformando em instituição médica. Mas até que essa transformação ocorresse a loucura e os loucos tinham múltiplos significados: de demônios a endeusados, e múltiplos eram os lugares e espaços destinados a eles: ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais.

O momento de crise econômica, aliado à desorganização social, dá origem aos asilos em meados do século XVII, na Europa, que tinham como intenção principal segregar os indivíduos rebeldes, os desprovidos de domicílio e de trabalho, os doentes, entre outros. Enfim, o intuito era ofertar um tratamento acima de tudo moral, defendendo claramente a possibilidade de cura. No século XVII surgiu um novo modelo de hospital não mais exclusivamente filantrópico, mas que passou a cumprir uma função de ordem social e política mais explícita. Assim, de acordo como o filósofo Michel Foucault, o aparecimento do Hospital Geral foi de fundamental importância para a definição de um novo “lugar social” na sociedade ocidental para o louco e a loucura (AMARANTE, 2007).

Para Foucault (1977 *apud* AMARANTE, 2007), esse processo de medicalização do hospital ocorreu no final do século XVIII e foi executado essencialmente a partir de uma tecnologia política: a disciplina<sup>5</sup>. A substituição da sociedade absolutista, monárquica, totalitária e clérica pela sociedade disciplinar destinou um novo papel às instituições para a

---

<sup>4</sup>“O hospital geral não é, em sua origem, uma instituição médica, mas se ocupa de uma ordem social de exclusão/assistência/filantropia para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material” (AMARANTE, 1995, p. 25). Foucault (1977 *apud* AMARANTE, 1995) descreve a transformação do hospital – etimologicamente, hospedaria, hospedagem, hotel – em uma instituição medicalizada pela ação dominante e sistemática da disciplina, da organização e esquadramento médicos.

<sup>5</sup> “Na prática, o que significa a disciplina no âmbito da instituição? Inicialmente, uma arte de distribuição espacial dos indivíduos; daí o exercício de um controle sobre o desenvolvimento de uma ação (e não sobre o seu resultado); em consequência, uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos emblematizada pelo modelo de vigilância possibilitado pelo Panóptico de Bentham, analisado em *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 1977); e, finalmente, um registro contínuo de tudo o que ocorre na instituição” (AMARANTE, 2007, p. 26).



disciplina dos corpos, a introjeção das normas do pacto social construído entre os pares e a normalização dos cidadãos e da própria noção de cidadania.

Cabe ainda enfatizar a emergência da pretensão científica nos principais campos do conhecimento que se ocupam dos fenômenos mentais ocorrida a partir da Revolução Francesa (VASCONCELOS, 2008a). Nesse contexto histórico, a Revolução Francesa sediou várias transformações econômicas, sociais e políticas, as quais tiveram muita importância para a área da Medicina e o campo da Saúde, bem como para a história da Psiquiatria e da Loucura (AMARANTE, 2007). A partir dessas transformações, o alienismo apresentou-se como a ciência pioneira no estudo dos transtornos mentais, como são conhecidos atualmente, sendo considerada a primeira grande matriz de ideias psicossociais (VASCONCELOS, 2008a). Nesse sentido, Philippe Pinel, participando ativamente dos acontecimentos da Revolução Francesa, ficou conhecido como o pai da psiquiatria, sucessora do alienismo (AMARANTE, 2007).

A partir da Revolução Francesa, com o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, o alienismo recomendou uma possível solução para a condição civil e política dos alienados, que não poderiam gozar igualmente dos direitos de cidadania, ao mesmo tempo que também não poderiam ser simplesmente excluídos. Então, o asilo tornou-se o espaço da cura da Razão e da Liberdade, da condição fundamental de o alienado tornar-se sujeito de direito (AMARANTE, 1995). Para esse autor, a repercussão que teve a Revolução Francesa para a nova ordem mundial fez que esses princípios alienistas fossem adotados na maior parte do mundo ocidental, tornando o asilo psiquiátrico imprescindível para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da razão, delirantes, alucinados. O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e da mortificação das subjetividades.

Nessa ordem se inscreve Pinel ao sugerir que, embora liberados das correntes, os loucos deviam ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo isolamento (AMARANTE, 2007). Conforme esse autor, a construção pineliana baseava-se no tratamento moral<sup>6</sup>, que tinha por princípio terapêutico fundamental o “isolamento do mundo exterior”.

[...] Pinel lançou as bases do que ficou conhecido como a ‘síntese alienista’. Elaborou uma primeira nosografia, isto é, uma primeira classificação das enfermidades mentais, consolidou o conceito de alienação mental e a profissão do alienista. Com a operação de transformação dos hospitais nos quais atuou, Pinel fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica ao introduzir o tratamento moral (AMARANTE, 2007, p. 29 e 30).

---

<sup>6</sup>“Em Pinel, a ênfase na concepção reativa psicogênica e social/moral da doença mental, em relação à origem organicista, é que justifica o tratamento moral e seu ‘otimismo terapêutico’” (VASCONCELOS, 2008a, p. 36).

Assim, Pinel propôs que os loucos fossem liberados das correntes, mas estes prosseguiram sendo tratados em total isolamento dentro das instituições asilares. Embora o alienismo tenha proposto uma nova forma de tratamento aos doentes mentais, com uma finalidade “terapêutica” para o momento, esse movimento mantinha a lógica de exclusão e o isolamento integral como meio de prover esse tratamento.

Esse modelo abrangia a totalidade da vida do ser humano, impedindo-o do seu convívio social. Assegurava determinado rol de serviços, como o abrigo e a assistência médica, entretanto suprimia a liberdade, obstaculizando a condição de cidadão (ROSA; CAMPOS, 2013). Na contemporaneidade, essa construção de excluir e isolar para tratar não está totalmente superada na prática psiquiátrica.

Nesse sentido, a alienação mental era tida como distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na personalidade, impedindo ou dificultando que o indivíduo perceba a realidade. O alienado é alguém de fora, estrangeiro, está fora da realidade, fora de si e sem o controle de suas próprias vontades e desejos. De acordo com essa compreensão, alguém nessa condição poderia representar um sério perigo à sociedade por perder o juízo ou a capacidade de discernimento entre o erro e a realidade. Em decorrência desse entendimento sobre o alienado nasce o conceito de alienação mental associado à ideia de periculosidade (AMARANTE, 2007).

Desse modo, após a Revolução Francesa, o hospital foi se transformando em instituição médica. Diante desse processo de legitimação médico-hospitalar, o hospital foi perdendo cada vez mais suas funções e origem, a princípio de caridade, depois de controle social e, concomitantemente, passou a assumir uma nova finalidade: a de tratar enfermos. Nesse período, a cura sobressai-se nos discursos da psiquiatria clássica, de maneira otimista e, desse modo, os asilos e a exclusão passaram a encarar a loucura dentro de uma perspectiva puramente clínica (DESVIAT, 2015).

A historiografia da psiquiatria na prática alienista foi o tratamento moral dos confinados em ambiente asilar, com uma substituição do meio familiar patogênico mediante uma pedagogia da ordem marcada pelo exercício da autoridade do médico, impondo a submissão pela vigilância, pela regularidade das atividades diárias e pela imposição do trabalho (VASCONCELOS, 2008a). Segundo Amarante (2007), o hospital serviu, posteriormente, de instituição disciplinar que colocava regras, condutas, horários, regimentos e almejava nisso uma função terapêutica. Assim, o hospital tornou-se uma instituição de tratamento médico de

alienados, desacorrentados e, no entanto, institucionalizados. Os loucos mantinham-se enclausurados não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico. Nota-se que o alienismo é excludente, pois colocou como princípio de tratamento dos doentes mentais o isolamento social.

A solução parecia evidente para a psiquiatria clássica: ofertar aos sujeitos em sofrimento psíquico um sistema baseado na vigilância, na disciplina, no isolamento, no controle, na punição, na repressão e na exclusão do meio social. Tal sistema se respaldava e era legitimado pelo saber científico, bem como fundamentava que o cuidado exercido pela família era ineficiente e que os sujeitos para serem “tratados” deveriam ser afastados do convívio familiar, comunitário e social. Assim, a família era descartada do tratamento, e a regra que vigorava nos hospitais psiquiátricos era a privação de visitas, de passeios e de quaisquer outros recreios que permitissem contato com a comunidade em geral, ficando clara a imposição do afastamento e do não envolvimento familiar (DESVIAT, 2015).

Desde a Revolução Francesa, segundo Vasconcelos (2008a), vários alienistas seguiram a pretensão da medicina de organizar uma ordem racional à higiene social, na qual se fundam a moral pública e a concepção de levar o homem corrompido ao trabalho e à virtude, o que resultaria no tratamento dos problemas sociais.

Contudo, conforme Amarante (2007), muitas críticas surgiram desde a instauração do alienismo, e muitos contemporâneos observavam que o isolamento e o tratamento moral representavam paradoxos diante dos ideais libertários da Revolução Francesa, além de ser esse um tratamento excludente. No Brasil, para esse autor, a dimensão desse paradoxo não foi diferente, pois se fizeram presentes críticas não apenas ao alienismo, mas também ao modelo de ciência positivista que o autorizou e o legitimou. Embora existissem essas críticas, o Brasil vivenciou a criação e transformação do Hospício Dom Pedro II, o primeiro hospício brasileiro que praticamente reproduziu ideais similares aos ideais franceses.

Devido a isso, as pessoas portadoras de transtornos mentais eram mantidas a distância, excluídas do meio social. Para Basaglia (2010), o processo de exclusão que atingiu esses indivíduos fez que eles passassem a ser reconhecidos pela doença mental, pois todos os seus atos estavam atrelados a essa enfermidade. Assim, a psiquiatria clássica “solucionou” o problema do portador de transtorno mental, excluindo-o do convívio social e da sua própria vida. Desse modo, para Desviat (2015, p. 23), “a psiquiatria era a garantia que salvava a legalidade”, pois, naquele momento, a reclusão era utilizada como tratamento e para manter a ordem social.

Esse processo de exclusão se configurou no Brasil com a criação e ampliação dos manicômios. Em meados do século XX, os asilos também representavam a principal forma de tratamento ofertado à doença mental no país. Na década de 1930, essas instituições eram concebidas como hospitais públicos e representavam 80,7% de leitos psiquiátricos. Posteriormente, ampliou-se a criação de hospitais psiquiátricos, conforme explicam Paulim e Turato (2004), com a administração de Aduino Botelho à frente do SNDM<sup>7</sup>, que perdurou de 1941 a 1954 e se caracterizou pela expansão dos hospitais públicos. Esse crescimento foi motivado pelo Decreto-Lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946, pois autorizava o Serviço a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos.

Porém, concomitantemente à ampliação nacional dos hospitais psiquiátricos, se verificava uma situação de total abandono, de escassez de recursos e de excesso de pacientes, o que fazia do asilo, ou hospital psiquiátrico, um espaço de total exclusão. A criação de novos hospitais não amenizava a situação caótica vigente; pelo contrário, na década de 1950 os hospitais públicos ficavam em total abandono e com excesso de doentes internados (PAULIM; TURATO, 2004).

Aponta Amarante (2007) que as críticas dos contemporâneos de Pinel continuavam. Os primeiros asilos ficaram rapidamente superlotados de internos, e várias denúncias de violências contra esses pacientes fizeram que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da própria psiquiatria logo chegasse aos mais baixos níveis. Por isso, segundo esse autor, a alternativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica ocorreu com a proposta das colônias de alienados. Essas colônias eram construídas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem submeter-se ao trabalho terapêutico. Havia contratos de familiares que passavam a viver em tais asilos protegidos para cuidar dos seus internados.

Duarte (2007) aponta que no Brasil se verificaram várias interlocuções no campo social diante da crítica ao modelo hospitalocêntrico, que determinava que o lugar dos loucos fosse nos asilos e distantes do convívio social e familiar e excluídos do processo produtivo. Além de se constatar que esses espaços institucionais nunca foram criados para tratamento dos sujeitos que precisavam de cuidado da saúde mental, mas, sim, como um espaço com as finalidades de enclausurar, segregar e aprisionar, impedindo qualquer possibilidade de inclusão social desses sujeitos. Inclusão social essa que é tida como direito do ser humano, que

---

<sup>7</sup> O SNDM – Correspondia ao Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1941, estrutura do Ministério da Educação e Saúde pelo decreto-lei 3.171 de 24 de abril de 1941, assumida por Aduino Botelho (BEÇA, 1981 *apud* PAULIM e TURATO, 2004).

possibilita convivência com outros grupos sociais e o convívio na sociedade. Melhor explicando, “A expressão faz referência à condição básica de vida de sujeitos, que, como seres sociais, têm precondição o convívio, a troca, o conflito que, por conseguinte, constrói e consolida uma determinada sociedade” (DIAS, 2017, p. 109).

No Brasil, no século XX, os alienistas brasileiros foram adeptos das colônias de alienados, e Waldemar de Almeida foi exemplo disso. As primeiras colônias brasileiras foram criadas pouco depois da Proclamação da República, com a gestão do psiquiatra Juliano Moreira. Foram criadas dezenas de colônias por todo o país, tendência radicalizada ainda com maior força na gestão de Aduino Botelho, nas décadas de 1940 e 1950 (AMARANTE, 2007).

No entanto, com o passar do tempo, as colônias se mostraram iguais aos asilos tradicionais. Após a Segunda Guerra, a sociedade direcionou seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos internos psiquiátricos não se diferenciavam em nada daquelas destinadas aos campos de concentração<sup>8</sup>. Constatava-se nesses lugares a absoluta ausência de dignidade humana. Em consequência, segundo Amarante (2007), surgiram as primeiras experiências de reformas psiquiátricas: “[...] No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos” (AMARANTE, 1995, p. 27).

Ao longo do tempo, o processo de exclusão que permeou as pessoas com problemas mentais revelou-se antiterapêutico, com base em ações de isolamento e violência, resultando na cronicidade, no abandono e no total desrespeito a esses sujeitos. Assegura Amarante (1995) que a doença passou a ser central, deixando o sujeito em segundo plano. Nesse contexto, as intervenções médicas e medicamentosas foram predominantes, não havendo espaço para ações que extrapolassem os muros do hospital, já que o doente mental era tido como um desvio da normalidade e, acima de tudo, um problema social.

Em decorrência desse histórico de cronicidade dos enfermos e do total abandono ao qual eram submetidos, surgiram questionamentos diante desse modelo de tratamento. Ressalta Vasconcelos (2010) que é principalmente no Pós-Segunda Guerra Mundial que essas medidas terapêuticas passaram a ser questionadas, em que críticas e denúncias do sistema emergem no eixo das discussões dos processos reformadores da assistência psiquiátrica. Segundo Amarante

---

<sup>8</sup>Para Campregher (2009), os asilos eram comparados aos campos de concentração nazistas, pois mantinham os enfermos enjaulados, muitas vezes acorrentados e amarrados. Os hospitais configuravam-se como locais insalubres, com péssimas condições de higiene e com superpopulação, resultando em altas taxas de mortalidade entre os enfermos. Denúncias de torturas e de dosagens excessivas de medicação também eram comuns na época.

(2007), o desvio da função social antes exercida pelos hospitais, a superlotação e as contínuas denúncias colocaram em declínio a credibilidade dos hospitais psiquiátricos. Além disso, o isolamento dos pacientes internos de suas bases comunitárias e da família passou a ser questionado e a sociedade civil começou a se organizar, lutando por direitos civis, políticos, trabalhistas e sociais.

Conforme Amarante (1995), o pós-guerra torna-se cenário para o projeto da Reforma Psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar. Pinel fundou um monopólio de competência de acordo com a realidade sócio-histórica vigente. Seu ato de “libertação” dos loucos ressignificou práticas e fundou um saber/prática que aspirava ao reconhecimento e ao território de competência sobre determinado objeto: a doença mental. Embora o teor dessa libertação pineliana tenha se dado fisicamente apenas nas amarras, nas correntes, nas prisões e nos porões onde os doentes mentais estavam enclausurados e elegido o hospital como o local de tratamento da doença mental, vale ressaltar que isso não promoveu uma lógica inclusiva. Assim, as reformas posteriores à de Pinel buscam questionar o papel e a natureza ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico.

Sucintamente, podem-se mencionar aqui algumas das primeiras experiências de reformas psiquiátricas ocorridas internacionalmente e depois a influência delas na experiência da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Entre essas, tem-se a experiência inglesa da Comunidade Terapêutica, que ficou conhecida com Maxwell Jones, a partir de 1959 (AMARANTE, 2007). Conforme Jones (1972), a estrutura social de uma comunidade terapêutica é diferente em relação à do ambiente hospitalar tradicional. A comunicação ocorre livremente entre equipe e grupo de pacientes, e a ênfase nas atitudes permissivas que encorajavam a expressão de sentimentos implicava uma organização social democrática e igualitária, ao contrário de uma organização social do tipo hierárquico. Portanto, procurava-se construir uma horizontalidade entre os papéis sociais e as relações nas quais os médicos e os enfermeiros ajudassem os pacientes a conseguir acesso à realidade e, se possível, curá-los de seu adoecimento psíquico. Essa experiência inglesa da comunidade terapêutica “[...] foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico” (ROTELLI, 1994, p. 150 *apud* AMARANTE, 1995, p. 31).

Além dessa experiência, tem-se o movimento da Psicoterapia Institucional, que foi protagonizado por François Tosquelles. Ele acreditava que com um hospital reformado e

dedicado à terapêutica a cura da doença mental podia ser alcançada e o doente mental podia ser devolvido à sociedade. Para Amarante (1995), esse movimento de reforma tem como objeto o coletivo dos pacientes e técnicos de todas as categorias, em oposição ao modelo tradicional da hierarquia e da verticalidade.

Também, menciona-se a Psiquiatria de Setor, anterior às experiências da Psicoterapia Institucional, mostrando-se como um movimento de contestação da psiquiatria asilar baseado nas ideias de Lucien Bonnafé, surgido na França no Pós-Guerra. Para Ribeiro (2004), a Psiquiatria de Setor tinha como objetivo estruturar um serviço público e desenvolver o tratamento por meio da criação de equipes multiprofissionais responsáveis por uma área geográfica. Essas equipes operariam segundo as demandas locais, realizando ações de prevenção e tratamento das doenças mentais e adotando medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar, de forma a evitar a internação ou reinternação.

Outra experiência de reforma foi a da Psiquiatria Preventiva contemporânea, que nasce nos Estados Unidos com Gerald Caplan como a Psiquiatria Comunitária. Esta se configurou como uma estratégia dos programas de saúde elaborados pela política do presidente dos Estados Unidos John Kennedy, no início da década de 1960 (JORGE, 1997). Para Amarante (1995), esse movimento demarca um novo objeto para a psiquiatria: a saúde mental, a terceira revolução psiquiátrica após Pínel e Freud, com a descoberta estratégica de intervenção nas causas ou no surgimento das doenças, visando não apenas à prevenção, mas também à promoção de saúde mental.

Desse modo,

A noção de prevenção adotada por Caplan foi transposta da medicina preventiva para a psiquiatria e considerava-se que poderia ser realizada em três níveis de acordo com a análise realizada por Joel Birman e Jurandir Freire Costa [...]:

- 1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
- 2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
- 3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria (BIRMAN; COSTA, 1998, p. 54 *apud* AMARANTE, 2007, p. 49).

As propostas inspiradas no preventivismo<sup>9</sup> influenciaram a instauração dos vários modelos assistenciais e propostas de “desinstitucionalização”. Esta expressão surgiu nos

---

<sup>9</sup> “O preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (AMARANTE, 1995, p. 41).

Estados Unidos<sup>10</sup> para designar o conjunto de medidas de “desospitalização” (AMARANTE, 1995), ou seja, de redução do tempo médio de permanência hospitalar ou, ainda, de promoção de altas hospitalares (AMARANTE, 2007). Nessa perspectiva:

O arsenal de serviços alternativos – oferecidos pela reforma preventivista – situa-se no terreno de contraposição ao processo de alienação e exclusão social dos indivíduos. E, portanto, propicia a instauração de serviços alternativos à hospitalização e de medidas que reduzam a internação [...] (AMARANTE, 1995, p. 41).

No entanto, conforme será visto no decorrer deste estudo, a desinstitucionalização<sup>11</sup> possui conotação muito mais ampla do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício, do manicômio, para a comunidade (HIRDES, 2009). Por fim, mencionam-se as experiências da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática.

Primeiramente, a Antipsiquiatria surge na Inglaterra nos anos de 1960, com os psiquiatras Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. Esse movimento procura criticar as concepções científicas da loucura, e seu tratamento violento seriam metonímias da alienação política, econômica e cultural da sociedade moderna (JORGE, 1997). Melhor explicando, procura romper teoricamente com o modelo assistencial vigente, visando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação, compreensão e tratamento das doenças mentais. Também fornece, segundo Amarante (1995), importantes contribuições para a transformação prática-teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução, na mesma perspectiva que Franco Basaglia estava desenvolvendo.

Conforme Amarante (1995), percebeu-se que a lógica terapêutica utilizada no trato com a loucura foi possibilitada por intermédio da justiça e da medicina. Atribuindo ao louco uma identidade marginal e doentia, a medicina tornou a loucura ao mesmo tempo visível e invisível. Instauram-se condições de possibilidade para a medicalização e a retirada do indivíduo da sociedade, com o encarceramento em instituições médicas, produzindo efeitos de tutela e afirmando a necessidade desse enclausuramento para a administração da periculosidade social.

---

<sup>10</sup> A noção de desinstitucionalização surge nos Estados Unidos no governo de Kennedy, mas seus princípios e as medidas adotadas são basicamente de desospitalização (HIRDES, 2009, p. 299). Amarante (1996) distingue três formulações importantes referentes a essa expressão: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e, por último, a desinstitucionalização como desconstrução.

<sup>11</sup> Na Psiquiatria Democrática Italiana, discutida posteriormente, o projeto de desinstitucionalização volta-se para a invenção da realidade enquanto um processo histórico (AMARANTE, 1996).



O paradigma psiquiátrico clássico transformou a loucura em doença e produziu uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar para produzir saber e discurso. Essa ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Nesse sentido se estabelecem uma correlação e identificação entre punição e terapeutização, com a finalidade de produzir ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e de equilíbrio.

Dessa forma, o louco tornou-se invisível para a totalidade social e, ao mesmo tempo, mostra-se como objeto visível e passível de intervenção pelos profissionais, nas instituições organizadas para funcionarem como *locus* de terapeutização e reabilitação: “[...] ao mesmo tempo, é excluído do meio social, para ser incluído de outra forma em outro lugar: o lugar da identidade marginal da doença mental, fonte de perigo e desordem social” (AMARANTE, 1995, p. 46).

Esses sujeitos estiveram sempre, de uma forma ou de outra, excluídos da sociedade, pois não existia lugar para eles, que eram tidos como “alienados”. Estiveram sempre fora daquilo que era posto como normal pela sociedade, necessitando de meios que controlassem essa ordem social: alisamento, isolamento e exclusão social. Assim como o louco, o dependente químico, com suas singularidades, é um corpo marcado, conforme afirma Vasconcelos (2015, p. 380): “[...] esse corpo é um corpo que traz em sua superfície marcas de desleixo, de desregramentos e excessos cometidos [...]”.

A trajetória da exclusão social diante do “louco” e do dependente químico se cruza e também se diferencia<sup>12</sup>. Diferencia-se no sentido de que o “louco” pode vir a se tornar violento pela sua irracionalidade, enquanto ao dependente químico não era atribuída a irracionalidade e, sim, julgamentos e justificativas morais perante seus atos e condutas associados, muitas vezes, à vagabundagem. A relação construída diante dos problemas decorrentes de álcool e outras drogas, como a periculosidade e a marginalidade no imaginário social, acabou por se multiplicar em um pensar e uma prática voltados para a exclusão e isolamento social como meios de “tratar” e “resolver” essa problemática na sociedade.

---

<sup>12</sup> Em outro momento será retomada esta discussão, pontuando outras diferenciações entre o “louco” e o dependente químico.

Com essa perspectiva da exclusão vieram a contribuição da tradição basagliana e o movimento Psiquiatria Democrática Italiana<sup>13</sup>. Esse movimento, segundo Rotelli (1991), propunha a reformulação do modelo de assistência e cuidado em saúde mental, convidando a pensar as relações entre técnica e política como críticas à matriz de exclusão social que legitima a construção dos manicômios e delega à psiquiatria o controle dos indivíduos que não se adaptam às regras da ideologia dominante.

Dessa forma, Franco Basaglia<sup>14</sup> formulou um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais voltados para a ideia de superação do aparato manicomial. Aparato esse compreendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que baseiam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007).

A proposta italiana rompeu com as experiências psiquiátricas anteriores, principalmente em relação ao entendimento de desinstitucionalização até então adotado como sinônimo de desospitalização. O propósito do projeto de desinstitucionalização torna-se, então, a ruptura com o paradigma da psiquiatria tradicional, o qual aponta a relação mecânica de causa-efeito na análise da constituição da loucura (ROTELLI *et al.*, 1990).

Na década de 1960, Franco Basaglia inicia a prática de crítica à psiquiatria tradicional no manicômio de Gorizia, promovendo um trabalho de humanização naquele hospital. Essa experiência revelou o nexos psiquiatria/controlado e social/exclusão e, concomitantemente, a conexão intrínseca entre os interesses político-sociais mais amplos e a instituição da ciência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Em Trieste, na Itália, Basaglia e sua equipe dão início a uma operação de desmantelamento da estrutura manicomial. Essa cidade sediou uma nova proposta de tratamento, contrariando a antiga, que visava diagnosticar, classificar, medicar e curar o doente mental (DELGADO, 1991). Essa operação foi fundamental na estratégia de reinvenção da assistência. Contudo, para realizar o projeto de transformação da instituição,

---

<sup>13</sup> O movimento Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), fundado em Bolonha, em 1973, pode ser referido à possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional e, também, à não restrição dessas denúncias a um problema dos técnicos de saúde mental (AMARANTE, 1995).

<sup>14</sup> Franco Basaglia, médico, em meados de 1961 passa a ser diretor de um pequeno manicômio na cidade de Gorizia, Itália. Diante da situação de total abandono, os hospitais psiquiátricos revelavam a exclusão e a violência institucional nas suas ações cotidianas, e a sociedade italiana, fortalecida por vários movimentos, entre eles o estudantil e o sindicalista, lutou pelo fim do manicômio. Esse processo de luta permitiu a criação da Lei nº 180, no ano de 1978, que decretou a extinção dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços alternativos; essas ações favoreceram a mudança na forma de tratar esses sujeitos. Assim, pela primeira vez na Itália, passou-se a olhar o sujeito e não a sua doença (DESVIAT, 2015).

Torna-se necessário superar o modelo de humanização institucional, a fim de inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que se estabelece com o louco – através do trabalho, amizade, e vizinhança –, matéria-prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumidos pelo imaginário social. Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e de desautorização a falar sobre si. [...] é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamentam a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado. [...] a reinvenção das práticas precisa confrontar-se no espaço da comunidade e na relação que os técnicos estabelecem com a loucura, com a solidariedade e o desejo da produção da diferença plural (AMARANTE, 1995, p. 48).

Basaglia propôs uma mudança que iria além da questão física, do lugar e do espaço destinados ao doente mental, enfatizando que era preciso mudança no imaginário social, nas relações até então tidas com a doença, nas relações de poder e na possibilidade de criar práticas comunitárias de tratamento. Revolucionou, no sentido de criar a possibilidade da construção de serviços que priorizassem a sociabilidade e as trocas sociais para a produção de saúde mental com abrangência no território.

Na proposta de Basaglia, “[...] o médico se vê diante de uma existência que sofre e que pede ajuda, deve responder a esta demanda encarando a pessoa em sua plenitude, sem perder de vista a sua dimensão de cidadania” (DELGADO, 1991, p. 13). A experiência e proposta basagliana promoveu um contexto mais inclusivo e a possibilidade de reconstrução e reprodução social das pessoas, proporcionando um cuidado que mantinha formas de convivência em grupo e relações ativas, não excluindo e não retirando o sujeito da sociedade. Posteriormente, essa experiência influencia e serve de base para outros movimentos de reformas psiquiátricas, inclusive no Brasil.

Desse modo, a saúde e a doença ganham concretude histórico-social, tornando-se fenômenos datados da realidade política dos sujeitos sociais. Propõe-se nessa ruptura com o saber e a prática psiquiátrica “[...] um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença” (AMARANTE, 1995, p. 49). Assim, para esse autor, o conceito de desinstitucionalizar não se restringe a – e nem tampouco se confunde com – desospitalizar, uma vez que este último termo significa apenas estabelecer uma identidade entre transformação e extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Até porque desinstitucionalizar significa compreender, no sentido dinâmico e essencialmente complexo das práticas e saberes que

produzem determinadas maneiras de perceber, entender e se relacionar com os fenômenos sociais e históricos.

Historicamente, a loucura obteve diferentes posicionamentos e concepções do Estado em seu trato, estendendo-se do asilo até os serviços de base comunitária. Estes últimos tiveram seu fundamento histórico-científico nas concepções e práticas de tratamento da loucura do italiano Franco Basaglia, nos anos de 1970, conforme já exposto aqui. Tais práticas foram de relevância mundial e influenciaram significativamente a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que propôs novos modelos interventivos no campo da saúde mental, rompendo com o paradigma hospitalocêntrico (ROBAINA, 2010). Aponta Rosa (2011) que o modelo defendido por Basaglia contrapõe-se ao modelo médico, centrado na doença, e questiona a psiquiatria clássica, bem como seu método de intervenção, uma vez que no seu entendimento o sujeito complexo deve ser visto em sua singularidade e concretude.

Semelhante ao processo de reforma sanitária e psiquiátrica italiana, no Brasil tanto o movimento de Reforma Psiquiátrica quanto o da Luta Antimanicomial<sup>15</sup> foram liderados por profissionais, e suas atividades são centradas até hoje na militância política direta (VASCONCELOS, 2008b). A Reforma Psiquiátrica, segundo Yasui (2006), foi sendo construída por uma nova geração de trabalhadores de saúde mental que vivenciavam o cotidiano de violência nas instituições. Embora angustiados pelas contradições e questões que a prática estabelecia e inspirados pelo clima político-cultural, esses trabalhadores de saúde acreditavam na possibilidade de transformação. Eram os atores implicados nesse processo que continuaram, nos anos de 1980, ampliando a sua influência, ocupando espaços na administração pública e, principalmente, inventando novas instituições.

[...] O movimento Antimanicomial constitui-se como um movimento social amplo, diversificado de profissionais e trabalhadores que atuam nas redes de saúde mental, com enormes diferenças no perfil de formação e posicionamento ético-político corporativo. Além deles, temos a presença de lideranças de usuários<sup>16</sup> e familiares oriundas das classes populares, normalmente com níveis educacionais baixos (as classes médias com renda mais alta e níveis educacionais mais elevados geralmente

---

<sup>15</sup> Em 13 de maio de 1978, o Parlamento italiano aprovou a Lei nº 180, que organizou o modelo assistencial às pessoas em sofrimento mental no país. Essa lei ficou conhecida como “Lei Basaglia”, que determinou o fim dos hospitais psiquiátricos e possibilitou a abertura das condições legais para a construção de um novo cenário assistencial e político. A data de aprovação dessa lei serviu de inspiração para que fosse instituído no Brasil o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que, desde 1988, passou a ser comemorado no **dia 18 de maio** (AMARANTE, 2007).

<sup>16</sup>O termo usuário foi introduzido pela legislação no Sistema Único de Saúde (SUS) (Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90), no sentido de destacar o protagonismo do que anteriormente era apenas um paciente. A expressão acabou sendo utilizada com sentido bastante singular no campo da saúde mental e atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

não usam o SUS<sup>17</sup>, pois têm seguros e planos privados de saúde), somados às dificuldades geradas pela própria presença do transtorno [...] (VASCONCELOS, 2016, p. 44-5).

Esses movimentos sociais e políticos trouxeram ao Brasil, na década de 1980, a experiência italiana e o modelo proposto por Basaglia, com suas críticas sobre a psiquiatria clássica, que desde os anos de 1960 tinha como lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, fortalecendo a implementação de serviços substitutivos à internação (VASCONCELOS, 2010; AMARANTE, 2007).

Além dessas, muitas reivindicações populares ocorreram, objetivando melhores condições de vida perante as péssimas condições de saúde e de sobrevivência da população. Cabe ressaltar que em meados da década de 1980, no campo da saúde e diante do esgotamento militar gerado pela ditadura militar<sup>18</sup>, pela crise econômica, pela ênfase na prática médica, curativa e assistencialista e pelo agravamento das expressões da questão social<sup>19</sup>, a sociedade civil começa a se organizar para a luta política (ROSA, 2011). Esse movimento social objetivava mudanças e transformações no âmbito da saúde, estruturando-se no projeto da Reforma Sanitária<sup>20</sup>.

Assim, compreende-se que a conquista e construção de uma saúde coletiva e universal se devem aos movimentos sociais ocorridos na década de 1980 em diante. Realizados pelos trabalhadores, esses movimentos reivindicavam respostas do Estado perante as demandas sociais apresentadas pela classe trabalhadora e advindas do desenvolvimento do capitalismo.

Conforme Santos (2013),

---

<sup>17</sup>Em decorrência desses movimentos e de outros marcos históricos referentes à política de saúde no Brasil, o governo assumiu a bandeira da Reforma Sanitária, viabilizando as Políticas de Ações Integradas de Saúde e criando o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em 1987, o SUDS. Com a Constituição Federal de 1988, integra a saúde, a previdência e a assistência social ao tripé da Política de Seguridade Social. Para a saúde foram destinados os cinco artigos que, juntos, constituem um sistema único, pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade pelo controle social, o que resultou na criação do SUS (SANTOS, 2013).

<sup>18</sup>A ditadura militar foi marcada pela repressão dos movimentos sociais e por qualquer iniciativa de mudanças política, social e institucional com a participação da população. Em razão da pouca visibilidade social e política dentro dos hospitais psiquiátricos, estes foram palco de várias experiências inovadoras (VASCONCELOS, 2008b).

<sup>19</sup>“[...] ‘questão social’ é a expressão das desigualdades sociais produzidas e reproduzidas na dinâmica contraditória das classes sociais, e na particularidade atual, a partir das configurações assumidas pelo trabalho e pelo Estado burguês no atual estágio mundializado e financeirizado do capitalismo contemporâneo” (RAICHELIS, 2018, p. 25).

<sup>20</sup>Esse processo teve início no Brasil ainda na década de 1970, juntamente com a emergência de vários movimentos sociais populares e de trabalhadores, visando à democratização política e a mudanças no perfil restrito em autoritário das políticas sociais impostas pelo regime militar. No campo da saúde, essas aspirações levaram à criação do Movimento Sanitário, responsável pela constituição do SUS (LIMA *et al.*, 2005; VENÂNCIO, 2005 *apud* VASCONCELOS, 2008b).

A questão saúde e democracia ganha visibilidade a relação entre ambas passa a ser apresentada constantemente nas pautas dos movimentos sociais e, suas manifestações. A luta pela saúde ampliou-se e favoreceu a articulação com outras entidades e movimentos populares. Destacam-se, nesse período, como reivindicações das diversas manifestações: a luta pelo saneamento, água, luz e postos de saúde; a luta pelo fortalecimento do setor público e promoção de saúde e a luta pelas questões concretas da vida [...] (p. 236).

O principal objetivo do projeto da Reforma Sanitária era lutar pela garantia do direito universal à saúde e pela implementação de um sistema de saúde universal, único, integral e estatal de prestação de serviços. De acordo com Bravo (2008), a Reforma Sanitária visava incentivar a democratização do acesso e melhorar a qualidade dos serviços. Tais questionamentos também se fizeram presentes na assistência psiquiátrica, influenciando, assim, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que viabilizou novos rumos da assistência no campo da Saúde Mental e possibilitou novas discussões em relação aos serviços substitutivos e à participação da comunidade.

É importante recordar, segundo a Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080, Art.2, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Esse direito deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que objetivem a diminuição de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990). Complementa Rizzotto (2012, p. 171) que “Na Constituição Federal de 1988, pela primeira vez, atribui-se ao Estado brasileiro o dever de proporcionar, a todos os cidadãos, condições e serviços gratuitos que dessem conta dos problemas de saúde em toda a sua complexidade”. Assim, ao compreender o SUS como estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais, entre elas as de saúde. Esse projeto foi regulamentado posteriormente em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (LOAS) (CFESS, 2010).

Tanto nessa articulação quanto no movimento da Reforma Sanitária, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira era composto por diversos segmentos sociais, entre os quais o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que no ano 1978 já havia se iniciado com fortes questionamentos sobre a assistência psiquiátrica no Brasil (VASCONCELOS, 2010). O MTSM passou a organizar e participar de uma série de eventos problematizando a questão da assistência psiquiátrica no país (HEIDRICH, 2017). Conforme aparece no trecho a seguir:

Mantendo as críticas ao asilo e a violência institucional, no contexto da contestação ao regime militar e fortalecendo o processo de redemocratização, a Reforma

Psiquiátrica buscou ampliar as discussões técnicas para uma perspectiva política e social, expressa no relatório da I CNSM, o primeiro documento brasileiro oficial a colocar a questão da saúde mental nessa perspectiva da luta entre os interesses de classes (YASUI, 2006, p. 39).

Deve ser destacado outro marco fundante e estruturante do movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira: o Congresso de Bauru, que contou com ampla participação e operou uma ruptura na trajetória do MTSM, que passou a compreender que transformações apenas na organização dos serviços de saúde mental não seriam suficientes para efetivar a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial (HEIDRICH, 2017). Cabe explicar, a partir de Luchmann e Rodrigues (2007), que o termo Antimanicomial, neste momento histórico, diz respeito à palavra de ordem do movimento social, indispensável ao combate político, que tem por significado a construção de uma sociedade sem manicômios.

O resultado das discussões e embates realizados no Congresso de Bauru foi expresso formalmente naquilo que ficou conhecido como “Manifesto de Bauru” (ou “Carta de Bauru”), em que se destaca o seguinte trecho:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão da violência institucionalizada, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta Antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada [...] (II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL, 1987 *apud* HEIDRICH, 2017, p. 71).

É possível denotar que esse Movimento se apropriou da discussão que extrapola o campo da psiquiatria e passou a entender, a defender e a lutar pela ideia de que transformar o manicômio significa transformar a sociedade; significa também transformar o lugar destinado à loucura e aos loucos, aos profissionais e aos serviços de saúde, bem como a própria definição de saúde.

Para Wetzel e Kantorski (2004), a partir da década de 1980 ocorreu o início desse movimento, período em que o país se encontrava em processo de democratização e reformulação do sistema de saúde, o que colocava em questionamento tanto os saberes e as práticas psiquiátricas quanto o espaço do hospital psiquiátrico como o lócus do tratamento. Assim,

[...] o modelo psiquiátrico, nascido do modelo biomédico, teve como uma de suas características principais um sistema ‘terapêutico’ baseado na hospitalização. [...] este modelo pressupõe um paciente portador de um distúrbio que lhe rouba a Razão, um insano, insensato, incapaz, irresponsável (inclusive a legislação considera o louco

irresponsável civil), o sistema hospitalar psiquiátrico e aproxima muito das instituições carcerárias, correcionais, penitenciárias. Portanto, um sistema fundado na vigilância, no controle, na disciplina, e como não poderia deixar de ser, um sistema com dispositivo de punição e repressão (AMARANTE, 2007, p. 61).

As críticas ao paradigma psiquiátrico baseado no modelo biomédico visavam à sua superação e propunham a reestruturação da atenção psicossocial.

Pressupõem Leão e Barros (2012) que a partir dos movimentos advindos da Reforma Psiquiátrica o paradigma psiquiátrico foi alvo de várias críticas, pois tinha como atuação o espaço demarcado pelo próprio serviço, e a doença como objeto de trabalho, além de utilizar métodos e técnicas baseados nos aspectos médico e biológico. Em oposição a esse paradigma, o paradigma psicossocial tomava o indivíduo em suas condições sociais, utilizando formas de intervenção pautadas nas necessidades do usuário e tendo como finalidade a inclusão social. Seu objetivo era realizar o cuidado em saúde mental, concebida a partir de sua dimensão social e voltada para a realidade dos usuários, com ações inclusivas e de reabilitação psicossocial.

Nesse viés, para Amarante (2007) o campo da saúde mental e da atenção psicossocial é tido como um processo social complexo constituído de dimensões simultâneas que ora se alimentam, ora são conflitantes, suscitando pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões. Enquanto processo social complexo, a saúde mental, com base na atenção psicossocial, seria estruturada a partir das seguintes dimensões: técnico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Essas dimensões se fizeram importantes na mobilização do processo da Reforma Psiquiátrica e de provocação de atores sociais para a transformação da realidade.

A dimensão técnico-conceitual, ou epistemológica, conforme Yasui (2006), busca construir um novo paradigma no campo da saúde mental – marcando uma ruptura epistemológica pelo rompimento com uma racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas centradas na doença –, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e biologizante. Isso possibilita inaugurar uma relação diferente entre o sujeito que sofre e o cuidador que toma o existir humano em sua complexidade. As estratégias de intervenção daí decorrentes ampliam-se para a construção de projetos marcados pela invenção de saberes e fazeres de um novo modo de cuidar da saúde mental.

Esse autor aponta a dimensão técnico-assistencial como o constante movimento entre a prática e a teoria que se propõe para a construção de uma nova organização de serviços, articulando uma rede de espaços de sociabilidade, de produção de subjetividades, de geração de renda, de apoio social, de moradia, enfim, de produção de vida. É caracterizada também pela



criação coletiva de instrumentais pelos profissionais desses serviços, que se responsabilizam pelo acesso e pela demanda de saúde mental de seu território, acolhendo e produzindo estratégias diversificadas de cuidado de saúde e de inclusão e construindo uma ampla rede social.

Yasui (2006) renomeia a dimensão jurídico-política como dimensão política e, com isso, propõe destacar o conceito político, salientando as tensões e conflitos decorrentes das ações produzidas pela Reforma Psiquiátrica, as quais provocam e interrogam a relação entre Estado e Sociedade. Essas ações executadas por protagonistas constroem um conjunto de princípios e proposições articuladas em um processo que tem como resultado não apenas mudanças no aparato jurídico do Estado, mas que ativa atores sociais, cria contradições, inventa instituições de cuidado, transforma as políticas municipais, provoca as universidades. Trata-se, dessa forma, de uma luta política que visa a uma transformação social.

Para aquele autor, sendo essa luta um agente transformador, era necessário ampliar essa visão e ação para além do profissional; era também preciso pensar e atuar na sociedade, no tempo histórico em que se vivia. Ainda, era necessário pensar no campo da saúde não só como determinado por fatores eminentemente biológicos, mas também nos determinantes sociais, o que implica pensá-la como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social. Exemplo disso é apreender a dependência química como expressão da questão social.

A dimensão sociocultural diz respeito à tentativa de desconstrução do imaginário social construído historicamente a respeito da diferença e da loucura, conforme expressa Yasui:

Um imaginário que desqualifica (“Isso é coisa de louco!”), que exclui (“Lugar de louco é no hospício!”), que teme (“Louco é perigoso e agressivo!”), que infantiliza (“Que bonitinho! Nem parece feito por louco!”) (2006, p. 98).

Essa dimensão possui relevância no sentido de provocar a sociedade para refletir sobre a loucura e também sobre a dependência química e, com isso, busca produzir a transformação desse imaginário, embora isso seja um grande desafio até nos dias atuais. Também provoca a sociedade a refletir diante do trato que destina aos dependentes químicos, que também são atingidos pelos estigmas construídos no imaginário social: “Drogado/bêbado é vagabundo!”, “Lugar de bêbado/drogado é na cadeia!” e “Drogado/bêbado é sem-vergonha!”.

Tais dimensões operam, conforme Amarante (2007), na mesma lógica da proposta de Basaglia de colocar a doença entre parênteses. E uma vez que a doença está entre parênteses,

os profissionais dos serviços de saúde mental podem se deparar com o sujeito, suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus vizinhos, seus projetos e seus anseios, o que permite a ampliação da noção de integralidade nos campos da Saúde Mental e da atenção psicossocial. Os serviços devem ser compreendidos como dispositivos estratégicos e como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Devem também se constituir serviços que trabalham com pessoas e não com as doenças; devem ainda ser lugares de sociabilidade e de produção de subjetividades.

Essas dimensões se fizeram necessárias diante da construção de um novo modo de cuidado em Saúde Mental. Importantes mudanças provocadas no imaginário social e na compreensão do processo de saúde–doença em sua complexidade, considerando os determinantes sociais envolvidos, foram essenciais na transformação da realidade social e no pensar em uma prática voltada para a reabilitação social e a inclusão social. Assim, tais mudanças constroem estratégias de cuidado mais inclusivas de tratamento ocorridas no território e na realidade do sujeito em articulação com a família e a comunidade.

Afirma Yasui (2006) que a Reforma Psiquiátrica não pode ser confundida com transformação nos Serviços de Saúde Mental, ou seja, em mudança na organização institucional das formas de cuidado ou dos processos de trabalho. É um processo amplo e complexo que diz respeito a instituir um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. E isso requer transformar as mentalidades, os hábitos e os costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.

As questões a serem enfrentadas são a emancipação, a ampliação do poder de trocas sociais das pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes de álcool e outras drogas e não a obstinação terapêutica pela cura ou pela reparação. São também a reprodução social e à inclusão dessas pessoas no mundo social.

No Brasil, o movimento social pela superação do modelo psiquiátrico tradicional foi iniciado no final da década de 1970, como mencionado anteriormente, por atores sociais que fundaram no ano 1987 o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Esse movimento representou uma mudança estratégica dentro do movimento mais amplificado de luta pela Reforma Psiquiátrica, visando expandir suas bases de sustentação que tinham se tornado mais restritas com a entrada de lideranças no aparelho do Estado, assim como buscar novas alianças com outros movimentos sociais populares e com a sociedade civil em geral. Além disso,

colocou em xeque a própria existência do hospital psiquiátrico como recurso de assistência e adotou a experiência de desinstitucionalização italiana. A partir disso, núcleos de militância desse movimento foram se formando nos serviços, em articulações municipais, regionais e estaduais em todo o Brasil, compostos principalmente por lideranças profissionais que, ao longo dos anos de 1990, foram se juntando a lideranças de usuários e familiares (VASCONCELOS, 2008b).

Reconhecida como movimento social e um processo em construção no Brasil e no mundo, composto coletivamente pela heterogeneidade de profissionais, familiares, usuários e a sociedade em geral, a Reforma Psiquiátrica tem sido edificada sob as diferenças, os conflitos e as contradições demarcadas a partir dos determinantes econômicos, políticos e culturais que caracterizam as singularidades de cada contexto (MACIEL, 2012).

A Reforma Psiquiátrica tem favorecido o rompimento de um olhar puramente clínico para obter uma visão ampliada sobre um sujeito social em sua existência, fortalecendo, assim, o conceito de desinstitucionalização. Fato esse que possibilitou um tratamento em liberdade de ordem comunitária, a participação da família e o processo de inclusão social.

Essa discussão mobilizou mudanças efetivas na Política Nacional de Saúde Mental na década de 1990, tanto no âmbito nacional quanto no âmbito internacional. O marco dessa mobilização foi a Conferência de Caracas, uma espécie de consenso entre os governantes latino-americanos em favor de uma nova plataforma psiquiátrica (HEIDRICH, 2017). A Declaração de Caracas foi adotada pela Organização Mundial de Saúde e conclamou os Ministérios da Saúde e Justiça, Parlamentos, Seguridade Social, prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários e universidades, entre outras organizações, a apoiarem a reestruturação da atenção psiquiátrica (OMS, 1990 *apud* HEIDRICH, 2017).

Contudo, antes de alongar essa discussão, para maior apreensão da constituição das Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas é apropriado debater sobre a influência que o movimento da Higiene Mental dispôs sobre as primeiras formas de tratamento destinadas ao alcoolismo e à dependência química.

## **1.2 A Higiene Mental e a sua Influência nas Políticas de Álcool e Outras Drogas**

Cabe abordar alguns pontos do ideário da higiene mental<sup>21</sup>, discurso científico surgido nas primeiras décadas do século XX, no Brasil. Num âmbito mais geral, segundo Vaz e Fuck (2016), a conjuntura em que esse movimento se desenvolve é a das políticas e iniciativas concernentes à higiene e à saúde pública, efetivando-se no quadro de transformações do final do século XIX e início do próximo.

Torna-se válido recordar que esse período é marcado pelo processo de industrialização no Brasil, pelo aumento populacional nos centros urbanos e, sobretudo, pelos surtos epidêmicos, altas taxas de mortalidade, entre outros problemas. Diante disso, medidas de ordem sanitária começam a ser efetivadas pelo movimento higienista (FIGUEIRA, 2014). Entretanto, não havia preocupação somente com o saneamento das cidades e a saúde física da população, uma vez que parte dos higienistas acreditava que o progresso do país dependia de mentes sadias e não só da erradicação das epidemias (WANDERBROOCK, 2009 *apud* FIGUEIRA, 2014).

O cenário apresentado no Brasil nesse período, conforme assinala Torres (1933 *apud* RAMOS, 2012), apontava a falta de trabalho regular e de garantias para a população, a criminalidade, a ociosidade, o vício, o alcoolismo, a desordem por ausência completa de cultura, a educação e as assistências social e legal. Nessa conjuntura, a presença de um número cada vez maior de pessoas perambulando pelas ruas devido, em parte, ao uso abusivo do álcool e de outras drogas passou a ser vista como entrave para um país que almejava o desenvolvimento. Essas pessoas, além de representarem ameaças à ordem social e aos cofres públicos na assistência à saúde por conta das doenças resultantes do vício, não podiam servir como mão de obra disponível para a indústria carente de indivíduos trabalhadores e sadios. Em decorrência disso, o alcoolismo e as toxicomanias, assim como a loucura e a ociosidade, passaram a ser objetos de intervenção por parte de alguns setores da sociedade, como os representantes dos movimentos higienistas e eugenistas.

As configurações sociais do Brasil republicano, e mesmo dos tempos imperiais, exigiram novas formas de organização social, a fim de atender às demandas postas pelos problemas de saneamento e de higiene coletiva e individual (VAZ; FUCK, 2016). Conforme Ramos e Boarini (2015), nesse contexto se desenvolveram, além de problemas sanitários, vários outros de ordem social, como o alcoolismo que, conseqüentemente, passou a ser visto como importante problema de saúde, social e econômico.

---

<sup>21</sup> “O movimento de higiene mental nasceu e se consolidou nos Estados Unidos, no início do século XX, associando-se a ideias e práticas eugênicas e disseminando-se para a Europa e países latino-americanos” (VASCONCELOS, 2016, p. 48).

Segundo Boarini (2007), esse movimento social, embora não popular, reunia no Brasil importantes intelectuais da época, em sua maioria com formação médica, tendo significativo lugar no cenário político da época. Tal ocorrência viabilizou encaminhamentos em diferentes segmentos da sociedade como solução para os graves problemas de ordem social desse período. Inclusive, serviu como solução para aqueles tidos como desviantes da norma social estabelecida, a exemplo dos loucos e dos alcoólatras e dependentes químicos. Conforme Figueira (2014), é nesse contexto que a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)<sup>22</sup> propõe alternativas de cuidado à saúde mental, principalmente de caráter profilático. Para essa autora, entre os principais problemas da época, podem ser citados, além da doença mental, o alcoolismo, a delinquência, a ausência de hábitos sadios etc.

A higiene mental, de modo geral “[...] em sua aplicação prática não deve exercer-se somente no terreno da psiquiatria senão em todos os domínios da vida social” (LOPES, 1931, p. 148 *apud* BOARINI, 2007, p. 5). Consistia em:

[...] um “projeto civilizatório e salvacionista”, capitaneado pela medicina e psiquiatria, que identificava supostas causas nas chamadas “degenerações humanas” e propunha mecanismos de preveni-las por uma educação higiênica e normatizadora na família, nos ambientes de trabalho, na educação, bem como nos serviços sociais, de saúde e de saúde mental [...] (VASCONCELOS, 2016, p. 48).

A formação discursiva do movimento higienista traz diferentes enfoques, entre eles: luta antialcoólica, controle da reprodução e da sexualidade, controle da imigração, noção de nacionalidade, questão racial, assistência a alienados, trabalho terapêutico, educação escolar etc. (CARVALHO, 1999). Neste estudo é enfatizada a relação entre a higiene mental e a questão da saúde mental, do alcoolismo e da drogadição.

Esse movimento, para Figueira (2014), buscava alternativas para o cuidado da saúde mental. Seus principais objetivos eram a prevenção e tratamento das “doenças nervosas e mentais” e a “realização na vida social de um programa de higiene mental e de eugénica<sup>23</sup>, que melhore o nível da saúde mental coletiva” (LOPES, 1925B, p. 151 *apud* FIGUEIRA, 2014,

---

<sup>22</sup>“Em 1923, o Dr. Gustavo Riedel fundaria a Liga Brasileira de Higiene Mental, que seria constituída por médicos da elite psiquiátrica do Brasil, principalmente do Rio de Janeiro. Dois anos mais tarde, a Liga Brasileira de Higiene Mental criou a revista ‘Archivos Brasileiros de Higiene Mental’, na qual eram publicados artigos sobre os problemas e soluções propostas a respeito da profilaxia para a Higiene Mental, transparecendo uma mentalidade eugenista e de higiene de raça, segundo a qual as degenerações mentais estariam relacionadas à raça do indivíduo” (VAZ; FUCK, 2016, p. 337).

<sup>23</sup>Deriva do termo eugenia, criado em 1883, por Francis Galton (1822-1911), que, tendo como base os estudos de Darwin (1809-1882), buscava o melhoramento da raça humana, tanto no âmbito físico como mental, das futuras gerações (FIGUEIRA, 2014, p. 14).

p. 14). Nessa perspectiva, era preciso intervir, prevenindo que futuras gerações herdassem anormalidades, como problemas decorrentes de doenças mentais, o alcoolismo e o uso de drogas ilícitas<sup>24</sup>.

Embora, conforme Bittencourt (1935) e Lopes (1934 *apud* RAMOS; BOARINI, 2015), o consumo de outras drogas, como o ópio, a cocaína e a morfina, bem como suas consequências, também era abordado pelos higienistas; não parecia ser preocupação contundente naquela época. O consumo dessas substâncias normalmente acontecia no meio da população mais abastada economicamente e era bem menor se comparado ao álcool. Até o início do século XX, algumas dessas drogas, como a cocaína e a heroína, não eram consideradas ilícitas e os seus fins terapêuticos eram divulgados abertamente nos meios de comunicação (ARU, 2001 *apud* RAMOS; BOARINI, 2015).

Nota-se que a regulação e o ajustamento se direcionavam mais para a classe trabalhadora, em sua maioria a mais empobrecida economicamente. Essa diferenciação ainda é percebida nos dias atuais, em que a forma de compreender e tratar a dependência química e o alcoolismo varia de acordo com a classe social a que pertence o usuário, diferenciando-se, assim, o “bêbado/drogado pobre” do “bêbado/drogado rico”. O recorte de classe é evidenciado nessa diferenciação e traz consigo toda uma carga discriminatória e taxativa, desconsiderando-se, de modo geral, as condições de vida das pessoas socialmente excluídas, especialmente daquelas que usam drogas. No entanto, a qualidade da assistência à saúde para pessoas que consomem drogas depende, em muito, do conhecimento de tais condições de vida por parte dos profissionais de saúde (ANDRADE, 2011).

Para Carvalho (1999), o compromisso dos agentes da higiene mental era com as forças de Estado e do capital, pois se construía um discurso rigorosamente científico, cujos objetivos eram de controle e regulação das classes trabalhadoras. E para isso, conforme esse mesmo autor, era, então, necessário observar, classificar, conceituar, categorizar e intervir sobre os desviantes e deixar de lado o estudo das contradições do processo de produção – À inadaptação e aos inadaptados, toda uma construção discursiva baseada em aptidões naturais, elemento psíquico, normalidade e anormalidade, saúde e doença mental, orientação e seleção. Tudo isso com a intenção de propiciar ao mesmo tempo, em nível do indivíduo e da sociedade, a produção de

---

<sup>24</sup> Conforme o noticiário sobre a Conferência de Genebra sobre tóxicos publicado nos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental em 1925, após a Primeira Guerra Mundial as toxicomanias tomaram proporções extraordinárias em todo o mundo (RAMOS, 2012).

um projeto único de ordenação. Os princípios sustentavam a utopia da sociedade disciplinar, rigorosamente organizada e funcional.

Salienta Boarini (2007) que a busca incessante pela definição do padrão de normalidade e mensuração de enquadramentos e desvios dos parâmetros normais com o auxílio de instrumentais científicos e técnicos ensejava a promoção de uma espécie de saneamento social. Por seguinte, selecionou-se uma legião de desviantes ou diferentes do padrão estabelecido para neles aplicar as práticas higienistas e eugênicas. Entre esses desviantes se enquadravam os bêbados, os drogados, os loucos, os pobres, os negros etc.

Conforme Vaz e Fuck (2016), os estudos higienistas tinham o objetivo claro ao constatarem a possibilidade de hereditariedade das doenças, e a intervenção profilática evitaria a reprodução das mazelas decorrentes. Partindo de uma perspectiva profilática, colocava-se a proposta de esterilização dos alienados, delinquentes, degenerados, alcoólatras, além da interdição/impedimento das uniões/casamentos de indivíduos portadores de alguma doença ou anormalidade.

Nesse viés não bastava à psiquiatria o poder de intervenção sobre a loucura baseado apenas em critérios de exclusão, era necessário estender as possibilidades de inserção na vida social. Era preciso expandir técnica e metodologicamente as faculdades de diagnóstico, prescrição e controle para o terreno das anormalidades e, além dos anormais, era importante dirigir-se aos sãos de espírito, orientando-os e zelando, sempre que possível, pela manutenção e aprimoramento de sua sanidade (CARVALHO, 1999).

Segundo Moura e Boarini (2012), os higienistas desconsideravam as desigualdades e contradições sociais do ponto de vista histórico, o que os motivava a localizar as diferenças de ajustamento social nos próprios indivíduos. Melhor explicando, “Aqueles que não se ‘ajustassem’ ao meio seriam considerados inaptos por serem destituídos dessa ‘verdadeira essência’, natural, que estaria adequada e condizente com a sociedade capitalista” (MOURA; BOARINI, 2012, p. 231).

Surge aí a noção de ajustamento atribuída apenas ao sujeito, não concebendo outros fatores e determinantes sociais envolvidos nesse processo, pois, assim, se evita a possibilidade de existirem outras formas de intervenção que excedam esse pensar.

Alerta Boarini (2007) que, ao desconsiderar o processo histórico que se nutre da intencionalidade e da organização humana, não é difícil produzir uma legião de desviantes da norma social. Exemplo disso foi a figura de Lima Barreto (1881-1922), importante escritor da literatura brasileira e protótipo do desvio do padrão social questionado naquela época, por ser

mulato, alcoólatra, pobre etc. Protótipo esse que perdura ao longo da história, que está enraizado no imaginário social.

Nota-se que o higienismo expandiu seus estudos e intervenção em diversas esferas do desenvolvimento do homem<sup>25</sup>, partindo-se de uma questão de saúde para uma questão política de organização das nações e das sociedades, pois vários profissionais seguiam esse ideário e praticavam essa profilaxia na intenção de solucionar os problemas, os “desvios” e as “anormalidades” do ser humano.

A higiene mental que se propôs a preferir sobre todas as coisas, os interesses da humanidade, deu agora o seu verdadeiro primeiro passo para a organização política do mundo, como o determinaram os problemas impostos pelo estado social de hoje. (...) Higienistas, eugenistas, educadores e psiquiatras preocupados com a obra da mentalidade dos continentes, irão realizar todos através das Ligas de Higiene Mental, a mais bela obra de profilaxia, procurando conservar ao homem suas qualidades superiores de espírito e de coração (RIEDEL, 1930, p.197 *apud* FIGUEIRA, 2014, p. 24).

Em relação a isso, recordam Vaz e Fuck (2016), em uma publicação feita em 1928 nos Archivos Paulistas de Hygiene Mental o Dr. Ernani Lopes destaca que o Professor Dr. Juliano Moreira<sup>26</sup> dissertou sobre o problema da hereditariedade da doença mental, mais especificamente da epilepsia, da esquizofrenia e das parafrenias. Nesse contexto, segundo Lopes (1929 *apud* VAZ; FUCK, 2016), o Dr. Juliano Moreira menciona que a medida profilática adequada seria a esterilização das progenitoras doentes, conforme enunciado a seguir:

Na última parte de seu trabalho o conferecista se ocupa da prophylaxia dos distúrbios psychicos hereditarios [...] prescreve esterelizar alienados delinquentes, degenerados alcoólicos inveterados, quer como penalidade, quer como profilático (LOPES, 1929, p. 23 *apud* VAZ; FUCK, 2016, p. 343).

Na Lei Antialcoólica designada pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) em 1931 constava como prioridade, dentro dos serviços assistenciais, a criação de reformatórios para alcoolistas e toxicômanos e o amparo das famílias dessas pessoas no meio social (LBHM,

---

<sup>25</sup> “Com o desenvolver dos conhecimentos sobre a higiene, esta se ocupou dos cuidados em diversas esferas do desenvolvimento humano, como a ‘higiene da espécie’ antes do nascimento, a ‘higiene infantil’ em relação às crianças, a ‘higiene escolar’, a ‘higiene no trabalho’, a ‘higiene corporal’, a ‘higiene alimentar’, a ‘higiene urbana e sanitária’, a ‘higiene profilática’ e outras” (OLIVEIRA, 1966 *apud* FIGUEIRA, 2014, p. 26).

<sup>26</sup> Juliano Moreira, médico higienista que em 1906 discutia a ideia de Higiene Mental Profilática (FIGUEIRA, 2014). E, em 1902, estando o Hospício Dom Pedro II, fundado em 1814, sob a tutela do Estado, o Governador Rodrigues Alves nomeou como novo diretor o Dr. Juliano Moreira, bem como promulgou a primeira lei federal de assistência aos alienados (VAZ; FUCK, 2016).



1931 *apud* RAMOS; BOARINI, 2015). Desse modo, a internação dos dependentes, além de necessária, deveria ser obrigatória para evitar que esses indivíduos cometessem crimes ou que se perdessem moralmente por completo. E, dependendo do estado mental, a sociedade deveria recorrer até a interdição total ou limitada dessas pessoas (LOPES, 1925 *apud* RAMOS; BOARINI, 2015). Decorre daí a associação entre a dependência química, a criminalidade e a moralidade. Essas associações influenciam a fundamentação de leis, portarias e decretos e concomitantemente modificam as políticas públicas de álcool e outras drogas.

Destacam Ramos e Boarini (2015) que as campanhas antialcoólicas, desenvolvidas pela LBHM, por meio das quais profissionais divulgavam seus estudos na imprensa, envolviam a realização de conferências e palestras nas escolas, nas faculdades, nas indústrias, nas igrejas e em outros ambientes públicos, bem como tinham como objetivo educar a população sobre os malefícios provocados pelo álcool, as formas de prevenção e o tratamento dos dependentes.

Nessa linha de raciocínio, afirma Boarini (2007), configura-se como saber instituído o ideário de higiene mental, que serviu de ilustração para fundamentar parâmetros organobiológicos para explicar as desigualdades sociais da sociedade. Esses parâmetros e estereótipos de normalidade e anormalidade ainda persistem no imaginário social, principalmente quando se diz respeito às pessoas acometidas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas. A naturalização das vulnerabilidades sociais e a atribuição de que a solução se encontra apenas no indivíduo, desconsiderando-se os processos sócio-históricos envolvidos e de que esses “problemas” são expressões da questão social, impedem a possibilidade de transformação social.

Ressaltam Moura e Boarini (2012) que o que escapou às lentes dos intelectuais no início do século XX foi o fato de que a sociedade que necessitava de indivíduos “bem adaptados e sadios” era a mesma que gerava as “dificuldades de adaptação” de outros indivíduos, pela produção de condições sociais desiguais que provocavam situações de vida também desiguais. Por se tratar de uma construção coletiva, com problemas e necessidades diversos, as orientações higienistas muito contribuíram em alguns aspectos, como no saneamento, principalmente no tratamento do alcoolismo, na prevenção de doenças transmissíveis e hereditárias e no cuidado prestado ao doente mental, entre outros.

Essa situação ainda persiste, conforme discute Silveira (2012 *apud* NASSIF, 2012), pois a vulnerabilidade social em que vivem os usuários de *crack* e outras drogas na atualidade geralmente é vista como consequência desse consumo, ao passo que, por uma perspectiva sócio-

histórica, esse uso deveria ser entendido como uma expressão da questão social. Silveira complementa:

Ela atinge também a classe média, mas não com a gravidade com que atinge as pessoas mais pobres, porque a situação delas é grave do ponto de vista social, não apenas do ponto de vista do consumo da droga. É uma população mais vulnerável. [...] Mas essa é a situação que se vê no mundo inteiro entre as populações excluídas. O abuso de drogas é igual, só que a usada é outra. Por conta desse equívoco básico, existe esse discurso que diaboliza o crack, faz da droga a causa de tudo (SILVEIRA, 2012 *apud* NASSIF, 2012, n. p.).

Os higienistas desconsideraram o abuso do uso de drogas a partir de uma expressão da questão social, em que Lima (1944 *apud* RAMOS; BOARINI, 2015) observou que o uso/abuso do álcool ou de outras substâncias psicoativas estaria relacionado a algum tipo de desvio, desajustamento, conflito ou inutilidade por parte do dependente. Derivam daí as semelhanças e diferenças do “bêbado” e “drogado” do “louco”. O “louco”, como já mencionado, é tido como alienado, aquele que é desprovido da razão e por vezes, por ser irracional, pode apresentar certa periculosidade. O “bêbado” e o “drogado” são providos de razão e, por isso, lhes é aplicado um discurso moralizante. Lopes confirma essa concepção do alcoolismo:

Esquece-se facilmente de tudo, a inteligência torna-se embotada, o raciocínio preguiçoso. A noção do cumprimento do dever, respeito à família, responsabilidade e honra desaparecem... Torna-se ele, então, peso morto para a sociedade, inútil e nocivo à pátria (LOPES, 1944, p. 105-6 *apud* RAMOS; BOARINI, 2015, p. 1238).

Segundo Moraes (1921 *apud* RAMOS, 2012), o alcoolismo era resultado da desorganização social e econômica e da imoralidade individual, produto das falhas na educação e da dissolução da família. Assim, o combate a esse mal implicaria melhorar tais condições de vida e esclarecer moralmente o ser humano.

Nota-se que a imagem pejorativa e disfuncional atribuída ao dependente químico não sofreu alterações ao longo da história, pois ainda está presente o discurso moral e preconceituoso na atualidade, o que mobiliza e modifica as políticas públicas, cujas práticas higienistas e moralizantes retomam a cena, em que o isolar, ajustar, reeducar e moralizar se fazem presentes. A respeito disso, para o higienismo:

Aos dependentes de cocaína e ópio também era atribuído determinado perfil psicológico, que em geral traziam a pecha de “espíritos débeis”, desequilibrados psicicamente, portadores de taras degenerativas ou “loucos morais” (LOPES, 1925, p. 122-123 *apud* RAMOS; BOARINI, 2015, p. 1238).

Assim, a Reforma Psiquiátrica busca dar ao problema resposta não ao asilo-confinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas. O sucesso dessa Reforma ainda reside na percepção da necessidade da construção de amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados ou a vegetar em manicômios com longas internações. E para isso foram criados serviços capazes de ser referência institucional permanente de cuidados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos e outros Serviços Ambulatoriais de Referência etc. (PITTA, 2011).

Para Silveira (2012 *apud* NASSIF, 2012), os programas de intervenção mais eficazes para dependentes químicos são os que adotam o modelo ambulatorial, em que o paciente aprende a se manter abstinente convivendo em sociedade, com o auxílio de uma equipe multidisciplinar. Essa proposta estaria plenamente contemplada nas orientações do Ministério da Saúde e dentro da filosofia dos CAPS, havendo um número mínimo desses Centros para fazer esse trabalho. O problema, no entanto, são as equipes dos CAPS, com a falta de profissionais e de profissionais bem treinados.

Verificou-se ainda, a partir Raupp *et al.* (2011 *apud* RAMOS, 2012), que dificilmente os usuários de drogas, especialmente de *crack*, vão à busca de tratamento, e quando isso ocorre normalmente é por pressão dos familiares ou por determinações judiciais. Além disso, nota-se a dificuldade de acesso a tratamentos adequados e gratuitos. Observa-se também que os serviços especializados (os CAPSad) para atendimento ao usuário de álcool e outras drogas, principalmente em municípios de pequeno porte para a sua implantação, são realizados mediante consórcios intermunicipais, o que pode dificultar o acesso e, ou, o tratamento no contexto social do usuário. Cabe retomar que os princípios da Reforma Psiquiátrica norteiam a realização de práticas voltadas para o tratamento comunitário e aberto, as quais devem ocorrer na relação/articulação que se estabelece com a comunidade, com o contexto social e com os recursos disponíveis na realidade do usuário.

Nota-se, porém, que essa articulação com a territorialidade e com o contexto social é uma dificuldade apontada em alguns serviços dessa modalidade: “[...] o maior percalço dos CAPSad, à semelhança dos CAPS em geral, é a ausência de territorialidade, levando-os a serem confundidos, ou mesmo a efetivamente funcionarem, como pequenas unidades psiquiátricas” (ANDRADE, 2011, p. 4670). Outro impasse relatado por Pitta (2011) é que a distribuição de leitos psiquiátricos no Brasil não obedeceu a qualquer planejamento territorial que realmente

atendesse à demanda das pessoas em sofrimento. Esse fato resultou em alta concentração não justificada desses leitos em algumas regiões do país, enquanto se verifica quase nenhuma oferta na maioria delas. A descentralização dos serviços não ocorreu da maneira como deveria, considerando-se as demandas territoriais nos municípios. Em algumas regiões existem “vazios” na rede de atenção psicossocial e, em decorrência disso, houve a centralização e regionalização de alguns serviços que deveriam atuar diretamente na comunidade, atrapalhando a materialização das ações territoriais–comunitárias e a inclusão social dos usuários do serviço. Exemplo disso são as implantações de CAPSad III Regionais a partir de consórcios intermunicipais, as quais constituem referências de cuidado para vários municípios.

Outra dificuldade apontada por Andrade (2011) é a de que é muito pequena a chance de um usuário de drogas ir, após uma noite acordado na rua, até um serviço de saúde no início da manhã para pegar uma senha e esperar por quatro a cinco horas para ser atendido. Isso sem falar da necessidade de haver recursos disponíveis para o transporte até o local do tratamento. Diante disso, a ideia que fica para a sociedade, incluindo os próprios profissionais de saúde, é de que essas pessoas não querem tratamento, reforçando ainda mais o contexto de exclusão social em que vivem, bem como o teor moral dessa “recusa” ao tratamento.

Pitta (2011) cita que, com os serviços ambulatoriais em sua maioria fechando as portas às cinco horas da tarde, ainda não foi possível assegurar o cuidado pleno diante das demandas de abstinência de usuários de drogas em situações de rua. Com isso, o hospital psiquiátrico e outras instituições totais<sup>27</sup> acabam ficando no imaginário coletivo como um local seguro para os pacientes e para toda a população perante as situações de crise.

Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial têm propiciado novas formas de cuidado e a possibilidade de criação de serviços comunitários que se articulam com os demais recursos disponíveis do território das pessoas acometidas pelo consumo de álcool e outras drogas. Também têm mostrado, na prática cotidiana, que esse tratamento é possível, mas na atualidade voltam à antiga solução dada ao problema da dependência química: o enclausuramento e a retomada da defesa da internação/hospitalização e do isolamento para tratamento dos dependentes de álcool e de outras drogas.

A esse respeito, Pitta (2011) observa que o confinamento e a exclusão do uso abusivo de drogas estão presentes entre políticos, legisladores, gestores, acadêmicos, mídia e no

---

<sup>27</sup>“Uma instituição total pode ser definida como um local, residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1961, p. 11).

imaginário de setores hegemônicos da sociedade. Nota-se que “A tradição de tutela sobre pessoas doentes, agravada pela sedação e pelo isolamento, está culturalmente arraigada e é especialmente grave nas áreas da Saúde Mental, toxicomanias e alcoolismo” (DELGADO, 2011, p. 4705). Exemplos disso são as chamadas “comunidades terapêuticas” que, conforme Pitta (2011), em sua maioria, oferecem como solução para o problema das drogas apenas o enclausuramento, na ausência de uma ação mais efetiva e eficaz do Estado.

Os preceitos postos pela Reforma Psiquiátrica enfatizam a superação do modelo asilar (BRASIL, 2010), de modo que as instituições asilar-manicomiais precisam ser substituídas progressivamente, dando espaço aos CAPS, que são o “[...] nome do acolhimento, o tratamento em liberdade” (DELGADO, 2011, p. 4705), assim como a garantia dos direitos de cidadania das pessoas com problemas com álcool e outras drogas e com seus familiares (BRASIL, 2010). Além da estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e na inclusão social dos usuários, sempre se considera a oferta de cuidados baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada devidamente articulados com a rede assistencial em saúde mental e com o restante da rede de saúde (BRASIL, 2003). Ressalta-se que tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada com o meio cultural e com a comunidade em que estão inseridos (BRASIL, 2003). Entretanto, a defesa desses preceitos encontra-se na contramão de Leis, Decretos e Portarias em vigência na atualidade, os quais abrem precedentes para o financiamento massivo das Comunidades Terapêuticas<sup>28</sup> – CTs (instituições não científicas) e dão, também, maior incentivo a internações psiquiátricas decorrentes da dependência química.

Em todo caso, se a sociedade não dispõe de forma eficaz de serviços de atenção psicossocial distribuídos nos territórios, se essa rede ainda é insuficiente para a demanda levantada pelas consequências do uso/abuso das drogas lícitas e ilícitas, a internação e o isolamento acabam encontrando aceitação social (DELGADO, 2011). A escassez e, ou, a centralização dos serviços de atendimento aos usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, associadas à aceitação social de práticas manicomiais de tratamento

---

<sup>28</sup>Nos últimos anos, as comunidades terapêuticas passaram a receber financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a fazer parte da Rede de Atenção em Saúde Mental, por força da Portaria nº 3.088, de 23 dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

disponibilizadas aos dependentes químicos, influenciam a formulação de políticas sociais atuais e dão abertura a práticas de tratamento até então superadas.

### **1.3 As Atuais Políticas Públicas Sobre Álcool e Outras Drogas**

Ao iniciar esta discussão sobre as atuais Políticas Sobre Álcool e Drogas no Brasil, cabe retomar brevemente algumas regulamentações e documentos oficiais vigentes importantes para, posteriormente, compreender os retrocessos contidos em Leis, Decretos e Portarias nos últimos anos, os quais dão abertura para a hospitalização e a institucionalização, distanciando o tratamento comunitário e inclusivo e retomando velhas práticas manicomiais e morais.

A luta pela inclusão de novos direitos para os portadores de transtorno mental foi um passo decisivo com a promulgação da Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001. Com os pressupostos advindos da Reforma Psiquiátrica, a Política de Saúde Mental, Álcool e Drogas no Brasil propõe uma rede de serviços de atenção em Saúde Mental constituída por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios de Saúde Mental, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, serviços de saúde mental, emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimento em saúde mental na rede básica de saúde (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Conforme o Ministério da Saúde, a Lei nº 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas que possuem transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Assim, orienta que o tratamento disponibilizado visa, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001).

Esse processo visa substituição gradual do modelo de atenção e gestão em saúde mental, da antiga assistência psiquiátrica asilar, hospitalocêntrica e voltada para o modelo biomédico. Busca criar e implantar uma rede complexa e interdisciplinar de cuidados de base territorial, de acesso público, universal e gratuito, integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com serviços de atenção psicossocial abertos, inteiramente substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Eles devem ser capazes e pleno acolhimento às pessoas portadoras de transtornos mentais graves, buscando a preservação de seus laços sociais, sua autonomização e sua reinserção e valorização na sociedade (VASCONCELOS, 2008b, p. 56-7).

Tal processo desencadeou uma série de discussões em prol da organização dos serviços substitutivos. Posteriormente, como consequência da III Conferência Nacional (2001) realizada em 2002, de acordo com Heidrich (2017), inicia-se a regulamentação dos CAPS e seu

funcionamento, por meio da Portaria GM/MS nº 336/2002<sup>29</sup>. Este documento diferencia os serviços em três níveis: Caps I, II e III, conforme a complexidade do atendimento, a formação da equipe e o horário de funcionamento, o que torna o serviço um dispositivo principal dos Serviços de Saúde Mental. Melhor explicando, essa Portaria contempla a função desses Serviços:

- § 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;
- a – responsabilizar-se, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
  - b – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
  - c – coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
  - d – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; [...] (BRASIL, 2002, p. 1).

A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, promulgada no Governo de Luiz Inácio Lula da Silva e demais membros (Márcio Thomaz Bastos, Guido Mantega e Jorge Armando Felix), instituiu o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD), que representa o conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem as políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas. Incluem-se nesse conjunto, por adesão, os Sistemas de Políticas Públicas Sobre Drogas dos Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2006). Sua governança é feita por meio do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), órgão superior permanente, normativo e deliberativo coletivo da política sobre drogas. O SISNAD foi construído com a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, além da repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas (BRASIL, 2020).

É válido abordar a Portaria nº 1.190/2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde. Este Plano estabeleceu “[...] ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias

---

<sup>29</sup> A Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2002).

psicoativas” (BRASIL, 2009, p. 4). Também, designou a necessidade de construção de respostas intersetoriais efetivas que considerem o ambiente cultural e os direitos humanos e possam enfrentar a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários.

No ano 2010, o Ministério da Saúde lançou uma série de documentos para regulamentação da atenção a usuários de drogas, dando foco especial ao *crack*. A respeito disso, o Decreto nº 7.179/2010 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas e tem como fundamento a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude. Desse modo, além das ações de saúde pública, com interface com a justiça e a segurança pública, visou à prevenção do uso, tratamento e reinserção social dos usuários e ao enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas. As ações do Plano devem ser executadas de maneira descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, priorizadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social (BRASIL, 2010). Posteriormente, esse Plano sofreu algumas alterações indicadas pelo Decreto nº 7.637/2011 (BRASIL, 2011), revogado pelo Decreto nº 10.473/2020, que está em vigência.

Naquele mesmo ano de 2010, o Governo Federal lançou alguns editais e portarias para ampliação e qualificação da rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, estabelecendo o investimento financeiro na ampliação dessa rede e oferecendo capacitação de profissionais e mais de seis mil leitos a hospitais gerais, CAPSad e Comunidades Terapêuticas (CTs). Todavia, houve pontos contrários levantados na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, que teve como um dos assuntos principais a garantia de que o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas ocorra em rede diversificada de ações e serviços de bases comunitária e territorial, defendendo-se, então, o não credenciamento pelo SUS de serviços especializados em alcoolismo e drogadição, os quais implicam internação de longa permanência (BRASIL, 2010).

É necessário destacar o Decreto nº 7.508/2011, promulgado no governo de Dilma Rousseff, que estabelece no seu artigo quinto que a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços: I – Atenção primária; II – Urgência e emergência; III – Atenção psicossocial; IV – Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V – Vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

Em decorrência dessa organização da rede de saúde de modo mais amplo, a IV Conferência Nacional (2010), conforme Heidrich (2017), resultou na Portaria GM/MS nº



3.088/2011. Essa Portaria institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). É composta pelos seguintes componentes: I. Atenção básica em saúde: UBSs, Consultórios de Rua, Centros de Convivência; II. Atenção psicossocial especializada: CAPS I, II, III, CAPSad, ad III e CAPSi; III. Atenção de urgência e emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, pronto atendimento, UBS, CAPS e outros; IV. Atenção residencial de caráter transitório: Unidades de Acolhimento – ambiente residencial 24 horas, com permanência de no máximo 6 meses; Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas) – permanência por até 9 meses para pacientes com necessidades clínicas estáveis; V. Atenção Hospitalar: enfermarias especializadas em hospitais gerais; Serviço Hospitalar de Referência; VI. Estratégias de Desinstitucionalização: iniciativas que buscam garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência os seus direitos, promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social; e VII. Reabilitação psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais (BRASIL, 2011).

A implantação da RAPS, segundo Coe e Duarte (2017), deve seguir o desenho regional, buscando a adesão, o diagnóstico, a contratualização dos pontos de atenção e a qualificação dos componentes. Conforme esses autores, essa Rede é o reconhecimento da Atenção Básica, local onde os profissionais avaliam o território e também onde há o reconhecimento de que a atuação da Saúde Mental não está restrita ao consultório e às práticas profissionais em espaços especializados, mas afluem em espaços onde os vínculos e a vida acontecem. A efetivação das diretrizes e dos objetivos da Rede de Atenção Psicossocial se faz:

[...] a princípio pela ação dos sujeitos e dos pontos de atenção diversos, se conectando, em dependência em função dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de cada usuário, seja no cuidado clínico, psicossocial, seja em uma intervenção cultural em um determinado território (COE; DUARTE, 2017, p. 90).

Dessa forma, a RAPS traz à luz a atenção primária como ordenadora do cuidado em saúde para direcionamento e construção de respostas às necessidades e demandas das pessoas e dos coletivos. Em resumo, deve seguir um plano de ação regional, a formação de um fórum para a construção coletiva de espaços plurais para a participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com problemas mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A Portaria GM/MS nº 854/2012, conforme Coe e Duarte (2017), ampliou as estratégias a serem desenvolvidas pelos CAPS, incluindo diversas ações de

acompanhamento de usuários e familiares nos cenários da vida cotidiana e de práticas nos territórios de ativação e articulação da rede. Por exemplo: promoção de contratualidade no território, ações de reabilitação psicossocial, fortalecimento do protagonismo, apoio matricial, ações de redução de danos, redes intra e intersetoriais e atenção à crise.

No início de 2012 foram lançadas as seguintes portarias: Portaria nº 130/2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24 Horas (CAPSad III) e os respectivos incentivos financeiros (BRASIL, 2012). Portaria nº 131/2012, que dispõe sobre incentivo financeiro aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as Comunidades Terapêuticas que podem receber incentivo financeiro, num período de 12 meses, para a execução de projetos que contribuam para a reinserção social de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas (BRASIL, 2012). Portaria nº 132/2012, que institui incentivo financeiro para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do SUS, do qual participam iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2012). Portaria nº 148/2012, que define as normas de funcionamento e habilitação, bem como institui incentivos financeiros aos Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento/transtorno mental e com demandas de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012).

Essa articulação dos serviços e dispositivos estimulou a noção da lógica de atuação territorial e comunitária, prevendo a reabilitação psicossocial e, concomitantemente, a inclusão social, tal como afirma Pitta (2016), segundo o qual a reabilitação psicossocial acontece melhor fora dos muros dos hospitais: nas praças, nos mercados e nos serviços comunitários. Além disso, de acordo essa autora, as práticas reabilitadoras são mais coerentes com as práticas territoriais e com a articulação de diversos serviços comunitários, como: os centros e núcleos de atenção psicossocial, os ateliês, as moradias assistidas e as cooperativas de trabalho etc. Essa compreensão de reabilitação remete à noção de inclusão social, uma vez que ambas priorizam práticas e ações incorporadas à sociedade, fora dos muros das instituições assistenciais.

Tanto os preceitos apontados pela reabilitação psicossocial quanto os apontados pela Reforma Psiquiátrica enfatizam que as ações inclusivas com os usuários ocorram em concordância com o meio onde vivem, ou seja, que aconteçam no território, de acordo com a lógica territorial. Por isso, faz-se necessária a formação permanente dos profissionais de saúde que auxilie na redefinição e reorganização do processo de trabalho, em articulação com os distintos setores da sociedade. Isso para que seja viabilizada uma rede de atenção e cuidados

baseada em um território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular (YASUI; COSTA-ROSA, 2008 *apud* CORDEIRO, 2013).

O conceito de território adotado no âmbito dos CAPS possui implicações práticas na forma como esses serviços podem se articular (ou não) para a promoção da desinstitucionalização dos usuários e de sua conseqüente inclusão em espaços diversificados da vida social, estando ambos os pressupostos contidos na Reforma Psiquiátrica (SANTOS; NUNES, 2011). No estudo desses autores referente ao território e à saúde mental, evidenciou-se que a experiência relacional dos usuários no território, no espaço econômico e no local de trabalho reflete fortemente a forma como essas pessoas são inseridas (ou não) na família. Ressalta-se a necessidade de todos os envolvidos nos serviços voltarem suas atenções para o território.

Sobre o território, Amarante (2007) aponta que na tradição basagliana os serviços setoriais deveriam estar fortalecidos a tal ponto que o retorno ao hospital não precisasse mais ser realizado. Nas próprias palavras desse autor, ele afirma:

[...] na tradição basagliana o setor vai ser ressignificado como território, no sentido de revelar o espaço de vida das pessoas como espaço de trocas reais e simbólicas, que deve ser também transformado, é no território que os mecanismos de solidariedade, de fraternidade, de rejeição e discriminação são edificados no dia a dia de uma determinada cultura social. Atuar no território significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade (AMARANTE, 2007, p. 106).

Considera-se que o trabalho no território é um pressuposto para a consolidação da mudança de paradigma na atenção à saúde mental, visto que desloca as intervenções do espaço institucional para o cuidado do indivíduo na comunidade. Logo, essa aproximação com a comunidade dimensiona a construção de novas relações sociais entre todos os atores envolvidos, produzindo modificações nos contextos em que se faz presente ainda uma cultura de exclusão (LEÃO; BARROS, 2012). Assim, as ações de reabilitação psicossocial devem ocorrer em concordância com a lógica territorial, ou seja, de acordo com o meio e a realidade com que o usuário convive, a fim de que possa existir, dessa maneira, a possibilidade de inclusão social.

Nesse viés, a partir da RAPS, como já descrito, se constroem um modelo e uma rede de serviços destinados ao tratamento dos usuários de álcool e outras drogas que priorizem a inclusão social e a lógica territorial. Consideram-se os Centros de Atenção Psicossocial como

grande produto da Reforma Psiquiátrica e, embora tenham tido expansão significativa, ainda há vários vazios a serem superados (COE; DUARTE, 2017).

Contudo, Coe e Duarte (2017) enfatizam que a continuidade dessa Política Nacional Sobre Drogas ocorre em 2011, quando se observa a ampliação do financiamento público para esse plano, com ações de cuidado que apresentam a modalidade CAPSad III, Consultório na Rua, Unidade de Acolhimento Adulto (UAa), Unidade de Acolhimento Infantil (UAi), Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, *Crack*, Álcool e Outras Drogas e Comunidades Terapêuticas.

Como mencionado, Pitta (2011), apesar de a rede de atenção comunitária ter sido ampliada no Brasil nos últimos anos, os dispositivos ainda estão longe de dar conta de toda a demanda de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Nesse viés, abre-se um espaço para a entrada de outros serviços de tratamento a esses pacientes, como os grupos de autoajuda e as comunidades terapêuticas, que inclusive foram incluídas na Rede de Atenção Psicossocial pela Portaria nº 3.088/2011 (RAMOS, 2012), conforme já mencionado.

Embora a discussão levantada na IV Conferência de Saúde Mental tenha sido contrária à internação em longo prazo e à institucionalização, deu-se a abertura para a ampliação de serviços que operam nessa lógica e, muitas vezes, não possuem técnicos de nível superior habilitados para o desenvolvimento do trabalho com os dependentes químicos. Para Silveira (2012 *apud* NASSIF, 2012), o que se observa são diversos grupos religiosos montando o que eles chamam de “comunidades terapêuticas”, as quais partem do princípio de que só a intenção e a conversão religiosa são fatores de cura. A maioria dos casos não tem bom resultado, pois o tratamento para a dependência química nos dispositivos de saúde é feito por uma equipe multidisciplinar e, em oposição a isso, a grande maioria das comunidades terapêuticas não conta com esse tipo de equipe para trabalhar com dependentes. Outras, por sua vez, utilizam metodologia de trabalho em grupos de ajuda mútua, como a dos Alcoólicos Anônimos (AA) e a dos Narcóticos Anônimos (NA). Porém, é necessário ressaltar que o AA reformulou a concepção de doença alcoólica, dando-lhe uma conotação subjetiva e inaugurando uma terapêutica pragmática, cujo efeito foi uma nova construção identitária baseada em uma moral de vida (COSTA; DANZIATO, 2018).

Nesse sentido, foram institucionalizados muitos pontos de atenção e retiradas outras estruturas de cuidado, como os ambulatórios de saúde mental, na perspectiva da clínica ampliada. Com isso, retornam a antigas formas de cuidado das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como as Comunidades Terapêuticas,

desestimulando a Política de Redução de Danos que opera com a lógica territorial e diminuindo agravos à saúde como um todo.

Parte dessas ações corresponde à entrega do Ministério da Saúde no governo de Dilma Rousseff, em 2015, para um ministro e coordenador de Saúde Mental conservadores, denotando risco eminente de retrocessos no campo da Saúde Mental. O ministro Marcelo Castro, ligado ao partido do PMDB, foi nomeado naquele ano para a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas e para o seu Ministério, um psiquiatra, cuja marca profissional foi a gestão médica do maior manicômio privado da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, fechada mais tarde por intervenção do Ministério da Saúde e do Ministério Público, em razão das inúmeras violações dos direitos humanos (VASCONCELOS, 2016).

Essas ações autoritárias e buscam desmontar o Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, as conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, reorientando o modelo psicossocial a partir dos retrocessos da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, como a publicação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que possibilita a reinauguração de hospícios, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas no centro da rede de cuidados. Essa legislação altera também as práticas, por meio de medidas como a elevação do valor da diária de internação e o aumento do número de leitos dos hospitais psiquiátricos, reintroduzindo hospitais-dia na rede (DENADAI; BERNARDES, 2018).

Nesse sentido, torna-se difícil a manutenção de estratégias mais emancipatórias nas práticas institucionais das políticas públicas do cuidado das pessoas com problemas decorrentes do álcool e outras drogas, que objetivam a criação de espaços democráticos de acolhimento, estímulo e reflexão e contribuem para a desconstrução das inúmeras maneiras de exclusão e segregação social em relação a esses sujeitos. Isso reflete na perda de direitos adquiridos a respeito da inclusão social: do direito a tratamento, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental; da proteção a qualquer forma de discriminação e do desenvolvimento de uma política pública que evolva e promova a participação da sociedade e da família, entre outros.

Coe e Duarte (2017) alertam sobre as ofensivas conservadoras e neoliberais que apontam para possíveis perdas de direitos adquiridos em outro momento.

[...] mas a afirmação do louco como sujeito de direitos proposto pela reforma psiquiátrica, exige uma profunda disposição, pelos sujeitos que se constituem nessa política pública, de transformar os saberes e as práticas de cuidado. A articulação dessas questões, insere a reforma psiquiátrica brasileira, no contexto da luta pela democratização do país, a partir da reconstrução e da invenção das políticas que pretendiam a extensão e a garantia dos direitos. No cenário atual, coloca-se como

resistência frente aos ditames neoliberais e as ofensivas conservadoras, que impõem retrocessos e retiradas de direitos (p. 80).

Para Vasconcelos (2018b), as políticas neoliberais vêm ocasionando aumento da miséria e do desemprego em massa, da desigualdade social e da violência social, tal como o desinvestimento e desestruturação das políticas sociais públicas e universais, gerando profundas implicações negativas nas condições de vida, na saúde e na saúde mental da população. A resposta neoliberal a essa situação tem sido a criminalização da questão social e suas expressões, deslocando-a para as esferas policial e penal.

Advertem Pereira e Guimarães (2015) que as expressões da questão social se manifestam a partir da exclusão do doente mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, uma vez que ele é considerado historicamente pela sociedade como uma pessoa perigosa e incapaz que, conseqüentemente, deve ser excluída do convívio social. Isso além do próprio histórico de exclusão social ao qual foi submetido o doente mental, que se revela no imaginário social a partir da expressão comum de que “lugar de louco é no hospício” e do estigma e preconceito que passaram a rondar esse segmento social e seus familiares. O desinvestimento em políticas sociais universais também se reflete na intensificação da intolerância social e na desigualdade social.

Em vista disso, as políticas neoliberais atuais também tendem a fortalecer a intolerância social, a criminalização e a institucionalização repressiva como forma dominante de lidar com os desviantes de conduta e com a enorme população sobrando, fruto de suas próprias formas estruturais de inclusão marginal<sup>30</sup>, com implicações extremamente negativas nos processos mais autênticos de Reforma Psiquiátrica (VASCONCELOS, 2008b). Exemplo disso diz respeito à substituição da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, referente ao Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (BRASIL, 2006), pela Lei nº 13.840/2019, promulgada pelo atual governo Jair Messias Bolsonaro e demais membros, como Sérgio Moro, Paulo Guedes, Luiz Henrique Mandetta, Wellington Coimbra e André Luiz de Almeida Mendonça (BRASIL, 2019). As alterações tidas nessa Lei visam a uma lógica conservadora, a institucionalização repressiva, voltada para o isolamento e a hospitalização. Tais questões, como já vistas, podem comprometer a inclusão social dos usuários, o que pode resultar em

---

<sup>30</sup> Para Martins (2009), a inclusão precária e instável, marginal, corresponde à inclusão das pessoas nos processos econômicos de modo conveniente e necessário à mais eficiente (e barata) reprodução do capital. Ao longo deste trabalho é discutida mais detalhadamente a inclusão marginal.

ações que não se dão no território e acabam reproduzindo práticas e valores da lógica manicomial, voltando-se a práticas que buscam a “cura” e não a produção e reprodução da vida, ou o cuidado que ocorre na sociabilidade e na convivência em espaços coletivos.

Heidrich (2017, p. 76) acredita que fortalecer o movimento social diante da Reforma Psiquiátrica:

[...] é o único modo de garantir o aprofundamento das medidas antimanicomiais e o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental. Essa tarefa é dos usuários, dos familiares e dos profissionais dos serviços de saúde mental e dos outros serviços socioassistenciais.

Nesse aspecto, Coe e Duarte (2017) reiteram que os CAPS, em suas diferentes modalidades, precisam encontrar, de modo coletivo, as linhas de fuga para sustentar a perspectiva da existência estética e ético-política que os emergiram em seu processo instituinte, o seu projeto original. Para esses autores, é preciso apostar na retomada da organização do movimento da Luta Antimanicomial, já que suas principais lideranças tiveram de enfrentar a rearticulação com grupos conservadores da psiquiatria. É necessário fortalecer esse movimento enquanto processo social no sentido da constituição de uma esfera pública, assim como de linhas de fuga que persistem como heranças de um horizonte de (r)existência que insiste em fazer valer a utopia da Reforma Psiquiátrica como processo civilizatório, um projeto societário, a despeito de todos os retrocessos em curso na gestão dessa política pública em tempos neoliberais e neoconservadores (COE; DUARTE, 2017).

#### **1.4 Comunidades Terapêuticas e Perspectiva de Redução de Danos**

Destacam Ramos e Boarini (2015) que, nas comunidades terapêuticas atuais, o trabalho é utilizado como terapêutica semelhante, como nos asilos e colônias do início do século XX. Essa prática foi defendida na época pela LBHM e inspirada nos estudos da laborterapia, em que o trabalho constituía uma terapêutica capaz de fazer o alienado mental voltar à racionalidade, ter seus hábitos saudáveis restabelecidos e ter seu comportamento reorganizado (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017). Recorda Andrade (2013) que a laborterapia desempenhava função corretiva e disciplinar, sendo o principal recurso para a organização e manutenção do ambiente asilar, porque ocupava a ociosidade e gerava renda, e para a regulação e produção de riqueza condizentes com princípios capitalistas. Isso porque a valorização do trabalho como terapêutica de modo óbvio não era uma proposta descontextualizada, mas incorporada à ideologia do nascente capitalismo brasileiro (RAMOS; BOARINI, 2015).

Na atualidade, as CTs utilizam um saber moral e religioso como “tratamento” destinado ao alcoolismo e à dependência química e, muitas vezes, a manutenção desses locais depende do trabalho desenvolvido com a mão de obra de quem os utiliza. A institucionalização de dependentes químicos em locais como esses dificulta a manutenção do convívio social e a realização de trocas sociais, pois permanecem isolados do meio social para se manterem abstinentes, “limpos”. Para Queiroz (2001), nesses locais se cria um ambiente artificial, rigidamente controlado, gerando, nas pessoas, a ilusão de que, mediante um exercício de convivência grupal realizado no interior dessas comunidades, eles poderiam resgatar uma suposta autonomia e liberdade. Contudo, seu reingresso no mundo real continua perturbador, já que não encontram na vida em sociedade as mesmas condições ideais às quais estavam submetidos nas comunidades terapêuticas.

Alerta Delgado (2011) que, apesar da gravidade da situação gerada pelas drogas, não se pode legitimar a internação prolongada, própria da ultrapassada cultura manicomial, o que opera contraditoriamente com a desinstitucionalização responsável, que diz respeito ao trato do sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e morte social para se tornar criação de possibilidades concretas de subjetivação e interação social na comunidade (PITTA, 2011).

Para Queiroz (2001), no campo das toxicomanias estamos vivendo um atraso catastrófico. Segundo ele, a maioria das propostas de tratamento continua repetindo o modelo das fazendas terapêuticas que recebem parcelas de contribuição do tratamento moral pineliano, das colônias agrícolas e das comunidades terapêuticas – Modelos que já sofreram duras críticas. O próprio Ministério da Saúde reconhece a ineficácia das políticas públicas, pautadas nesses modelos, nesse setor, mas os quais, ainda assim, continuam sendo amplamente valorizados. Talvez essa valorização se justifique outra vez por existir um local destinado ao dependente químico, onde possa distanciá-lo/isolá-lo novamente da sociedade, que não precise cogitar outras formas de lidar com tal problemática.

Para Coe e Duarte (2017), as comunidades terapêuticas são instituições privadas, grande parte baseada em práticas religiosas e muitas delas financiadas pelo próprio Governo Federal. Esses dispositivos ofertam o encarceramento como opção e não têm diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essas instituições não se configuram como espaços de tratamento, mas, sim, de segregação, reeditando o conceito de “tratamento moral” do século XIX, combatido pela reforma psiquiátrica e pela Lei nº 10.216/2001. Desse modo, “O investimento financeiro feito em comunidades terapêuticas desvia os recursos de uma política



pública afiançada pelos princípios democráticos, de base comunitária, para equipamentos asilares” (FRENTE NACIONAL DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS *apud* COE; DUARTE, 2017, p. 90).

Essa realidade aponta para iniciativas de serviços/dispositivos alternativos que novamente propagam e retomam o “tratamento moral” e um fazer não científico–técnico que opera no sentido de desmonte das políticas universais, o que dificulta ainda mais o trabalho no território e a inclusão social desses sujeitos.

Nesse aspecto, a conjuntura atual, segundo Vasconcelos (2016), é compreendida por crescentes desafios e retrocessos gerados pela crise progressiva induzida pelas políticas neoliberais e pela recessão econômica mundial do final da década e pelo desinvestimento nas políticas sociais de modo geral e, especialmente, no SUS; a difusão do consumo de *crack* e o despreparo da rede de atenção psicossocial para implementar nacionalmente uma assistência eficaz de cuidado, abrindo espaço para políticas de limpeza urbana, com internações forçadas, ou para a propagação das comunidades terapêuticas de natureza privada ou filantrópica, baseadas em tratamento moral; a crescente crise política e ética da forma de governo sustentada em corrupção; entre outras.

O grande incentivo para a constituição de recursos alternativos para o tratamento da dependência química acaba por diminuir recursos destinados à implantação de outros serviços, como os CAPSad III, serviços que possuem orientação científica–técnica e operam dentro da lógica territorial. O número relativamente pequeno de implantação desses serviços acaba por diminuir o acesso daqueles que necessitam, assim como os consórcios intermunicipais, dificultando que as intervenções ocorram no território do sujeito, o que implica concomitantemente inclusão social. Diante dessas dificuldades, intensifica-se a procura de serviços/dispositivos alternativos e se propaga o ideal de que o isolamento e o tratamento distante/afastado da comunidade e da realidade do sujeito sejam a única solução para a problemática das drogas.

Ao incentivar a implantação de locais que retomam o tratamento moral, deixam-se de lado outras alternativas e estratégias de abordagem do problema, como a perspectiva de Redução de Danos. Essa política passou a ser considerada no Brasil a partir da década de 1990, uma importante estratégia de ação nas políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Por essa perspectiva, as intervenções propostas têm como objetivo minimizar os danos à saúde e os prejuízos sociais e econômicos vinculados ao consumo de drogas sem, com isso, proibi-lo, partindo-se do pressuposto de que esse consumo faz parte da história da

humanidade e a ideia de uma sociedade completamente livre de drogas é utopia (BRASIL, 2011).

Nos últimos anos, as Políticas de Álcool e Outras Drogas sofreram algumas alterações que dão abertura novamente ao tratamento hospitalar e de isolamento, com a finalidade de abstinência por parte do dependente químico, tendo essas políticas como únicas soluções para o problema. Práticas de base comunitárias e de Redução de Danos acabam por ocupar o imaginário social como não resolutivas, pelo fato de ocorrerem na realidade do sujeito, preservando sua autonomia e liberdade. Isso acontece embora dados científicos sugiram que a abordagem da Redução de Danos, além de atraente do ponto de vista humano, é menos custosa no que se refere aos recursos financeiros e também mais eficiente quando comparada com as abordagens tradicionais (QUEIROZ, 2001).

Desde quando os fatores sociais e políticos estavam por trás do processo de exclusão do dependente químico, vem-se trabalhando no sentido de reconhecer o *status* de diferença que esse processo possui. O reconhecimento dessa diferença é tarefa penosa. Certo é que, em meio a avanços e retrocessos, algumas conquistas fundamentais foram e continuam sendo conseguidas. Uma dessas é a conquista dos programas de Redução de Danos, os quais, apesar de sofrerem fortes ataques, ainda persistem.

Diferente do tratamento moral e na condição de abstinência, para Queiroz (2001) as ações de Redução de Danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltado para minimizar as consequências adversas do uso de drogas. O princípio básico que orienta tais ações é o respeito à liberdade de escolha à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo assim, precisam ter os riscos decorrentes do seu uso, minimizados.

Essa perspectiva opera no sentido de amenizar os danos sociais envolvidos com a dependência química e o uso abusivo de drogas, desmistificando que o uso dessas substâncias está intimamente relacionado à criminalidade, mas que também é problema de saúde pública.

A esse respeito explica Queiroz (2001) que 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. Apesar de não se admitirem as estratégias de Redução de Danos como legítimo direito dos consumidores 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, cabe compreender seu papel fundamental no controle de outras doenças e,

consequentemente, na diminuição dos seus danos sociais. Assim, conforme esse autor, os principais objetivos das ações de Redução de Danos devem ser a inclusão social e o rompimento da marginalização dos usuários de drogas.

É importante também atuar intersetorialmente diante do problema das drogas, uma vez que as questões sociais envolvidas são gritantes e extrapolam a política de saúde. Constata Silveira (2012 *apud* NASSIF, 2012) que o abandono social vem antes e o *crack* vem depois. E a política social tem que preceder qualquer ação junto à comunidade, inclusive a médica. O desenvolvimento do trabalho intersetorial entre as políticas públicas de saúde e de assistência social pode evitar a institucionalização de usuários que, muitas vezes, ocorre por questões sociais. Por exemplo, seus vínculos familiares e comunitários estão rompidos, e muitos se encontram em situação de rua e locais assim servem mais de moradia do que espaço para tratamento de determinados sujeitos.

É indispensável ressaltar que os princípios do SUS são os mesmos que norteiam a Reforma Psiquiátrica, os quais, de acordo com Delgado (2011), são: (a) o primeiro, a universalidade do atendimento – Todos têm direito ao atendimento pleno; (b) o segundo princípio é o da equidade, a ideia da justiça – Não se pode estigmatizar, deixar de fora ninguém que por algum motivo que não esteja a nosso alcance; (c) o terceiro, a descentralização – Evitar a desterritorialização e oferecer serviços descentralizados cada vez mais perto das pessoas, como alas psiquiátricas em hospital geral, portas de entrada universal, integração programada na saúde da família e internação, quando necessária, como proteção e acolhimento pessoal e não como horas-leito, inadequadas à natureza do cuidado psiquiátrico; (d) o quarto princípio – A integralidade dos serviços e dos dispositivos para o paciente e suas necessidades; e (e) o quinto – O controle social derivado de discussões e decisões de Congressos, Conferências e Conselhos, protegendo os Conselhos de Saúde da manipulação política e da desinformação.

### **1.5 A Dimensão da Droga no Capitalismo**

Conforme já mencionado, o tratamento destinado ao uso abusivo de drogas diferencia-se dependendo da classe social em que o sujeito está inserido, de modo que “[...] o uso de determinados psicoativos está associado a segmentos populacionais da classe trabalhadora, estes que são o alvo das práticas moralistas imbricadas na ideologia proibicionistas” (PINHEIRO, 2019, p. 4). Os dependentes químicos estão, de alguma forma, excluídos socialmente; contudo, essa exclusão se diferencia do doente mental, no sentido de que este,

apesar de vivenciar em seu cotidiano a exclusão social, ainda está incluso na lógica de consumo do mercado capitalista.

Assim, a droga pode ser caracterizada como toda substância natural ou sintética que, ao ser utilizada, causa alterações no funcionamento do organismo, com exceção daquelas que são necessárias para a manutenção da saúde (OMS, 1993). Nessa perspectiva, as drogas são substâncias que sempre existiram e existirão na sociedade, visto que são essenciais para atender a certas necessidades humanas. Essas necessidades se modificam devido às condições históricas, à medida que o ser humano modifica seu meio pelo trabalho e, ao mesmo tempo, se modifica, criando novas necessidades (SANTOS, 2019).

Portanto, conforme esse autor, as drogas fizeram parte do desenvolvimento do ser social. E, partindo do pressuposto marxiano, as drogas constituem necessidades humanas, considerando que, sob o comando da sociedade capitalista, assumem a forma de determinado tipo de mercadoria.

Segundo Marx (2008), um produto pode ser considerado mercadoria se possuir a forma de valor, ou seja, se constituir como valor social para terceiros e não para quem produz. Ele explica que esse valor (mercadoria) necessariamente há que possuir um equivalente de troca diferente dele mesmo. Em uma sociedade em que predomina a produção de mercadorias, o equivalente geral, por meio do qual as mercadorias são trocadas, é a mercadoria dinheiro. Assim, o que movimenta a economia das drogas é a expectativa do lucro que gira em torno da sua produção e da sua circulação, isto é, o valor social para outros (MARTINS, 2011).

Explica Martins (2011) que no caso das drogas ilícitas, que correspondem a substâncias que são proibidas de circularem livremente, ou de serem produzidas e consumidas, o que movimenta esse negócio lucrativo não é a satisfação própria pelo consumo das drogas por parte de quem as produz, mas, ao contrário, o que movimenta a economia das drogas é a expectativa do lucro em torno da sua produção e da sua circulação. No entanto, no tocante às drogas lícitas, é mais fácil chegar a essa conclusão, pois não existe um ambiente proibitivo e a produção e a circulação (consumo) são regulamentadas por lei. Já as drogas proibidas de circularem livremente são passíveis de condenação por parte da sociedade, incluindo o Estado (MARTINS, 2011). O sujeito, ao estar inserido na lógica do consumo, está de algum modo subordinado a se tornar dependente/consumista dessa mercadoria, no caso é o álcool/droga, e isso implica uma série de outros problemas. Assim, ao mesmo tempo que o consumo de drogas gera lucros para a sociedade capitalista, ele também ocasiona problemas, como o abuso e a

dependência, o que exige do Estado resposta para tal problemática. Dessa forma, a sociedade passa a tratar essa questão de diferentes modos:

Observa-se, frequentemente, que, nas abordagens sociais das drogas destacam-se: - a visão religiosa que relaciona o uso de drogas ao pecado: - a visão do delito, na qual o usuário ou o abusador é visto e tratado como criminoso: - a visão da saúde da qual sobressai a visão da dependência de drogas, entendendo-a como uma doença, e a abordagem da prevenção que, nesse caso, só funciona para quem não utiliza ou experimenta drogas, uma vez que prevenir é dizer não às drogas: - a abordagem da Redução de danos (RD), como uma política estatal [...] (MARTINS, 2011, p. 34).

Ressalta Rodrigues (2006) que as origens do proibicionismo e de seus aspectos históricos, assim como de seus fundamentos, tiveram como berço a mais severa legislação de drogas do mundo, a dos Estados Unidos da América. Para Pinheiros (2009), é essencial afirmar que tais posicionamentos de cunhos moralista e conservador são direcionados por múltiplos determinantes ideológicos coercitivos, ou seja, direcionados à dominação de classe. Ainda conforme essa autora, a massificação ideológica acerca do uso de substâncias dissemina o estigma do uso. Em decorrência disso, ouvem-se frases do tipo: “‘morador de rua é drogado’, ‘usuário de *crack* é noiado’, ‘direitos humanos é direito para bandido’, ‘diga não às drogas fazendo valer a Guerra às Drogas’, entre tantas outras falácias e práticas alienadas, que são diariamente incorporadas ao cotidiano da vida social” (PINHEIRO, 2009, p. 8).

O modelo proibicionista de controle de drogas sustenta-se em dois fundamentos básicos: o fundamento moral e o fundamento sanitário-social, e a proibição repousa sobre a premissa da supressão da oferta por meio da interdição geral e absoluta de todo o uso, comércio e produção, que passaram a ser previstos como crime, e sancionados com pena de prisão (RODRIGUES, 2006, p. 46-7).

Nesse viés, no capitalismo contemporâneo o tratamento que é dado à questão das substâncias psicoativas e ao seu uso são reflexos das armadilhas do conservadorismo impregnado no pensamento cotidiano que se fundamenta em valores morais (PINHEIRO, 2019). Isso influencia direta e indiretamente as mudanças tidas nos últimos anos nas políticas públicas que se destinam aos usuários de álcool e outras drogas. Desse modo, a função social das drogas no capitalismo contemporâneo e o proibicionismo imbricado nesse debate revelam inúmeras contradições que interferem na sociedade (PINHEIRO, 2009). Por isso é relevante o debate deste estudo, pois possui viés crítico diante das contradições do capitalismo e da construção e mudanças das políticas públicas de álcool e outras drogas.

## 1.6 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III e a Inclusão Social

Cabe retomar, conforme exposto anteriormente, que a exclusão social na saúde mental se deu pela institucionalização, pela segregação e pelo isolamento. Tal contexto de privação, isolamento, exclusão social e alienação também foi vivenciado pelas pessoas acometidas por transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, os dependentes químicos, os quais sempre estiveram, de uma forma ou de outra, excluídos socialmente, uma vez que não se enquadravam naquilo que era posto como “normal” pela sociedade. Desse modo, esses sujeitos também eram tidos, pela sociedade e pela medicina, como “alienados” e carentes de meios que os controlassem para que a ordem social fosse mantida – esses meios eram o alisamento, o isolamento e a segregação social.

Embora tenham sofrido e ainda sofram com o processo de exclusão, como no caso da exclusão destinada à loucura, os dependentes químicos diferenciam-se dos “loucos” de algum modo, pois os “bêbados” e os “drogados”, mesmo estando excluídos socialmente, não estão totalmente excluídos da lógica de consumo, pois necessitam consumir, como explicado anteriormente, o que faz que adquiram mercadoria materializada nas substâncias das quais fazem uso, sejam elas lícitas ou ilícitas.

Desde a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, tem-se buscado, por meio da formulação e reformulação de diversas Políticas de Atenção em Saúde Mental<sup>31</sup>, dirimir os espectros da exclusão social tanto em relação ao transtorno mental quanto em relação à dependência química. Em particular, no que se refere a esta última, tais dispositivos legais procuraram subsidiar o cuidado aos usuários de drogas pela prevenção e pelo tratamento<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Conforme já foi mencionado, na Lei nº 10.216/2001, Portaria GM nº 336/2002, Decreto nº 7.179/2010, Portaria GM/MS nº 3.088/2011 e Portaria GM/MS nº 854/2012.

<sup>32</sup> Tal política, no campo do tratamento de álcool e outras drogas, tem como referência duas leis principais, promulgadas em momentos históricos diversos, tendo decorrências específicas para cada contexto, as quais se refletirão nos serviços e nas concepções e objetivos que os embasam: **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006** – Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para 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 (BRASIL, 2006). **Lei nº 13.840/2019** – Substitui em partes a lei citada anteriormente e alguns trechos do Sisnad, este que atua em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esta Lei amplia o tratamento de usuários por meio de internamento. Art. 23 – O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção em saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação (voluntária e involuntária) em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social (BRASIL, 2019). Melhor explicando, essas alterações tidas nesta Lei, entre outras não citadas aqui, visam a uma

Ainda hoje esses indivíduos vivenciam em seu cotidiano a exclusão social que se arrasta ao longo dos tempos e vai ganhando força por questão moral e estigma, intimamente relacionados à dependência química. Assim:

[...] dentre as diversas condições de saúde estigmatizadas a dependência química de álcool ou outras drogas recebe conotação moralizadora, a qual representa uma das mais propensas ao estigma, que elenca o usuário por parte da população como principal responsável por sua condição de saúde (RONZANI; FRUTADO, 2005 *apud* CORDEIRO, 2013, p. 23).

O estigma social pode ser compreendido como “[...] a uma marca de caráter negativo que correlaciona quem a possui como deteriorado, menos valorizado que as pessoas “normais”, marginalizando-os e excluindo-os de algumas situações cotidianos [...]” (CORDEIRO, 2013, p. 23).

Sabe-se que os dependentes químicos que participam dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) podem estar inseridos em programas que possibilitem a inclusão social. Contudo, o que se observa é que a sociedade realiza uma “inclusão perversa”, nas palavras de Sawaia (2014a), desses sujeitos. Para esse autor (p. 8), o conceito de exclusão é constituído na contradição de que “[...] a qualidade de conter em si a sua negação e não existir sem ela, isto é, ser idêntico à inclusão (inserção social perversa). A sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social do desigual”.

Assim, conforme Sanches (2018), a inclusão social é o grande desafio encontrado nos serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Nota-se que a compreensão a respeito da reabilitação psicossocial e “reinserção”<sup>33</sup> social não apresenta elementos que consideram a dialética da exclusão/inclusão advindas da sociedade capitalista e explicitam as desigualdades e as relações de poder que geram as formas de inclusão perversas e indignas, às quais diversas classes estão submetidas (FRAZATTO; SAWAIA, 2016 *apud* SANCHES, 2018). Desse modo, deve-se considerar a dialética da exclusão/inclusão social<sup>34</sup> no capitalismo, a fim de desconstruir a noção de inclusão social marginal, operante nos serviços assistenciais de saúde mental e funcional ao capitalismo.

---

lógica voltada ao isolamento, ao distanciamento, à hospitalização – Questões que, como já vistas, podem comprometer a inclusão social dos usuários, sendo práticas que não se dão no território.

<sup>33</sup>Mais adiante é questionado o uso do prefixo “re”, de reinserir, o qual supõe que uma inserção anterior já tenha ocorrido.

<sup>34</sup> Esta discussão é ampliada no segundo capítulo, mais especificamente no item 2.1.1.

Pesquisas empíricas e bibliográficas<sup>35</sup>, como já mencionadas, apontam inúmeras dificuldades e desafios enfrentados no processo de inclusão social de dependentes químicos e, embora existam serviços como o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas – CAPSad III, que priorizam práticas e ações de inclusão social, poucos são os sujeitos que acessam esse serviço e, menor ainda, o número de pessoas que são incluídas socialmente. Confirma Cordeiro (2013) que a dependência química imprime uma marca forte na vida desses sujeitos, dificultando-lhes o processo de recuperação e inclusão social, pois o estigma referente à drogadição é imensurável. Desse modo, existe uma contradição: embora a Política de Saúde Mental, Álcool e Drogas seja universal, nem todos os que necessitam estão incluídos em seu âmbito.

Nessa tentativa de ampliarem o acesso de maior número de pessoas aos Serviços de Atenção em Saúde Mental, segundo a Portaria nº 130/2012, para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas, os municípios com número populacional menor podem realizar pactos intermunicipais para instalar serviços desta complexidade, como CAPSad III, que é retaguarda para grupo populacional de 200-300 mil habitantes (BRASIL, 2012).

Na perspectiva da atenção psicossocial, as ações têm por efeito o reposicionamento do sujeito em sua singularização e não a supressão sintomática. Desse modo, tal reposicionamento da singularização pode ser compreendido como processo de (re)significação, o qual abriga uma dimensão social e particular, referindo-se tanto à reabilitação dos direitos de cidadania quanto passando pelo poder de contratualidade e de laço social até a implicação subjetiva (COE; DUARTE, 2017).

Os Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas (CAPSad III) devem favorecer os processos de inclusão social, constituir-se em serviço aberto, de base comunitária, que funcione segundo a lógica do território e forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas, durante as 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive aos sábados, domingos e feriados (BRASIL, 2012). Baseiam-se na perspectiva de atuação no território, construindo rede de pessoas e de serviços que possam se fortalecer e enfrentar o desafio de modificar o cotidiano das pessoas e das instituições, serviços de saúde e de outros setores sociais (SALLES; BARROS, 2013).

---

<sup>35</sup>Cordeiro (2013), Leão (2006), Leão e Barros (2011), Pinho, P. H. *et al.* (2009), Pinho, Oliveira e Almeida (2008), Sanches (2018) e Sales e Barros (2013).



Ainda conforme a Portaria nº 130/2012, a partir do Art. 2º, destacam-se alguns pontos relativos ao CAPSad III:

Art. 2º – O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas [...] Art. 4º [...] poderá constituir-se como referência regional, de acordo com implantação pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) respectiva e desde que previsto no plano de Ação da Região de Saúde ou em instrumento equivalente. § 1º O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes. Art. 5º [...] observará as seguintes características de funcionamento: I – constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; [...] V – produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais; [...] VII – promover inserção proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial; Art. 6º A atenção integral ao usuário no CAPS AD III inclui as seguintes atividades: [...] VIII – atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros; IX – estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras (BRASIL, 2012, p. 2-3).

A reabilitação psicossocial inclui atividades que promovam o resgate da autonomia e alfabetização, a reinserção escolar, o acesso à vida cultural, a utilização do dinheiro e a possibilidade de administrar medicamentos, bem como a inclusão pelo trabalho e pela ampliação de redes sociais. A inserção, a proteção e o suporte de grupo também aparecem na Portaria nº 130/2012 como atividades que compõem a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2012). Vale salientar, segundo Sanches (2018), que a inclusão pelo trabalho e pela reinserção escolar, mencionada aqui, são atividades atinentes à reabilitação psicossocial.

As possibilidades inclusivas a partir da reabilitação psicossocial estão relacionadas às iniciativas de inclusão que ocorrem por meio das atividades produtivas, cooperativas sociais e geração de renda. Constituem diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): “VII – Desenvolvimento de atividades no território que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania” (BRASIL, 2011, p. 2). Além de ter como um dos objetivos específicos: “IV – Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas

na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária” (BRASIL, 2011, p. 2).

Devido a isso, a Política Pública Sobre Álcool e, ou, Outras Drogas<sup>36</sup>, buscando meio de atingir a população com seus serviços, propõe a implantação de sede regional. Nesse acordo intermunicipal, as ações e intervenções podem não ocorrer na realidade e nem no território<sup>37</sup>, local onde o sujeito convive e, muitas vezes, sempre conviveu.

Os pressupostos advindos da Reforma Psiquiátrica preconizam que a reabilitação psicossocial dos usuários ocorra de acordo com a lógica territorial, visando, assim, à inclusão social do sujeito na sociedade. Contudo, quando se realizam práticas extraterritoriais que distanciam o sujeito de sua realidade social, de sua comunidade e de sua rede de apoio, questiona-se se é possível viabilizar e concretizar, de fato, a inclusão social desses sujeitos. Isso porque, nesse sentido, sem considerar o território enquanto local para as práticas das ações inclusivas, a própria política pública pode-se tornar elemento de exclusão social.

Para Amarante (2007), os Serviços de Atenção Psicossocial devem procurar desenvolver habilidades ao máximo para atuar no território, pois sua operação não se reduz ao espaço geográfico, mas a toda articulação com os serviços da rede de atenção à saúde. O Serviço pode ser considerado tanto mais de base territorial quanto mais é capaz de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito da comunidade. Assim, “Os serviços sem base territorial tendem a atuar no espaço interno. Os Serviços de base territorial tendem a atuar na comunidade” (AMARANTE, 2007, p. 87). Nesse sentido, o Serviço deve desafiar-se ao articular com a comunidade e com os recursos sociais externos, coletivos e comunitários para estar em acordo com a lógica territorial que o fundamenta.

Ao facilitar o acesso dessa população por meio de consórcio intermunicipal, muitos dos usuários são atendidos fora do seu território e de sua realidade, precisando se deslocar da sua residência, comunidade, cidade e grupo de pertencimento para ser atendido. Isso entra em contradição com a lógica de trabalho proposta por esse Serviço, que é primeiramente um serviço de base comunitária que se articula com recursos e serviços disponíveis no território. A inclusão social deve ocorrer dentro do território do usuário, conforme é preconizado pela Reforma

---

<sup>36</sup>Conforme mencionadas anteriormente: **Lei nº 11.343/ 2006** e **Lei nº 13.840/2019**.

<sup>37</sup>O espaço social que podemos denominar como território é uma realidade relacional, composta, por um lado, pelos objetos naturais, geográficos e, por outro, pela sociedade em movimento. A dinamicidade corresponde às inter-relações estabelecidas entre os indivíduos, mediadas pelos aspectos cultural, social, legislativo, político, econômico e social, produzindo transformações, as quais ocorrem através do cenário natural e da história social inscrita e refletida nos modos de viver e no que é percebido e compreendido acerca do lugar (SANTOS, 2007; 2008 *apud* LEÃO; BARROS, 2012, p. 576).

Psiquiátrica. Assim, os Serviços que possuem sede regional podem estar desconstruindo essa lógica territorial, pois não operam em consonância com os recursos do próprio território dos usuários, desviando-se das possibilidades de inclusão nele.

Deve ser ressaltada a necessidade dos CAPS de operarem na intersectorialidade com os demais Serviços da Rede de Atenção à Saúde em Geral e da Saúde Mental, serviços e recursos esses que vão além das políticas públicas disponíveis, posto que tais recursos são advindos da sociedade civil, da comunidade etc. a partir do:

[...] princípio da intersectorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. [...] os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Devem articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com a Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais) e, no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família<sup>38</sup>, centros de saúde, rede básica, ambulatórios, hospitais gerais e especializados etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (ministério público, previdência social, delegacias, instituições para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se [...] (AMARANTE, 2007, p. 88).

Os preceitos da diretriz da reabilitação psicossocial proposta pela Reforma Psiquiátrica apontam que as ações inclusivas com os usuários ocorram em concordância com o meio em que vivem, ou seja, que aconteçam no território, de acordo com a lógica territorial. Para isso, a articulação intersectorial das políticas de saúde mental e atenção psicossocial deve ser organizada em rede de atenção, o que, segundo Amarante (2007), significa/resulta na formação de uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de sincronia de iniciativas e atores sociais envolvidos.

De acordo com Saraceno (2016), o grande problema da inclusão social em saúde mental está no fato de a reabilitação destinada aos usuários não estar voltada a uma transição para a plena cidadania. Isso implica considerar compreender o contexto geral do sujeito, ou seja, seu envolvimento em casa, no trabalho e na rede social. E isso requer “[...] plena

---

<sup>38</sup> A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994 com o nome de Programa de Saúde da Família. A equipe básica da ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, devendo estes ser residentes no próprio território de atuação da equipe. Em alguns casos é incluído um odontólogo, e cada equipe é responsável pela atenção a cerca de 800 famílias, o que significa em torno de 3.500 famílias (AMARANTE, 2007, p. 95).

contratualidade nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho como valor social” (SARACENO, 2016, p. 22).

Nessa lógica, Bezerra e Dimenstein (2008) consideram o apoio matricial como estratégia que fortalece a corresponsabilização entre as equipes. Isso porque permite o conhecimento da demanda em saúde mental que chega à atenção básica aos usuários, às famílias e ao território, promovendo a articulação entre os serviços de saúde e também a articulação intersetorial com outros serviços de outras políticas públicas disponíveis no território.

Denota-se, assim, que ao se trabalhar na contramão da lógica territorial proposta pela Política de Atenção em Saúde Mental, incorre-se em práticas de caráter médico-curativo ambulatorial, psicologizante<sup>39</sup> e excludente. Práticas essas voltadas apenas para o sujeito, ou seja, que buscam transformar e obter mudanças apenas no indivíduo e não práticas articuladas na intersetorialidade, operacionalizadas no território com base na abordagem psicossocial, as quais poderiam mobilizar transformações na sociedade.

Porém, espera-se que a reabilitação psicossocial abranja ações que ocorram antes de o sujeito retomar suas relações na sociedade (como sua pré-condição), constituindo, por exemplo, as oficinas, grupos terapêuticos, participação em centros de convivência e até mesmo intervenções na comunidade, por meio da mídia e de outras atividades, com vistas à redução do estigma e preconceito e à garantia do direito dos usuários de drogas. Melhor explicando, a partir das atividades de reabilitação psicossocial, o sujeito poderá adquirir instrumentos que lhe possibilitem ampliar o seu poder contratual e sua autonomia, permitindo a inclusão social (SANCHES, 2018).

Embora a relação da inclusão social e da reabilitação social mencionem ações para além dos sujeitos, muitos profissionais partem do princípio de que as intervenções e ações de reabilitação social sejam focadas no sujeito e os resultados desse processo visem à inclusão desse indivíduo no contexto social. Percebe-se que o contexto social e a sociedade não se transformam para receber e incluir esse sujeito com problemas decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, pois a responsabilização da mudança se volta apenas para o sujeito, que deve se adaptar à lógica da sociedade e aos serviços disponíveis. A responsabilização que a sociedade atribui ao indivíduo diante da sua própria inclusão social é maior do que aquela que é atribuída ao Estado e ao sistema capitalista perante essa questão.

---

<sup>39</sup>A psicologização é direcionada a comportamentos que limitam e designam a solução de expressões da “questão social” ao seu portador, culpabilizando-o e responsabilizando-o por meio da operacionalização de medidas instrumentais para controlar a sociedade (GUERRA, 2014).

Nota-se que tal política pública é contraditória, pois ao mesmo tempo que pressupõe, partindo-se da Reforma Psiquiátrica, que as ações sejam, em seu máximo, realizadas de acordo com a lógica territorial, pressupõe também a possibilidade de implantação de consórcio intermunicipal, o que impossibilita e dificulta o trabalho próximo ao usuário e de sua comunidade e de sua realidade. Afirma Passos (2009) que a comunidade é o território de atuação e de trocas sociais, tendo em vista que é por meio dessas trocas que se colocam na realidade os princípios de conquistar e combinar as energias – recursos, potências, concentração dos atores etc. – do contexto local em que estão inseridas. Nesse sentido, a noção de território é de suma importância, por ser o espaço do encontro e das trocas não somente econômicas, mas também sociais, afetivas, políticas e culturais.

Assim, a inclusão social só é possível de ser pensada e realizada quando conciliada com o território, pois, segundo esse autor, o trabalho no território leva em conta a complexidade dos fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, tendo como principal eixo a participação democrática de seus atores sociais e políticos na identificação dos limites, dos desafios e das possibilidades desse território, mediante a realização das mudanças necessárias a partir da realidade concreta do cotidiano nesse espaço.

## **2. INCLUSÃO SOCIAL, REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E TERRITÓRIO**

No primeiro capítulo foram abordados a Reforma Psiquiátrica, seus desdobramentos sobre as Políticas Sociais de Saúde Mental, Álcool e Drogas e seus reflexos sobre as concepções de reabilitação psicossocial, território e inclusão social. Neste segundo capítulo, com o objetivo de dar continuidade às discussões e reflexões teóricas que permeiam o objeto principal desta pesquisa, faz-se necessário desenvolver uma reflexão mais aprofundada a respeito desses princípios.

Para aprimorar essa discussão, no primeiro tópico deste capítulo, intitulado: “Inclusão Social”, realiza-se uma abordagem geral e conceitual sobre o tema, que posteriormente se subdivide em dois subtópicos: “A dialética Exclusão/Inclusão Social” e “A Inclusão Social na Saúde Mental”. No primeiro subtópico, “A dialética Exclusão/Inclusão Social”, aborda-se a dialética exclusão/inclusão social no sistema capitalista, inicialmente de modo conceitual, utilizando-se vários autores para fundamentar a crítica. No segundo subtópico, “Inclusão Social na Saúde Mental”, busca-se refletir a inclusão social, especificando como tais expressões se apresentam no campo da saúde mental, álcool e drogas.

A segunda parte deste capítulo denomina-se “A Reabilitação Psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas – CAPSad III”, fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, a reabilitação psicossocial é uma das diretrizes principais na atenção psicossocial. Dessa forma, expõe-se a dimensão conceitual da reabilitação psicossocial e apresenta-se a materialização dessa diretriz na saúde mental, na prática cotidiana dos CAPSad III. Busca-se, com isso, relacionar a articulação desses princípios da reabilitação psicossocial com a lógica territorial na efetivação dos processos de inclusão social dos dependentes químicos.

Já no terceiro tópico, que se refere ao “Território na Política de Saúde Mental”, partindo do conceito de território e utilizando estudos sobre o tema, destaca-se o território na interlocução com as políticas sociais. No decorrer deste capítulo, considerando-o como elemento central para organizar a Rede de Cuidado na Atenção Psicossocial, busca-se realizar a aproximação da categoria território pela política de saúde e saúde mental. O território é abordado e reconhecido, aqui, como instrumento de reabilitação, uma vez que a autonomia dos usuários e a transformação cultural da sociedade que os acolhe são a base para o processo de desinstitucionalização das práticas de cuidado (MUNIZ, 2016). A partir disso, portanto, reflete-

se como essa categoria é apreendida nas diretrizes e princípios das Políticas de Saúde Mental, Álcool e Drogas no Brasil.

## **2.1 Inclusão Social**

A exclusão social mostra-se como característica marcante na estrutura social brasileira e, ao longo dos anos, configurou-se em um fenômeno complexo que tem diversos impactos, em especial sobre a condição de pobreza relacionada à precariedade social e ao uso de álcool e drogas.

Nesse viés, a exclusão social é o ponto de partida para se falar da inclusão social e dos meios de provê-la em uma sociedade capitalista. Assim, o Estado busca por meio das políticas sociais<sup>40</sup> estratégias de amenizar os efeitos dessas relações contraditórias do modo de produção capitalista. Conforme Fleury (1994), a designação da política social traz em evidência mais do que uma inconsistência terminológica, sugerindo um núcleo contraditório que demarca ao se fazer uso de um poder alocativo e coercitivo para reorganizar as relações na sociedade. Isso porque as formas de proteção social adotadas pelas sociedades se desenham de acordo com as relações entre Estado, mercado e sociedade.

Dessa forma, o direito social à saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988, no Art. nº 194, atinente à seguridade social<sup>41</sup>, embora nem todos que necessitam desse serviço estejam incluídos. Assim, é por meio de políticas sociais que se busca reduzir as expressões da questão social, como a exclusão social e a questão dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Contudo, para que a inclusão social se efetive são necessárias “mudanças estruturais na economia e no sistema político, associadas a transformações culturais e nas relações sociais” (SCHMIDT, 2006, p. 1772).

---

<sup>40</sup> Evidentemente que um Estado, cuja natureza classista está dada pela ocupação dos postos pelos membros da classe dominante, não poderia contemplar em suas políticas os interesses e conquistas das classes dominadas, o que reduz toda política, inclusive a política social, a um mero elemento da estratégia de exploração e, ou, de legitimação do exercício da dominação (FLEURY, 1994, p. 15).

<sup>41</sup> Para Behring e Boscheti (2006), os anos de 1980, conhecidos como a década perdida, são lembrados pelas conquistas democráticas sucedidas das lutas sociais e da Constituição de 1988. A partir dessa Constituição, passa existir a perspectiva da construção de um padrão público universal de proteção social e instituem-se direitos como: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência social.

Acredita Sasaki<sup>42</sup> (1997) que a inclusão social é a forma pela qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais que, concomitantemente, também se preparam para assumir seus papéis na sociedade. Segundo esse autor, a sociedade precisa ser modificada, devendo entender que ela precisa ser capaz de atender às necessidades de seus membros, tendo estes como parceiros na discussão de problemas e soluções.

Ainda, na compreensão de Sasaki (1997), inclusão e integração não querem significar a mesma coisa. Integração para ele é a inserção de uma pessoa com necessidades especiais<sup>43</sup> preparada para conviver na sociedade, ou seja, uma pessoa deverá ser instruída para se adaptar ao movimento da sociedade. Já a inclusão é entendida como a modificação da sociedade como pré-requisito para que essas mesmas pessoas possam buscar seu desenvolvimento e exercer a cidadania<sup>44</sup>. Contudo, aquele autor alerta que isso não ocorre de um dia para o outro, pois a inclusão social é um processo que contribui para a construção de um novo tipo de sociedade que ocorre mediante transformações. Estas podem acontecer nos espaços físicos das cidades, nos meios de transportes, no interior das políticas públicas e na mentalidade das pessoas.

Para Pina (2010), o conceito de inclusão social evidencia uma tentativa de superar a exclusão social a partir de um processo de adaptação da sociedade para incluir em seus sistemas sociais gerais os sujeitos que se encontram excluídos. Portanto, segundo Silva (2011), o Estado da inclusão social seria aquele com capacidade de marcar a ética na aplicação dos respectivos recursos e desenvolver, através de seus programas e parcerias com instituições privadas, os valores da democracia participativa, transformando os cidadãos e verdadeiros agentes de desenvolvimento. Nas palavras desse autor, “Quanto mais sistemas comuns da sociedade aditarem a inclusão, mais cedo se completará a construção de uma verdadeira sociedade para todos – a sociedade inclusiva” (SASSAKI, 1997, p. 42).

---

<sup>42</sup> Romeu Sasaki, embora seu trabalho seja voltado para a discussão da inclusão social dos portadores de necessidades especiais, em estudo intitulado “Inclusão: construindo uma sociedade para todos” (1997), trouxe grande contribuição para definição de inclusão social (SASSAKI, 1997).

<sup>43</sup> Neste trabalho, utilizou-se dessa referência bibliográfica de inclusão a partir do escopo e da experiência do campo educacional relacionados à inclusão das pessoas com necessidades especiais, pois essa apreensão fornece subsídios para compreender e formular discussões relativas à inclusão de modo geral, especialmente aqui em relação à inclusão social dos dependentes químicos, os quais também se caracterizam como um grupo excluído e marginalizado socialmente.

<sup>44</sup> “[...] a cidadania é constituída por um conjunto de direitos e deveres garantidos pela Lei, mas que se realizam necessariamente nas práticas do cotidiano social, inscritas no tempo e no espaço. Estas práticas ancoram-se no aparato institucional à disposição da sociedade através do seu território” (CASTRO, 2003, p. 8).



Assim, entende-se que tal forma de pensar também pode ser o caminho para a inclusão dos dependentes químicos na sociedade. Nesse sentido, as políticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas propõem a inclusão social, a qual, segundo Schmidt (2011), se relaciona às iniciativas empreendidas pelo Estado e pela sociedade civil para enfrentar os processos de exclusão que ocorrem nas diversas esferas: social, econômica, política e cultural, de modo a tornar possível a todos ou ao maior número das pessoas os benefícios que a sociedade possibilita apenas a certos segmentos.

Entretanto, a Política de Saúde Mental enfrenta vários desafios na tentativa de incluir os dependentes químicos, levando em conta que ao longo da história essas pessoas estiveram segregadas, institucionalizadas e distanciadas do convívio social. Essa segregação ocorreu com diversos grupos sociais, os quais sempre se encontraram à margem do processo social. Conforme Marques (2001), a segregação das pessoas com deficiência e condutas típicas em instituições especializadas, assim como ocorrido com outros grupos desviantes, constitui um processo perverso, que se assenta na “criação da figura do normal”. Assim, a partir da criação de um padrão de normalidade, os desviantes desse padrão passaram a ser considerados anormais. E aí surge o grande desafio de incluir esses sujeitos que ao longo do tempo não ocuparam o espaço social.

Muitas são as dificuldades, e uma delas é a existência de poucos serviços que atendam a essas complexidades em municípios de pequeno porte, o que afeta a inclusão dos dependentes químicos no tratamento e na reabilitação psicossocial, importantes para o processo de inclusão social. Outra questão é que os serviços disponíveis muitas das vezes estão distantes do território e, concomitantemente com as intervenções e estratégias inclusivas, ocorrem na contramão do que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica, afastada da realidade, do contexto e da cultura do sujeito, comprometendo ainda mais a inclusão social. Assim, o dependente químico, por exemplo, passa agora a não mais permanecer excluído em asilos e hospitais como antes, mas continua ainda excluído, sem conseguir romper com a lógica exclusiva da sociedade.

Salienta Pina (2010) que a “sociedade inclusiva” não consiste em um novo tipo de sociedade, dado que o processo de inclusão não altera a essência do capitalismo. Segundo esse autor, não se objetiva construir uma sociedade totalmente nova, mas tratar apenas de uma nova face dada à velha ordem social capitalista, ou seja, a de um capitalismo menos selvagem e “humanizado”. Desse modo, ainda que a inclusão social seja um processo que traga alterações na sociedade, elas não mudam a essência do capitalismo.

A partir desse entendimento da exclusão e da inclusão social, torna-se possível compreender que, para desenraizar as condições de inferioridade social que atingem as pessoas com problemas decorrentes de álcool e de outras drogas, é necessário incidir sobre os fundamentos do capitalismo, uma vez que o fenômeno da exclusão social é determinado pelo modo de produção capitalista. Por isso, é necessário apreender a discussão da dialética exclusão/inclusão social.

### **2.1.1 A dialética Exclusão/Inclusão social**

Conforme explica Sawaia (2014a), a exclusão é um processo complexo e multifacetado, sendo uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. Ainda, é um processo sutil e dialético, pois só existe em relação à inclusão como parte constitutiva dela, sendo um processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros. Para essa autora, a inclusão não tem uma única forma e não é uma falha do sistema, devendo ser combatida como algo que perturba a ordem social, mas, ao contrário, é produto do funcionamento do sistema.

No tocante a essa questão, Martins (2009) alerta que na vida podem ocorrer várias formas de exclusão, sobretudo a carência de uma vida sem sentido, sendo essa exclusão historicamente maior e mais grave de todas. A existência da contradição nos processos sociais, políticos e econômicos, embora seja negada, carrega a marca da exclusão social.

*[...] não existe exclusão: existe contradição, existem vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes; existe o conflito pelo qual a vítima dos processos excludentes proclama seu inconformismo, seu mal-estar, sua revolta, sua esperança, sua força reivindicativa e sua reivindicação corrosiva. Essas reações [...] não se dão de fora dos sistemas econômicos e dos sistemas de poder [...] fazem parte deles ainda que os negando. As reações não ocorrem no interior da realidade problemática, “dentro” da realidade que produziu os problemas que as causam (MARTINS, 2009, p. 14).*

Surge nessa discussão, conforme aponta Demo (2002), um limite fatal diante das pretensões de assistência, pois estas somente se viabilizam dentro de uma visão tendencialmente funcional, de modo que ajustam o pobre ao sistema e dificilmente o contrário. Nessa prática equivocada, ressalva Martins (2009, p. 17) que “a exclusão deixa de ser concebida como *expressão de contradição* no desenvolvimento da sociedade capitalista para ser vista como um *estado*, uma coisa fixa, como se fosse uma fixação irremediável e fatal”.

A exclusão social abriga as contradições da estrutura social, por isso é preciso compreender criticamente a realidade e o fato de que a exclusão social seja proveniente de processos exclusivos que fazem parte do próprio modo de produção capitalista. A exclusão social está em primeiro plano na sociedade capitalista; ela existe de fato, é um problema estrutural. Já a inclusão social está em segundo plano, submete-se a incluir marginalmente, como apontado por Martins (2009), ou perversamente, de acordo com Sawaia (2014), para que não se tenha uma inclusão de fato e, com isso, se afete tal estrutura social.

No entanto, a exclusão social vai além da ausência de reintegração do mercado de trabalho e refere-se também à ruptura de laços sociais, comunitários e familiares. Castel (2013) renomeia o processo de exclusão social como um processo de desfiliação. Nas palavras desse autor:

[...] É por isso que ao tema da exclusão hoje abundantemente orquestrado, preferirei o da *desfiliação* para designar o desfecho desse processo. Não se trata de uma vaidade de vocabulário. A exclusão é estanque. Designa um estado, ou melhor, estados de privação. Mas a constatação de carências não permite recuperar processos que engendram essas situações (p. 26).

Refere-se Castel (2013) aos excluídos como os desfiliaados, que são os inúteis para o mundo, os quais, segundo esse autor, estariam na categoria de vagabundos. Esse vagabundo apresenta-se como uma mancha na sociedade, é completamente visível porque totalmente desterritorizado e sobre ele recai um arsenal sempre renovado de medidas cruéis. Para Castel, “Inútil para o mundo, seu destino é o exemplo do drama do desfiliaado por excelência, aquele que, não tendo nenhum ‘estado’, não usufrui de nenhuma proteção” (CASTEL, 2013, p. 119), ou seja, a desfiliação alude à perda de vínculo que o indivíduo constrói com a sociedade. Essa fragilidade dos vínculos sociais pode ocasionar ruptura, levando o indivíduo ainda mais ao isolamento social.

No caso da dependência química, mais especificamente sobre os usuários de CAPSad III, que se refere à alta complexidade de atendimento, esses vínculos sociais e comunitários já se romperam; essa ruptura já está constituída, e o processo de exclusão social mostra-se recorrente. Diante da fragilidade de direitos sociais, o indivíduo cada vez mais recorre à família quando está com dificuldades, sejam estas de ordem social, ocupacional ou afetiva. A família, ou outros componentes/instituições sociais de solidariedade informal, assume, assim, papel decisivo de resgate do vínculo social perdido e de mediador principal da inclusão social desses sujeitos. Não se trata mais, nesse caso, de plena fruição de direitos sociais, mas de uma tentativa

de evitar, diante da inoperância estatal, o aprofundamento maior ainda e completo da desfiliação.

Segundo Behring e Boscheti (2006), ao não se constituir como rede complementar de solidariedade, mas assumir a condição (permanente) de “alternativa eficaz” para viabilizar o atendimento das necessidades dos sujeitos sociais, esse apelo ao “terceiro setor” ou à “sociedade civil” se configura como um verdadeiro retrocesso histórico. Ressalva Teixeira (2015) que ocorre deslocamento da responsabilidade, perante a garantia de direitos sociais, do Estado para a sociedade e para a família. Ao processar esse deslocamento, geram-se desvirtuamento da noção de direitos sociais, seu esvaziamento, desmantelamento e deslegitimação como dever do Estado Democrático de Direitos.

Dessa forma, o encargo diante da inclusão social, enfatizando aqui a dependência química, recai sobre a sociedade civil e a família, com maior força sobre esta última, pois, por muitas vezes, está sobrecarregada de fragilidades e vulnerabilidades sociais e se vê como única a provedora dessa inclusão social. Essa inclusão ocorre pela via da informalidade, pela ajuda de organizações não governamentais, por associações, economia solidária, solidariedade das pessoas etc., sendo uma inclusão de custos baixos e não gera riscos à manutenção das relações de produção capitalistas. Para Paugam (2014, p. 73), “[...] as solidariedades familiares e as possibilidades de participação na economia informal, que permitem amortecer o efeito do desemprego [...] revelam-se mais fracas e mais desorganizadas”.

A respeito dessa informalidade, Antunes (2008) explica que ela desenvolveu no mundo do trabalho uma crescente expansão do chamado “Terceiro Setor<sup>45</sup>”, que assume uma forma alternativa de ocupação, por intermédio de empresas de perfil mais comunitário e motivadas, predominantemente, por formas de trabalho voluntário. Assim, abarca uma série de atividades, nas quais predominam aquelas de caráter assistencial, sem fins diretamente mercantis ou lucrativos e que se desenvolvem relativamente à margem do mercado. São em locais como esses que os dependentes químicos conseguem se incluir laboralmente, distanciando-se ainda mais do exercício dos seus direitos sociais e trabalhistas, que reafirmam a lógica perversa do capitalismo e da exclusão social.

Paugam (2014) utiliza o conceito de desqualificação social para se referir ao movimento de expulsão gradativa, para fora do mercado de trabalho, das camadas cada vez

---

<sup>45</sup> [...] “terceiro setor”, categoria tão bem desmistificada por Montão (2002) – como agentes do bem-estar, substituindo a política pública (BEHRING; BOSCHETI, 2006, p. 162).

mais numerosas da população. Esse termo corresponde também a possíveis formas de relação entre a população denominada como pobre e dependente em relação aos serviços sociais e o resto da sociedade. A desqualificação social, nesse caso, não é sinônimo de exclusão, pois permite, sociologicamente, que se analise não apenas uma forma de exclusão relativa, mas, sobretudo, de relações de interdependência entre as partes constitutivas do conjunto da estrutura social. Melhor explicando, “[...] é uma relação de interdependência entre os ‘pobres’ e o resto da sociedade que gera angústia coletiva, já que é um número crescente de indivíduos é considerado como pertencente à categoria de ‘pobres’ ou de ‘excluídos’” (PAUGAM, 2014, p. 73).

Criticamente, a exclusão vai, conforme já dito, além da reintegração no mercado de trabalho, referindo-se também à ruptura de laços sociais, comunitários e familiares. Assim como em Castel, a desfiliação aponta para a ruptura dos vínculos sociais, e Paugam (2014) explica que o enfraquecimento desses vínculos corresponde às duas primeiras fases da desqualificação social: a fragilidade e a dependência. A fragilidade que leva à dependência e, conseqüentemente, levará também à ruptura dos vínculos faz que os indivíduos que passam por esse processo acumulem ainda mais problemas de todas as ordens, como: afastamento do mercado de trabalho, problemas de saúde, falta de moradia, perda de contatos com a família etc. Esses acúmulos de fracassos conduzem a um alto grau de marginalização e, em alguns casos, até o consumo de álcool. Complementa ainda Paugam (2014, p. 76) que “[...] a desclassificação social<sup>46</sup> é uma experiência humilhante, ela desestabiliza as relações com o outro, levando o indivíduo a fechar – sobre a si mesmo”.

A discussão de exclusão perpassa pelas carências, privações e pela pobreza em si; excede-se ao reconhecimento do sujeito, como sujeito de direito. Conforme entende Nascimento (1994 *apud* MARTINS, 2009, p. 16), “o excluído não é apenas aquele que se encontra em situação de carência material, mas aquele que não é reconhecido como sujeito, que é estigmatizado, considerado nefasto ou perigoso à sociedade”.

Em relação a isso, Sawaia (2014b) enfatiza o sofrimento ético-político do indivíduo que vivencia a exclusão social, conforme a seguir.

A exclusão vista como sofrimento de diferentes qualidades recupera o indivíduo perdido nas análises econômicas e políticas, sem perder o coletivo. Da força ao sujeito, sem tirar responsabilidade do Estado. É no sujeito que se objetivam as várias formas de exclusão, a qual é vivida como motivação, carência, emoção e necessidade do eu.

---

<sup>46</sup> Desclassificação e desqualificação social são utilizadas por Paugam (2014) como sinônimos.

Mas ele não é uma mônada responsável por sua situação social e capaz de, por si mesmo, superá-la. É no indivíduo que sofre, porém, esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente (SAWAIA, 2014b, p. 100-1).

Nesse sentido, a “integração” gera questionamento, pois, de acordo com Omote (1999 *apud* SANCHES, 2018), esse termo pode ser confundido com a simples colocação do sujeito no meio onde ele será integrado (incorporado e adaptado). Essa concepção traz um direcionamento do problema para o sujeito, buscando capacitá-lo para enfrentar as demandas do meio ao qual se pretende integrar. Percebe-se, desse modo, que para compreensão da exclusão é indispensável refletir sobre outras dimensões que ultrapassam o sujeito.

Conforme exposto, o termo integração diz respeito a um encaixe, colocação pontual do sujeito na sociedade, assim como sugere os vocábulos inserção e, ou, reinserção, que indicam inserção pontual desse sujeito no meio. Frazatto e Sawaia (2016 *apud* SANCHES, 2018) consideram que esse termo reinserção social ainda está impregnado pelo paradigma<sup>47</sup> de adaptação ou manicomial, o que dificulta sua implantação efetiva a partir das práticas dos profissionais. Isso porque a noção de reinserção faz referência à ideia de alguém que, devido ao isolamento em uma instituição, foi privado de estar no lugar onde viveu e agora necessita retornar a ele física e concretamente. Dessa forma, de acordo com Sanches (2018), a reinserção social pode ser compreendida como processo imposto ao indivíduo e está relacionada à lacuna no acesso aos sistemas sociais básicos, como moradia, trabalho, saúde e família.

Outra questão que deve ser mencionada é referente ao uso do prefixo “re”, que para Frazatto e Sawaia (2016 *apud* SANCHES, 2018) supõe que ocorreu uma inserção anterior, a qual foi perdida devido ao isolamento. No entanto, a reinserção deve ser analisada de modo crítico, pois pode significar, por exemplo, o retorno a uma condição anterior, sem questioná-la. Além disso, pode indicar que o problema do sujeito é exclusivamente individual, visto que está fora do contexto em que surgiu, sendo necessário um novo ajustamento antes de retomar o convívio na comunidade. Assim, o que se problematiza aqui é que, ao utilizar o termo “reinserção”, perde-se essa dimensão crítica, pois não se questiona o reconhecimento do lugar social de exclusão ocupado pelo dependente químico na sociedade.

---

<sup>47</sup> O conceito de paradigma, ao ser definido como um “conjunto de leis, conceitos, modelos, analogias, valores, regras e critérios para avaliação de teorias e formulações de problemas, e princípios metafísicos” (KUHN, 1962, 1970 *apud* BARROS, 2004, p. 30 *apud* LEÃO, 2006), auxilia na compreensão dessas questões (LEÃO, 2006, p. 22).

Dessa forma, o conceito de reinserção social tal como é entendido não leva em conta a crítica social acerca dos processos de exclusão/inclusão que caracterizam a desigualdade social estrutural contemporânea (FRAZATTO; SAWAIA, 2016 *apud* SANCHES, 2018). Pelas características dos termos reinserção/inserção já mencionadas e pela perda da dimensão crítica quando ambos sugerem a “recolocação” do indivíduo na sociedade, sem se questionar e problematizar o contexto socioestrutural que gera tal exclusão e o não reconhecimento de um direito a outro lugar social para o dependente químico, optou-se por utilizar o termo inclusão social ao longo deste trabalho<sup>48</sup>. Isso porque esse vocábulo abriga criticamente as contradições da estrutura social e também a dialética entre a exclusão/inclusão social na sociedade capitalista, cuja compreensão se torna necessária ao entendimento acerca das relações sociais que foram desenvolvidas historicamente com os dependentes químicos.

É somente a partir da dialética e da dimensão crítica que é possível compreender as contradições na sociedade capitalista. E uma dessas contradições diz respeito ao fato de que, embora o dependente químico esteja excluído socialmente, ele não está excluído das relações capitalistas<sup>49</sup>. Explica Pina (2010) que se pode compreender a segregação de grupos historicamente discriminados não mais como exclusão (não estão totalmente excluídos), visto que os grupos que em tese estão excluídos ainda se encontram no interior (“incluídos”) das relações sociais capitalistas, sendo, de alguma forma, afetados por elas ou necessários a elas<sup>50</sup>.

Conforme já mencionado por Sawaia (2014a), a inclusão social assume um debate pautado na dialética da exclusão/inclusão, compreendendo que a sociedade exclui para incluir, de forma indigna, determinados grupos sociais. Entre esses grupos sociais estão os usuários de drogas, os quais são deixados à margem da sociedade, no que se refere ao acesso às políticas sociais e aos espaços de lazer, cultura, saúde, renda etc. (SANCHES; VECCHIA, 2018). Para Demo (2002, p. 33) “é muito difícil pretender incluir os pobres quando não sabe, ou não se quer saber, a maneira pela qual foram excluídos”.

---

<sup>48</sup> Optou-se por inclusão social em vez de outros, fincados por outros autores – como desfiliação social (CASTEL, 2013) ou desclassificação ou desqualificação social (PAUGAM, 2014), pois se entende que o primeiro tenha maior amplitude e abrigue as construções teóricas dos demais termos, desenvolvidas pelos respectivos autores, conforme já discutido durante este capítulo.

<sup>49</sup> Conforme já mencionado no primeiro capítulo, no item 1.5 – “A Dimensão da Droga no Capitalismo”: os dependentes químicos, apesar de vivenciarem em seu cotidiano a exclusão social, ainda estão incluídos na lógica de consumo do mercado capitalista.

<sup>50</sup> Como é o caso, por exemplo, do papel de consumidores imposto pelas relações sociais aos dependentes químicos, conforme Martins (2011).

[...] Epistemologicamente, (*incluir*) significa colocar no centro das reflexões sobre a exclusão a ideia de humanidade e como temática o sujeito e a maneira como se relaciona com o social (família, trabalho, lazer e sociedade), de forma que ao falar de exclusão, fala-se de desejo, temporalidade e de afetividade, ao mesmo tempo que poder, de economia e de direitos sociais (SAWAIA, 2014b, p. 100 – Grifo nosso).

O processo de exclusão e inclusão social também ocorre para além do sujeito. É movimento social, de maneira que as ações de inclusão social devem ser focadas também na sociedade, na coletividade e não na adaptação e, ou, no ajustamento do sujeito, pois é disso que se alimenta o processo de exclusão social, tendo o sujeito como único responsável.

O processo de exclusão/inclusão social é multidimensional, pois, assim como a vida cotidiana é heterogênea, o processo de inclusão social também acontece em diferentes esferas da vida, como trabalho, lazer, amigos, família, residência, renda, atividade política, acesso a serviços e outros. Este processo de exclusão/inclusão social se desenvolve a partir da forma como se estabelecem as relações pessoais, das atividades realizadas pelo indivíduo e da relação entre o particular e o coletivo (SALLES; BARROS, 2013, p. 706).

Para Mészáros (2002), o modo de produção capitalista constitui, no curso da história, uma poderosa estrutura totalizadora de controle, à qual tudo deve ajustar-se, inclusive os seres humanos. Explica ele que o sistema do capital, para funcionar como modo totalizador de controle sociometabólico, forma uma estrutura de comando adequada para exercer suas funções. Concomitantemente, para atingir os objetivos metabólicos adotados, tudo deve se sujeitar às exigências do modo de controle do capital, cabendo a cada ser humano provar a sua viabilidade produtiva (MÉSZÁROS, 2002). A improdutividade atrelada à problemática da dependência química é tida como risco ao acúmulo do capital.

Assinala Demo (2002, p. 5) que “[...] o maior problema das populações pobres não é propriamente a fome, mas a falta de cidadania que os impede de se tornarem sujeitos de história própria [...]”. Para pensar na inclusão social, é necessário o reconhecimento da cidadania do excluído. Demo (2002, p. 35) reforça que “a carência material é a casca externa da desigualdade social, cujo cerne está na ‘pobreza política’: [...] seria suficiente para perceber que o combate à pobreza não passa em primeiro lugar pela assistência, mas pela reinvenção da cidadania do excluído”. Embora a reinvenção da cidadania não seja suficiente para incluir, deve-se pensar a inclusão social como um processo mais amplo, que ocorre além do sujeito e de sua adaptação à lógica do sistema capitalista e além da busca da ideologia da ausência de cidadania.

Diante disso, Sawaia (2014a, p. 11) discorre sobre a o cuidado de não tratar essa questão como algo individual e subjetivista:



[...] Opta pelo conceito de sofrimento ético-político para incorporar a ética, a felicidade e o humano como critérios que se entrelaçam como o econômico e político, na análise do processo de inclusão perversa. Mas, faz um alerta sobre o perigo da ênfase na afetividade e na ética. A presença delas nos reflexos significa desfeticização conceitual e a humanização das políticas públicas, mas trazem o perigo, sob a égide do neoliberalismo e do individualismo, da estatização subjetivista, que nega as instâncias coletivas e públicas de ação em favor da inclusão digna, reduzindo-a à interioridade e subjetividade.

Segundo Demo (2002), o que poderia curar essa sociedade seria a busca pela emancipação dos sujeitos, pois somente dessa forma seria possível lidar com a exclusão social. O Estado ainda, para esse autor, prioriza ações assistencialistas e não responsabiliza o sistema produtivo capitalista sobre essa expressão da questão social.

[...] O que pode “curar” a pobreza não são benefícios, mas a constituição de um sujeito capaz de história própria, individual e coletiva. O debate sobre “exclusão social” tem, como uma de suas maiores precariedades, a expectativa assistencialista frente à pobreza, o que leva a uma fé excessiva no Estado e à desobrigação do sistema produtivo, deturpando pela raiz os horizontes da emancipação (DEMO, 2002, p. 16).

O sistema de produção capitalista, por muitas vezes, exime-se dessa responsabilização diante da desigualdade social gerada por ele mesmo. O que ocorre, em geral, é a inclusão desses sujeitos no meio, de modo que se mantenha a organização do sistema e as políticas sociais operam nessa mesma lógica. Martins (2009) denomina esse processo como manutenção do sistema, a exemplo da inclusão marginal, conforme dito anteriormente.

[...] Ele opera como técnica social de reinclusão dos desesperados e até de reinclusão preventiva dos condenados ao limbo da sociedade atual. Ele dá sentido a essa reinclusão marginal, justificando-a, ao invés de condená-la, pois destaca nela o fator da conversão e da salvação. [...] *inclusão precária e instável, marginal*, não são, propriamente políticas de exclusão. São políticas de inclusão das pessoas nos processos econômicos, na produção e na circulação de bens e serviços, estritamente em termos daquilo que é racionalmente conveniente e necessário à mais eficiente (e barata) reprodução do capital (MARTINS, 2009, p. 19-20).

Os benefícios assistenciais e a inclusão – mesmo que esta última se apresente na forma de uma inclusão marginal –, ainda se mostram necessários à sociedade, pois são extremamente funcionais no sistema social.

Tendo isso em vista, no capitalismo o processo de exclusão/inclusão social opera no sentido de excluir para incluir. Pierre Bourdieu (1930-2002 *apud* SANCHES, 2018), em seu

trabalho, traz a dialética exclusão/inclusão para fomentar as discussões sobre a inclusão social. Parte do pressuposto de que a inclusão deve ser pensada a partir da ideia da exclusão, em um processo dialético em que a sociedade cria uma ilusão acerca da inclusão, já que ela primeiramente exclui para depois incluir.

Ressalva Sawaia (2014a) que todos nós estamos inseridos no sistema econômico de produção, porém alguns sujeitos se encontram inseridos de maneira indigna e perversa. Por isso, é preciso considerar a lógica dialética para a reflexão tanto das formas de inclusão quanto dos processos de reabilitação psicossocial, compreendendo que, ao se privilegiar a reinserção social, está-se considerando que a exclusão não existe em si. Em sentido oposto, assegura Martins (1997) que a exclusão se tornou uma forma de manutenção do sistema econômico, inserindo determinadas classes sociais em uma condição de subalternidade e marginalização, incluindo-as precariamente na sociedade. Para esse autor, as estratégias de uma inclusão digna na sociedade implicam a transformação das relações de produção, bem como deixam de se ajustar de acordo com as conveniências do capital, buscando prioritariamente o atendimento às necessidades humanas.

### **2.1.2 Inclusão Social na Saúde Mental**

Neste momento, posteriormente a essa compreensão dialética da exclusão/inclusão social, passa-se à discussão de como a exclusão social tem se apresentado na saúde mental e, especialmente, no campo do álcool e das drogas, antes e depois do paradigma psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica. Esta utiliza formas de intervenção pautadas nas necessidades do usuário, no cuidado do território e na reabilitação psicossocial.

No entanto, antes de adentrar nessa discussão, cabe refletir sobre a possibilidade de construção de vínculos sociais pelos dependentes químicos. Tal construção foi, de algum modo e em algum momento, possibilitada ou essa população sempre permaneceu em processo de exclusão social? Questiona-se, com isso, se foi a dependência química que gerou o processo exclusivo ou se foi a exclusão que levou ao processo de dependência química e, conseqüentemente, aprofundou essa exclusão social?

Esses sujeitos estiveram sempre, de alguma forma ou de outra, excluídos da sociedade, conforme citado anteriormente. No caso do dependente químico em especial, ele constitui um corpo marcado socialmente por fazer uso, considerado “indevido”, de álcool e outras drogas. E

a necessidade de “cuidar” desse corpo parece articular-se com a necessidade de formatar e controlar os corpos, de culpabilizar e penalizar os sujeitos, individualizá-los nesse processo de culpabilização, corrigir e, ou, (re)adaptar suas condutas, trazer as “vidas infames”<sup>51</sup> para a claridade do que é considerado “mundo humano”, um mundo regulado por um mundo supostamente sem drogas (VASCONCELOS, 2015).

No imaginário social, os usuários de drogas são considerados sujeitos desviantes dos padrões sociais aceitáveis, ameaçadores da ordem e transgressores das normas, os quais oferecem perigo iminente aos cidadãos (“de bem”) de uma comunidade. Por vezes, a dependência química é considerada, por boa parte da sociedade, uma questão ligada apenas à pessoa, havendo um imaginário coletivo acerca do contágio simbólico, ou seja, acredita-se que esse problema pode contagiar pessoas próximas que tenham convívio com os usuários. Diante disso, a sociedade não apenas se omite diante da problemática da droga e de suas decorrências, como questões de origem social<sup>52</sup>, mas opta por segregar e discriminar os dependentes químicos, reforçando, ainda mais, a exclusão social (CORDEIRO, 2013).

A partir disso, é importante discorrer sobre a regulação exercida pelas instituições de poder sobre essas pessoas. Esclarece Vasconcelos (2015) como o governo das condutas parece traduzir-se em uma pedagogia das condutas, materializada em pedagogias corporais, pedagogias da vida, biopedagogias<sup>53</sup>. Isso porque se trata de administrar corpos individuais e o social<sup>54</sup>, por meio de prescrições sobre como se conduzir e como se viver, a fim de que a inclusão social possa acontecer. Observa-se, assim, um processo mais amplo de marcação, organização, recondução, normalização de corpos diante do cuidado e da educação destinada em relação ao álcool e outras drogas (VASCONCELOS, 2015).

Os sujeitos dependentes químicos são tidos como corpos “desregrados” que fazem uso excessivo de álcool e outras drogas, como “alcoólatras” e “crackeiros”. Numa versão politicamente correta, alcoolistas e drogaditos são concebidos como perigosos que precisam ser “contidos” para não expor a população de vida saudável, regrada e ativa a riscos. Esses corpos, no limite, são matáveis justamente por conta dos perigos dessa exposição (VASCONCELOS, 2015). Em vista de tais concepções, muitos profissionais inseridos na política de atenção a

---

<sup>51</sup> (FOUCAULT, 2006a *apud* VASCONCELOS, 2015).

<sup>52</sup> Cabe ressaltar, conforme já discutido, que a dependência química e o alcoolismo, assim como a violência, a loucura, a criminalização, a pobreza, entre outras problemáticas, são expressões da questão social (que diz respeito à expressão das desigualdades sociais produzidas e reproduzidas na dinâmica contraditória das classes sociais).

<sup>53</sup> (HARWOOD, 2009 *apud* VASCONCELOS, 2015).

<sup>54</sup> (FOUCAULT, 2001a *apud* VASCONCELOS, 2015).

álcool e outras drogas operam nessa lógica de controle e regulação das condutas daquilo que é tido como anormal<sup>55</sup>, por meios de práticas tecnicistas e pedagógicas. Esse excluído precisa ser ajeitado, regulado e adaptado para ocupar um lugar social, como é explicado mais detalhadamente a seguir:

O entendimento do governo das condutas como pedagogia parece oferecer uma pista importante para analisar o funcionamento das políticas sociais, em particular, as de saúde (mental), campo de minhas pesquisas: os serviços que as compõem, seus espaços, as prescrições clínico-institucionais que os regem, as diferentes atividades de gestão e de atenção realizadas, as relações entre as pessoas que vivem, convivem e circulam nas redes de saúde (mental), o modo como elas se comportam, os saberes e fazeres que ali se desenvolvem, o cuidado oferecido, os projetos terapêuticos construídos parecem operar como pedagogias, como elementos formadores de condutas: gestos são inscritos nos corpos, processos de ensino aprendizagem se tecem, organizando corpos, constituindo sujeitos, ou seja, formando profissionais e usuários/as, personagens que ali se encontram, “cada um com uma função, um lugar, um rosto bem-definido” (VASCONCELOS, 2015, p. 372).

Essas políticas e serviços de saúde têm o desígnio de formar sujeitos participativos, indexados a uma subjetividade cidadã. Segundo Carvalho (2009 *apud* VASCONCELOS, 2015), os serviços que compõem as políticas sociais, chamadas de políticas de inclusão, incorporam pedagogias que ensinam uma “cidadania de sujeição”, a partir da qual se produz uma “autonomia regulada”, em que a garantia de direitos se faz atrelada ao controle das condutas. Melhor explicando, o direito à liberdade tem sua garantia subordinada ao cumprimento de deveres. Dessa forma, para Scheinvar (2011 *apud* VASCONCELOS, 2015), é construída a condição de cidadãos de direitos, embora esta não seja nem natural nem libertária, pois está condicionada a uma série de regras e lógicas assentadas na boa conduta.

Nesse sentido, é preciso “ter cuidado”<sup>56</sup> com esses “corpos desviantes”, ou seja, para se manter a ordem social as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas precisam ser contidas. Quando a contenção é assistencial, esses corpos se transfiguram em doentes que precisam de cuidados, tendem a ser assistidos, submetidos a uma dinâmica institucional. Os corpos carimbados como alcoólatras e “crackeiros” tendem a ser aqueles que

---

<sup>55</sup> “[...] Para tanto, traduzido por saberes especialistas que circulam no bojo das políticas de saúde, esse corpo é identificado como anormal” (FOUCAULT, 2001b *apud* VASCONCELOS, 2015, p. 382).

<sup>56</sup> O cuidado, aqui, não denota a proteção e o tratamento desses sujeitos, mas a advertência e o alerta em relação à periculosidade que eles representam. Desse modo, não se trata, a partir dessas acepções de disciplinamento, regulação e controle social, de se “ter cuidado” enquanto um “cuidar de...”, mas de um “cuidado com...!!!”. E mesmo quando há alguma prática em relação a esse primeiro sentido do cuidado – o “cuidar de...”, há também algum sentido regulatório posto ao sujeito-alvo desse cuidado, a partir de sua inscrição institucional e da tutela e das condicionalidades às quais deve ser submetido para “merecer” tal cuidado.

são mantidos fora da horda dos cidadãos contribuintes, entendidos, assim, como corpos demonizados, ou como corpos a serem socorridos, precisando de tutela institucional, corpos que, tomados ao cuidado-educação de Serviços de Saúde, podem vir a ser cidadãos (VASCONCELOS, 2015). A criminalidade associada aos dependentes químicos é também um alibi para o fortalecimento do controle da sociedade, que para manter sua estrutura intacta sempre coloca um grupo social, ou grupos sociais, à margem das demais relações sociais. A esses grupos, em diversas sociedades, sempre é atribuída a classificação de “classes perigosas” (CHEIBUB, 2006). Assim, é preciso condicionar esses excluídos para possivelmente, e sem risco de periculosidade aos demais, ocuparem um lugar na sociedade (VASCONCELOS, 2015).

O usuário de drogas, enquanto criminoso, delinqüente, viciado ou outro termo qualquer, pressupõe tanto o isolamento quanto a conseqüente inclusão desse personagem. O processo de objetificação é verificado, o que rotula o drogado como criminoso e, por isso, sujeito a estar fora do pacto social, o que o conduz de volta a categorias como a de delinqüente, no manejo do sistema classificatório e punitivo (CHEIBUB, 2006, p. 556).

Complementa Vasconcelos (2015) que as categorias adicionadas ao dependente químico, como viciado, doente e criminoso, legitimam a necessidade de penalidade e, ou, de tratamento. Nesse contexto, indica essa autora que as políticas sociais são concebidas como instâncias centrais de organização do corpo individual e social, atuando por meio de normalização e gestão de variadas dimensões “da vida cotidiana dos sujeitos aos quais se direcionam, educando-os para pensar, sentir e agir de certos modos e não de outros” (MEYER; KLEIN, 2013, p. 4 *apud* VASCONCELOS, 2015, p. 375). Por isso, esses “corpos” devem ser vigiados e controlados, por meio de estratégias regulatórias e biopolíticas presentes, muitas vezes, na assistência à saúde das pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A biopolítica é um dispositivo que regula(menta) a vida, pois um poder que tem a tarefa de garantir a vida terá sempre como consequência a instauração de normas (FOUCAULT, 1979). Assim, para esse autor, uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida.

[...] o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica (FOUCAULT, 1979, p. 82).

Estratégias de controle do tempo e do espaço são referidas por Foucault (2008), quando afirma que a disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, ou seja, corpos “dóceis”. Segundo Vasconcelos (2015), há cruzamento entre a intervenção de soberania estatal sobre vidas<sup>57</sup>, incidindo sobre o ponto em que elas cessam de ser politicamente relevantes, e a tarefa, também estatal, de zelar pelo corpo biológico da população. É nessa interseção que a biopolítica da população se preocupa em gerir o corpo social. Sendo o corpo uma realidade biopolítica, a medicina é uma estratégia biopolítica de controle desses “corpos” (FOUCAULT, 1979). Nesse viés, após serem regulados e ajustados, para Candiotto (2011 *apud* VASCONCELOS, 2015), aqueles que são considerados desnecessários (dependentes químicos) ou ameaçadores poderão ser aceitos e inclusos ao modo de uma “inclusão excludente”.

[...] precisando, por isso, ser submetido a práticas de saúde a fim de ser corrigido, reconduzido, normalizado, incluído, ‘dependente químico’, corpo usuário de álcool e outras drogas, identidade que ‘sutilmente’ assinala a animalidade desses corpos. Expondo seus corpos às políticas de saúde, práticas de poder o iluminam, intervêm sobre eles na tentativa de produzir mudanças em seus ‘estilos de vida’, rumo à sua qualificação: qualificação desses corpos e dessas vidas. Mediante o poder de inscrever condutas por meio do acionamento de pedagogias corporais, de biopedagogias, tais práticas (de saúde) irão decidir entre a animalização desses corpos –, caso eles se mantenham não desejando o cuidado e o arreio –, e, assim, justificar a sua morte; ou entre a reanimação desses falsos vivos, humanizando-os, restabelecendo sua saúde, mediante vigilância cotidiana, inclusive dos próprios corpos sobre si mesmos e, com ela, sua humanidade, permitindo sua ‘integração’ à cidade, ao mundo humano (VASCONCELOS, 2015, p. 382).

Evidencia ainda, essa mesma autora, que esses corpos humanos necessitam de purificação cotidianamente de todos os males, sob pena de serem identificados como discrepantes e, assim, precisarem ser (re)incluídos socialmente na economia social de mercado, posto que nela não pode haver o ingovernável. Participam também de uma “exclusão includente”, pois tais corpos discrepantes, na teimosia de não se engajarem nessa economia social, são posicionados como vidas que podem ser banidas. Melhor explicando, de uma forma ou de outra, em nome da segurança da população e da qualidade de vida dos “cidadãos de bem”, corpos discrepantes sujeitam-se às malhas do Estado.

Nota-se que nos últimos anos o crescimento dos problemas relacionados à drogadição tem representado uma grande mazela social e acompanha inúmeros prejuízos sociais, motivo

---

<sup>57</sup> Pode-se relacionar aqui a soberania exercida pelo ideário da Higiene Mental, discurso científico nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, que viabilizou encaminhamentos em diferentes segmentos da sociedade. Em decorrência disso, o alcoolismo e as toxicomanias passaram a ser objetos de intervenção por parte de alguns setores da sociedade, como os representantes dos movimentos higienistas e eugenistas. Essa discussão foi realizada no primeiro capítulo deste estudo, no item 1.2.

pelo qual contribui para o afloramento de discussões referentes à temática, no Brasil e em vários países (SILVA, 2012 *apud* CORDEIRO, 2013). Para Cordeiro (2013), a dependência química carrega consigo não apenas o aumento da criminalidade, mas também a incapacidade produtiva e a destruição de lares e de usuários que são marcados por histórias de sofrimento, estigma social e preconceito. Os usuários de álcool e outras drogas sofrem com a exclusão da família e da sociedade, uma vez que a dependência química imprime uma marca forte na vida desses sujeitos, dificultando o processo de recuperação e de inclusão social, pelo estigma referente a essa problemática que é imensurável.

Desse modo, a inclusão social abordada na temática das políticas públicas de saúde mental, com foco no campo do álcool e outras drogas, visa trazer os indivíduos excluídos para os espaços de participação e de convivência (VASCONCELOS, 2015). Pitta (2016) ressalta que a Lei nº 10.216/2001 visa incluir políticas, planos e programas animados pelo ideário libertário, superador de desvantagens e reconstrutor de sujeitos. Esse processo desencadeado por essa lei, que traz em seu bojo a concepção ampliada de Saúde Mental, conta com a plena participação dos usuários com o objetivo de assumir os destinos de suas histórias, com a colaboração de familiares, profissionais, gestores, parlamentares e da rede social. Essa lei vem a ser o instrumento legal e normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, encontrando-se em sintonia com as propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Passa haver, então, a prioridade na execução de Políticas de Saúde Mental que busquem, por meio de suas práticas e ações, a inclusão social e a emancipação dos sujeitos envolvidos no processo de adoecimento mental. Melhor explicando, uma ética “que negocia uma clínica cuidadosa a inúmeras iniciativas de convívio, lazer e trabalho, que favorecem trocas intersubjetivas e também exercícios de cidadania ativa” (PITTA, 2016, p. 10).

Salientam Wetzell e Kantorski (2004) que a inclusão social do doente mental deve englobar a relação entre usuário, equipe e família – e entre esses e a comunidade –, tendo como objetivos técnicos do atendimento a mudança de papéis, a democratização das instituições, o envolvimento e a responsabilização da comunidade. Desse modo, a intervenção torna-se mais complexa e interdisciplinar, e as práticas e saberes tradicionais necessitam ser reconstruídos para responderem a essa transformação. Acredita-se que todos os envolvidos na Assistência em Saúde Mental possam se construir como sujeitos no processo de assistência, com os poderes sendo adaptados de forma que a construção de identidades substitua o processo de despersonalização que atinge todos os envolvidos no sistema asilar.

Muitas pessoas vivenciaram o acometimento do internamento psiquiátrico e a exclusão social. Ainda hoje, algumas pessoas passam por essa modalidade de tratamento. Contudo, a necessidade de mudança do cuidado deve ser constantemente fortalecida para que se diminua ainda mais a exclusão social e para que se consiga incluir ainda mais pessoas nos atendimentos de base comunitária e, conseqüentemente, possa ocorrer, a partir disso, o processo de inclusão social. Uma vez que a exclusão social ultrapassa o internamento, esses sujeitos, hoje, experimentam outras formas de exclusão na sociedade, como o preconceito, a falta de condições para exercerem sua cidadania, isolamento etc.

Diante do exposto, lembra Pitta (2016, p. 13):

Hoje, milhares de brasileiros se encontram internados de modos aviltante em hospitais psiquiátricos e/ou cárceres; milhões de outros brasileiros, não internados, experimentam isolamento afetivo e social nas ruas ou em suas casas por falta de condições de desempenhar protagonismos positivos, condizentes com seus limites e possibilidades, e, ainda, outros milhões de brasileiros privados da *esperança*, incluem-se aqui os trabalhadores de saúde, de um dia poderem viver numa sociedade mais justa e humana na qual a ética da solidariedade e da responsabilidade sobre o outro excluído, prevaleça.

Sabe-se que são múltiplas e frequentes as perdas decorrentes do processo de adoecimento psíquico e da internação psiquiátrica, as quais afetam as relações profissionais, afetivas e culturais. Por decorrência, geram reflexos no exercício dos direitos individuais, como o acesso a bens e serviços (BRUNELLO, 1998 *apud* LEÃO; BARROS, 2011).

Aponta Teixeira (2015) que as políticas sociais direcionadas para o grupo familiar apresentam avanços significativos de proteção social em relação aos modelos tradicionais, como o hospitalocêntrico. Para essa autora, os serviços alternativos possibilitam novas formas de inclusão social e o acesso aos direitos, favorecendo um trabalho com as famílias e promovendo autonomia, cidadania e protagonismo. Ainda, é necessário que o trabalho educativo desenvolvido reforce o protagonismo das famílias na luta por serviços de inclusão social dos usuários na vida social (TEIXEIRA, 2015).

Com os pressupostos advindos da Reforma Psiquiátrica, a política em Saúde Mental no Brasil propõe uma Rede de Serviços de Atenção em Saúde Mental constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas – CAPSad III, como já mencionado. Esses serviços devem favorecer os processos de inclusão social, constituindo-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território (BRASIL, 2012).



Para ocorrer a inclusão social na Saúde Mental, segundo Dias (2016, p. 130), é necessário “Conseguir entender o direito da minoria e dos diferentes, conseguir aceitar seus direitos e contribuir para que sua exclusão social seja uma mera palavra de retórica onde a lembrança seja a potência que alavanca sua defesa, está sendo nossa maior batalha”.

Nota-se que em uma sociedade capitalista a incapacidade laboral possui grande relevância, pois, quando se trata de pessoas que estão em um processo de reabilitação psicossocial, elas se apresentam com grandes fragilidades, sejam estas ocupacionais, emocionais e sociais, e isso reflete no fato de que nem todas essas pessoas conseguirão ser produtivas para o trabalho. Embora outras pessoas consigam esse intento, elas necessitam de recursos disponíveis na sociedade, nos serviços, na comunidade, para que isso ocorra.

Nas sociedades concretas, a brasileira em especial, a pobreza de investimentos na área social irá determinar que alguns recebam cuidados e outros sejam rejeitados pelo sistema de atenção. Serão mais rejeitados os que revelarem uma absoluta inaptidão para o trabalho, já que, no horizonte de expectativas, a inserção no mercado formal ou informal de trabalho entra como indicador positivo em quase todos os projetos de cuidados (PITTA, 2016b, p. 33-34).

Historicamente, a incapacidade laboral já preocupava o modo de produção capitalista. A questão do trabalho faz parte do contexto histórico dos doentes mentais/dependentes químicos, conforme já mencionado no primeiro capítulo. Melhor explicando, o trabalho era a terapêutica utilizada nos hospitais-colônias do início do século XX, na tentativa de “recuperar” e “tratar” o sujeito, mas também era incorporada à ideologia capitalista.

De acordo com Wanderley (2014), a questão do trabalho é sempre mencionada quando se fala em inclusão, uma vez que é por meio dele que nos inserimos na sociedade moderna. Martins (2002) compreende que a própria discussão acerca da exclusão está enraizada no desenvolvimento do capitalismo e na redução da força de trabalho em mercadoria, o que provoca o controle da vida do trabalhador por parte do mercado. Para esse autor, se a economia está estável, há valorização do trabalho, mas em momentos de crise a situação do trabalhador piora, aumentando sua vulnerabilidade. Nesses momentos em que o mercado não é capaz de absorver todos os trabalhadores, intensificam-se os processos de exclusão, que atingem não só o trabalhador, mas toda a sua família.

Nesse sentido, a inclusão social na sociedade ainda continua sendo um desafio para os dependentes químicos. O isolamento, a alienação e o estigma ainda persistem em torno desses indivíduos, dificultando esses processos de inclusão social pelo trabalho. Uma vez que, para

Perkins (2003 *apud* SALLES; BARROS, 2013, p. 705): “[...] Para a constituição da inclusão social, é preciso a reconstrução de uma vida significativa e satisfatória, na qual se tenha acesso às oportunidades relacionadas a diferentes atividades e papéis sociais que considerem importantes”.

Seria necessário, dessa forma, que as políticas sociais orientassem outras formas de enfrentar a problemática da exclusão social, porém a inclusão social se torna difícil num sistema de produção capitalista, em que a exploração é um elemento constituinte desse sistema.

[...] deixar de ver a inclusão dos pobres em esquemas assistenciais tem, como regra, efeito típico de exclusão, pelo menos no capitalismo, já que, não podendo se auto-sustentar precisam ser mantidos pelos que conseguem; esta “santidade social” será sempre muito difícil em qualquer sistema, em particular no capitalismo, ainda que, sob peso de uma cidadania muito qualitativa, fosse possível avançar até certo ponto, mas não ao ponto de colocar a cidadania acima do mercado (DEMO, 2002, p. 8).

As políticas sociais operam no sentido de regular as expressões da questão social, pois no modo de produção capitalista essas contradições são inerentes e nunca se conseguirá saná-las por completo por meio de políticas focalizadas, compensatórias e subsidiárias. Essas políticas somente aliviam as urgências e carências humanas (efeitos), sem alterar substancial e estruturalmente aquilo que as produz (causas). Dessa maneira, é essencial que os serviços, criticamente, modifiquem sua concepção em torno da exclusão e da inclusão social, a fim de que esta última seja possível (ainda que não se supere totalmente a estrutura excludente) e volte seu foco para aqueles que, de alguma forma ou de outra, se encontram à margem da sociedade. Assim:

Numa sociedade democrática, a política social deveria se sobrepor à política econômica, os bens públicos deveriam ganhar projeção e prioridade em relação aos bens privados. Entretanto, dependendo das características que as políticas sociais assumem e da relação que se reduzem a propostos e programas emergenciais, que têm como único objetivo dar resposta à demandas imediatas de setores mais críticos da população (RIZZOTO, 2012, p. 29).

Sem superar as condições estruturais que levam à exclusão, as políticas sociais buscam operar na lógica do capital, possuindo um caráter regulatório diante da desigualdade social, oriunda do sistema capitalista. As políticas sociais, por meio de ações do Estado, buscam apenas regular as expressões da questão social, como, nesse caso, a exclusão social. Conforme aponta Rizzoto (2012, p. 27), “[...] as políticas sociais se constituiriam em medidas de caráter

compensatório e, em alguns casos, distributivas, tendo como objetivo contribuir para a normalidade social e política, necessária à manutenção e à expansão dessa formação societária”.

Nesse âmbito é indispensável compreender o conceito de exclusão/inclusão social dentro do contexto e da lógica do modo de produção capitalista<sup>58</sup>, refletindo sobre a situação atual na qual se encontram os indivíduos que vivem o processo de exclusão e inclusão social (SALLES; BARROS, 2013). Segundo Sawaia:

A dialética inclusão/exclusão gesta subjetividades específicas que vão desde o sentir-se incluído até o sentir-se discriminado ou revoltado. Essas subjetividades não podem ser explicadas unicamente pela determinação econômica, elas determinam e são determinadas por formas diferenciadas de legitimação social e individual, e manifestam-se no cotidiano como identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência (SAWAIA, 2014a, p. 9).

Compreende-se que aquele que está excluído precisa consentir com as regras e o funcionamento do espaço ao qual retornará, enquanto o próprio ambiente social não se atenta ou se interroga para uma possibilidade de mudança (SANCHES; TEODORO, 2006 *apud* SANCHES, 2018). Como citado anteriormente por Sawaia (2014a), o sujeito sofre no processo de inclusão social, pois repõe a ordem social. Torna-se válido reforçar esse trecho do livro dessa autora: “Artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social”, em que ela escreve sobre os artigos que o compõem:

Todos os estudos reforçam a tese de que o excluído não está à margem da sociedade, mas repõe e sustenta a ordem social, sofrendo muito neste processo de inclusão social. Eles são unânimes em apontar as necessidades éticas e afetivas, em valorizar a diversidade de necessidades e sofrimentos e, conseqüentemente, em evitar o modelo único, uniformizante, nas reflexões teóricas e nas políticas públicas. A abordagem complexa não nega a ordem social, ao contrário, orienta a reflexão sobre a mesma, mas não como sinônimo uniformizante e monolitismo, mas como integração da diversidade, uma ordem social não cristalizada e em constante configuração e conexão entre pessoas diferentes, entre o eu e alteridade. Uma “crioulidade” em processo (SAWAIA, 2014a, p. 12).

Para Demo (2002), a inclusão social está sempre relacionada às questões infraestruturais de mercado de trabalho e renda. Contudo, o processo de exclusão/inclusão social não se caracteriza apenas pela carência de recursos materiais e emprego. Isso porque outros aspectos, como as relações sociais, ao mesmo tempo são de extrema importância, uma

---

<sup>58</sup> É necessário compreender que a exclusão/inclusão social é um processo dialético que leva em consideração a qualidade da inclusão, os papéis, as relações sociais e as subjetividades da vida cotidiana; o indivíduo luta pela inclusão, excluindo-se, ou seja, inserindo-se na lógica do capital, repondo, a partir de sua suposta inclusão, a mesma ordem social que o exclui, o penaliza e lhe causa sofrimento.

vez que é provável haver inclusão social mesmo para aqueles que não trabalham, sendo preciso refletir sobre outras formas dessa inclusão (SALLES; BARROS, 2013). Por isso, é necessário que as políticas públicas no campo do álcool e das outras drogas atuem no território – na tentativa de propor uma transformação social que possibilite a construção de ações de reabilitação psicossocial na realidade do usuário – e apontem alternativas de inclusão social.

## **2.2 A Reabilitação Psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas – CAPSad III**

Conforme já mencionado, a reabilitação psicossocial é preconizada pela Reforma Psiquiátrica, de modo que se atribui aos CAPS o desenvolvimento de ações reabilitadoras com os seus usuários. Na compreensão de Saraceno (2016), a reabilitação psicossocial é um processo de reconstrução, exercício de cidadania e contratualidade nos âmbitos familiar, social e do trabalho. E isso requer “[...] uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados” (PITTA, 2016b, p. 29).

Complementa Saraceno (2016) que a reabilitação psicossocial se constitui na abertura dos espaços de negociação e ampliação do poder contratual dos sujeitos em três eixos principais: a casa, a rede social e o trabalho. Saraceno (2001) explica que o primeiro deles, a casa, está relacionado a uma propriedade do espaço onde se vive e sua relação com a organização dos espaços e objetos, bem como à afetividade com os outros. O segundo eixo, conforme esse autor, compreende a rede familiar ampliada, cujas relações foram empobrecidas quantitativa ou qualitativamente. Já o terceiro eixo envolve a realização de tarefas não apenas como uma forma de terapia ou entretenimento, mas nas quais se articulem interesses, necessidades e desejos, permitindo que a atividade desempenhada seja uma forma de sustento e autorrealização.

A reabilitação psicossocial é entendida por Kinoshita (2016) como a capacidade de realizar trocas sociais a partir de uma produção de valor que é referida ao sujeito. Nesse sentido, o valor social que lhe é atribuído garante a ele o seu poder de contrato social ou poder de contratualidade. No caso de pessoas com sofrimento mental, atribui-se uma negatividade, anulando ou reduzindo o seu poder de trocas. De igual modo, essa mesma lógica negativa se

expressa em relação ao cuidado dos usuários de drogas, pois se consideram os prejuízos que a dependência química gera na sua capacidade de contratualidade social, afetiva e econômica.

Portanto, o processo de reabilitação deve se constituir no sentido de aumentar o poder contratual dos sujeitos, de modo que ele possa participar das relações de troca na sociedade, pois, assim, haveria uma ampliação da sua autonomia<sup>59</sup> (KINOSHITA, 2016). Saraceno (2016) questiona:

[...] o que seria reabilitação – que é reabilitar? [...] é uma estratégia que implica muito mais do que simplesmente passar um usuário, um paciente, de um estado de “desabilidade” a um estado de “habilidade”, de um estado de incapacidade a um estado de capacidade (p. 20).

Os preceitos apontados pela reabilitação psicossocial e pela Reforma Psiquiátrica são de que as ações inclusivas aos usuários ocorram em concordância com o meio onde vivem, ou seja, no território, de acordo com a lógica territorial. É reconhecer os indivíduos como sujeitos de direitos, no processo de reabilitação social que vise à inclusão social e ao exercício da cidadania. A efetivação desse processo pelas Políticas de Saúde Mental “[...] implica uma mudança total de toda a política dos serviços de saúde mental. [...] são os programas, através dos quais tais políticas se aplicam, se realizam e são estas que têm que ser modificadas” (SARACENO, 2016, p. 20). Segundo esse autor, a reabilitação engloba todos os profissionais e todos os atores do processo saúde-doença, ou seja, todos os usuários e famílias e, finalmente, a comunidade inteira. Nesse sentido, o envolvimento da família no cuidado em relação ao uso problemático de drogas mostra-se fundamental, pois tende a fortalecer e a estender os benefícios para o sujeito em tratamento (SANCHES; VECCHIA, 2020).

Os contextos onde as práticas reabilitadoras acontecem tem variado de *settings* e ideologias. As práticas territoriais têm sido mais coerentes com os propósitos reabilitadores articulando diferentes serviços comunitários: centros ou núcleos de atenção psicossocial, cooperativas de trabalho, moradias assistidas, ateliês terapêuticos e centros de ajuda diária de diferentes tipos (PITTA, 2016b, p. 31).

No sentido instrumental, a reabilitação psicossocial concebe um conjunto de meios: programas e serviços que se desenvolvem para promover a vida de pessoas com problemas severos e persistentes (PITTA, 2016b). Isso diz respeito a um conjunto de estratégias para o

---

<sup>59</sup> [...] a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem como independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelece novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2016, p. 71).

manejo dos prejuízos e aumento de potencialidades do usuário de álcool e outras drogas. Contudo, ao se pensar em reabilitação psicossocial, é preciso definir quem é o sujeito dessas políticas e as práticas reabilitadoras. Nas palavras dessa autora:

[...] o exercício de cronificados moradores dos Hospitais Psiquiátricos? Os milhares de “des-habilitados” que se vão produzindo às margens de uma sociedade desigual e intolerante para os seus homens e suas idiosincrasias? Que têm como alternativa de sobrevivência uma via marginal, “louca” sem jamais ter tido chances de se “habilitar” para qualquer coisa? (PITTA, 2016b, p. 28).

Os (des)habilitados e excluídos socialmente são também os dependentes químicos que estão sujeitos ao discurso moralizante que, de algum modo, acaba afetando ainda mais o processo de reabilitação e inclusão social. Na dependência química, isso pode ser verificado na forte associação da reabilitação psicossocial com uma lógica de adaptação social. Essa compreensão foi verificada no estudo de Pinho *et al.* (2009), no qual a inclusão social, segundo esses autores, aparece atrelada a uma perspectiva de normalidade social. O tratamento destinado a esses sujeitos, embora vise à inclusão social, busca a partir do individual obter esses resultados, mas não promove a readaptação social necessária ao processo de inclusão e para amenizar os resquícios advindos de outras formas de cuidado, em que a segregação e a exclusão social se propagavam.

Sanches e Vecchia (2020) alertam que essa “marca social”, tida entorno do dependente químico, desvaloriza o sujeito perante a sociedade e a própria família. Constitui importante barreira para a reabilitação psicossocial e a inclusão social, pois pode provocar a redução da circulação dos sujeitos em diversos espaços sociais que não são considerados o seu lugar. Nessa perspectiva, é preciso que as ações de reabilitação proponham a desconstrução da regulação e o ajustamento proposto pelo paradigma psiquiátrico. Afirma Pinho *et al.* (2009):

Para que as ações reabilitatórias desenvolvidas no serviço não reforcem o caráter regulatório, mas desconstruam o paradigma psiquiátrico de exclusão e controle social, o serviço deve estar compromissado com a transformação das condições de vida dos usuários. Colocamos então, a necessidade de cada projeto da instituição estar vinculado preferencialmente à questão dos direitos fundamentais da pessoa humana (p. 1265).

Percebe-se que é viável expandir a perspectiva crítica dos profissionais diante do processo exclusão/inclusão social que visem ações que sejam também coletivas além de individuais, emergenciais e regulatórias. Isso é necessário para que não se mantenham práticas

e visões, como criticam Frazatto e Sawaia (2016 *apud* SANCHES, 2018), em que os conceitos como a inclusão social não favorecem o desenvolvimento de práticas comunitárias, já que seu foco de ação está no indivíduo e não no contexto social em que se encontra.

Falar em *Reabilitação Psicossocial* no Brasil, hoje, é estar a um só tempo falando de amor, ira e dinheiro. *Amor* pela possibilidade de seguirmos sendo sujeitos amorosos, capazes de exercitar a criatividade, amizade, fraternidade no nosso “quefazer” cotidiano; *ira* traduzida nesta indignação saudável contra o cinismo das nossas políticas técnicas e sociais para a inclusão dos diferentes; e *dinheiro* para transformar as políticas do agir, estando aqui incluída a preocupação com um destino eticamente irrepreensível de reduzir as formas de violência que exclui e segrega um número sempre significativo de brasileiros (PITTA, 2016b, p. 36).

Como mencionado anteriormente, a inclusão exige muito mais que a assistência estratégica utilizada de combate à exclusão social no capitalismo, que exige a inclusão laboral e a supremacia da cidadania. Nessa questão, surge um grande dilema capitalista: como conjugar o mercado e a cidadania? (DEMO, 2002).

A perspectiva de trabalho de combate à exclusão tem, ainda, que prover níveis de proteção que garantam o exercício da cidadania, possibilitando a autonomia da vida dos cidadãos. Nesse sentido, romper a relação entre subordinação, a discriminação e a subalternidade, brutais em nosso país, é um dos muitos desafios colocados (WANDERLEY, 2014, p. 26).

Nota-se a importância das ações reabilitadoras na construção dessa autonomia, a qual é indispensável para romper com a subordinação, para o exercício de direitos e para a emancipação dos sujeitos. Nessa perspectiva, conforme Pinho, Oliveira e Almeida (2008), em que se insere a reabilitação psicossocial para os usuários de álcool e outras drogas, no sentido de desenvolver estratégias e ações intras-setoriais e intersetoriais efetivas, com o propósito de que esses consumidores possam assumir suas condições de sujeitos sociais.

Reabilitar os sujeitos que são acometidos pelo uso de substâncias psicoativas é um dos processos que possibilitam a inclusão social, contudo, em uma sociedade capitalista, esta última envolve outros desafios. Exemplos desses desafios são pobreza, exclusão social, falta de oportunidades para determinadas populações e classes sociais, marginalidade/criminalidade envolvida na questão das drogas e concepções morais que acabam por tomar conta de algumas questões sociais.

Em estudo realizado por Sanches e Vecchia (2020), eles buscaram discutir os principais impasses e desafios envolvidos nas práticas dos profissionais de um CAPSad no processo de

desenvolvimento das ações de reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Os principais impasses observados foram: os estigmas sociais atribuídos aos usuários de drogas, a escassez de atividades de trabalho e geração de renda, o distanciamento da família durante o tratamento e o financiamento insuficiente para ações estratégicas.

Em relação a isso, o CAPSad enquanto produto da Reforma Psiquiátrica precisa articular com o território no enfrentamento das dificuldades, fortalecendo na comunidade ações que potencializem a aceitação dos usuários, aproximem a família e promovam autonomia e emancipação dos usuários. De acordo com Sanches e Vecchia (2020), os processos de reabilitação psicossocial e de inclusão social esbarram em obstáculos que necessitam ser considerados no planejamento e execução das ações, a ponto de consolidar as possibilidades de circulação e ocupação dos espaços sociais de modo efetivo e que contemple os direitos dos cidadãos.

Dessa forma, os princípios da Reforma Sanitária, entre eles a universalidade, a equidade e a integralidade, devem estar aliados aos princípios da Reforma Psiquiátrica, que não mede esforços na Luta Antimanicomial e na formação da atenção psicossocial e no trabalho no território.

Nas chamadas democracias emergentes, quando se enfatiza a equidade como a possibilidade de atender igualmente o direito de cada um, singularizado e subjetivado, *Reabilitação Psicossocial* poderá significar justamente um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para alcançarmos a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos (PITTA, 2016b, p. 33).

Assim, este estudo visa contribuir socialmente para o avanço da Política Nacional de Álcool e, ou, outras drogas, ao elencar os desafios e dificuldades tidos pelos usuários perante o processo de inclusão social, facilitando a intervenção dos profissionais de saúde em relação ao cuidado de maneira integral, equânime e universal, de maior eficácia e resolutividade. Nesse viés, a técnica em reabilitação psicossocial deve aproveitar todas as técnicas disponíveis para estabelecer as melhores negociações em meio às necessidades dos pacientes e às oportunidades e recursos do contexto (PITTA, 2016b), contexto esse que diz respeito ao território. Por isso, não se pode pensar e promover a inclusão social separada da reabilitação psicossocial e do trabalho no território.

A reabilitação psicossocial, além de habilitar o sujeito a promover autonomia e potencializar seu poder de contratualidade com a comunidade, a família e o social, não deixa



de ser uma estratégia de reconhecimento de direitos humanos e sociais e de abertura para a participação social.

Quando o homem em condição de pobreza ou exclusão social passa à condição de sujeito de direitos, os sentimentos humanitários passam a se expressar pela solidariedade. O modo de perceber o outro é de relacionamento entre diferentes transforma-se radicalmente. Tal transformação facilita o questionamento dos dispositivos de exclusão social e recoloca a questão da reabilitação psicossocial na pauta das políticas públicas. A passagem da caridade (negação de direitos) para a solidariedade (o louco enquanto sujeito de direitos) é acompanhada de múltiplas transformações que atingem as representações sociais e os projetos. Substitui-se o sequestro dos conflitos sociais realizado pelo manicômio por modelos alternativos abertos e participativos (VALENTINI JR.; VICENTE, 2016, p. 62).

Compreende Bertolote (2016) que a reabilitação psicossocial como um processo de remoção de barreiras impede a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania. Para esse autor, reabilitação psicossocial seria a restituição plena dos direitos, das vantagens, das posições que essas pessoas apresentavam ou poderiam vir a apresentar se lhes fossem ofertadas outras condições de vida, em que as barreiras fossem enfraquecidas ou desaparecessem.

Desse modo, torna-se necessária a ampliação da rede de assistência baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial localizada no território e articulada com outros setores sociais, objetivando a reabilitação psicossocial e a inclusão social dos usuários que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esses dispositivos devem utilizar como referência a lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

Para finalizar, é relevante que as práticas de inclusão social voltadas para os sujeitos ocorram, porém as intervenções sociais, territoriais e comunitárias devem ser fortalecidas, assim como a visão crítica diante do sistema capitalista e da responsabilização do Estado perante o processo exclusão/inclusão social desses sujeitos. Tanto a reabilitação psicossocial quanto a inclusão social devem ocorrer de acordo com o território, pois para reabilitar o sujeito é necessário, antes de tudo, reabilitar o território onde ele vive.

### **2.3 O território na Política de Saúde Mental**

Conforme citado, é preconizada pelo SUS a construção de uma rede de cuidados na comunidade que se articule tanto com a Rede de Saúde Mental quanto com outras instituições disponíveis na sociedade e nos espaços das cidades que visam à emancipação das pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas, devendo ser organizada e orientada a partir da noção do território. Dessa maneira, é pertinente, para melhor apreensão dessa noção de território, se expor conceitualmente tal categoria.

Para Milton Santos (2002), o território é um objeto dinâmico, vivo de inter-relações que engloba as características físicas de dada área, bem como as marcas e relações produzidas pelo homem; ao considerar isso, nega-se a visão tradicional dada ao território pela geografia, como um objeto estático com suas formações naturais.

Nas palavras desse autor:

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importa o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente [...] (SANTOS, 2002, p. 84).

De acordo com Saquet (2007):

[...] é preciso superar as concepções simplistas que compreendem os territórios sem sujeitos sociais ou estes sujeitos sem territórios e apreender [...] as interações *no e com* o lugar, objetiva e subjetivamente, sinalizando para a potencialização de processos de desenvolvimento (p. 24).

Conforme dito, o território é dinâmico e vivo, pois abrange diversos processos sociais, econômicos e jurídicos, assim como relações e construções concretas, culturais e também simbólicas. “O território em que vivemos é mais que um simples conjunto de objetos, mediante os quais trabalhamos, circulamos, moramos, mas também um dado simbólico” (SANTOS, 2011, p. 139).

Segundo Saquet (2007), o conceito de território remete-se a um conjunto de relações e interações entre os atores envolvidos em combinações espaço-territoriais, o que reflete em um processo de relações de poder entre esses atores. Portanto, o território define-se antes de tudo: “[...] com referência às relações sociais (ou culturais, em sentido amplo) em que está mergulhado, relações estas que são sempre, também, relações de poder” (HAESBAERT, 2006, p. 54). Melhor explicando, essas relações de poder ocorrem no espaço, no território, o que

possibilita a reprodução e desenvolvimento social da vida. Assim, o território é tido como um todo dinâmico que proporciona uma visão não fragmentada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos (LIMA; YASUI, 2014). Na discussão concretizada por Saquet (2007), também se destaca a produção do território sob as forças econômicas, políticas e culturais.

Conforme Delfini *et al.* (2009), o território é onde:

[...] circulam, moram, conversam, relacionam-se nos vários cenários: na casa, família, vizinhança, trabalho, comunidade, festas, momentos de ajuda e de solidariedade. O território vai se compondo pelas características das pessoas, que também sofrem as ações desse território, em processos contínuos de transformação. É ainda no território que as pessoas adoecem; portanto, é nele que o cuidado se faz (p. 1486).

A produção do território desenvolve-se em substrato físico, contudo é a natureza das relações humanas que dão sentido à vida no território (HAESBAERT, 2006). Nesse sentido, Yasui (2006, p. 119) define o território como “Modos de construção do espaço, de produção de sentidos ao lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas [...]”. O Território é compreendido pelos processos naturais e também pelas construções históricas que se dão em uma sociedade capitalista. É no território que a vida acontece; onde “tudo” acontece; o território é modificado e, assim, pessoas são transformadas, desde o desenvolvimento de potencialidades, tanto quanto o surgimento de dificuldades/fragilidades. Por exemplo: o adoecimento mental, o abuso do consumo de substâncias psicoativas, o uso de drogas, a compra e venda de mercadorias, a exclusão social etc. São demandas que surgem em determinado território, que deve ser levado em conta na proposta de ações e intervenções.

Analisa-se que:

Há desigualdades sociais que são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra. Seu tratamento não pode ser alheio às realidades territoriais. O cidadão é o indivíduo num lugar. A República somente será realmente democrática quando considerar todos os cidadãos como iguais, independentemente do lugar onde estejam (SANTOS, 2011, p. 204).

Segundo Yasui (2006), o território não é somente permanência, perpetuidade, não é apenas tradição cultural. Para esse autor, é também mutação, produção e transformação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, transformando relações e gerando modos conformados e consumistas de existir. É no território que se exerce o controle das subjetividades e é nele que se instala a vigilância do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado (YASUI, 2006).

Desse modo:

Ao entender o território enquanto apropriação social (política, econômica e cultural) um salto qualitativo foi dado, tanto no que se refere às escalas quanto às funções que cada recorte territorial admite. É nessa perspectiva que essa categoria ganha dinamicidade, alterando-se a partir do jogo conflituoso (de poder) próprio das relações sociais [...] (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p.37).

As políticas públicas promovem e reproduzem relações de poder que, de alguma forma, exercem o controle social por meio de práticas voltadas para o ajustamento social e moral dos sujeitos. Desse modo, “[...] o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência. Subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo” (YASUI, 2006, p. 119). No tocante aos problemas decorrentes de álcool e outras drogas, a vigilância e a disciplina são intensas e, como já visto, fundamentadas no ideário higienista e no discurso moral desenvolvido ao longo do tempo diante da questão da dependência química.

Conforme Santos (2011), ao falar de território, deve-se pensar na relação entre a economia e a cultura, considerando um modelo cívico-territorial, a organização e a gestão do espaço como instrumentais para uma política efetivamente redistributiva que tende à atribuição de justiça social para a totalidade da população, não importando onde esteja cada indivíduo. Para esse autor, ambos os processos de economia e cultura têm a ver com o território e também com a cidadania:

[...] e este não tem apenas um papel passivo, mas constitui um dado ativo, devendo ser considerado como um fator e não exclusivamente como reflexo da sociedade. É no território tal como ele atualmente é, que a cidadania se dá tal como ela é hoje, isto é, incompleta. Mudanças no uso e na gestão do território se impõem, se queremos criar um novo tipo de cidadania, uma cidadania que se nos ofereça como respeito à cultura e como busca da liberdade (SANTOS, 2011, p. 80).

A plena realização do homem, material e imaterialmente, não depende apenas da economia, uma vez que resulta de um quadro de vida, material e não material, que inclui a economia e a cultura (SANTOS, 2011). Nesse sentido, o território seria o lugar de trocas materiais e imateriais; lugar de pertença, da identidade e do exercício da cidadania.

Ressalta Saquet (2007) que a identidade é a unidade processual, relacional e a mediação do desenvolvimento do/no território. Esse autor faz uma abordagem das relações do conceito de identidade, ou seja, a vida em sociedade, em comunidade com a questão do território, a qual é indispensável à constituição territorial. Com isso, destaca-se dessa identidade também sua dimensão política, tendo em vista a mediação que exerce diante do território na

possibilidade de transformação social e, conseqüentemente, do território. Entretanto, para esse autor, ao mesmo tempo que a identidade carrega em si a potência política de transformar o território, ela também está submetida à lógica repressiva, normatizadora e manipulativa dos atores socioeconômicos, os quais atuam como agentes de desterritorialização, desenraizamento e “reterritorialização”. Compreender que o território também é composto de processos exclusivos e repressivos torna fundamental no sentido da atuação em prol da transformação social, assim como diante da desconstrução do imaginário social<sup>60</sup> construído historicamente perante a dependência química, que a exclui, a penaliza e a normatiza, levando em conta que tais processos fazem parte da lógica de construção de identidade dos indivíduos.

O território é referência e também local da identidade diante das relações de convivência que as pessoas constroem com a comunidade. E considerar a existência dessa lógica de construção de identidade a partir do território para o planejamento das políticas sociais é essencial. Com isso, leva-se em conta o protagonismo do usuário no âmbito da construção das ações em saúde, o que significa incluí-lo no processo de tratamento e reabilitação; concebê-lo em primeiro plano, não o reduzindo apenas à doença, conforme já explicitado no primeiro capítulo.

As discussões e debates em torno da territorialidade se fizeram relevantes a tal ponto que passou a ser considerada pelo Estado na elaboração das políticas sociais. Nessa lógica, Lanza e Faquin (2018), a partir do ano 2000, observaram uma retomada dos estudos do território, especialmente na interlocução com as políticas sociais. Para Corrêa (2004), o entrelaçamento das políticas públicas com o conceito de território requer perceber que o Estado atua também na organização espacial da sociedade, com suas construções infra-estruturais ou com suas regulações; no caso do Estado capitalista, propondo, em primeira instância, a satisfação básica da população e, em última análise, visando criar condições de realização de reprodução da sociedade capitalista. Melhor dizendo, condições que possibilitam o processo de acumulação do capital e reprodução das classes sociais e suas frações. Entretanto,

[...] Sua ação é marcada pelos conflitos dos diferentes membros da sociedade de classes, bem como das alianças entre eles. Tende a privilegiar os interesses daquele segmento ou segmentos da classe dominante que, a cada momento, estão no poder (CORRÊA, 2004, p. 26).

---

<sup>60</sup> Discussão abordada no primeiro capítulo na dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica, em que se busca produzir uma transformação social sobre os estigmas sociais construídos no imaginário social em relação aos dependentes químicos.

Dessa forma, compreende-se o território como elemento central para a gestão e formulação das políticas sociais, assim como o planejamento e o cuidado em saúde. Nesse viés, a categoria território mostra-se pertinente, tanto no que se refere ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna quanto à verificação das realidades sociais mais deploráveis (FARIA; BORTOLOZZI, 2009). Explicam esses autores que o território é cenário das relações sociais e pode, de um lado, ser essencial investigar a apropriação e dominação do espaço e sua relação com a saúde e, por outro, torna-se relevante para o planejamento de ações que tendem diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas.

A aproximação da categoria território com a política de saúde é recente, e suas interpretações foram modificadas a partir das mudanças que essa política foi sofrendo em seu percurso histórico. É essencial considerar tal categoria na elaboração e formulação das políticas públicas, bem como na gestão e implantação dos serviços públicos, principalmente no âmbito da saúde, em que o cuidado deve ser no território, pois é aí aonde ocorrem os problemas e onde se podem encontrar estratégias para lidar com tais problemáticas. Nesse sentido, cabe aos serviços se adaptarem às necessidades dos usuários e não o contrário.

Santos (2011) alerta, atualmente, que a distribuição dos serviços está gritantemente em desacordo com as exigências presentes nas populações, o que, conseqüentemente, compromete o seu futuro. Segundo ele, cabe à Constituição estabelecer as condições para que cada pessoa venha a ser um cidadão integral e completo, seja qual for o lugar onde se encontra. Nesse sentido, é necessário que se delineiem normas para que os bens públicos deixem de ser exclusividade dos mais bem localizados. Assim, “O território, pela sua organização e instrumentação, deve ser usado como forma de se alcançar um projeto social igualitário” (SANTOS, 2011, p. 204).

A implantação dos serviços destinados ao tratamento de álcool e outras drogas, de acordo com a Reforma Psiquiátrica, deve priorizar ações comunitárias e a lógica territorial. Contudo, ao mesmo tempo, regulamenta-se a implantação de serviços como CAPSad III regional e, ou, consórcio intermunicipal, abarcando vários municípios, populações, realidades e territórios diferentes. Isso dificulta a atuação em todos esses espaços e contextos, bem como a oferta de um tratamento de modo mais igualitário, conforme preconiza a Política de Saúde Mental. Segundo essa política, todas as pessoas que necessitam desse serviço devem ter acesso de modo mais igualitário possível, pois se trata, antes de tudo, de uma política universal, em que a igualdade, a equidade e a justiça devem ser prioridades.

É importante recordar, segundo a Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080, em seu Art. 2º, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Esse direito deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que objetivem à redução de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990). Nessa perspectiva, assinalam Radke e Ceccim (2018), a Reforma Sanitária preconiza um sistema de acesso universal, com destaque para a implantação de uma rede territorial. Para esses autores, a atenção é embasada na equidade e na integralidade e, no que diz respeito à gestão, fundamentada na descentralização e na participação.

[...] o acesso universal diz respeito a não discriminação, de qualquer tipo, para aceder às ações e aos serviços de que necessite qualquer cidadão – nos termos em que os necessite – a integralidade se refere à não dissociação dos fatores que afetam a saúde, sejam eles relativos aos aspectos biossanitários ou aos aspectos psicossociais. Entre o acesso e a integralidade, uma agulha de precisão está na regulação promovida pelo critério da equidade, um objetivo de todo sistema de saúde que diga respeito à singularidade de seus usuários (RADKE; CECCIM, 2018, p. 20).

Assegura Campos (2011) que a gestão da saúde pública necessitará agir territorialmente para conseguir garantir os preceitos constitucionais e viabilizar a universalidade do acesso, bem como atender à singularidade de seus usuários. Melhor explicando, reconhecer de modo detalhado determinado território e identificar suas necessidades, priorizando a identificação da parcela da sociedade que não tem garantido o acesso à saúde e planejando ações que busquem atender às suas necessidades (CAMPOS, 2011).

Aponta Castro (2003) que a existência das condições materiais para o exercício da cidadania são condições que continuam sendo a questão central para os países como o Brasil, que não alcançaram ubiquidade territorial das instituições que garantem ao cidadão o exercício dos seus direitos. Segundo essa autora, no caso do Brasil, tanto os direitos civis quanto os políticos e sociais<sup>61</sup> são garantidos por lei e inscritos na Constituição da República. Entretanto,

---

<sup>61</sup> Segundo Marshall (1967), a cidadania é dividida por três elementos: civil, política e social, os quais se desenvolveram ao longo dos séculos XVIII, XIX e XX, respectivamente. O elemento civil corresponde aos direitos necessários à liberdade individual, ou seja, a liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça (MARSHALL, 1967). A parte política compreende o direito de participar no exercício do poder político como membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo (MARSHALL, 1967). O elemento social refere-se a tudo, desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança até o direito de participar por completo na herança social e de levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade (MARSHALL, 1967). Ainda em que pese ao evolucionismo e à linearidade, a concepção marshalliana é tida como base para se compreender a ideia de cidadania na sociedade capitalista-liberal, fundada no ideário dos direitos formais. Por esse motivo está sendo resgatada aqui, tendo-se em vista a não superação, ainda, dessa

não são exercidos, de fato, numa sociedade e num território atravessados por profundas desigualdades. Apesar da universalidade destinada aos direitos civis e políticos, a exclusão ainda persiste para os direitos sociais, apesar do fato de a maioria da população possuir formalmente algum tipo de cobertura social (CASTRO, 2003). Ainda existem populações que não possuem a cobertura social da qual necessitam ou, até mesmo, não conseguem acessá-la por várias outras questões, como: econômicas, culturais e temporais, além de residirem distantes dos serviços, entre outras.

Por essas e outras discussões, Azambuja e Neto (2019) explanam que a noção de território nas políticas públicas brasileiras tem possuído um lugar cada vez mais central. Essa noção é pensada como um dos elementos potenciais para uma nova perspectiva redistributiva de gestão das ações das políticas sociais. Especificamente nas políticas de saúde, o território não designa um espaço físico inerte, pois, conforme Lima e Yasui (2014), a lógica do território é uma ideia central que norteia as ações a serem engendradas pelos serviços, de maneira intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar aonde as ações são elaboradas e realizadas.

No contexto da saúde coletiva, para esses autores esse conceito está presente em múltiplas dimensões e sentidos. O território aparece em documentos que expressam princípios e diretrizes das políticas de saúde e está presente no planejamento das ações locais, de maneira especial na Atenção Básica (LIMA; YASUI, 2014). Nesse viés, pesquisadores da saúde consideram o território, além da demarcação geográfica, como algo que é dinâmico e vivo diante da presença de diferentes sujeitos com poderes, sentidos, identidades e diferentes usos territoriais (GONDIM *et al.*, 2009 *apud* LANZA; FAQUIN, 2018).

No planejamento do cuidado em saúde, ele deve ser considerado, pois:

O componente territorial supõe, de um lado, uma instrumentação do território capaz de atribuir a todos os habitantes aqueles bens e serviços indispensáveis, não importa onde esteja a pessoa; e de outro lado, uma adequada gestão do território, pela qual a distribuição geral dos bens e serviços públicos seja assegurada. Os níveis territoriais-administrativos responderiam aos diversos níveis da demanda social (SANTOS, 2011, p. 80).

Para Mendes (1993 *apud* AZAMBUJA; NETO, 2019), o território deve ser apreendido como um espaço em permanente construção, produtos de uma dinâmica social em que se

---

perspectiva e do horizonte burguês na formulação das legislações na sociedade vigente, as quais “garantem” formalmente os direitos de todos os sujeitos sociais. No entanto, diante das desigualdades sociais reais, essa garantia não pode ser acessada de fato.



tencionam sujeitos sociais postos na arena política, ou seja, em uma processualidade sempre inacabada e em mudança. Logo, na visão desse sanitarista existe certa conjunção necessária entre território, processos sociais e políticos e de subjetivação (AZAMBUJA; NETO, 2019). Essa integralidade e a compreensão de que o sujeito está inserido em um contexto social, familiar e cultural transcendem a prática curativa e dão abertura a práticas de cuidado voltadas para a prevenção e promoção de saúde.

Explica Barcellos (2008 *apud* LANZA; FAQUIN, 2018) que a epidemiologia e a geografia surgiram no final do século XIX como campos autônomos e de pouco diálogo, apesar de as duas lidarem, *a priori*, com a questão do espaço. No entanto, no bojo do desenvolvimento científico e crítico dessas disciplinas houve um alargamento da noção de espaço e da apropriação da categoria território pela saúde, de maneira que são múltiplos os significados que orientam as diferentes práticas em saúde, os quais foram adensando conteúdo, vivências e reflexões sobre a política de saúde, chegando-se a uma compreensão particular a respeito dessa categoria.

[...] o território da Saúde Coletiva onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização política-administrativa e institucional do setor. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar. Assim, o território que falamos é, ao mesmo tempo: o território suporte da organização das práticas de saúde; o território suporte da organização dos serviços de saúde; o território suporte da vida da população; o território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem estar; o território da responsabilidade e da atuação compartilhada (GONDIM *et al.*, 2009, p. 16-17 *apud* LANZA; FAQUIN, 2018, p. 144).

Para Lanza e Faquin (2018), ao levar em conta o determinante social da saúde ao planejar a saúde exclusivamente pelo viés da epidemiologia, não se obterá êxito. Por isso, segundo essas autoras, o diagnóstico socioterritorial ajuda a entender a produção do adoecimento a partir da realidade dos territórios, o que obrigaria respostas e propostas mais amplas e mais integradas socialmente. É no território que se faz o levantamento de dados e onde se conhecem as demandas de saúde e também o local em que as ações devem ser propostas em articulação com os recursos existentes e os serviços disponíveis.

Para o planejamento em saúde é indispensável a análise territorial que, segundo Campos (2011), pressupõe uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre as situações de determinada população e território, indicando suas inter-relações espaciais. Fornece

subsídios para identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Isso possibilita a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias que melhor respondam ao enfrentamento das demandas levantadas (CAMPOS, 2011).

Orientam Faria e Bortolozzi (2009) que a viabilidade prática da categoria território nas investigações e no planejamento em saúde é de suma importância; contudo, não é possível pensar que o território seja a solução para todos os males da saúde pública. Para esses autores, essa categoria é essencial no sentido de que permite ajustar, da melhor maneira possível, as ações em saúde primária. Segundo eles, o objetivo é otimizar as ações de caráter preventivo e, ao mesmo tempo, evitar a sobrecarga das ações de caráter corretivo, que quase sempre são resolvidas nos hospitais. Nessa perspectiva, o território torna-se a ferramenta, não a única, utilizada sempre que a investigação e a ação envolverem grupos sociais (FARIA; BORTOLOZZI, 2009). Por isso, a apropriação prática do território na atenção primária à saúde é essencial para o cuidado e prevenção dos agravos à saúde como um todo. Isso porque, se as estratégias de saúde não se fizerem suficientes e eficazes diante da prevenção, aumentam-se as demandas que são destinadas à atenção secundária e terciária à saúde. Situação essa que se tem percebido no campo do álcool e de outras drogas, em que existem incentivo e um fazer de práticas voltadas para a institucionalização do cuidado em detrimento de ações territoriais de cuidado em saúde mental.

No entanto:

A relação entre a produção de cuidado e o território no qual este cuidado é exercido é também uma questão central para a atenção psicossocial e aparece claramente enunciada em diversos documentos relativos à Reforma Psiquiátrica, a partir de 2002 [...] (LIMA; YASUI, 2014, p. 594).

Conforme já citado neste trabalho, esta categoria se apresenta na Portaria nº 336/2002, em que o conceito de território é adotado no âmbito dos CAPS. Conforme já exposto, deve se ter o cuidado de que o território não é a solução para todos os problemas da saúde pública, assim como não é a solução para a exclusão social, que deve ser apreendida como um processo dialético (exclusão/inclusão social). No entanto, é por meio do território que surge a possibilidade de se romper com práticas hospitalocêntricas e exclusivas destinadas à dependência química e, assim, promover a participação do usuário na atenção psicossocial e potencializar seu protagonismo e emancipação, desenvolvendo ações de inclusão social.

O território é tido como chave para o trabalho em saúde, assim como o é para a saúde mental. Pode-se afirmar que o território, enquanto categoria basilar das ações e dos serviços de

saúde, vai receber densidade no contexto do SUS como possibilidade de desvendar os determinantes sociais do processo saúde-doença. É na atividade cotidiana dos serviços e no desenvolvimento da gestão pública na operacionalização do território que este vai ampliando e incorporando, para além da demarcação geográfica, ações vinculadas aos modos de vida e trabalho das populações atendidas (LANZA; FAQUIN, 2018). Quando o território é apreendido em toda a sua dinamicidade, o sujeito é reconhecido enquanto protagonista, conforme é preconizado pela Reforma Psiquiátrica. E o exercício do protagonismo do usuário já prevê em si um contexto mais inclusivo de cuidado para a dependência química e fortalece a possibilidade de reabilitação e transformação social.

É necessário retomar aqui, com base em Yasui (2006), a dimensão técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica, a qual não compreende apenas a transformação de serviços de saúde. Ela trata do estabelecimento de uma estratégia de cuidados que envolve o reconhecimento do território e seus recursos e a ascensão da responsabilidade sobre a demanda desse território. Implica estabelecer estratégia de acolhimento ao sofrer e a demanda que se apresentar. Implica também a criação de projetos de cuidado e de uma variedade de estratégias de cuidado articuladas em rede com esse território. Assim, “O cuidado se faz com pessoas e em determinado lugar, ou seja, se faz em um território” (YASUI, 2006, p. 116).

Ressalta-se a necessidade de todos os envolvidos nos serviços se voltarem para o território. Assim, inserido no território, mas também se constituindo como um desses, cabe aos CAPS, portanto, não ser um território à parte (SANTOS; NUNES, 2011). Para Lanza e Faquin (2018), com relação à saúde, é essencial entender as informações sobre as doenças que acometem as sociedades. No entanto, partindo dos determinantes sociais da saúde, não se pode negar a necessidade de associar a tais informações os modos de vida e trabalho expressos no cotidiano das pessoas.

A abordagem territorial na atenção psicossocial deve ser aprimorada no sentido de ampliar o acesso e agregar efetividades às ações desenvolvidas, tornando o atendimento mais próximo das necessidades de saúde de seus usuários, e isso requer o conhecimento da realidade em que estes vivem. Salienta Yasui (2006, p. 119) que “Organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa neste lugar”. A apropriação do território na atenção psicossocial como instrumentalidade no cuidado destinado aos dependentes químicos possibilita a construção de estratégias de inclusão social de acordo com as reais necessidades e demandas do usuário. Reconhece a participação social e dá “voz” ao

usuário, permitindo-lhe ser “ouvido”, compreendido e reconhecido como sujeito de direitos, o que também diz respeito a um contexto inclusivo.

Conforme Delfini *et al.* (2009), compreender o território onde as pessoas vivem requer mudanças de olhares, ações, investimentos. Para isso é necessário utilizar recursos disponíveis, inclusive os recursos humanos. Explicam esses autores que o agente comunitário de saúde tem papel essencial nas equipes e no trabalho territorial em conjunto com a saúde mental. Isso porque ele tem poder de entrada e vínculo, contribui para a elaboração de projetos terapêuticos pautados na cidadania, no local de adoecimento e sofrimento das pessoas, na busca de novos caminhos, descentralizando, assim, o foco da doença no saber médico e na instituição. Para Delfini *et al.* (2009), a visita domiciliar também faz parte do trabalho territorial. Assim, transitar pelo território subjetivo das pessoas e modificá-lo é também formar relações de confiança e vínculo, cuidado, disponibilidade e afetividade, e tudo isso acontece no território.

Sabe-se que a instituição, conforme já comentado anteriormente, possui significados que derivam do seu conteúdo original de instituir, além de fundar e criar, disciplinar, educar e formar (CASTRO, 2003). Nesse sentido, para essa autora, é a instituição que assegura a transmissão de normas e valores sociais, ou seja, as instituições<sup>62</sup> possuem a função de regulação e ajustamento social, exercendo controle e poder na sociedade.

Em decorrência disso, com relação ao território, as instituições também desempenham importantes funções na organização da política local. Logo, deve ser considerada a dimensão espacial da política, a qual é delimitada pela perspectiva do território como arena e objeto de disputa de interesses, que se encontram intrinsecamente incorporados às noções de poder e controle. Nessa perspectiva, o território é constituído a partir de relações fundamentalmente políticas, sendo possível perceber, no conjunto de fatores que resultam diretamente da política, a centralidade das dinâmicas territoriais que afetam a organização da base material da sociedade. Portanto, o território deve ser visto como continente de um sistema de interesses, na maioria das vezes conflitantes, o qual constitui os fundamentos da necessidade da política, das suas instituições e do seu poder para o controle dos conflitos (CASTRO, 2003). Conforme já exposto, na dialética exclusão/inclusão o território é palco das contradições na estrutura social capitalista. Por isso, a compreensão crítica desses fatores possibilita elaborar e planejar ações

---

<sup>62</sup> O controle exercido pelas instituições assemelha-se ao controle desenvolvido pelo Higienismo, que partiu de uma questão de saúde para uma questão política de organização das nações e das sociedades, uma vez que vários profissionais seguiam esse ideário e o praticavam, na intenção de solucionar os problemas, os “desvios” e as “anormalidades” do ser humano. Mais detalhes desta discussão encontram-se no item 1.2 do primeiro capítulo.

que levem em consideração essa correlação de forças e tenham como foco/objetivo o atendimento às minorias, aqueles que estão excluídos/desfiliaados/desqualificados e se encontram à margem da sociedade.

Cabe à gestão da saúde ampliar o acesso a esses espaços, o que, muitas vezes, demanda criatividade do gestor, além de convencimento político, tendo em vista que ainda é presente na sociedade o discurso da inviabilidade do SUS e, principalmente, pela visão de que é um programa de saúde pobre para pobres (CAMPOS, 2011). Essa visão se acentua ainda mais quando diz respeito aos serviços que se destinam ao atendimento de problemas decorrentes de álcool e outras drogas, não se concebendo essa problemática como questão de saúde, o que pode afetar, de certa maneira, a implantação e oferta desses serviços.

Compreender que o território também é palco de disputa e conflitos de interesses e que as intervenções devem ocorrer para além do indivíduo, no sentido de modificar o território e as pessoas que nele vivem, exige modificar os sentidos dados à doença mental e à dependência química; uma transformação que possibilite a aceitação e convivência com a diferença. Com isso, busca-se expandir de uma visão centrada apenas no individual para a coletividade que compõe esse território:

Abandona-se, assim, uma clínica centrada na personalidade e no sintoma individual, para dar lugar a processos de produção de saúde e de subjetividade, o que implica a inserção em processos de criação voltados para a construção de novas línguas, novos territórios, novos sentidos (LIMA; YASUI, 2014, p. 559).

Assim, para esses autores, é necessário reabilitar o território, não se tratando apenas da intervenção voltada para a inclusão de alguém em uma configuração hegemônica, mas a reinvenção do território da cidade. A articulação da rede de cuidados psicossocial no território envolve toda a comunidade, os recursos disponíveis, todos os componentes, equipamentos, saberes e forças que se articulam na busca de construir coletivamente soluções para os problemas de saúde levantados. É no território que os processos exclusivos ocorrem, razão por que é nele que ações de inclusão e de resgate do protagonismo e do reconhecimento do lugar social do dependente químico devem ser realizadas.

É necessário realizar intervenções no território que possam levar a uma reinvenção coletiva, o que abrangeria todo um conjunto de ações que acendam, estimulem e convidem o território e a cultura a construir, coletivamente, novas formas de convivência com a diferença (LIMA; YASUI, 2014). Ressalta Santos (2011, p. 204) que “A sociedade civil é, também,

território, e não se pode definir fora dele. Para ultrapassar a vaguidade do conceito e avançar da cidadania abstrata à cidadania concreta, a questão territorial não pode ser desprezada”.

No Brasil, segundo Castro (2003), o município pelas suas características constitucionais é um espaço político institucional por excelência. Nesse sentido, cabe às prefeituras a gestão dos serviços públicos de saúde, assim como os de saúde mental. Posto que os municípios são espaços políticos onde existem conflitos de interesses que determinam, por exemplo, a implantação ou não de políticas sociais, as condições políticas, de localização, de dimensão, assim como de produção e de renda etc., também influenciam a distribuição desigual das instituições e a forma como a sociedade irá resolver os conflitos sociais.

[...] Na situação brasileira, estas condições são afetadas pelas escalas decisórias e recortes territoriais que compõem a estrutura federativa do país. Neste sentido, o município é um recorte espacial possível para a análise porque ele é um espaço político, uma escala de ação e um território onde se encontram organizadas as condições materiais e simbólicas do cotidiano social (CASTRO, 2003, p. 9).

Para essa autora, a discussão das relações entre o território político e a obtenção de instituições que garantam o acesso a direitos sociais acontece de modo desigual, pois depende de agências e órgãos públicos. Considera-se que “Num território onde a localização dos serviços essenciais é deixada à mercê da Lei do mercado, tudo colabora para as desigualdades sociais aumentem [...]” (SANTOS, 2001, p. 197). O diagnóstico do território e de suas desigualdades é importante para o planejamento e gestão das políticas sociais e, concomitantemente, para a distribuição de serviços públicos.

Do mesmo modo, a territorialidade é importante para compreender as demandas de saúde e a busca para atendê-las em sua complexidade. Essas demandas, conforme recorda Rizzotto (2012, p. 171), já estão previstas na Constituição Federal: “Na Constituição Federal de 1988, pela primeira vez, atribui-se ao Estado brasileiro o dever de proporcionar, a todos os cidadãos, condições e serviços gratuitos que dessem conta dos problemas de saúde em toda a sua complexidade”.

Para Campos (2011), a territorialização de atividades e ações de saúde vem sendo preconizada pelo SUS, no entanto, muitas vezes, esse conceito é utilizado de maneira meramente administrativa, negligenciando-se o seu potencial para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenções baseadas nas reais demandas e necessidades. O território, na visão dessa autora, vai muito além de um espaço político-operativo do sistema de

saúde, pois se caracteriza como espaço aonde as pessoas estabelecem relações sociais, vivenciam seus problemas de saúde e interagem com os profissionais dos serviços de saúde.

Desse modo, o território é um espaço geográfico, político, cultural, social, dinâmico e relacional. A ideia de território relacional, abordada por Haesbaert (2006), refere-se ao sentido dinâmico caracterizado pelos ritmos de circulação e de produção do território. Nesse viés, o território é relacional, pois não apenas incorpora o conjunto de relações sociais, como também envolve relação complexa entre os processos sociais e o espaço material. Para esse autor, a ênfase dada ao território como relacional faz que sua percepção extrapole a ideia de enraizamento, estabilidade, fronteira e limite, envolvendo o movimento, a fluidez e as conexões.

O território é composto por espaços elaborados à feição do modelo dominante, que produz redes que conectam os capitalistas com as bolsas mais importantes do mundo e aceleram a circulação da elite planetária. Entretanto, gera uma massa de despossuídos sem as menores condições de acesso a essas redes e sem a menor autonomia para definir seus circuitos de vida. Essa massa “estrutural” de miseráveis, fruto em parte do padrão tecnológico imposto pelo capitalismo, fica totalmente marginalizada do processo de produção, formando, assim, amontoados humanos. Os espaços ocupados por esses grupos<sup>63</sup> costumam ser nomeados como “aglomerados de exclusão” (HAESBAERT, 1995). Essa dinâmica é nomeada como um processo de “desterritorialização” (LATOUCHE, 1990; IANNI, 1992; ORTIZ, 1994 *apud* HAESBAERT, 1995). Considera Haesbaert (2009) que a desterritorialização está relacionada a uma problemática territorial e, conseqüentemente, a determinada concepção de território, ou seja, dependendo da definição do território, muda-se a definição de desterritorialização. Segundo esse autor, para alguns, por exemplo, a desterritorialização está ligada à fragilidade crescente das fronteiras, especialmente das fronteiras estatais, sendo o território, nesse caso, sobretudo um território político. Para outros, a desterritorialização está ligada à hibridização cultural que impede o reconhecimento de identidades claramente definidas. Nesse sentido, o território é, antes de tudo, um território simbólico ou um espaço de referência para a construção de identidades (HAESBAERT, 2009). No caso específico da saúde mental, esse processo de “desterritorialização” pode ocorrer se a lógica territorial não for considerada no planejamento

---

<sup>63</sup> Os grupos de despossuídos, miseráveis referidos aqui pelo autor podem ser relacionados às categorias dos desfiliaados (CASTEL, 2013); aos desclassificados e desqualificados (PAUGAM, 2014) – termos utilizados para se referir aos indivíduos que se encontram excluídos socialmente. Este assunto foi discutido mais detalhadamente no item 2.1.2.

e desenvolvimento das intervenções e ações inclusivas. Do mesmo modo, se o território não for apreendido pelos serviços de saúde mental em toda a sua dinamicidade, produzem-se práticas de “desterritorialização”. Conforme já visto, o território é como um elemento vivo de relações que transforma e é transformado pelo homem e, assim, o indivíduo é desterritorizado quando não compreendido como parte de uma realidade e de um contexto social, cultural, econômico e político. Melhor explicando, a desterritorialização pode ocorrer quando o usuário de saúde mental que precisa estar incluso em um serviço de atendimento especializado não consegue acessá-lo, por quaisquer questões, sejam estas de acessibilidade, socioeconômicas, de distanciamento etc.

Nesse viés, as estratégias de produção de cuidado devem levar em conta esses “aglomerados de exclusão” contidos no território que não deixam de ser grupos que se encontram marginalizados e precisam, de alguma forma, ser incluídos em processos de cuidado, reabilitação e emancipação. Ao assumir a existência dessas relações de poder e conflitos de interesses, em que alguns grupos são e estão excluídos socialmente, é possível pensar e criar meios de enfrentamento que promovam inclusão social na dependência química.

Conforme Lima e Yasui (2014), a produção de cuidado que envolve o território como área onde o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde precisa ir além do pensar o território como espaço e trajeto que compõem as vidas cotidianas das pessoas e dos usuários de Serviços de Saúde, ou seja, entendê-lo como um espaço relacional no qual a vida pulsa. Para isso, é preciso compreender o território, conforme dito anteriormente, como espaço aonde se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir de alguns engajados ou resistentes na grande máquina capitalista (LIMA; YASUI, 2014).

O viés político do território pode expressar-se também pelo controle dos conflitos sociais. Para Lima e Yasui (2014), há que se considerarem as múltiplas lógicas que ocorrem no território, algumas de emancipação e de participação, outras que produzem sujeição e dominação. Contudo, alertam esses autores que, para pensar a organização e as ações desenvolvidas nos serviços substitutivos ao manicômio, é fundamental que se possam considerar as diferentes lógicas do território: tanto os recursos e as potencialidades quanto as linhas de captura.

Entre esses recursos e potencialidades do território, Delfini *et al.* (2009) entendem a corresponsabilização dos casos entre as equipes como um recurso a ser considerado, pois, por meio dela, se propõe aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, sem encaminhamentos. Com isso, ao longo do tempo e gradativamente, os trabalhadores da



equipe de referência tornam-se mais capazes de resolver problemas que anteriormente consideravam difíceis. Potencializa-se, assim, a resolução máxima de problemas na região, evitando o encaminhamento irresponsável dos profissionais, dando continuidade ao cuidado e, fundamentalmente, aumentando o grau de singularização da relação entre equipe e usuário.

Um meio de amenizar esse problema de encaminhamentos irresponsáveis é a realização de matriciamento, que não deixa de ser um trabalho interdisciplinar. A parceria dos CAPS com a ESF é do tipo apoio matricial, que deve ser transversal, no sentido de produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos os trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso e da responsabilização dos profissionais com a produção de saúde mental (DELFINI *et al.*, 2009).

Muniz (2016) destaca a influência que a vertente capitalista desempenha sobre as formas de cuidado marcadas pelo pragmatismo e pelo tecnicismo, muito presentes na formação em saúde, obscurecendo a transição necessária para o paradigma do cuidado pela diferença. Nas palavras dessa autora:

[...] observa-se uma disputa nestes dois sentidos - do cuidado pela diferença X cuidado de vertente capitalista – e esta disputa deve encontrar caminhos para que ela seja produtiva ou silenciadora. Corre-se sempre o risco de cair nas regras de boas condutas, nas categorizações/classificações, nos julgamentos morais, nos enunciados imperativos, nas respostas/soluções apressadas (MUNIZ, 2016, p. 39).

Torna-se de suma importância que a educação em saúde seja também desenvolvida com os trabalhadores de saúde mental, com a finalidade de modificar concepções diante da “doença mental” e da dependência química. Também é fundamental compreender todos os aspectos e fatores envolvidos no adoecimento e no abuso de substâncias psicoativas, inclusive os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença. Deve-se, ainda, compreender que o cotidiano está sempre em transformação, e isso solicita um processo contínuo de aprendizagem por parte dos profissionais.

Para Andrade (2011), os profissionais da ESF possuem dificuldades de lidar com questões relacionadas ao uso de drogas, talvez pelo desconhecimento dos fatores biopsicossociais relacionados ao seu consumo, reproduzindo preconceitos do senso comum acerca dos seus usuários. De acordo com Radke e Ceccim (2018), a Rede de Atenção

Psicossocial requer a organização de uma teia de suporte formativo e educativo: formação embasada no território e na educação permanente em saúde<sup>64</sup>.

[...] a partir do marco da Lei da Reforma Psiquiátrica, já no curso da Reforma Sanitária, um conjunto de iniciativas instaurou a educação em saúde mental acoplada à gestão da atenção, promovendo competências intelectuais e habilidades interprofissionais ao fazer cotidiano em saúde mental longe de qualquer espontaneísmo das práticas ou abandono do usuário soa saber leigo ou pouco técnico (RADKE; CECCIM, 2018, p. 32-33).

A educação permanente em saúde possibilita a atualização constante indispensável para o trabalho de acordo com a territorialidade e os dependentes químicos. Isso porque é válido compreender os aspectos sociais, culturais e étnicos envolvidos, os quais, muitas vezes, são desconsiderados ou tomados por sua pouca relevância pelos profissionais de saúde no seu fazer cotidiano, a partir de seu tecnicismo, ou pela questão moral enraizada no imaginário social.

É importante o reconhecimento dos territórios e de seus contextos, pois materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade (CAMPOS, 2011). Na dependência química é importantíssimo o planejamento de ações intersetoriais, uma vez que, conforme já mencionado neste trabalho, tal problemática não pode ser pensada apenas como problema de saúde, mas como uma expressão da questão social. Assim, as intervenções da política de assistência social são essenciais para a melhor resolutividade e acompanhamento dos casos, assim como o trabalho em rede com outras políticas públicas e a articulação entre os recursos disponíveis na comunidade. Nota-se, com base em Delfini *et al.* (2009), que o olhar voltado para o grupo familiar e para o contexto social tem resultados mais positivos do que aquele que reduz o sujeito à doença. O trabalho conjunto fortalece a prática, desmistifica preconceitos, aproxima e modifica territórios. Para esses autores, é possível e necessário que a atenção básica também se responsabilize pela saúde mental.

De acordo com Campos (2011), as práticas de saúde baseadas no território devem levar em consideração os sistemas de objetos naturais e construídos pela sociedade. É preciso também identificar os diversos tipos de ações no território, como são entendidos pela população e também até que ponto as regras de utilização dos recursos do território e da população geram

---

<sup>64</sup> A Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei Federal nº 10.216/2001) deu motivação ao Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, formulado em 2002, para o incentivo, apoio e financiamento da implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, por meio de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e Estados (RADKE; CECCIM, 2018, p. 24).

determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde, cujas características são suscetíveis de identificação.

Salienta Yasui (2006) que a lógica do território que os CAPS devem seguir é a do território como relação entre o natural e o social, o que significa encontrar e ativar os recursos de singularização locais. Com base nesse autor, isso implicaria, por exemplo, o estabelecimento de alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho, para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de inclusão social, criando intensa porosidade entre o serviço e os recursos do seu entorno. Significa, também, criar outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território da cidade com a loucura – especialmente nos locais precários e homogeneizados (YASUI, 2006).

O CAPS é responsável pela saúde mental de toda a área territorial de sua referência e um de seus desafios consiste em conseguir sair da instituição e tornar-se um lugar que não só atenda bem as pessoas, mas que promova uma articulação social e intersetorial. Suas ações e espaços precisam sempre ser ampliados e estruturados de forma a ocupar outros territórios (DELFINI *et al.*, 2009, p. 1485).

Assim, os CAPSad III devem operar priorizando ações e intervenções territoriais, pois é um serviço de base comunitária que deve atuar no meio onde vivem o usuário e sua família. Contudo, os serviços que compreendem uma ampla população, como são os serviços que compõem consórcios intermunicipais, por mais que sejam dispositivos abertos e comunitários, devido à sua centralização territorial em termos de sua instalação, podem, além de se tornarem distantes para algumas pessoas que necessitam do serviço, deixar de realizar a articulação dos recursos com as realidades territoriais de cada município consorciado, em razão do distanciamento regional e da concentração das ações de cuidado. É necessário ter esse cuidado porque, para Santos (2011), em nosso país o acesso aos bens e serviços essenciais públicos e até aos privados é diferencial e contrastante, pois uma grande maioria da população, seja no campo, seja na cidade, acaba por ser privada desses bens e serviços. Complementa esse autor que, às vezes, esses elementos não podem ser alcançados por questão de tempo ou de dinheiro. Por isso, é relevante que, ao se planejar a instalação de um dispositivo de cuidado de alta complexidade como um CAPSad III, sejam reconhecidos os “aglomerados de exclusão” (amontoados de excluídos) para que, objetivamente, esse dispositivo consiga atingir/acessar aqueles que estão compreendidos na área de abrangência e de responsabilidade do serviço e, de fato, materializar a articulação social e intersetorial fundamentais para a reabilitação e inclusão social dos usuários.

Torna-se notável a contradição na política destinada a álcool e outras drogas, segundo a qual se prevê a universalidade do acesso, ao mesmo tempo que viabiliza consórcios intermunicipais, dificultando que o acesso universal ocorra de modo igualitário para a população e os territórios atendidos. Por isso, os serviços de cuidado com o álcool e outras drogas precisam apropriar-se do território, como já mencionado, em todas as suas dimensões: econômica, cultural, relacional, geográfica, política, social e dinâmica, a fim de não (re)produzir a “desterritorialização” ao invés da construção e reconstrução do território e dos próprios sujeitos. A expressão máxima da desterritorialização corresponde aos “aglomerados de exclusão”, a partir dos quais os sujeitos perdem seus laços com o território e passam a viver numa constante mobilidade e insegurança cruel (HAESBAERT, 1995). É justamente para se evitar esse rompimento dos laços do usuário com o seu território que a Reforma Psiquiátrica, como já visto, preconiza que os serviços que compõem a RAPS considerem a lógica territorial para o desenvolvimento de suas ações. Isso porque, ao se ater ao território, é possível acessar esses “aglomerados de exclusão” e promover a reversão deles, por meio de práticas de cuidado mais inclusivas que fortaleçam os laços do usuário com o seu território.

Portanto, com base em Yasui (2006), os CAPS são o principal instrumento de implementação da Política Nacional de Saúde Mental e, desse modo, devem ser entendidos como estratégia de transformação da assistência, produtores de cuidados. Esse cuidado se inicia com o acolhimento pela equipe e se tece em rede em uma apropriação do território e na produção de sentidos que fortalecem e transformam a vida. As ações e intervenções em saúde mental não podem ser apenas focadas no sujeito/usuário, mas devem também ocorrer em sua realidade, em seu contexto e em seu território que engloba o social, o cultural, o econômico, o político, a família, o usuário, a sociedade civil e as políticas públicas, os serviços de saúde/equipes de saúde.

Conclui-se que o território é um elemento importante para a inclusão social na atenção psicossocial. É a partir da articulação dos dispositivos de base comunitária que se visa à articulação com o território, no sentido de potencializar o protagonismo do usuário, buscando romper com processos exclusivos que fazem parte da estrutura social, conforme citado ao longo deste estudo. Os processos exclusivos são aqueles que os dependentes químicos enfrentam, sendo categorizados como desfiliaados (CASTEL, 2013), desqualificados/desclassificados (PAUGAM, 2014) e, ou, despossuídos, miseráveis (HAESBAERT, 1995).

A Reforma Psiquiátrica prega, antes de tudo, o reconhecimento dos direitos sociais dos dependentes químicos. Conforme ressalta Amarante (1995), também de um processo ético, de

reconhecimento de uma prática que coloca novos direitos e novos sujeitos de direitos. Esse protagonismo é assumido e considerado, e o usuário não pode mais ser “desterritorizado” (CASTEL, 2013) e, sim, concebido e incluído dentro de uma lógica territorial. Por isso, é importante ter esse cuidado na apropriação do território na atenção psicossocial para o desenvolvimento do trabalho, pois sem tal apropriação em toda a sua dimensão se corre o risco de se desenvolverem ações extraterritoriais que operam na contramão da lógica territorial, ocasionando um processo de “desterritorialização”.

Cabe ressaltar, antes de finalizar, que o território é o ponto de ruptura com a lógica hospitalocêntrica e viabiliza os processos de desinstitucionalização. A apropriação do território no campo da Saúde Mental e em relação à dependência química permite a possibilidade de promover a inclusão social, assim como processos inclusivos de cuidado e de reabilitação psicossocial.

Recorda-se que o trabalho no território possibilita a construção de uma rede de serviços que se articulam com os recursos disponíveis na comunidade, a ponto de também estimularem a descentralização dos serviços de cuidado destinados aos problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, viabilizando o acesso e a inclusão daqueles que necessitam de tal cuidado. Contudo, como já mencionado, há contradição na política que regulamenta e orienta a implantação de serviços de base comunitária, regionalizando e permitindo a existência de consórcios intermunicipais de tais dispositivos de cuidado e não efetivando, de fato, a descentralização preconizada pela Reforma Psiquiátrica.

Desse modo, a partir das reflexões realizadas até o momento, este estudo já demonstrou teoricamente essa contradição na política pública de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Faz-se necessário verificar, no próximo capítulo, em que medida essa contradição – teoricamente produzida a partir da oposição entre os princípios reformistas e as concessões legais – se materializa na prática do CAPSad III Regional, tendo em vista os dados empíricos deste estudo. Esses são indicadores concretos das ações inclusivas de um CAPSad III Regional a seus usuários, denotando sua materialização a partir da lógica do território ou da lógica da “desterritorialização”.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, descreve-se o percurso metodológico trilhado ao longo desta pesquisa, o que possibilita uma aproximação com a realidade do campo de estudos – o CAPSad III Regional de um município paranaense. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/UNIOESTE, viabilizando-se a coleta de dados para a investigação, por meio da aplicação de questionário de caracterização do local estudado e de entrevista semiestrutura com a coordenadora do CAPSad III Regional, sujeito desta pesquisa.

Após a apresentação de tal percurso, aborda-se o processo de análise e interpretação dos dados coletados, para o que se utilizou da técnica de análise de conteúdo, elencando os eixos temáticos, os núcleos de sentido e as categorias de análise encontradas no estudo e procedendo-se, assim, à síntese interpretativa dos resultados, a partir dos quais, para finalizar, foi elaborada a conclusão deste estudo.

#### 3.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa pode ser definida como o processo formal e organizado de desenvolver o método científico para descobrir respostas acerca dos problemas postos pela realidade, com o uso de procedimentos científicos (GIL, 1994). Para isso, a pesquisa social permite a obtenção de conhecimentos novos da realidade social.

A metodologia de pesquisa aqui utilizada é do tipo qualitativo, pois responde a questões muito particulares, como universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO *et al.*, 2019).

Complementa Richardson (1999) que o método qualitativo não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise, o que ele justifica por ser uma forma de entender a natureza do fenômeno social. Sobre os procedimentos metodológicos, para esse autor a pesquisa qualitativa explora as técnicas de observação e entrevista, pela maneira que penetram a complexidade do problema. É também exploratória e útil, quando o pesquisador não conhece as variáveis a examinar. Este tipo de técnica é necessário pelo fato de o tópico ser novo, ou porque nunca foi abordado com determinada amostragem ou grupo de pessoas ou porque as teorias não se aplicam a determinada amostra ou grupo em estudo (MORSE, 1991 *apud* CRESWEEL, 2007).

A pesquisa qualitativa segue alguns passos mais genéricos:

[...] incluem organização e preparo dos dados, além de leitura inicial das informações, codificação dos dados, desenvolvimento - a partir dos códigos - de uma descrição e análise temática, e representação dos resultados em tabelas, gráficos e figuras. Envolve também interpretação dos dados à luz das lições pessoais aprendidas, comparação dos resultados com literatura existente e teoria; levantamento de questões e/ou apresentação de uma agenda para reforma. A proposta também deve conter uma seção sobre os resultados esperados para o estudo. Finalmente, um passo adicional importante no planejamento da proposta é mencionar as estratégias que serão usadas para validar a exatidão dos resultados (CRESWELL, 2007, p. 208-9).

Esta pesquisa teve o intuito de fazer estudo sobre o CAPSad III Regional no que diz respeito às dimensões da política de saúde mental, desenvolvida por meio da lógica do consórcio intermunicipal e da organização administrativa do serviço da sede regional. Desse modo, ao abrigar vários municípios, torna-se relevante refletir sobre o *modus operandi* desse dispositivo de cuidado aberto e comunitário, tendo em vista os princípios da Reforma Psiquiátrica, principalmente da lógica territorial e das estratégias de reabilitação psicossocial. Tais estratégias precisam ser envolvidas com o trabalho no território, visando à inclusão social dos usuários. Esta pesquisa teve por pretensão realizar um estudo ampliado e regionalizado das cinco Macrorregionais de Saúde do Paraná, tendo como amostragem um CAPSad III que representasse cada regional, a fim de se compreender como a lógica territorial é apreendida e de que forma as ações inclusivas são desenvolvidas a partir da política de intermunicipalidade. Porém, em virtude da pandemia do COVID-19 e das impossibilidades, naquele momento de ir a campo e realizar um estudo de maior amplitude houve redução drástica da amostra de pesquisa. Por essa razão, optou-se por um estudo menor (local) e pela escolha de uma localidade mais próxima do pesquisador para que pudesse ser feita a entrevista presencialmente (e não virtualmente/remotamente/*online*), podendo capturar, além dos dados orais/informativos trazidos nas falas da participante da pesquisa, as percepções da pesquisadora sobre o local de estudo. Então, em decorrência disso, esta pesquisa faz referência a partir da perspectiva do sujeito entrevistado, que corresponde à coordenadora de um CAPSad III Regional. A esse respeito:

Os pesquisadores qualitativos tentam compreender os fenômenos que estão sendo estudados a partir da perspectiva dos participantes. Considerando todos os pontos de vista como importantes, este tipo de pesquisa “ilumina”, esclarece o dinamismo interno das situações, frequentemente invisível para observadores externos. Deve-se assegurar, no entanto, a precisão com que o investigador captou o ponto de vista dos participantes, testando-o junto aos próprios informantes ou confrontando sua percepção com a de outros pesquisadores (GODOY, 1995, p. 63).

Desse modo, a pesquisa iniciou-se com o prévio levantamento do estudo bibliográfico pertinente ao tema proposto, com a utilização de livros, jornais, revistas, artigos científicos etc., que auxiliaram na interpretação das informações coletadas. O objetivo geral da pesquisa foi apreender e analisar em que medida a inclusão social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad III Regional) tem sido efetivada, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial postulados a partir da Reforma Psiquiátrica, pela Lei nº 10.216/2001. Seus objetivos específicos corresponderam a: (1) Analisar o conceito de inclusão social com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, postulados pela Reforma Psiquiátrica, de acordo com a Lei nº 10.216/2001; (2) Verificar se as ações oferecidas pelo serviço do CAPSad III Regional contribuem para o processo de inclusão social dos usuários; e (3) Analisar os desafios, as possibilidades e os limites encontrados pela Coordenação do CAPSad III Regional, diante da lógica do consórcio intermunicipal, para o desenvolvimento de ações e estratégias inclusivas e para a concretização da inclusão social dos usuários.

### **3.2 Local da Pesquisa**

O local da pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III Regional, localizado em um município do Sudoeste do Paraná. Esse Serviço presta atendimento a pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas 24 horas por dia e deve:

Constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012, p. 2).

O CAPSad III Regional pesquisado disponibiliza atendimento, desde o mês de maio do ano 2014, aos 27 municípios que compõem a Regional de Saúde do Estado do Paraná, à qual está circunscrito.

A implantação desse Serviço Regional, ou consórcio, compreende a normativa da Portaria GM nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que possibilita as pactuações entre os municípios menores para a implantação do serviço desta complexidade de atendimento. Conforme essa Portaria, o CAPSad III poderá constituir referência regional (BRASIL, 2012), ou seja:

[...] O CAPS AD III poderá constituir-se como referência regional, de acordo com implantação pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) respectiva e desde que previsto no plano de Ação da Região de Saúde ou em instrumento equivalente



[...] O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes (BRASIL, 2012, p. 1 e 2).

A escolha deste local para a pesquisa justifica-se pela relevância de ser um CAPSad III com sede regional, por disponibilizar atendimentos a 27 municípios, podendo fornecer uma amplitude maior da realidade dessa população, e também por ser um serviço de alta complexidade, único dessa Regional de Saúde.

### **3.3 Procedimentos Metodológicos da Pesquisa**

#### **3.3.1 Material e Métodos**

A partir dos dados das referências bibliográficas e considerando o objetivo geral e os específicos da pesquisa, foi formulado um questionário (Apêndice II) com o objetivo de obter informações referentes à caracterização do Serviço estudado (CAPSad III Regional), intitulado “Questionário de Caracterização do Campo de Pesquisa”, o qual combina perguntas fechadas e abertas.

Além desse questionário, nesta pesquisa foi utilizada a técnica de entrevista. Conforme Minayo *et al.* (2019), esse método é uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador e limitando-se dentro de uma finalidade. A entrevista, segundo esses autores, tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa e para a abordagem, pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes a esse objetivo.

Foram realizadas análises de bibliografias já disponíveis e publicadas e, também, uma revisão sistemática da literatura, com estratégias de busca em biblioteca virtual, nos *sites*: Scielo e Google acadêmico. Foram encontradas referências bibliográficas pertinentes ao tema, as quais forneceram subsídios científicos para elaboração da fundamentação teórica e, concomitantemente, para a elaboração dos instrumentos de coletas de dados que foram utilizados neste estudo.

Pode-se dizer que foram encontradas poucas referências sobre a inclusão social, especificamente relacionada à questão da dependência química. Porém, referências bibliográficas sobre inclusão social, reabilitação psicossocial e reinserção social no âmbito da saúde mental possuem maior número de publicações, as quais forneceram dados que auxiliaram no embasamento teórico utilizado neste estudo.

Com dados obtidos a partir dessas referências bibliográficas, foi formulada a entrevista semiestruturada. Neste trabalho foi utilizada essa forma de entrevista, que, segundo Minayo *et al.* (2019), possui perguntas abertas, em que a entrevistada tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem perder a indagação formulada. Essa entrevista foi realizada de acordo com o Apêndice III.

Em relação ao processo de entrevista semiestruturada, em vista do objetivo da pesquisa, sugeriu-se à entrevistada que as questões fossem respondidas de preferência com o maior número de detalhes possíveis. O instrumental de entrevista, intitulado “Reforma Psiquiátrica, CAPSad III e Inclusão Social”, buscou contemplar a temática de estudo a partir de três eixos: o primeiro diz respeito às seis questões referentes à “Reforma Psiquiátrica, Inclusão Social, CAPSad III: Pressupostos e Concepções”, com o objetivo de analisar o conceito de inclusão social com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, postulados pela Reforma Psiquiátrica, de acordo com a Lei nº 10.216/2001. O segundo eixo corresponde a 22 perguntas referentes a “Estratégias de Ações Inclusivas a Partir da Lógica Territorial e Reabilitação Psicossocial”, com a finalidade de verificar se as ações oferecidas pelo Serviço do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad III Regional) contribuem para o processo de inclusão social dos usuários. Já o terceiro eixo compreende 12 questões atinentes à “Interface/Articulação entre Inclusão Social, Reabilitação Psicossocial e Lógica Territorial”, a fim de analisar os desafios, as possibilidades e os limites encontrados pela Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, diante da lógica do consórcio intermunicipal para o desenvolvimento de ações e de estratégias inclusivas dos usuários.

### 3.3.2 Sujeito da pesquisa

A coleta de dados, por meio de entrevista semiestruturada, foi realizada com a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III Regional, localizado em um município do Sudoeste do Paraná, posteriormente à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/UNIOESTE.

Neste estudo foi utilizada a amostragem não probabilística intencional, por meio da qual o pesquisador deliberadamente escolheu o(s) participante(s) da amostra por julgá-lo(s) representativo(s) da população (COSTA NETO, 1977).

Devido ao cenário vivenciado naquele momento da pandemia do COVID-19, houve atraso na realização da pesquisa, tanto do ponto de vista teórico (tendo universidades e bibliotecas inacessíveis e, mesmo, as entregas de livros pelos Correios parados, além do

distanciamento de outras fontes bibliográficas de pesquisa) quanto do ponto de vista da realização da pesquisa empírica (devido à impossibilidade de coleta dos dados da forma inicialmente planejada – em formato de estudo regional, e não local). Dessa forma, optou-se, devido ao tempo que se teria para a realização do estudo, pela amostra intencional e pelo estudo local, utilizando os conteúdos do discurso do sujeito em questão/gestora do Serviço, com o intuito de priorizar a entrevista presencialmente.

Assim, embora o Serviço possua um quadro amplo de profissionais técnicos que poderiam estar participando da pesquisa, a amostra selecionada compreende apenas a gestora do Serviço, por se entender que – conforme a natureza e a particularidade deste estudo, que se baseia na perspectiva da gestora para se chegar à análise e compreensão de ações e estratégias inclusivas específicas e circunstanciadas ao CAPSad III Regional – somente essa entrevista é suficiente para alcançar esse intuito. A entrevistada foi convidada a participar do estudo, em que foram explicados os objetivos da pesquisa e os procedimentos utilizados, os quais contêm a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados, além da garantia de sigilo referente aos dados colhidos da participante durante a entrevista.

### **3.4 Procedimentos de Coleta de Dados**

A pesquisa seguiu as normas do Conselho Nacional da Saúde, da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e suas complementares, que visa à ética que envolve a pesquisa com seres humanos; e da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, que prevê, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os pilares de reconhecimento e da afirmação da dignidade, liberdade e autonomia do ser humano, bem como propõe assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Essa Resolução implementa as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos reconhecendo as especificidades éticas das pesquisas das Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

Com base nos critérios estabelecidos pela Resolução nº 510, o projeto de pesquisa que deu origem a esta Dissertação foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Esse Comitê tem por objetivo revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos e a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes e, a partir disso, emitir parecer consubstanciado, com enquadramento de

aprovação ou não. Vale ressaltar que o projeto foi submetido à apreciação pelo CEP e aprovado em primeira instância, com o parecer consubstanciado nº 4.176.060 (Anexo I).

Primeiramente, foi realizado contato com a Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III Regional, com a finalidade de apresentar e discutir tal proposta do projeto de pesquisa e, assim, obter permissão para o seu desenvolvimento. Posteriormente, com a obtenção do parecer do Comitê de Ética, foi feito contato com o sujeito da amostra pretendida.

A entrevista e os procedimentos de coleta de dados foram realizados pela própria pesquisadora, que possui formação em Psicologia. Respeitando a dignidade humana dos sujeitos da pesquisa e o sigilo no tratamento dos dados, a pesquisadora também estava embasada no Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005), que, entre outras normativas acerca das responsabilidades do psicólogo, em seu Art. 16, preceitua que:

O psicólogo, na realização de estudos, pesquisas e atividades voltadas para a produção de conhecimento e desenvolvimento de tecnologias: [...] (b) Garantirá o caráter voluntário da participação dos envolvidos, mediante o consentimento livre e esclarecido [...] c) Garantirá o anonimato das pessoas, grupos ou organizações [...]" (p. 14).

Entretanto, mesmo com a aprovação em tempo hábil pelo CEP, em virtude da pandemia do COVID-19 houve atraso na realização da pesquisa, tanto do ponto de vista teórico, como já explicado anteriormente, quanto do ponto de vista empírico. Isso porque a aplicação da entrevista também teve que se ajustar à disponibilidade do sujeito pesquisado, por este fazer parte do grupo de risco (comorbidade) diante da pandemia do COVID-19 e estar por várias semanas afastado das atividades laborais. A entrevista foi aplicada à Gestora do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad III Regional), no quarto trimestre do ano 2020.

Para a realização da entrevista, foi feito contato com a instituição e com o sujeito participante da pesquisa e acordado como se daria a aplicação da entrevista. Esta foi realizada em uma sala disponibilizada pela instituição, na qual o sigilo das informações cedidas foi resguardado. Ainda, nesse contato a pesquisa foi apresentada de maneira sucinta à participante, bem como foram esclarecidas as suas dúvidas sobre ela e coletada a assinatura da participante da pesquisa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I).

Inicialmente, foi aplicada a entrevista semiestruturada com a coordenadora do Serviço, nos dias 22/10/2020; 26/10/2020; 29/10/2020; 23/11/2020; e 30/11/2020. A entrevista foi dividida nesses dias, considerando-se a disponibilidade da entrevistada, que era no período das

11h30 às 12 h (intervalo de trabalho), o que coincidia também com a disponibilidade da pesquisadora. Nesse primeiro encontro, que deu início à entrevista, também foi entregue o **Questionário de Caracterização do Campo de Pesquisa** para a coordenadora responder, para o que ela poderia utilizar a ajuda da equipe técnica do Serviço se assim o quisesse. No encontro subsequente (dia 26/10/2020) foi recolhido o questionário respondido, que se encontra no Apêndice IV. Embora a entrevista tenha ocorrido tranquilamente, foram necessários cinco encontros para finalizar todo o processo de entrevista, em que também foram formuladas várias questões abertas (Apêndice III), com a finalidade de apreender o máximo de informações possíveis, importantes para a análise de dados, o que tornou a entrevista um tanto longa.

Durante a entrevista, as questões foram lidas pelo entrevistador, gravadas mediante autorização e, posteriormente, transcritas de forma fidedigna. A transcrição na íntegra da entrevista encontra-se no Apêndice V. Orienta Minayo *et al.* (2019, p. 63) que:

O registro fidedigno, [...] de entrevistas e ou outras modalidades de coleta de dados cuja matéria-prima é a fala, torna-se crucial para uma boa compreensão da lógica interna do grupo ou da coletividade estudada. Dentre os instrumentos de garantia de fidedignidade o mais usual é a gravação da conversa.

Após a coleta dos dados da participante, deu-se a próxima etapa da pesquisa, a qual compreende os procedimentos de análise dos dados.

### **3.5 Procedimentos de Análise e Interpretação dos Dados**

Em seguida à realização da entrevista foi realizada a organização, análise e interpretação das informações, segundo o referencial teórico previamente levantado.

Cabe ressaltar que este estudo qualitativo utilizou a análise de conteúdo para analisar e interpretar os dados coletados, baseando-se em Bardin (1979) e na experiência de Minayo *et al.* (2019). A técnica de análise de conteúdo contempla três polos cronológicos: (a) A pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados; (b) A inferência; e (c) A interpretação (BARDIN, 1977).

Na pesquisa social, esses mesmos autores sugerem, a partir das suas experiências, uma trajetória de análise, partindo-se de uma pré-análise do material:

Inicialmente procuramos fazer uma leitura compreensiva do conjunto de material selecionado, de forma exaustiva. Trata-se de uma leitura de primeiro plano para atingirmos níveis mais profundos. Nesse momento deixamo-nos impregnar pelo conteúdo do material. Através da leitura buscamos: (a) ter uma visão de conjunto; (b)

apreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado; (c) elaborar pressupostos iniciais que servirão de baliza para a análise e a interpretação do material; (d) escolher formas de classificação inicial; (e) determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise (MINAYO *et al.*, 2019, p. 82-3).

Assim, realizadas as transcrições, deu-se início à exploração e codificação do material, ou seja, a transformação:

Dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices (BARDIN, 1977, p. 103).

Nesta pesquisa, foram levantados três eixos temáticos, que estão descritos no Quadro

1.

Em seguida à exploração do material, procedeu-se à análise propriamente dita:

[...] Nesse momento, procuramos: (a) distribuir trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise pelo esquema de classificação inicial (escolhido na primeira etapa); (b) fazer uma leitura dialogando com as partes dos textos da análise, em cada classe (parte do esquema); (c) identificar, através de inferências, os *núcleos de sentido* apontados pelas partes dos textos em cada classe do esquema de classificação; (d) dialogar os *núcleos de sentido* com os pressupostos iniciais e, se necessário, realizar outros pressupostos; (e) analisar os diferentes *núcleos de sentido* presentes nas várias classes dos esquemas de classificação para buscarmos temáticas mais amplas ou eixos em torno dos quais podem ser discutidas as diferentes partes dos textos analisados; (f) reagrupar as partes dos textos por temáticas encontradas; (g) elaborar uma redação por tema, de modo a dar conta dos sentidos dos textos e de sua articulação com o (s) conceito (s) teórico (s) que orienta (m) a análise. Nessa redação podemos entremear partes dos textos de análise com nossas conclusões, dados de outros estudos e conceitos teóricos (MINAYO *et al.*, 2019, p. 83).

A inferência foi outro procedimento muito importante para a análise dos dados. Faz-se a inferência quando se deduz, de maneira lógica, algo do conteúdo que está sendo analisado. A inferência, segundo Richardson *et al.* (1985, p. 177 *apud* MINAYO *et al.*, 2019, p. 81), pode ser explicada como “a operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras proposições já aceitas como verdades”. Melhor explicando, para fazer inferência é importante que se parta de premissas já aceitas desenvolvidas em outros estudos acerca do mesmo assunto estudado. A inferência é uma fase intermediária entre a descrição – que seria a enumeração das características do texto, resumida após o tratamento analítico – e a interpretação, que seria a significação concedida a essas características (MINAYO *et al.*, 2019). Justifica-se que a análise de conteúdo é a metodologia mais adequada nesta pesquisa, pois permite a exploração dos conteúdos presentes no discurso obtido na entrevista, o que possibilita

fazer inferências e interpretações com base no levantamento teórico já realizado a respeito da temática desenvolvida sobre a Saúde Mental e a Inclusão Social. O conteúdo da pesquisa já traz em suas discussões pressupostas da Reforma Psiquiátrica que são fundamentais para responder aos objetivos do estudo e, a partir dessa forma de análise, é possível levantar categorias dos conteúdos presentes no discurso da entrevistada, desvelando a realidade do CAPSad III Regional.

Deve-se considerar, segundo Minayo *et al.* (2019), que a análise e interpretação dos dados em uma pesquisa qualitativa possuem como foco principal a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais referentes ao tema que se pretende pesquisar. Assim, ao analisar e interpretar informações geradas por uma pesquisa qualitativa, devemos apreciar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social.

Esses mesmos autores alertam que a descrição das opiniões dos informantes deve ser apresentada da maneira mais fiel possível, de modo que os dados falem por si próprios. Desse modo, a análise refere-se ao propósito de ir além do descrito, fazendo-se a decomposição dos dados e buscando as relações entre as partes que foram decompostas. Após essa descrição e análise, parte-se para a interpretação dos dados para a busca de sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão, ou explicação, que excede o descrito e o analisado (MINAYO *et al.*, 2019). Na pesquisa qualitativa, a interpretação adquire um foco central: “é o ponto de partida (porque se inicia com as próprias interpretações dos atores) e é o ponto de chegada (porque é a interpretação das interpretações)” (GOMES *et al.*, 2005 *apud* MINAYO *et al.*, 2019, p. 73).

Os processos de análise e interpretação de informações referem-se ao momento que o pesquisador procura finalizar o seu trabalho, ancorando-se em todo o material coletado e articulando-o aos propósitos da pesquisa e à sua fundamentação teórica. Essa etapa se refere ao processo final do processo de investigação. Entretanto, não se podem desconsiderar dois aspectos importantes: o primeiro diz respeito à ideia de que tanto a análise quanto a interpretação ocorrem ao longo de todo o processo; o segundo refere-se ao fato de que na pesquisa qualitativa, às vezes, quando se chega à fase final, se percebe a necessidade de retornar às partes anteriores (MINAYO *et al.*, 2019).

Observa-se que a interpretação é o procedimento que se pretende ir além do material, a qual consiste em relacionar as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados presentes na mensagem (MINAYO, 2006 *apud* MINAYO *et al.*, 2019).

Para realizar a interpretação, Minayo *et al.* (2019) orientam que, além de se ter como base as inferências formadas com os resultados da pesquisa, é preciso uma sólida fundamentação teórica acerca do que estamos investigando. Assim, chega-se à interpretação quando é realizada uma síntese entre as questões da pesquisa, os resultados obtidos a partir da análise do material coletado, as inferências realizadas e a perspectiva teórica seguida. A fundamentação teórica produzida até o momento denotou a contradição na política de atenção a álcool e outras drogas que preconiza o trabalho do CAPSad III, de acordo com a lógica territorial, ao mesmo tempo que orienta a política da intermunicipalidade, regionalizando tal serviço. Essa reflexão fornece subsídios para investigar, a partir dos dados empíricos (indicadores concretos), se tal contradição entre os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e as regulamentações também se materializa na realidade do Serviço estudado.

Na análise de conteúdo, pode-se optar por vários tipos de unidades de registro para analisarmos o conteúdo de uma mensagem. Essas unidades se referem aos elementos obtidos pela decomposição do conjunto da mensagem. Pode-se utilizar a palavra como uma unidade, trabalhando com todas as palavras de um texto ou com apenas algumas que são destacadas de acordo com a finalidade do estudo. Outros exemplos de unidade de registro são a frase e a oração. Outra unidade é o tema que se refere a uma unidade maior em torno da qual se tira uma conclusão, a partir da influência de várias disciplinas, e essas unidades podem ser combinadas, dependendo da natureza da pesquisa (MINAYO *et al.*, 2019).

Além das unidades de registro, em uma análise de conteúdo de mensagens é necessário definir as unidades de contexto, estabelecendo uma referência mais ampla para a comunicação, ou seja, deve-se compreender o contexto do qual faz parte a mensagem que está sendo analisada.

Entre os procedimentos metodológicos utilizados na análise de conteúdo, a partir da perspectiva qualitativa se destacam os seguintes: categorização, inferência, descrição e interpretação, os quais não necessariamente ocorrem nesta ordem e sequência (MINAYO *et al.*, 2019).

Geralmente, costuma-se, por exemplo, segundo Minayo *et al.* (2019, p. 79):

[...] (a) decompor o material a ser analisado em partes (o que é parte vai depender da unidade de registro e da unidade de contexto que escolhemos); (b) distribuir as partes em categorias; (c) fazer uma descrição do resultado da categorização (expondo os achados encontrados na análise); (d) fazer inferências dos resultados (lançando-se mão de premissas aceitas pelos pesquisadores); (e) interpretar os resultados obtidos com auxílio da fundamentação teórica adotada [...].



Todavia, para esses autores, a trajetória a ser seguida pelo pesquisador irá depender dos propósitos da pesquisa, do objeto de estudo, da natureza do material disponível e da perspectiva teórica por ele adotada.

A respeito da categorização, trata-se de:

Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classe, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico (BARDIN, 1979, p. 117 *apud* MINAYO *et al.*, 2019, p. 80).

Para Minayo *et al.* (2019), a categorização pode ser realizada previamente, estabelecendo um conhecimento sólido por parte do pesquisador para localizar um esquema classificatório apropriado ao assunto a ser analisado, como pode surgir a partir da análise do material de pesquisa. Observa-se que esse procedimento é uma tentativa de caminhar na objetivação durante a análise. Para que se tenha uma categorização ou classificação, é importante garantirmos que as categorias ou classes sejam homogêneas e tenham os mesmos princípios utilizados para toda a categorização.

Essas categorias devem ser:

[...] (a) exaustivas (estas devem dar conta de todo o conjunto do material a ser analisado; se um determinado aspecto não se enquadrar nas categorias, devemos formular outra categorização); (b) exclusivas (isso significa que um aspecto do conteúdo do material analisado não pode ser classificado em mais de uma categoria); (c) concretas (não serem expressas por termos abstratos que trazem muitos significados); (d) adequadas (em outras palavras, a categorização deve ser adaptada ao conteúdo e ao objetivo a que se quer chegar) (MINAYO *et al.*, 2019, p. 80).

A categorização dos dados procurou, a todo momento, a articulação com outras pesquisas e construções teóricas trabalhadas ao longo desta dissertação, inferindo sobre como os dados da realidade específica do CAPSad III Regional estudado se aproximam dos de outros estudos já realizados. Com base em Bardin (1979 *apud* MINAYO *et al.*, 2019), a categorização pode ser realizada a partir de vários critérios: semânticos (categorias temáticas); sintáticos (categorias referentes a verbos, adjetivos, advérbios, entre outros); léxicos (ordenamento interno das orações); e expressivos (por exemplo, categorias que se referem a problemas de linguagem). Assim, permite que os conteúdos contidos no discurso da entrevistada sejam relacionados com as questões teóricas produzidas no primeiro e segundo capítulos, a exemplo de aspectos que se referem à temática da Reforma Psiquiátrica e aos seus princípios norteadores; em que foram discutidas categorias importantes a serem relacionadas com os conteúdos do discurso da entrevistada (exclusão/inclusão social, reabilitação psicossocial, território); e

categorias que também estiveram presentes nas falas da participante da pesquisa. Após a categorização, a última fase refere-se ao tratamento dos resultados e à interpretação, em que os conteúdos subjacentes da fala da entrevistada foram levantados e relacionados aos objetivos da pesquisa.

Assim, para finalizar, “Elaboramos uma síntese interpretativa através de uma redação que possa dialogar temas com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa” (MINAYO *et al.*, 2019, p. 83). A análise de conteúdo fornece subsídios para entender como ocorre a apropriação do território e como se materializam as ações de reabilitação psicossocial e de inclusão social no local estudado, a partir da perspectiva da coordenadora do CAPSad III Regional.

Posteriormente à análise das informações, foi realizada a conclusão do trabalho quanto aos resultados, em que foram suscitadas sugestões e, ou, recomendações para possíveis problemáticas identificadas.

### **3.6 Reforma Psiquiátrica, CAPSad III Regional e Inclusão Social dos Usuários**

As reflexões teóricas produzidas até o momento buscaram pontuar o movimento da Reforma Psiquiátrica, destacando, principalmente, o dinamismo do território diante do processo de inclusão social dos usuários do CAPSad III. O processo dessa Reforma forneceu centralidade à lógica territorial no desenvolvimento de ações reabilitadoras e inclusivas com os usuários.

Nesse ponto, objetiva-se apresentar os resultados da entrevista realizada com a coordenadora de um CAPSad III Regional do Estado do Paraná, buscando analisar em que medida a inclusão social dos usuários desse CAPSad tem sido efetivada, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial postulados a partir da Reforma Psiquiátrica, na Lei nº 10.216/2001. Para tanto, foram levantados três eixos temáticos, que são: Reforma Psiquiátrica, CAPSad III e a Inclusão Social; Estratégias de ações inclusivas a partir da Lógica Territorial e Reabilitação Psicossocial; e Interface/Articulação entre Inclusão Social, Reabilitação Psicossocial e Lógica Territorial.

Seguem no Quadro 1 os eixos temáticos e as categorias que emergiram dos dados coletados na pesquisa.

Quadro 1 – Distribuição dos eixos temáticos e das categorias

<b>Eixo temático 1: Reforma Psiquiátrica, CAPSad III e a Inclusão Social</b>
Categorias levantadas <sup>65</sup> :
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças do cuidado no atendimento ao usuário e ao familiar.</li> <li>2. A inclusão social dos usuários do CAPSad III é o objetivo a ser atingido.</li> <li>3. O CAPSad III possui baixo número de usuários incluídos.</li> </ol>
<b>Eixo temático 2: Estratégias de ações inclusivas a partir da Lógica Territorial e da Reabilitação Psicossocial</b>
Categorias levantadas <sup>66</sup> :
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A noção de território como recurso necessário para a organização e planejamentos das ações propostas pelo CAPSad III Regional.</li> <li>2. As estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III Regional visam à inclusão social.</li> <li>3. A falta de recursos no território e a ausência de orientações para o desenvolvimento das ações de inclusão social dificultam o trabalho do CAPSad III Regional.</li> <li>4. Reabilitação psicossocial compreendida como um elo entre CAPSad III, município e família.</li> <li>5. Ações e intervenções de inclusão social ocorrem distantes dos territórios.</li> </ol>
<b>Eixo temático 3: Interface/Articulação entre Inclusão Social, Reabilitação Psicossocial e Lógica Territorial</b>
Categorias levantadas <sup>67</sup> :
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O trabalho nos “territórios” visto como não obrigatoriedade do CAPSad III Regional.</li> <li>2. A divulgação como recurso utilizado pelo CAPSad III Regional para facilitar a inclusão dos usuários e as famílias dos 27 municípios no Serviço.</li> <li>3. O distanciamento visto como a maior dificuldade para o desenvolvimento do trabalho do CAPSad III Regional, de acordo com a lógica territorial.</li> </ol>

Fonte: Elaboração da autora.

### 3.7 Caracterização do CAPSad III Regional Estudado

A partir da entrevista realizada e dos encontros com a coordenadora do CAPSad III Regional pesquisado, foi possível o contato com a realidade do Serviço e a forma de trabalho

<sup>65</sup> Categorias extraídas a partir dos núcleos de sentido descritos no Quadro 4, nos itens 3.8; 3.8.1; 3.8.2; e 3.8.3.

<sup>66</sup> Categorias extraídas a partir dos núcleos de sentido descritos no Quadro 5, nos itens 3.9; 3.9.1; 3.9.2; 3.9.3; 3.9.4; e 3.9.5.

<sup>67</sup> Categorias extraídas a partir dos núcleos de sentido descritos no Quadro 6, nos itens 3.10; 3.10.1; 3.10.2; e 3.10.3.

que tem sido ofertada para os sujeitos com problemas decorrentes de álcool e outras drogas, em especial no que diz respeito à inclusão social deles e ao trabalho desenvolvido no território.

Num primeiro momento de análise, segue a caracterização do Serviço pesquisado. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III Regional está localizado em um município do Sudoeste paranaense, compondo, juntamente com mais quatro regionais de saúde, uma das quatro macrorregionais de saúde do Estado do Paraná (PARANÁ, 2020).

Com base nos dados colhidos por meio do questionário entregue à coordenadora, o serviço em questão possui sede própria e está localizado próximo a outros serviços de saúde e de lazer. Nas palavras da participante da pesquisa:

Sim, o serviço é acessível aos usuários no sentido de fácil localização, bem centralizado e próximo a serviços de saúde e lazer [...].

A implantação deste Serviço Regional, ou consórcio, compreende, conforme abordado anteriormente, a normativa da Portaria GM nº 130/2012, que possibilita as pactuações entre os municípios menores para a implantação do Serviço desta complexidade de atendimento. Conforme essa Portaria, o CAPSad III poderá constituir referência regional (BRASIL, 2012). Assim, esse Serviço presta atendimento a pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas, 24 horas por dia, desde a sua implantação, que se deu no dia 19 de maio do ano 2014, sendo habilitado pela Portaria nº 1.369, de 2 de dezembro de 2014.

Na observação da Coordenação existem alguns municípios muito distantes do Serviço, o que, muitas vezes, impossibilita o seu acesso. A própria Coordenação sugere que deveria ser implantado outro Serviço, ou até mais que um, “centralizando”<sup>68</sup>, possibilitando o acesso a municípios próximos, mas para isso a Portaria nº 1.369 deveria ser revista, no que tange à população atingida. Conforme a resposta descrita pela participante da pesquisa:

[...] A Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 prevê uma população de acima de 200.000 habitantes para implantação de CAPSad III, o que observamos é tem municípios muito distantes do serviço o que muitas vezes impossibilita a sua vinda; com sugestão deveria ser implantado outro serviço ou até mais, centralizando e possibilitando o acesso a municípios próximos, mas para isso deverá ser revista a Portaria, no que tange a população atingida.

Nas próprias colocações da Gestão se percebe que a política pública é contraditória e orienta a implantação do Serviço para determinada população ao mesmo tempo que viabiliza

---

<sup>68</sup> Trata-se da fala da entrevistada; porém conforme já foi discutido a partir da Reforma Psiquiátrica, prezam pela descentralização e territorialização, ampliando a existência de Serviços de Saúde Mental em nível local que favoreçam o acesso da população.

consórcios intermunicipais para se atingir tal população, criando um Serviço Regional centralizado, mas que se torna distante para alguns dos municípios que atendem. E isso dificulta o acesso e inclusão daqueles que necessitam acessar tal política de atenção a álcool e outras drogas e desconstruindo, assim, o trabalho dentro da lógica territorial, que é preconizada nas regulamentações<sup>69</sup>. O perfil do CAPS estudado é descrito no Quadro 2.

**Quadro 2 – Perfil do CAPSad III Regional**

<b>Modalidade</b>	<b>Tempo de funcionamento</b>	<b>Composição profissional</b>	<b>Número de municípios atendidos</b>
CAPSad III Regional	06 anos e 05 meses	01 coordenador 07 enfermeiros 01 psicólogo 01 pedagogo 01 médico psiquiatra 01 médico clínico geral 02 assistentes sociais 01 educador físico 08 técnicos de enfermagem 04 auxiliares de serviços gerais 01 auxiliar administrativo 01 motorista	27 municípios

Fonte: Elaboração da autora.

O CAPSad III estudado, além da unidade principal, conta ainda com a Unidade de Acolhimento Regional (com capacidade para 12 pessoas), que também faz parte da Rede de Atenção à Saúde Mental e está localizada no município-sede, próximo às dependências do CAPSad III Regional.

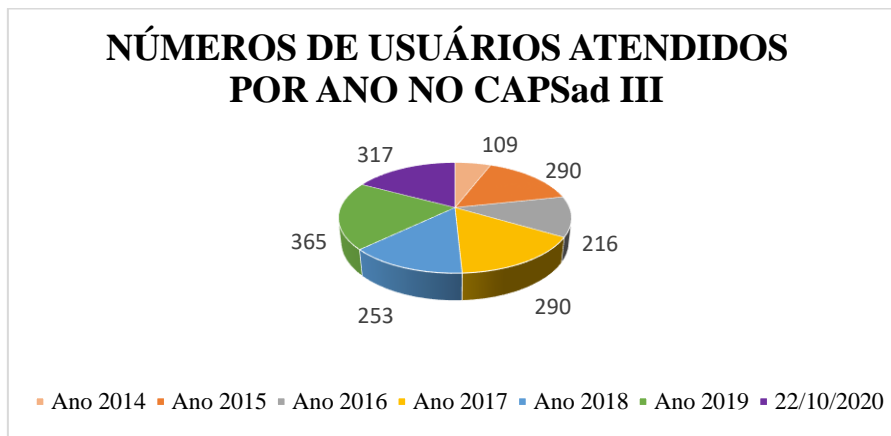
A composição dos recursos humanos conta com diversos profissionais, totalizando 29 colaboradores, como coordenador; enfermeiros; técnicos de enfermagem; psicólogo; pedagogo; médico psiquiatra; médico clínico geral; assistentes sociais; educador físico; auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e motorista.

Os atendimentos prestados são: acolhimento inicial, acolhimento noturno (são disponibilizados oito leitos para esta modalidade de atendimento para os 27 municípios, podendo permanecer 14 dias para desintoxicação); atendimentos individuais; atendimentos de grupo; reunião de equipe; oficinas terapêuticas e matriciamentos (com equipes de Estratégia Saúde Família (ESF), coordenador de saúde mental municipal e CAPS de outras modalidades); visitas domiciliares; atendimentos familiares (individual e grupal); etc.

<sup>69</sup> Portaria nº 336/2002; e Portaria nº130/2012.

A respeito da quantidade de usuários atendidos pelo Serviço, foi feito um levantamento desde o ano da sua fundação, em 2014. O Gráfico 1 ilustra esses dados.

**Gráfico 1** – Número de usuários atendidos no CAPSad III Regional a partir do ano 2014



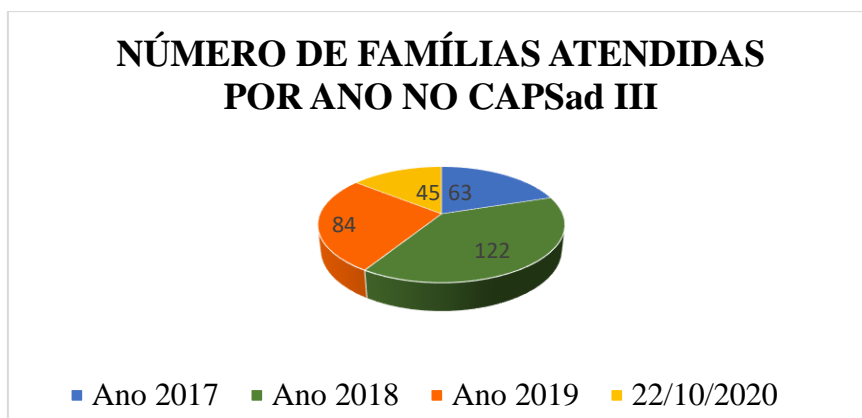
Fonte: Elaboração da autora.

Nota-se que desde a sua fundação o número de usuários atendidos pelo Serviço é crescente nos seus seis anos de funcionamento. No ano 2015, quase triplicou o número de atendimentos, diminuindo um pouco em 2016. Nos anos 2017 e 2018, houve relativa proximidade em relação à quantidade de usuários atendidos. Em 2019, ocorreu aumento significativo, mantendo esse crescimento desde o início de 2020 até o momento da realização desta pesquisa (22/10/2020), faltando ainda dois meses para o encerramento do ano.

Cabe ressaltar que o ano 2020 foi cenário do início da pandemia de COVID-19, a qual também afetou o funcionamento dos Serviços de Saúde nos moldes de outros anos em que operavam, principalmente no que diz respeito ao distanciamento social necessário. Esse distanciamento dificultou diretamente o trabalho grupal e as atividades com maior número de usuários, como eventos e confraternizações, as visitas de familiares aos usuários acolhidos, as visitas domiciliares aos usuários e familiares, as restrições aos atendimentos e ao contato do Serviço com pacientes que possuíam comorbidades de saúde, entre outras restrições e situações que, de alguma forma ou de outra, dificultaram a aproximação entre o Serviço, os usuários e as famílias.

Em relação aos atendimentos prestados às famílias pelo CAPSad III Regional, é importante salientar que, conforme os dados colhidos nos anos 2014, 2015 e 2016, não existem quaisquer registros a respeito desses atendimentos. Somente a partir do ano 2017, quando a atual Coordenação assumiu o Serviço, é que ocorreram registros referentes à quantidade de famílias atendidas. Dessa forma, os dados colhidos por meio do questionário são descritos no Gráfico 2, a partir do ano 2017.

**Gráfico 2** – Número de famílias atendidas no CAPSad III Regional a partir do ano 2017



Fonte: Elaboração da autora.

Percebe-se, a partir desse gráfico, que o ano 2018 compreendeu o maior número de famílias atendidas pelo Serviço, totalizando 122 famílias. No ano 2019, esse número diminuiu, e até o momento da pesquisa se reduziu quase pela metade. Isso pode ter relação com o momento atípico vivenciado (pandemia do COVID-19), o que diminuiu o contato do Serviço com as famílias e vice-versa, os quais ocorriam por meio de reuniões, atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares, eventos e confraternizações. No período da pandemia, o contato com as famílias ocorreu basicamente via telefone, buscando-se respeitar o distanciamento social.

Outro ponto a ser considerado em relação ao Gráfico 1 (número de usuários atendidos pelo CAPSad III) é que, embora tenha mantido e aumentado, ao longo dos anos, os números de usuários atendidos, o número de famílias atendidas (Gráfico 2) não corresponde a essa mesma lógica; pelo contrário: a partir do ano 2018, nota-se que o número de famílias atendidas foi diminuindo de modo expressivo. Contudo, não havendo dados dos anos anteriores a 2017, torna-se difícil desenvolver uma análise mais precisa sobre isso, apesar da evidente diminuição do contato do Serviço com as famílias e vice-versa. Em estudo realizado por Rosa (2005), como em “A Inclusão da Família nos Projetos Terapêuticos dos Serviços de Saúde Mental”, foram mencionadas algumas limitações no trabalho com as famílias. Essas limitações estão relacionadas às famílias e aos Serviços de Saúde Mental. As referentes às famílias foram: a baixa renda, a pobreza, a estigmatização, a sobrecarga de tarefas e a dificuldade de deslocamento até o Serviço. Já as limitações que dizem respeito aos Serviços foram: a dificuldade com o transporte, a lógica de organização dos Serviços e a sobrecarga de trabalho dos profissionais que impedem um trabalho mais sistemático na comunidade e espaço

doméstico que são ocupados, muitas vezes, pela família. A realidade do CAPSad III estudado até o momento também mostrou limites semelhantes a esses na organização administrativa (consórcio intermunicipal) desse Centro, como a dificuldade de deslocamento até ele e o distanciamento das famílias, dos usuários e do território, que são fatores que dificultam o acesso a esse Serviço, a inclusão social e o desenvolvimento do trabalho.

### **3.8 Reforma Psiquiátrica, Inclusão Social, CAPSad III Regional: pressupostos e concepções**

Neste momento, analisa-se o eixo temático 1, a fim de identificar os princípios e fundamentos teórico-metodológicos que norteiam o entendimento do coordenador em relação à Reforma Psiquiátrica, o papel dos CAPSad III e a compreensão diante da inclusão social, tendo em vista que tal entendimento pode-se refletir no trabalho realizado com os usuários desse Serviço. No eixo temático 1 foram levantadas três categorias, elencadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Eixo temático 1

<b>Eixo temático 1: Reforma Psiquiátrica, CAPSad III e a Inclusão Social</b>
Categorias levantadas:
1. A Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças do cuidado no atendimento ao usuário e ao familiar.
2. A inclusão social dos usuários do CAPSad III é o objetivo a ser atingido.
3. O CAPSad III possui baixo número de usuários incluídos.

Fonte: Elaboração da autora.

As categorias foram levantadas a partir dos núcleos de sentido e foram analisadas separadamente. Num primeiro momento, foi realizada a descrição da categoria e, em seguida, percorrida a análise interpretativa dos dados. A análise dessas categorias busca relacionar esses dados, ou seja, o discurso da coordenadora do CAPSad III Regional com o problema e os objetivos desta pesquisa. O eixo temático 1 permite visualizar o entendimento da coordenadora sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica, com base na Lei nº 10.2016/2001, e, de forma mais clara, a compreensão sobre o papel do CAPSad III Regional nesse processo e diante da inclusão social dos usuários. Tal levantamento possibilita a melhor compreensão de como o CAPSad III, que compõe a Regional de Saúde de determinada Macrorregional de Saúde do Paraná, está organizando e orientando seu trabalho com os usuários dos 27 municípios cobertos por esse



Serviço. A partir dos conteúdos manifestos, foi possível identificar os núcleos de sentido e, com isso, realizar o levantamento das categorias, conforme mostrado no Quadro 4.

Quadro 4 – Núcleos de sentido, fragmentos das entrevistas e categorias do eixo temático 1

<b>Eixo Temático 1: Reforma Psiquiátrica, CAPSad III e a Inclusão Social</b>		
<b>Núcleos de sentido</b>	<b>Fragmentos das entrevistas</b>	<b>Categorias</b>
A Reforma Psiquiátrica e a Lei nº 10.216/2001 correspondem ao que o usuário precisa.	<p>“Acho que veio a calhar tudo o que tem e envolver o que tem de humanitário, porque da forma como se estava se concebendo e as coisas estavam andando não ia ter mais local para alojar as pessoas.”</p> <p>“[...] eu acredito que isso possa ser trabalhado muito mais, porque é diferente o tratamento. Eu como me formei em Pelotas eu lembro que fiz estágio no hospital psiquiátrico, aquilo já na entrada é terrível. E ao invés de fazer com que o paciente se sinta acolhido e melhore acaba piorando mais, principalmente na questão de álcool e drogas.”</p> <p>“Então, acredito que sim ela veio (se referindo a Reforma Psiquiátrica) de uma forma humanitária e de uma forma holística atender aquilo que o usuário precisa [...].”</p> <p>“Então, acho que as diretrizes estão se encaminhando, acredito que o governo federal também esteja vendo isso e que cada vez se envie mais recursos e façam com que se abram mais serviços para que o povo tenha mais acesso.”</p>	<p><b>A Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças do cuidado no atendimento ao usuário e ao familiar.</b></p>
Tratamento hospitalar como último recurso.	<p>“Aqui enquanto CAPS Regional que também está dentro da Lei e das diretrizes, que acho que é a que quando se esgotou no CAPS o acolhimento noturno e tratamento ambulatorial aí sim vai se ver alguma coisa fechada.”</p>	

	<p>“[...] mas, ainda tem municípios que trabalham, eles preferem não mandar pro CAPS Regional, pra uma referência e já solicitam uma Central. Mas, isso já vem sendo também trabalhado via Regional, que os municípios, vocês trabalhem também em matriciamentos, que primeiro se esgotem as possibilidades que existem para depois se solicitar uma internação fechada.”</p> <p>“E ainda o paciente vem as vezes e está em central de leitos e o município não nos informa que eles deveriam antes de pôr na central, porque não mandar pra nós, esgota o que você tem de possibilidades pra depois internar, então é umas coisas é inexplicável, tem que sempre estar batendo na mesma tecla [...]”</p> <p>“Tem, esgotar o que tem, referência pra nós, manda pra cá que a gente vai ver se realmente é caso de central ou se não é, mas é difícil é pensamento de cada profissional e não tem o que a gente faz. Só que é todo um trabalho que o município faz pra mandar pra gente, olha o gasto, pra que né, se já está na central pra que mandar, o paciente chega aqui e ele diz não eu não quero eu não sabia que eu vinha pra cá. Então, traz e volta, você acaba até frustrando o paciente.”</p>	<p><b>A Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças do cuidado no atendimento ao usuário e ao familiar.</b></p>
<p>O CAPSad III no processo da Reforma Psiquiátrica como dispositivo de cuidado em meio aberto.</p>	<p>“[...] os Centros de Atenção Psicossocial, acho que foi uma das melhores formas de evitar esse constrangimento pro paciente, pro usuário em si.”</p> <p>“É de fundamental importância porque ele não abrange só o paciente, então é tudo, é a família, é todo um contexto social, as unidades de acolhimentos também.”</p> <p>“Com certeza, ela veio justo pra por isso (Reforma Psiquiátrica) que os</p>	

	<p>CAPS estão em funcionamento e que se abram outros.”</p> <p>“[...] ele não veio (CAPS) só pra atender específico álcool e drogas, porque quatorze dias em acolhimento noturno não vai resolver o problema de ninguém. Então, trabalha a família, trabalha o social, trabalha o município, pra que o município também veja onde que ele está inserido em lócus, pra ver o que é preciso ser feito [...].”</p>	<p><b>A Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças do cuidado no atendimento ao usuário e ao familiar.</b></p>
<p>A Reforma Psiquiátrica possibilitou maior participação do usuário e do familiar no tratamento.</p>	<p>“Eu acho que talvez trabalhando a família fique mais fácil também de tá inserindo esse usuário, na questão social toda, porque como era trabalhado antigamente só o paciente fica mais difícil.”</p> <p>“[...] E é o que a gente sempre fala aqui que às vezes uns não sabem como lidar, e esse é o nosso papel perante as famílias, além de trabalhar a questão da aceitação, de limite, é também organizar a vida deles junto ali do seu convívio; no trabalho em tudo, na questão social, lazer na educação, a família é tudo.”</p>	
<p>Estratégias e tentativas do CAPSad III Regional para não reproduzir a lógica médico-curativa, embora o saber médico exerça certa hierarquia.</p>	<p>“Ele é 24 horas (CAPSad III), é regime de acolhimento. Então, ele trabalha com uma equipe, não é direcionada só ao médico psiquiatra ou ao médico clínico ou ao psicólogo, então é toda uma equipe envolvida: assistente social, psicólogo, educador físico, pedagogo, então, inclusive os casos são discutidos entre toda a equipe.”</p> <p>“É feito o acolhimento do paciente e o que se capta ali na anamnese, na estratificação é repassado sim ao médico psiquiatra por que é ele que tem o conhecimento, então nesse momento as vezes o médico não avalia o paciente, mas já pede pra inserir no tratamento ambulatorial ou o psicólogo conversa com esse</p>	

	<p>paciente antes de um atendimento também médico.”</p> <p>“[...] mas o acolhimento noturno é feito no período da manhã [...], porque neste período nós temos médico, por que nós não temos, claro a gente não deixa só na responsabilidade do médico, mas o paciente que tem critério para acolhimento noturno, ele tem que passar pela avaliação médica para que ele possa prescrever medicamentos, compete só ao médico prescrever.”</p>	<p><b>A Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças do cuidado no atendimento ao usuário e ao familiar.</b></p>
<p>A compreensão do gestor(a) sobre a Inclusão Social, como sinônimo de equidade e aceitação.</p>	<p>“Independentemente de ser só na dependência química. Eu acho que é uma equidade né, é tudo que tá no entorno nosso e que pudesse acontecer da mesma forma, eu você, qualquer pessoa independente de deficiência, independente de uso de alguma substância pudesse estar incluída aí trabalhando e auxiliando.”</p> <p>“Que às vezes o que as pessoas o que falta é oportunidade, aceitação. Então, pra mim a inclusão seria tudo, é você estar envolvido aí no meio, porque melhora o teu trabalho, melhora o teu psicológico, melhora tudo né. Não sei se fui clara, mas eu acho que é isso.”</p> <p>“Porque eu acredito que a inclusão social vinda ela iria auxilia muito assim, se eles tivessem assim uma garantia por eles estarem tratando, por eles estarem se esforçando que eles pudessem lá fora conseguir algo a mais seguro pra eles, isso irá auxiliar.”</p>	<p><b>A inclusão social dos usuários do CAPSad III é o objetivo a ser atingido.</b></p>

<p>O preconceito enraizado diante da dependência química dificulta a inclusão social.</p>	<p>“Olha ainda se percebe que os pacientes que ficam acolhidos conosco quando eles vão lá fora, eles mesmos relatam pra nós que em função deles serem usuários de drogas e de álcool, por terem sido presos, eles tem dificuldades.”</p> <p>“E, nós percebemos aqui também [...] tem sim certa resistência quando ainda se fala do usuário, principalmente de álcool em si [...].”</p> <p>“Então, existe sim ainda uma certa sabe, uma certa parede nesse sentido.”</p> <p>“[...] mas também eles relatam que depende aonde eles vão se tem alguma festa, alguma coisa, que eles são vistos com outros olhos. Isso é a questão do relato deles, a gente não presencia isso geralmente, mas eles relatam isso, que são vistos principalmente o usuário de álcool, que ele é um bêbado; a chegou o bêbado; aquele lá que usa droga; e que as pessoas nem se aproximam muitas vezes. Então, tem também.”</p>	<p><b>A inclusão social dos usuários do CAPSad III é o objetivo a ser atingido.</b></p>
<p>A família comprometida auxilia na inclusão social dos usuários.</p>	<p>“[...] assim tá tendo uma abertura maior, e talvez os acessos são mais fáceis também quando tudo e quando a família se envolve.”</p> <p>“Acho que quando a família se envolve ajuda bastante”.</p> <p>“Sim, principalmente na família, isso com certeza, porque a família é trabalhada pra isso pra entender o porquê; pra aceita; porque é esse o trabalho que geralmente o psicólogo faz aqui, todo esse trabalho com a família.”</p> <p>“É de fundamental importância se a família estiver bem trabalhada ela vai ajudar em tudo esse usuário tanto na questão da inclusão, tanto no</p>	

	trabalho, na sociedade, na vivencia do dia a dia dele.”	
Ausência de apoio familiar dificulta a inclusão social dos usuários.	<p>“Mas, quando a família se envolve [...] porque nós temos também família que eles querem se livrar do paciente. É bastante e se ele fica sozinho só piora.”</p> <p>“[...] mas tem outras (famílias) que nem pra trazer cigarro pro paciente, porque nós tratamos o cigarro como redução de danos, então tem gente que vem e que nem traz o que precisa e nem roupa muitas vezes. E diz olha eu não quero mais vê, vocês deem um jeito, se virem, aí a gente tem que entrar em contato com a assistente social do município [...].”</p> <p>“Vou te falar assim, é tipo uma desova pra muita gente, e aí imagina paciente já tem esse problema e aí toda a família, é claro que a gente entende também a família, que as vezes tá estafada já, mas se a família não procura, não ajudar, não acolher, quem vai?”</p>	<b>A inclusão social dos usuários do CAPSad III é o objetivo a ser atingido.</b>
Poucas tentativas de inclusão no território.	<p>“Olha em três anos que eu estou aqui, reabilitar em três anos que eu lembre eu posso até confirmar isso, mas eu acho que foi quatro pacientes [...] Inclusive não lembro o nome teve um paciente que veio aqui visitar o CAPS e agradecer. Eu entrei em 2017 e em três anos que eu lembre são estes.”</p> <p>“Então, posso te dizer que cerca de uns quatro pacientes. E as tentativas que a gente fez, acho que depois que eu to aqui foi um só que queria morar no município sede [...], que foi a Unidade de Acolhimento pra procurar emprego e no dia que ele saiu pra procurar emprego, foi feito contato e tudo, com um posto de gasolina [...].”</p>	<b>O CAPSad III possui baixo número de usuários incluídos.</b>

<p>Poucas tentativas de inclusão no território.</p>	<p>“E tem outro [...] que tentaram que chegou a trabalhar e que também foi frustrada, porque não tem como ficar aqui e trabalhar lá em C.<sup>70</sup>[...]”</p> <p>“Geralmente, a gente faz contato com o município e fala olha ele quer trabalhar já vão vendo alguma coisa enquanto ele está acolhido noturno, mas o contato com a assistência social do município se tem emprego pra procurar alguma coisa, de diarista, de auxiliar de pedreiro, alguma coisa, então os municípios também tentam, mas é bem, bem difícil.”</p>	<p><b>O CAPSad III possui baixo número de usuários incluídos.</b></p>
<p>A inclusão social pelo trabalho é o maior desafio do CAPSad III Regional.</p>	<p>“Mas, eu acho eu a maior dificuldade ainda é na questão do trabalho que a gente consegue observar pelo relato deles aqui, né.”</p> <p>“[...] nós temos várias pessoas que são funcionários públicos que fazem tratamento conosco e que têm dificuldade em continuar no trabalho ou que seja remanejada para outra função.”</p> <p>“Mas, a maioria é no trabalho, que é complicado, que eles acabam perdendo o trabalho [...]”</p> <p>“O perfil, também porque geralmente eles são portadores de algum benefício, bolsa-família, alguma coisa, e também não tem da parte deles, que tá bom assim, tá cômodo assim, porque que eu vou trabalhar? tenho aquele dinheirinho, vivendo naquelas condições, mas que para eles tá bom.”</p>	
<p>A abstinência é requisito para a inclusão social.</p>	<p>“[...] foi feito contato e tudo, com um posto de gasolina e ele já usou droga e, quando acontece isso já é conversado e tudo e é dado alta administrativa, porque não tem como</p>	

<sup>70</sup> Por motivos éticos, diante das normativas de ética em pesquisa com seres humanos, especialmente a Resolução nº 510/2016 do CNS, substitui-se o nome da cidade mencionada pela entrevistada por letra aleatória (evitar a identificação). Os demais municípios citados pela entrevistada seguiram os mesmos critérios.

	<p>já na primeira e se a gente não leva assim, eles ficam alojado ali sem objetivo nenhum.”</p> <p>“[...] mas eu acho que foi quatro pacientes, que reabilitou que não teve mais recaídas, não teve mais nada, inclusive teve alta melhorada e conseguiu se inserir no trabalho e ter autonomia na vida, eles são de municípios diferentes.”</p>	<p><b>O CAPSad III possui baixo número de usuários incluídos.</b></p>
--	--	---

Fonte: Elaboração da autora.

As diferentes categorias levantadas nesse primeiro momento permitiram sintetizar dados sobre a Reforma Psiquiátrica e como o CAPSad III Regional está se configurando na rede de atenção dos 27 municípios. Tal entendimento possibilitou melhor compreensão sobre a visão teórica da coordenadora e, conseqüentemente, sobre a forma de organização do CAPSad III, bem como sobre os fundamentos teórico-metodológicos que respaldam o trabalho de inclusão social desenvolvido com os usuários dos 27 municípios, considerando a lógica territorial, postulada pela Reforma Psiquiátrica. Foi possível perceber, assim, como o CAPSad III Regional tem realizado a construção de estratégias que viabilizem a inclusão dos usuários e da família no Serviço.

A seguir, as categorias levantadas encontram-se analisadas separadamente, a fim de que elas dialoguem com o problema e os objetivos desta pesquisa.

### **3.8.1 A Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças do cuidado no atendimento ao usuário e ao familiar**

A primeira categoria levantada no eixo temático 1 corresponde ao fato de que a Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças do cuidado no atendimento ao usuário e ao familiar. Refere-se à compreensão da gestora diante da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tida como um movimento social, dinâmico e complexo que se refletiu em várias transformações no campo da saúde mental, álcool e drogas. Esse movimento provocou certa transformação social, de onde advieram mudanças estruturais, socioculturais, técnico-conceituais e políticas, principalmente nos Serviços de atendimento destinados aos sujeitos com problemas decorrentes de álcool e outras drogas, assim como na assistência prestada realizada em articulação com o território e com a comunidade, conforme explicado mais detalhadamente no Capítulo I.



Na categoria em questão, foram levantados os seguintes núcleos de sentido: a Reforma Psiquiátrica e a Lei nº 10.216/2001 correspondem ao que o usuário precisa: tratamento hospitalar como último recurso; o CAPSad III no processo da Reforma Psiquiátrica como dispositivo de cuidado em meio aberto; a Reforma Psiquiátrica possibilitou maior participação do usuário e do familiar no tratamento; e estratégias e tentativas do CAPSad III Regional para não reproduzir a lógica médico-curativa, embora o saber médico exerça certa hierarquia.

Algumas das mudanças ocorridas a partir da Reforma Psiquiátrica diante do cuidado prestado aos dependentes químicos são percebidas nas falas da entrevistada, no sentido de produção de um cuidado mais humanizado junto ao usuário e à sua família e da reestruturação dos Serviços. Essa fala da entrevistada aponta esse fato:

Acho que veio a calhar tudo o que tem e envolver o que tem de humanitário, porque da forma como se estava se concebendo e as coisas estavam andando não ia ter mais local para alojar as pessoas.

Conforme já discutido com base em Yasui (2006), a Reforma Psiquiátrica não pode ser confundida apenas com a transformação dos Serviços de Saúde mental. Ela vai além disso, posto que é um processo amplo e complexo que diz respeito à instituição em um novo modo de cuidado do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam transformar a sociedade.

Sem dúvidas, esse processo de Reforma Psiquiátrica envolve a conquista de direitos ao dependente químico, a possibilidade de receber um cuidado digno e de respeito, questionando as práticas excludentes, reducionistas e antiterapêuticas. É claro no discurso da gestora entrevistada a importância do processo da Reforma Psiquiátrica e de alguns princípios fundantes dessa Reforma, principalmente em relação à desinstitucionalização e à humanização do cuidado em saúde mental, assim como a uma compreensão mais holística destinada ao usuário, especialmente na questão do álcool e outras drogas, conforme o depoimento a seguir:

[...] eu acredito que isso possa ser trabalhado muito mais, porque é diferente o tratamento. Eu como me formei em Pelotas eu lembro que fiz estágio no hospital psiquiátrico, aquilo já na entrada é terrível. E ao invés de fazer com que o paciente se sinta acolhido e melhora acaba piorando mais, principalmente na questão de álcool e drogas (Entrevistada).

Para tanto, a Lei nº 10.216/2001 é um instrumento valioso na efetivação da Reforma Psiquiátrica, sendo os anos 2000 palco de uma série de medidas do Ministério da Saúde no

sentido de horizontalizar a rede de cuidados em saúde mental e inverter a lógica do financiamento, descentrando o tratamento do hospital e criando um modo de cuidar, no qual o território é o cenário e o doente mental é o protagonista (HEIDRICH, 2016).

Como já visto, o CAPSad III é produto/invenção da Reforma Psiquiátrica, e esse Serviço foi criado com a finalidade de substituir o lugar de cuidados que antes era ocupado apenas pelo hospital psiquiátrico, e o CAPS passou a compor a rede de atenção psicossocial no âmbito do SUS, sendo um Serviço aberto e comunitário. Nesse viés são as diretrizes que constituem o funcionamento da RAPS, a respeito do Art. 2: “I – Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II – Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde [...]. V – Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas [...]” (BRASIL, 2011, p. 2). O relato da entrevista sugere isso:

Então, acredito que sim ela veio (se referindo à Reforma Psiquiátrica) de uma forma humanitária e de uma forma holística atender aquilo que o usuário precisa [...].

No entanto, a Reforma Psiquiátrica não envolve somente o fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas tem possibilitado novos olhares e rumos para as pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas, um movimento histórico, baseado, principalmente, nas críticas estruturais da psiquiatria clássica e na necessidade de construção de uma atenção psicossocial que articule com demais Serviços de Saúde e recursos disponíveis no território.

A entrevistada compreende que a Reforma Psiquiátrica atente às necessidades do usuário, contudo se percebe a necessidade de esse processo avançar ainda mais, transformando e possibilitando mais acessos à população em questão, ou seja, ainda é um movimento em constante transformação. Segundo o relato da pesquisada:

Então, acho que as diretrizes está se encaminhando, acredito que o governo federal também esteja vendo isso e que cada vez se envie mais recursos e façam com que se abram mais serviços para que o povo tenha mais acesso.

Para Coe e Duarte (2017), a tentativa de demarcar uma lógica precisa para a atenção psicossocial não deve se contentar com as transformações já operadas na teoria, nas práticas e nos discursos, mas, sim, mostrar a ética necessária à desinstitucionalização e o que incide sobre o método de análise dialético. Muitos desafios ainda se fazem presentes ao se pensar na Reforma Psiquiátrica. Por ser também um movimento social, entende-se que não é algo estático e finalizado, mas que ainda está constantemente em construção e transformação.

Cotidianamente, no campo do álcool e outras drogas, novas barreiras devem ser destruídas, indo desde a simples quebra de preconceitos da sociedade civil relacionados à dependência química até a conquista de políticas sociais que consigam englobar e viabilizar mudanças estruturais que deem conta da complexidade do tratamento destinado a essa população.

Outro núcleo de sentido que aparece no discurso da gestora do CAPSad III diz respeito ao tratamento hospitalar como último recurso a ser utilizado. Na visão dela, o CAPSad III deve esgotar as possibilidades e recursos para, posteriormente, indicar essa modalidade de tratamento fechado e isolado. Contudo, nota-se que, como esse Serviço é consorciado com vários municípios, alguns destes possuem CAPS de outras modalidades, e o internamento em hospital psiquiátrico é, na maioria das vezes, utilizado antes mesmo de se tentar o encaminhamento para o acolhimento noturno, serviço indicado em alguns dos casos e ofertado pelo CAPSad III Regional, que possui estrutura para tal. Conforme expressam as falas da participante desta pesquisa:

Aqui enquanto CAPS Regional que também está dentro da Lei e das diretrizes, que acho que é a que quando se esgotou no CAPS o acolhimento noturno e tratamento ambulatorial aí sim vai se ver alguma coisa fechada (se referindo a internação hospitalar).

Tem, esgotar o que tem, referência pra nós, manda pra cá que a gente vai ver se realmente é caso de central ou se não é, mas é difícil é pensamento de cada profissional e não tem o que a gente faz. Só que é todo um trabalho que o município faz pra mandar pra gente, olha o gasto, pra que né, se já está na central pra que mandar, o paciente chega aqui e ele diz não eu não quero eu não sabia que eu vinha pra cá. Então, traz e volta, você acaba até frustrando o paciente.

Essas dificuldades que o CAPSad III Regional enfrenta diante do fato de o internamento psiquiátrico ser solicitado antes mesmo da avaliação do serviço são trabalhadas com os municípios nos matriciamentos, informando e orientando que se tentem opções que já existem na rede de atenção municipal e no território antes de referenciar e solicitar à central de leitos em hospital psiquiátrico, evitando reproduzir a lógica hospitocêntrica. Nesse sentido, Amarante (2007) enfatiza o treinamento dos profissionais a partir do apoio matricial para a condução dos casos de saúde mental mais adequadamente. Para esse autor, os profissionais de saúde mental devem oferecer o apoio matricial às equipes de saúde da família, contribuindo para que estas consigam maior sucesso em suas intervenções, sem a necessidade de encaminharem as pessoas aos níveis mais complexos de recursos. As falas da entrevistada elucidam tal dificuldade e o papel do CAPSad III Regional nesse enfrentamento:

[...] mas, ainda tem municípios que trabalham, eles preferem não mandar pro CAPS Regional, pra uma referência e já solicitam uma Central. Mas, isso já vem sendo também trabalhado via Regional, que os municípios, vocês trabalhem também em matriciamentos, que primeiro se esgotem as possibilidades que existem para depois se solicitar uma internação fechada.

E ainda o paciente vem às vezes e está em central de leitos e o município não nos informa que eles deveriam antes de pôr na central, porque não mandar pra nós, esgota o que você tem de possibilidades pra depois internar, então é umas coisas é inexplicável, tem que sempre estar batendo na mesma tecla [...].

Como já percebido, é necessário romper com o modelo hegemônico manicomial de assistência como a única possibilidade de tratamento para a dependência química. É papel dos CAPSs modificarem essa prática que persiste nas condutas profissionais, e os Serviços de base comunitária devem trabalhar no sentido de evitar tais “dispositivos de cuidado” – que devem ser utilizados apenas em situações de extrema necessidade – e, junto com a rede de cuidados e a sociedade em geral, construir meios e recursos que possam acolher a crise e lidar com ela e não apenas isolá-la. Melhor explicando, é por meio dos matriciamentos que o CAPSad III intermunicipal pode orientar para que os CAPSs municipais e as ESFs modifiquem tais práticas que condizem mais com os aspectos clínico, biomédico e ambulatorial. Nessa direção, alerta Amarante (1995) que os CAPSs têm se configurado como uma psiquiatria renovada, não efetivando os reais princípios da Reforma Psiquiátrica.

Embora, muitas vezes, conforme o discurso da gestora entrevistada, o matriciamento seja um trabalho repetitivo realizado para que os profissionais também modifiquem suas mentalidades, técnicas e práticas. Ele constitui um trabalho necessário de orientação e transformação social que também deve ocorrer com os profissionais de saúde, para que possam construir novas relações entre a sociedade e a dependência química. Não se pode esquecer de que a saúde mental é baseada na atenção psicossocial, oriunda do processo de Reforma Psiquiátrica que, por ser um processo social complexo com base em Amarante (2007) e Yasui (2006), envolve as seguintes dimensões: técnico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural<sup>71</sup>. Essas dimensões devem ser trabalhadas constantemente nos matriciamentos para que se possam construir e manter mudanças e práticas coletivas voltadas para o tratamento no território, construindo estratégias de inclusão e não de exclusão.

Ao serem constantemente abordadas tais dimensões no cotidiano de trabalho em saúde mental, o CAPS também pode ser mais utilizado enquanto Serviço de base comunitária. Essa

---

<sup>71</sup> Dimensões estas descritas no Capítulo I, no item 1.1.

compreensão é captada no discurso da entrevistada, que situa o CAPSad III no processo da Reforma Psiquiátrica como dispositivo de cuidado em meio aberto, segundo os trechos a seguir:

[...] os Centros de Atenção Psicossocial, acho que foi uma das melhores formas de evitar esse constrangimento pro paciente, pro usuário em si.

Com certeza, ela veio justo pra por isso (Reforma Psiquiátrica) que os CAPSs estão em funcionamento e que se abram outros.

Os CAPSs devem promover um cuidado acolhedor e integral ao sujeito com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. É indispensável essa ampliação de cuidado integral à saúde mental, pois o usuário não pode ser visto e compreendido apenas pela sua doença ou patologia, mas, sim, compreendido integralmente como sujeito que faz parte de um contexto familiar, social e cultural. Dessa forma:

Cuidar em saúde significa pensar em uma atitude [...] de responsabilização e de envolvimento com o outro. [...] é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. É preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença (YASUI, 2006, p. 112).

Os Serviços de Saúde Mental precisam constituir uma prática que tende a colocar a centralidade do procedimento no usuário, fazendo emergir o sujeito, colocando a doença entre parênteses, sem negá-la, mas potencializando o sujeito, acolhendo-o, escutando-o, interagindo com a clínica, a política e o social (DUARTE, 2007). Conforme discutido no primeiro capítulo, os CAPSs “[...] devem ser lugares de sociabilidades e de trocas sociais” (AMARANTE, 2007, p. 69). Por isso, as ações do Serviço devem se estender à comunidade, ao meio em que o sujeito vive e à família. Nos relatos da entrevistada, essa noção de integralidade é assim expressa:

É de fundamental importância porque ele não abrange só o paciente, então é tudo, é a família, é todo um contexto social, as unidades de acolhimentos também.

[...] ele não veio (CAPS) só pra atender específico álcool e drogas, porque quatorze dias em acolhimento noturno não vai resolver o problema de ninguém. Então, trabalha a família, trabalha o social, trabalha o município, pra que o município também veja onde que ele está inserido em lócus, pra ver o que é preciso ser feito [...].

O acolhimento destinado ao usuário deve ser estendido à família, pois se sabe que é a família que assume o cuidado junto com o Serviço e, dessa maneira, a família deve ser também acolhida e orientada. Nessa direção, outro núcleo de sentido refere-se à possibilidade que a Reforma Psiquiátrica trouxe de maior participação do usuário e do familiar no tratamento. A

respeito disso, a gestora enfatizou, no seu discurso, que a participação familiar no CAPS é considerada importante e necessária:

Eu acho que talvez trabalhando a família fique mais fácil também de tá inserindo esse usuário, na questão social toda, porque como era trabalhado antigamente só o paciente fica mais difícil.

[...] E é o que a gente sempre fala aqui que as vezes uns não sabem como lidar, e esse é o nosso papel perante as famílias, além de trabalhar a questão da aceitação, de limite, é também organizar a vida deles junto ali do seu convívio; no trabalho em tudo, na questão social, lazer, na educação, a família é tudo.

Sobre essa questão, Rosa (2011) avalia que a Reforma Psiquiátrica permitiu a reorganização dos serviços, a família torna-se requisitada e reconhecida nesse cuidado e os Serviços de Saúde possibilitam o acolhimento da família e, até mesmo, seu redimensionamento e inclusão nas demais políticas sociais, bem como a integração com outras possibilidades de cuidado e lazer.

Os fatores anteriormente discutidos levam a crer que a Política de Saúde Mental de forma consistente se pautou, principalmente, pela implantação de novos CAPSs e de equipamentos de cuidado extra-hospitalar como forma de melhorar a rede de atenção psicossocial, assim como pela participação familiar no cuidado e pela maior humanização no tratamento disponibilizado ao usuário. Cabe ressaltar que:

O CAPS é meio, é caminho e não é fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores (YASUI, 2006, p. 107).

Contudo, há a necessidade de verificar de que forma esses Serviços estão atuando no seu território, tendo em vista a forte incidência de um modelo de atenção centrado na hegemonia médica, o que foi evidenciado nesta pesquisa, conforme relatos que se seguem:

Ele é 24 horas (CAPSad III), é regime de acolhimento. Então, ele trabalha com uma equipe, não é direcionada só ao médico psiquiatra ou ao médico clínico ou ao psicólogo, então é toda uma equipe envolvida: assistente social, psicólogo, educador físico, pedagogo, então, inclusive os casos são discutidos entre toda a equipe.

É feito o acolhimento do paciente e o que se capta ali na anamnese, na estratificação é repassado sim ao médico psiquiatra porque é ele que tem o conhecimento, então nesse momento às vezes o médico não avalia o paciente, mas já pede pra inserir no tratamento ambulatorial ou o psicólogo conversa com esse paciente antes de um atendimento também médico.

[...] mas o acolhimento noturno é feito no período da manhã [...], porque neste período nós temos médico, por que nós não temos, claro a gente não deixa só na responsabilidade do médico, mas o paciente que tem critério para acolhimento noturno, ele tem que passar pela avaliação médica para que ele possa prescrever medicamentos, compete só ao médico prescrever.

Nota-se que existem estratégias e tentativas do CAPSad III Regional para não reproduzir a lógica médico-curativa, entretanto ainda o saber médico exerce certa hierarquia, mantendo, nesse caso, essa hegemonia. O modelo biomédico correspondente ao paradigma psiquiátrico ainda não foi totalmente superado no cotidiano do Serviço, e o fato de o médico ainda exercer hierarquia diante do cuidado do usuário, mesmo fazendo parte de uma equipe multiprofissional, quer dizer que a relação e a compreensão do Serviço tendem a ser mais biologizantes diante da dependência química. Em relação a isso, alerta-se que os Serviços de Atenção Psicossocial devem ter estrutura flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois, caso haja tal dinâmica, esses dispositivos estariam deixando de lidar com pessoas para colocarem a ênfase nas doenças; esses Serviços devem ser locais, onde a crise possa ser acolhida (AMARANTE, 2007).

A importância de se terem outras categorias profissionais nas equipes de saúde mental é justamente para compreender esse processo de adoecimento referente ao uso de álcool e outras drogas também como um processo integral e social, o qual possui determinantes sociais, requerendo uma rede complexa e interdisciplinar de cuidados de base territorial. Tal realidade é discutida por Amarante (2007), que alerta para o perigo da “capsização”, ou seja, de o CAPS tornar-se uma clínica modernizada, reduzindo o sujeito à sua doença baseada nas ações da assistência médica curativa. O sujeito, nesse modelo, fica suscetível a essa lógica e, mesmo realizando um tratamento em liberdade, não consegue desvincular-se do rótulo da doença psiquiátrica.

Conclui-se que, embora o processo de Reforma Psiquiátrica seja um processo social complexo que envolve várias dimensões, a gestora do Serviço estudado compreende que o processo de Reforma Psiquiátrica ocasionou mudanças significativas no tratamento da dependência química. Segundo ela, isso ocorreu desde a compreensão do acolhimento integral do sujeito dependente químico, do envolvimento familiar no cuidado e do papel de apoio matricial, que deve ser fornecido às equipes de saúde para compartilhamento e melhor gestão dos casos, assim como a hospitalização, em casos pontuais. Contudo, nota-se que o Serviço, conforme os relatos da gestora, priorizam um modelo de cuidado centrado na doença e no tratamento, assim como no saber médico, não superando totalmente o paradigma psiquiátrico.

### 3.8.2 A inclusão social dos usuários do CAPSad III é o objetivo a ser atingido

No CAPSad III pesquisado, a inclusão social apareceu como um objetivo a ser atingido junto aos usuários. Nessa categoria, os núcleos de sentido demonstram que as dificuldades diante da inclusão social estão relacionadas ao preconceito diante do usuário de álcool e outras drogas e à ausência de apoio familiar. Os núcleos de sentido levantados foram: a compreensão da gestora sobre a Inclusão Social, como sinônimo de equidade e aceitação; o preconceito enraizado diante da dependência química dificulta a inclusão social; a família comprometida auxilia na inclusão social dos usuários; e a ausência de apoio familiar dificulta a inclusão social dos usuários.

O conceito de inclusão social para a gestora do Serviço estudado remete à equidade e aceitação, ou seja, a sociedade deveria tratar os dependentes químicos de acordo com as necessidades deles e aceitá-los como iguais no trabalho e na vida social como um todo. Isso é expresso nos relatos a seguir:

Independentemente de ser só na dependência química. Eu acho que é uma equidade né, é tudo que tá no entorno nosso e que pudesse acontecer da mesma forma, eu você, qualquer pessoa independente de deficiência, independente de uso de alguma substância pudesse estar incluída aí trabalhando e auxiliando.

Que as vezes o que as pessoas o que falta é oportunidade, aceitação. Então, pra mim a inclusão seria tudo, é você estar envolvido aí no meio, porque melhora o teu trabalho, melhora o teu psicológico, melhora tudo né. Não sei se fui clara, mas eu acho que é isso.

Porque eu acredito que a inclusão social vinda ela iria auxilia muito assim, se eles tivessem assim uma garantia por eles estarem tratando, por eles estarem se esforçando que eles pudessem lá fora conseguir algo a mais seguro pra eles, isso irá auxiliar.

Em relação a isso, como já visto, é função do CAPSad III a articulação com o território para o enfrentamento dessas dificuldades, fortalecendo na comunidade ações inclusivas que promovam a aceitação dos usuários, aproximem a família e promovam autonomia e emancipação dos usuários. De acordo com Sanches e Vecchia (2020), a inclusão social está relacionada à possibilidade de circulação no território e à participação em sociedade, constituindo-se em desafio para os profissionais de Serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

Já é sabido que a inclusão social é apontada como uma das diretrizes da RAPS, objetivando o desenvolvimento da autonomia e o exercício da cidadania (BRASIL, 2011). Cabe recordar, como já exposto, que a inclusão social assume um debate pautado na dialética da



exclusão/inclusão, ou seja, a inclusão e a exclusão estão dialeticamente relacionadas (SAWAIA, 2014a), de modo que, para essa autora, a exclusão é inerente e compõe estruturalmente o modo de produção capitalista. Assim, a sociedade exclui para poder criar uma ideia ilusória de inclusão ou, conforme Martins (2009, p. 19), uma “[...] inclusão precária e instável, marginal [...]”. Entre os grupos excluídos (e incluídos marginalmente) estão os usuários de álcool e outras drogas, os quais encontram dificuldades ao acessar as políticas sociais de que necessitam e circular em alguns espaços sociais.

Outro núcleo de sentido levantado nesta categoria refere-se ao estigma e ao preconceito atrelado ao usuário de álcool e outras drogas, o que dificulta o processo de inclusão social. Essa questão é denotada nos relatos da entrevistada, conforme a seguir:

Olha ainda se percebe que os pacientes que ficam acolhidos conosco quando eles vão lá fora, eles mesmos relatam pra nós que em função deles serem usuários de drogas e de álcool, por terem sido presos, eles tem dificuldades.

E, nós percebemos aqui também [...] tem sim certa resistência quando ainda se fala em usuário, principalmente de álcool em si [...].

Conforme já discutido, o usuário de álcool e outras drogas é um “corpo marcado”<sup>72</sup> (VASCONCELOS, 2015), pois são considerados sujeitos desviantes dos padrões sociais aceitáveis (CORDEIRO, 2013). Para Veloso, Carvalho e Santiago (2007, p. 167), “E na sua identidade de ‘drogado’, destituído de seu lugar de protagonista social e de sujeito da ação, atribui-se apenas ao uso de substância (droga) todos os danos e riscos; toda a carga negativa encontra-se relacionada ao produto [...]”.

O preconceito encontra-se enraizado no imaginário social e acaba dificultando ainda mais a inclusão social dos dependentes químicos. Sanches e Vecchia (2020), como já mencionado neste estudo, afirmam que essa “marca social” (estigma) carregada pelo dependente químico o desvaloriza perante a família e a sociedade e, conseqüentemente, afeta a inclusão social e o processo de reabilitação psicossocial.

Então, existe sim ainda uma certa sabe, uma certa parede nesse sentido (preconceito diante da dependência química).

[...] mas também eles relatam que depende aonde eles vão se tem alguma festa, alguma coisa, que eles são vistos com outros olhos. Isso é a questão do relato deles, a gente não presencia isso geralmente, mas eles relatam isso, que são vistos principalmente o

---

<sup>72</sup> Esta discussão é mais bem detalhada no Capítulo II, no item 2.1.3.

usuário de álcool, que ele é um bêbado; a chegou o bêbado; aquele lá que usa droga; e que as pessoas nem se aproximam muitas vezes. Então, tem também.

Assim, para esses autores, o estigma social e o estigma internalizado constituem obstáculos no processo de circulação nos espaços sociais, uma vez que há conotação moral atribuída ao fato de o sujeito fazer uso de drogas, principalmente quando se trata de drogas tornadas ilícitas.

O discurso moralizante destinado aos dependentes químicos, conforme já mencionado anteriormente, é algo que afeta diretamente a inclusão social e perdura ao longo dos anos, pois essa moralização já ocorria com o ideário higienista, discurso científico surgido na Europa, que repercutiu, nas primeiras décadas do século XX, no Brasil<sup>73</sup> (VAZ; FUCK, 2016). Tal movimento dispôs as primeiras formas de tratamento destinadas ao alcoolismo e à dependência química, as quais mantêm resquícios até o momento. Além disso, influenciou a manutenção da conotação moral diante da dependência química no imaginário social. Seleccionavam-se, por meio desse ideário, os desviantes, enquadrados como bêbados, drogados, loucos, pobres, negros etc. (BOARINI, 2007), bem como se propagava a utopia de uma sociedade disciplinada, a qual não possuía lugar para o anormal/diferente. Essa moralidade ainda permanece na atualidade, talvez de outras maneiras menos visíveis, dificultando os processos de inclusão social dessa população.

É notório, a partir da entrevista realizada, que a família é requisitada de forma consistente pelo CAPSad III, pois é a principal fonte de proteção social do usuário, sendo essencial ao tratamento, pois está relacionada à manutenção de necessidades básicas do sujeito, como alimentação, moradia e socialização. Teixeira (2015) aponta que o Estado delega as funções protetivas e de cuidado à família, que se torna a principal responsável pela proteção social básica, preventiva e promocional dos seus membros.

A respeito da família, segundo a pesquisada, quando a família está comprometida e apoiando o usuário no tratamento, ela pode auxiliá-lo no processo de inclusão social:

[...] assim tá tendo uma abertura maior (se referindo a inclusão social), e talvez os acessos são mais fáceis também quando tudo e quando a família se envolve.

Acho que quando a família se envolve ajuda bastante.

---

<sup>73</sup> O ideário da Higiene Mental e a influência dele na questão da dependência química são mais bem discutidos no Capítulo I, especialmente no item 1.2.

Sim, principalmente na família (se referindo o apoio da família na inclusão social), isso com certeza, porque a família é trabalhada pra isso pra entender o porquê; pra aceitar; porque é esse o trabalho que geralmente o psicólogo faz aqui, todo esse trabalho com a família.

É de fundamental importância se a família estiver bem trabalhada, ela vai ajudar em tudo esse usuário tanto na questão da inclusão, tanto no trabalho, na sociedade, na vivência do dia a dia dele.

Nota-se que o Estado, por meio das políticas sociais, reforça e implementa diretrizes que mantêm a família nessa dinâmica de cuidado e responsabilização. Além disso, os Serviços também propagam essa lógica. E na ausência de outras políticas inclusivas a Política de Saúde Mental recorre à família como auxílio nesse processo.

A família passa a ser mais que um receptor de intervenções por parte dos profissionais, torna-se um agente ativo no próprio processo de apoio psicossocial, no desenvolvimento de projetos e no planejamento e avaliação dos próprios serviços, vindo a interferir, inclusive, na própria política de assistência psiquiátrica. (VASCONCELOS, 2010, p. 259).

Embora seja um retrocesso, diante de todo o avanço já obtido pelo Estado democrático de direito, em que a família acaba assumindo essa responsabilização na ausência de políticas sociais, ela passa a ser vista como fator de proteção, auxiliando no processo de socialização e inclusão social. Para Netto (2007), a desresponsabilização do Estado e do setor público concretizada em fundos reduzidos corresponde à responsabilização abstrata da “sociedade civil” e da “família” pela ação assistencial, concedida às organizações não governamentais e ao terceiro setor; assumindo e compartilhando com o Estado a responsabilidade e esquemas de proteção social perante as questões sociais.

No entanto, aponta Teixeira (2015) que as políticas sociais direcionadas para o grupo familiar apresentam avanços significativos de proteção social em relação aos modelos tradicionais, como o hospitalocêntrico. A partir da entrevista, a ausência de apoio familiar foi citada como um impasse ao processo de inclusão social dos usuários. A coordenadora enfatiza que essa ausência de apoio da família, muitas vezes, até piora esse processo inclusivo, pois a família, como fonte de proteção social básica, não inclui seus membros no próprio núcleo familiar, tornando-se ainda mais difícil de isso ocorrer em um âmbito social mais ampliado. Nesse viés, a ausência de apoio familiar dificulta a inclusão social dos usuários, conforme corroboram as falas a seguir:

Mas, quando a família se envolve (se referindo a inclusão social) [...] porque nós temos também família que eles querem se livrar do paciente. É bastante e se ele fica sozinho só piora.

Vou te falar assim, é tipo uma desova pra muita gente, e aí imagina paciente já tem esse problema e aí toda a família, é claro que a gente entende também a família, que às vezes tá estafada já, mas se a família não procura, não ajudar, não acolher, quem vai?

O distanciamento da família durante o tratamento também foi mencionado por Sanches e Vecchia (2020) como impasse e desafio para a inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A exclusão social também se refere à ruptura de laços sociais, comunitários e familiares. Conforme discutido no segundo capítulo por Castel (2013), a desfiliação aponta para a ruptura desses vínculos. Tal ruptura, no caso da dependência química, pode se estender aos vínculos familiares, o que torna mais dificultoso o envolvimento e o apoio de familiares no tratamento, na reabilitação e na inclusão social do sujeito, muito embora, constantemente, essa família seja requisitada a assumir essa responsabilização, conforme é expresso neste trecho da entrevista:

[...] mas tem outras (famílias) que nem pra trazer cigarro pro paciente, porque nós tratamos o cigarro como redução de danos, então tem gente que vem e que nem traz o que precisa e nem roupa muitas vezes. E diz olha eu não quero mais vê, vocês deem um jeito, se virem, aí a gente tem que entrar em contato com a assistente social do município [...].

Percebe-se uma correlação de forças em que, de um lado, o Serviço busca responsabilizar a família e atentar para a importância de dela em acolher, cuidar e incluir e, do outro lado, a família procura no Serviço a solução para a sua problemática. Evidencia-se a urgência do Estado na elaboração de políticas sociais inclusivas para atuar na mudança dessa realidade, embora o que se presencia é a perda de direitos em outro momento adquiridos (COE; DUARTE, 2017), como os retrocessos vivenciados nas políticas de álcool e outras drogas (DENADAI; BERNARDES, 2018; VASCONCELOS, 2016).

### **3.8.3 O CAPSad III possui baixo número de usuários incluídos**

Essa categoria busca discutir o CAPSad III Regional como dispositivo de inclusão social e as tentativas realizadas pelo Serviço que visam a tal objetivo. Nesse sentido, tem-se como categoria o fato de que o CAPSad III Regional possui baixo número de usuários incluídos. Chegou-se a essa categoria por meio do levantamento dos seguintes núcleos de sentido: poucas tentativas de inclusão no território; a inclusão social pelo trabalho é o maior desafio do CAPSad III Regional; e a abstinência é requisito para essa inclusão.

Segundo a entrevistada, o CAPSad III Regional busca realizar tentativas de inclusão dos seus usuários no território, contudo foram relatadas poucas ações referentes a isso e, diante desse fato, o número de usuários incluídos no trabalho mostrou-se baixo. Trechos da entrevista referente a essa situação são citados a seguir:

Geralmente, a gente faz contato com o município e fala olha ele quer trabalhar já vão vendo alguma coisa enquanto ele está acolhido noturno, mas o contato com a assistência social do município se tem emprego pra procurar alguma coisa, de diarista, de auxiliar de pedreiro, alguma coisa, então os municípios também tentam, mas é bem, bem difícil.

E tem outro [...] que tentaram que chegou a trabalhar e que também foi frustrada, porque não tem como ficar aqui (município sede) e trabalhar lá em C.[...].

As ações de inclusão desenvolvidas pelo CAPSad III Regional são realizadas da seguinte forma, conforme esses relatos da entrevistada: solicita-se suporte dos municípios consorciados para tentar viabilizar no território do usuário e, ou, quando os usuários permanecem na Unidade de Acolhimento (que é próxima ao Serviço e está também localizada no município-sede), é feita também a tentativa de inclusão no município-sede ou nos municípios mais próximos<sup>74</sup>, o que se torna ainda mais difícil e está distante do território e da realidade do sujeito. Os relatos da gestora do Serviço revelam que é baixo o número de usuários incluídos:

Olha em três anos que eu estou aqui, reabilitar em três anos que eu lembre eu posso até confirmar isso, mas eu acho que foi quatro pacientes [...] Inclusive não lembro o nome teve um paciente que veio aqui visitar o CAPS e agradecer. Eu entrei em 2017 e em três anos que eu lembre são estes.

Então, posso te dizer que cerca de uns quatro pacientes. E as tentativas que a gente fez, acho que depois que eu to aqui foi um só que queria morar no município sede [...], que foi a Unidade de Acolhimento pra procurar emprego e no dia que ele saiu pra procurar emprego, foi feito contato e tudo, com um posto de gasolina [...].

No entanto, cabe ressaltar que o trabalho era utilizado desde os hospitais colônias como terapêutica, com a finalidade de adaptação social do sujeito. Recordam Shimoguri e Costa-

---

<sup>74</sup> As duas cidades mais próximas ao município-sede do CAPSad III estão localizadas aproximadamente de 7 a 9 km de distância, o que pode se tornar difícil o deslocamento do usuário à procura de trabalho, considerando que nem todos possuem meios de transporte e, ou, condições socioeconômicas para pagar o seu deslocamento. Já os municípios mais distantes se encontram aproximadamente entre 104 e 114 km de distância do CAPSad III Regional, limitando ações inclusivas no território e, ou, próximo dele. Os usuários que permanecem na Unidade de Acolhimento (que se encontra próximo à sede do CAPSad III) tentam incluir-se pelo trabalho no território ao qual não pertencem, e isso também pode prejudicar o processo de inclusão.

Rosa (2017) que essa terapêutica baseada nos estudos da laborterapia<sup>75</sup> era capaz de fazer o doente mental voltar à racionalidade, por restabelecer-lhe hábitos saudáveis e reorganizar seu comportamento, desempenhando função corretiva e disciplinar (ANDRADE, 2013). E essa valorização pelo trabalho passou a ser incorporada à ideologia capitalista (RAMOS; BOARINI, 2015).

Nota-se que a entrevistada citou somente tentativas de inclusão realizadas pela via do trabalho. Essa relação de inclusão social ao trabalho manifestada na entrevista também pode estar atrelada à compreensão descrita anteriormente de que a inclusão pelo trabalho ajusta/disciplina o sujeito à sociedade e àquilo que esta e o capitalismo almejam como um ser produtivo. Relembra Wanderley (2014) que a inclusão na sociedade moderna tem ocorrido por meio do acesso ao emprego e da possibilidade de transformação produtiva. Assim, no caso dos dependentes químicos, devido aos estigmas sociais que carregam, também são considerados improdutivos.

Porém, a inclusão social, como já exposto, pode se dar em outras dimensões: na família; na comunidade; no lazer, no esporte, na educação; na saúde; na cultura; etc. Aponta Marchetti (2015) que, em sua pesquisa, foram levantadas diversas percepções dos profissionais de um CAPSad sobre a inclusão social, as quais excedem a questão laboral. Essa autora cita algumas: a inclusão em atividade de educação; a inclusão social representada por sua circulação na rede de saúde e outros equipamentos comunitários; a inclusão como possibilidade de exercício da autonomia; a inclusão social é o trato/acolhimento do profissional para com o usuário; a concepção de inclusão social que não associa o usuário de álcool e outras drogas a um criminoso e também como forma de melhorar a autoestima.

No entanto, conforme visto na entrevista, a gestora citou, principalmente, a inclusão pelo trabalho, tendo esta também como o maior desafio/dificuldade enfrentados pelo Serviço.

Mas, eu acho eu a maior dificuldade ainda é na questão do trabalho que a gente consegue observar pelo relato deles aqui né.

[...] nós temos várias pessoas que são funcionários públicos que fazem tratamento conosco e que tem dificuldade em continuar no trabalho ou que seja remanejada para outra função.

Mas, a maioria é no trabalho, que é complicado, que eles acabam perdendo o trabalho [...].

---

<sup>75</sup> Discussão realizada mais detalhadamente no item 1.4.

No estudo realizado por Sanches e Vecchia (2020), impasses referentes à inclusão pelo trabalho também foram observados, no que diz respeito à escassez de atividades de trabalho e geração de renda. Não foram relatadas, quanto ao CAPSad III estudado, ações relativas ao trabalho e oficinas de geração de renda que estimulem e reabilitem os usuários, objetivando alcançar melhores níveis de qualidade de vida e condições mais concretas de inclusão social.

É necessário desenvolver ações e estratégias no sentido de ampliar os movimentos sociais envolvidos nesse processo de inclusão social, como as associações de familiares e usuários, além de cooperativas e eventos com o objetivo de possibilitar a construção de novas formas de convivência com a sociedade (RIBEIRO; MACHADO, 2008), assim como a utilização dos recursos da comunidade. A inexistência dessas atividades no CAPSad III Regional e na articulação com recursos do território e no entorno do Serviço acaba por dificultar a inclusão social no trabalho e por ele, assim como limita as estratégias e tentativas de inclusão por outras vias. Verifica-se, a partir da entrevista, certa culpabilização atribuída ao usuário por essa dificuldade de se incluir no trabalho, ou seja:

O perfil também porque geralmente eles são portadores de algum benefício, bolsa família, alguma coisa, e também não tem da parte deles, que tá bom assim, tá cômodo assim, porque que eu vou trabalhar? Tenho aquele dinheirinho, vivendo naquelas condições, mas que para eles tá bom.

Segundo esse relato, o fato de o usuário estar inserido em outros programas sociais devido à condição de vulnerabilidades social e econômica o acomoda, na visão da gestora, na procura de trabalho e, muitas vezes, não o motiva para tal. A narrativa realizada pela entrevistada é contrária à compreensão da dialética exclusão/inclusão social. É mais condizente com a necessidade de formatar e culpabilizar esses corpos, individualizá-los e corrigir e, ou, (re)habilitar suas condutas (VASCONCELOS, 2015), conforme visto no segundo capítulo desta dissertação. Melhor explicando, atribui-se ao sujeito a responsabilidade perante a sua condição de exclusão, eximindo o Estado como responsável por essa expressão da questão social.

Essa questão da culpabilização e da necessidade de correção das condutas dos usuários é denotada em outro núcleo de sentido discutido nesta categoria: a abstinência é requisito para a inclusão social. Os trechos a seguir da entrevista apontam que o Serviço, embora trabalhe com redução de danos, contraditoriamente mantém o discurso da abstinência que se materializa na prática cotidiana:

[...] foi feito contato e tudo, com um posto de gasolina e ele já usou droga e, quando acontece isso já é conversado e tudo e é dado alta administrativa, porque não tem

como já na primeira e se a gente não leva assim, eles ficam alojado ali sem objetivo nenhum.

[...] mas eu acho que foi quatro pacientes, que reabilitou que não teve mais recaídas, não teve mais nada, inclusive teve alta melhorada e conseguiu se inserir no trabalho e ter autonomia na vida, eles são de municípios diferentes.

Como já visto no decorrer deste trabalho, existe discurso hegemônico a respeito da abstinência<sup>76</sup> do uso de substâncias psicoativas que tem influenciado mudanças observadas nos últimos anos nas políticas de enfrentamento à questão das drogas, com o retorno de práticas já superadas, afetando, principalmente, a política de Redução de Danos, mesmo sabendo que esta é cientificamente mais eficiente (QUEIROZ, 2001). Porém, tais concepções hegemônicas passam a ocupar o imaginário social de que a abstinência é uma exigência para incluir os usuários no meio social; isso é também reproduzido nos grupos de autoajuda:

Não é à toa que uma das palavras de ordem presentes no universo linguístico dos grupos de autoajuda e modelos assistenciais similares traduz-se na expressão “tô limpo”, isto é, sem drogas. Isso remete ao quadro de abstinência exigido como condição para ingresso à recuperação do sujeito drogadicto pro meio da “rendição” (VELOSO; CARVALHO; SANTIAGO, 2007, p. 170).

Esse discurso de abstinência também faz parte da prática de alguns profissionais de saúde que acaba por influenciar a efetividade e manutenção do tratamento, bem como a inclusão social. Aponta Cordeiro (2013, p. 85) que “Um equívoco presente nos discursos de alguns profissionais, usuários e familiares é considerar a restituição da ‘normalidade’ como requisito para a inclusão social e não enxergar a recaída como parte do processo de recuperação”. Essas práticas de ajustamento que pregam a abstinência como condição para a inclusão social precisam ser repensadas e superadas, principalmente entre os profissionais de saúde, uma vez que atrapalham a inclusão social e não se coadunam com a ótica do direito, na qual se pautam os elementos componentes da Reforma Psiquiátrica.

[...] Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, contribuindo para a inserção social e familiar do usuário (BRASIL, 2003, p. 8).

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Além do mais, quando se trata de cuidar de vidas humanas é necessário lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades de escolhas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência,

---

<sup>76</sup> O discurso realizado em torno da abstinência é mais bem explicado no Capítulo I, no item 1.2.



devem levar em conta tal diversidade. Os profissionais devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação exige ou impõe, com cada usuário, acerca do que é possível, do que é necessário, do que está sendo demandado, do que pode ser ofertado, do que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento/protagonismo (BRASIL, 2003).

Conclui-se que as práticas de inclusão social voltadas para os sujeitos ocorrem, porém as intervenções sociais, territoriais e comunitárias devem ser fortalecidas, no sentido de que a sociedade possa construir novas relações com a dependência química, visualizando outras possibilidades de acolhimento e inclusão que não foquem apenas a abstinência (doença), mas a reabilitação psicossocial (autonomia). Desse modo, deve-se fomentar a visão crítica diante do modo de produção capitalista e da responsabilização do Estado perante o processo de exclusão/inclusão social desses sujeitos.

### **3.9 Estratégias de Ações Inclusivas a Partir da Lógica Territorial e da Reabilitação Psicossocial**

A lógica territorial postulada a partir da Reforma Psiquiátrica deve nortear o trabalho desenvolvido pelo CAPSad III. Nesse segundo eixo temático, foi discutida a apreensão da coordenadora do CAPSad III sobre os princípios teóricos metodológicos relativos à lógica territorial e à reabilitação psicossocial, buscando melhor entendimento de como tais princípios incidem sobre o trabalho desenvolvido pelo Serviço aos usuários e às famílias dos 27 municípios. Também, buscou-se compreender como são desenvolvidas as ações inclusivas, levando em conta a noção de território e da reabilitação psicossocial e se essas ações contribuem para a inclusão social dos usuários. Desse modo, as categorias levantadas são as listadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Eixo temático 2

<b>Eixo temático 2</b> – Estratégias de ações inclusivas a partir da Lógica Territorial e da Reabilitação Psicossocial
<b>Categorias levantadas</b>
1. A noção de território como recurso necessário para a organização e planejamentos das ações propostas pelo CAPSad III Regional.
2. Estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III Regional visam à inclusão social.

3. A falta de recursos no território e a ausência de orientações para o desenvolvimento das ações de inclusão social dificultam o trabalho do CAPSad III Regional.
4. Reabilitação psicossocial compreendida como um elo entre CAPSad III, município e família.
5. Ações e intervenções de inclusão social ocorrem distantes dos territórios.

Fonte: Elaboração da autora.

Essas cinco categorias foram levantadas a partir dos núcleos de sentido identificados nas falas da coordenadora do CAPSad III Regional, conforme descrito no Quadro 6.

Quadro 6 – Núcleos de sentido, fragmentos das entrevistas e categorias do eixo temático 2

<b>Eixo Temático 2 – Estratégias de ações inclusivas a partir da Lógica Territorial e da Reabilitação Psicossocial</b>		
<b>Núcleos de sentido</b>	<b>Fragmentos das entrevistas</b>	<b>Categorias</b>
A compreensão da gestora sobre a Lógica Territorial.	<p>“Lógica territorial? Acho que tudo o que acontece no entorno de onde o paciente se localiza, no local em si. Que é uma questão social, uma questão de ambiente é onde ele está localizado.”</p> <p>“[...] então, a lógica territorial é tudo o que acontece no entorno de onde o paciente tá localizado, no município em si. Eu entendo isso.”</p>	<b>A noção de território como recurso necessário para a organização e planejamentos das ações propostas pelo CAPSad III Regional.</b>
A visita domiciliar como instrumento de levantamento de dados da realidade.	<p>“E saber como é que tá lá (se referindo a realidade do usuário) e o que se passa por isso [...], mas as vezes pra saber [...] nós temos que fazer visita em lócus quando o município não dá retorno [...]”</p> <p>“[...] visitas domiciliares aleatórias se nós vemos a necessidade, mesmo que o município não colabora, nós não marcamos nada com o município, nós vamos atrás do paciente, sempre alguém a gente encontra um vizinho, um familiar. Mas, tudo tem um cronograma e agenda com os municípios, são raros os municípios que acontece isso.”</p> <p>“[...] Até porque pra gente pega lá em lócus o que tá acontecendo (visita domiciliar) [...] e se avisa já fazem um preparo diferente, então a gente chega de supetão e pega coisas que as vezes depois aqui vão ajudar a desenvolver</p>	<b>A noção de território como recurso necessário para a organização e planejamentos das ações propostas pelo CAPSad III Regional.</b>

	um novo plano pra ele e ações para o tratamento.”	
O reconhecimento do território ferramenta utilizada pelo CAPSad III para elaboração das ações e intervenções inclusivas.	<p>“Que tanta coisa que a gente precisa que seja feito em lócus, que seja feito no município pra nos auxiliar, porque às vezes a nossa realidade aqui (CAPSad III) se a gente não conhece a deles lá (território/municípios) muda certas ações e estratégias.”</p> <p>“[...] a gente tenta captar de lá (território) o que tem pra gente adequar aqui (CAPSad III) que nem a questão econômica, social, financeira, afetiva, principalmente a questão e família eu entendo, nós trabalhamos desta forma com o que eles trazem e com o que a gente tem aqui, mas de preferência tentando adaptar o que eles têm pra que a gente possa traçar um plano de ação mais eficaz [...].”</p>	<b>A noção de território como recurso necessário para a organização e planejamentos das ações propostas pelo CAPSad III Regional</b>
A equipe realiza reuniões/estudo de caso para planejar o trabalho a ser desenvolvido junto à família e ao usuário.	<p>“Com a equipe é semanal ou quinzenal, era semanal, mas por conta do COVID é quinzenal. Mas tem semanas que a gente que fazer toda a semana mesmo, quer eram todas as quartas anteriormente, mas agora ficou quinzenal, mas tem semanas que nós temos que nos encontrar e não pode falhar, isso com a equipe do CAPSad III.”</p> <p>“[...] semanais também são feitas reuniões para discutir caso a caso, e esse paciente sai com a devolutiva pro município também, com que tipo de tratamento, que tipo de plano, o que o paciente e que o município tem e pode ofertar de suporte também e sai com agendamento de atendimento individualizado com o psicólogo e com o psiquiatra.”</p> <p>“Então, as vezes nem tudo que se consegue captar no acolhimento, ali na hora, nem tudo, não se consegue captar tudo, então com cada profissional que ele é atendido junta tudo as vezes se</p>	

	<p>consegue um diagnóstico melhor, compreender a causa, então tudo é trabalhado com hipóteses digamos assim, um pouquinho de cada profissional conseguimos chegar além, para poder ofertar realmente o que o paciente precisa.”</p>	
<p>O CAPSad III prioriza realizar os matriciamentos nos municípios para atingir maior número de profissionais.</p>	<p>“São nesses encontros que a gente faz com as equipes, geralmente é coordenador de saúde mental e equipe de saúde mental, mas o próprio município ele, o coordenador ou quem está presente, porque nós achamos melhor ir [...] porque junta mais profissionais, porque pra três quatro profissionais saírem do município e virem pra cá também é mais difícil do que nós irmos em três quatro e também já juntam mais pessoas [...].”</p> <p>“Então, nós indo (CAPSad III) no município é diferente porque já naquele momento que não é muito tempo junta-se mais pessoas porque quanto mais pessoas souberem é mais fácil para as coisas funcionarem [...] Nós achamos melhor ir aos municípios porque atingimos um número maior de profissionais. Porque se os municípios vêm e por mais que sejam duas horas pela manhã, já mata a manhã toda, principalmente pros municípios mais distantes.”</p> <p>“As duas formas, mas se prioriza em ir até os municípios para atingir um número maior de profissionais. E porque pra eles virem [...] três, quatro é mais difícil é aí a gente vai também por isso.”</p>	<p><b>A noção de território como recurso necessário para a organização e planejamentos das ações propostas pelo CAPSad III Regional.</b></p>
<p>Matriciamentos das equipes da Atenção Primária utilizados no planejamento das ações do CAPSad III.</p>	<p>“Então, no matriciamento é mais assim uma conversa técnica pedagógica que se abordam vários assuntos e especialmente a questão em si do usuário. É bem interessante e bom.”</p> <p>“[...] mas é geralmente o município os que estão presentes no matriciamento que capacitam os ESF ou que passam as</p>	

	<p>informações que nós repassamos, fica de município pra município. Nós fazemos com a equipe de saúde mental se mais algum pode participar e estar presente depois eles fazem a pulverização no município, quando eles fazem né.”</p> <p>“Geralmente são duas vezes ao ano que a gente faz [...]. Uma vez no ano seria o suficiente pela Portaria. Então, são repassadas todas as informações, algo novo na questão do fluxo; do que está acontecendo no serviço e as orientações novas.”</p> <p>“E aí é visto paciente por paciente, mesmo os pacientes que estão inativos já os que estão em busca ativa é reforçado a questão do porquê da busca ativa; da importância dos municípios responderem a essa busca ativa e são discutidos casos dos municípios de todas os pacientes e casos pontuais que o município tem que dar um suporte maior pro paciente.”</p>	
<p>Os territórios (municípios) desconhecem os usuários que utilizam o serviço.</p>	<p>“Só que o que a gente observa [...] nos matriciamentos é que tem município que eu acho que eu já te falei em uma questão anteriormente, que tem município que nem sabe quais os pacientes de saúde mental, quando é solicitado um relatório ou alguma coisa ou a regional solicita, eles não sabem nem quem são os pacientes a gente que tá aqui sabe mais o que eles. É eles deveriam ter um arquivo a parte desses pacientes no município, tanto quem vai pro CAPS II quanto quem vai pro CAPSad III.”</p> <p>“[...] nem todos, não dá pra generalizar, mas sim, quando é a gente percebe nitidamente isso no final do ano ou no início do ano que a Regional pede pro municípios o relatório porque acho que tem que fazer as pactuações e eles ligam pra nós pra gente enviar o relatório de quem são os pacientes.”</p>	<p><b>A noção de território como recurso necessário para a organização e planejamentos das ações propostas pelo CAPSad III Regional.</b></p>

<p>Não se mantêm contato próximo e contínuo com os municípios, e as visitas domiciliares e os matriciamentos são agendados.</p>	<p>“Então, se a gente vai (visita domiciliar) eles se sentem mais valorizados também, muitos deles agradecem nossa assim sabe incessantemente a visita e eles não imaginaram que nós, nossa eles olham assim diferente, como se recebesse o presidente da república na nossa casa te dando um exemplo bem prático, pra eles é uma coisa maravilhosa [...] Só que não de ir em todos, a gente seleciona alguns, alguns que já receberam alta, alguns que não estão mais vindo que a gente consegue resgatar.”</p> <p>“Sempre com agenda (matriciamento e visitas domiciliares), esse ano nós não fomos, fomos somente em uma visita domiciliar, matriciamos por telefone, busca ativa também por telefone, a gente fez uma reunião um tempinho atrás, uma <i>live</i> com os municípios, mas por ser um momento atípico (pandemia COVID-19) [...]”</p> <p>“Então, a gente aproveita nesse momento do matriciamento pra já fazer alguma visita também, porque a gente sempre faz dois municípios por dia, um de manhã e um de tarde, os municípios próximos, mas tudo com agendamento e tudo direitinho.”</p>	<p><b>A noção de território como recurso necessário para a organização e planejamentos das ações propostas pelo CAPSad III Regional.</b></p>
<p>Estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III para envolver as famílias.</p>	<p>“Com as famílias é feito um primeiro encontro no início do ano, que esse ano foi dia seis de março e é passado a programação de todo o ano dos encontros de famílias que vai ter e o que vai ser tratado o assunto e tudo. E dos eventos também é feito cronograma e repassado a todos os presentes família e usuários.”</p> <p>“As famílias vêm aqui geralmente que são feitos aqueles encontros quinzenais e que agora não é mais feito (devido a Pandemia COVID-19). É o psicólogo que é o responsável e ele trabalha toda a forma de condução e de aceitação dos usuários e tem momentos que trabalha com as famílias e com o usuário e</p>	<p><b>Estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III Regional visam à inclusão social.</b></p>

<p>Estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III para envolver as famílias.</p>	<p>quando vai nos municípios a gente procura, principalmente quando vai nas visitas no domicílio também conversar sobre essa questão com a família como que tem que ser; como da importância e com a equipe de saúde mental também que se dê um suporte em relação a isso as pessoas porque eles tem os encontros de diabetes e de hipertensos que se faça alguma coisa voltada na área de saúde mental, sugerindo também o AA; o NA; a AL-ANON que é com a família, então é dessa forma é trabalhado [...] vários assuntos ali mas principalmente de aceitação e de condução.”</p> <p>“Mas, referente a aderência assim é muito boa, também tinha família para acompanhar paciente e atendimento que a gente priorizava no sábado porque a maioria trabalha, o psicólogo vinha só pra isso no sábado e sempre tinha, tudo agendado e organizado. Se não podia vir durante a semana, vinha no sábado a família. E depois da pandemia, isso morreu. As famílias que não querem saber do paciente, com o tempo a gente vai trabalhando ou com um primo, ou um irmão, mesmo que não seja muito próximo, mas a gente consegue, sempre uma ajuda.”</p> <p>“Os municípios dão o suporte de trazer os familiares, nos finais de semana também com agendamento e tudo, mas geralmente, os que vêm nos finais de semana, no sábado muitas vezes é porque trabalham e aí vem de carro próprio, mas os municípios faziam isso tranquilamente [...]”</p> <p>“Tem os grupos de família, temos vários eventos nas datas festivas que nós chamamos os pacientes e as famílias.”</p> <p>“Tem os grupos, mas agora é só via telefone (devido a Pandemia de COVID-19). Eles viam pros nossos eventos, tinham os grupos separados por municípios a cada quinze dias,</p>	<p><b>Estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III Regional visam à inclusão social.</b></p>
---	---	---

	<p>sempre se fazia uma confraternização ou uma palestra diferente, as vezes trabalhava só a família, em outro momento a família com os usuários. O encerramento do final de ano a gente nunca deixou de convidar as famílias e elas participam é a coisa mais boa e, isso pro paciente é muito importante.”</p> <p>“[...] nos eventos de encontros de famílias, às vezes no encerramento no final do ano, gincana que envolve vários profissionais.”</p> <p>“[...] eram feitas reuniões com as famílias [...] Era feito confraternização e solicitado que viessem os familiares e no momento está sendo via telefone e via web, mas eram feitas essas ações antes.”</p>	
<p>Participação dos usuários em eventos.</p>	<p>“[...] a participação em eventos que somos convidados, os pacientes sempre vão junto também, quando vem o ônibus da Sanepar na praça os pacientes também vão; cinema foram lá em G. onde tem os aviões também fizeram passeio pra lá; vão na Mata Nativa, vão caminhar no Parque Iara, então são várias ações. E os municípios também a gente sugere a eles que façam alguma coisa deixando eles normal com qualquer outra pessoa [...].”</p> <p>“Mas, é nesse sentido sempre se trabalha com as equipes, com o CAPS do município aqui, pra que tragam os pacientes aqui; com CAPS de C. pra que tragam os pacientes e que tenha essa interação.”</p>	<p><b>Estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III Regional visam à inclusão social.</b></p>
<p>Participação e inclusão em grupos de apoio, como AA e NA.</p>	<p>“Nós tentamos inserir eles (usuários) no AA, agora eles não estão mais indo (devido a pandemia COVID-19), mas acho que era toda quinta-feira, o município fornecia transporte pra levar eles, agora é mais perto é aqui na Câmara de Vereadores e não precisa motorista, mas aí toda a quinta-feira eles iam. Além disso, vinha também NA de C., a cada quinze dias [...], eles vinham também fazer uma fala para os</p>	



	<p>nossos pacientes, para que quando eles saíssem daqui eles pudessem procurar esse grupo de Narcóticos Anônimos ou Alcoólicos Anônimos que seja, pra quando os pacientes saíssem daqui sabendo onde tem AA, se o município tem e se tem NA.”</p>	<p><b>Estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III Regional visam à inclusão social.</b></p>
<p>A gestão busca adquirir materiais, equipamentos e recursos necessários para que o Serviço desenvolva ações inclusivas.</p>	<p>“Olha [...] o que eu procuro sempre é incentivar e estimular eles que façam e o que eles precisam pra estar desenvolvendo os profissionais eu sempre busco adquirir.”</p> <p>“Mas, eu sempre procuro disponibilizar tudo o que eles precisam de material inclusive nós não tínhamos <i>notebook</i> compramos o <i>notebook</i> agora e a <i>webcam</i> também. Então, tudo o que precisa de livraria e de papelaria eu procuro fazer com que tenham acesso, claro que tudo dentro do processo licitatório [...]”</p> <p>“Inclusive o carro que a gente não tinha ano passado e atrasado a gente comprou a Van pra levar eles nos eventos e nos passeios, porque um carro pequeno é pouco né, nos só tínhamos o Voyage, então com a van ajudou muito, quando precisa querem sair, ir num ginásio, alguma coisa, mas agora até o transporte a gente conseguiu tudo direitinho né.”</p>	
<p>O CAPSad III possibilita a inclusão e acesso dos usuários em outros atendimentos de saúde que se fizerem necessários.</p>	<p>“Inclusive [...] quando eles (usuários) estão acolhidos noturno aqui (CAPSad III), o que a gente procura ofertar também é identificado que eles, por exemplo: se queixam que não enxergam direito, ou que tem uma dor [...] ou que precisa de um dentista[...]. Então, eles precisam as vezes de ressonância, tomo, aí ele não precisa fazer toda aquela parte burocrática de ir pro município, pegar encaminhamento, agendar e isso aí é oneroso, leva um certo período. Então, quando eles estão aqui, a gente sempre procura agilizar isso, nós temos as portas abertas pra isso. Aí depois</p>	

	<p>deles darem alta, se precisa de algum tratamento já pro município também isso, então não deixa de ser uma forma de incluir também.”</p> <p>“Porque às vezes não tem tempo de ir, não tem quem vá com eles (usuários) e se tá aqui (CAPSad III) a gente já aproveita pegar tudo isso pra tentar resolver. E tudo já, até reumato, ortopedista, todas as especialidades que nós temos disponíveis se precisar usar e, levamos o paciente, inclusive a enfermagem vai e acompanha o paciente até o exame e aguarda, volta, se precisa retornar, retorna e, é o nosso motorista que leva e fica esperando, pra não ter que ligar pra município tem que fazer isso porque as vezes é meio distante, então a gente vai e faz. E aí lá na frente vai orientação do que o município tem que continuar, se foi diagnosticada alguma coisa.”</p>	<p><b>Estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III Regional visam à inclusão social.</b></p>
<p>Articulação com as políticas públicas existentes no território.</p>	<p>“Tem bastante [...] desde a questão de recursos que não deixa de ser, que a gente tem em C. e dos municípios, aqui em A. (no município sede) [...] que é a nossa sede quando a gente precisa de alguma coisa da educação, da saúde, desde um transporte pro paciente a gente tem essa abertura, às vezes até de empréstimo de medicamentos. Então, o que se percebe é que o que o município tem e pode estar nos auxiliando e ajudando eles sabem eles têm passe livre pra nós.”</p> <p>“Viu a primeira coisa que tem é os CRAS dos municípios; os CAPSs, as Unidades Básicas de Saúde que tudo começa por ali é a porta de entrada né, então é esse apoio que tem que ter com psicólogo e assistente social que geralmente são pessoas que são mais vulneráveis e que por mais que tenham família e residência, mas os recursos seriam mais a questão profissional e dos municípios os setores e recursos que o</p>	<p><b>A falta de recursos no território e a ausência de orientações para o desenvolvimento das ações de inclusão social dificultam o trabalho do CAPSad III Regional.</b></p>

	<p>município tem e oferta, principalmente, saúde, assistência social e educação.”</p> <p>“Das duas formas, entre os setores e entre as equipes. Pra exemplificar assim não sei dizer. Intersetorial seria de nós com os municípios que não deixa de ser e os municípios lá com o que eles têm. Interdisciplinar também porque a gente trabalha tudo é um elo né [...] orientar os profissionais e os setores não só na área de saúde mental, mas a atenção primária, a educação, todos os setores não sei se é isso [...].”</p>	
<p>Maior articulação, contato e suporte são obtidos pela Política de Saúde.</p>	<p>“Eu percebo mais o auxílio da política de saúde, o que eu percebo. A assistente social também porque geralmente eles estão naquele NASF que se diz ou no CRAS às vezes, mas é mais na política de saúde mesmo. Uma que é a política que nós temos mais contato, depois lá no lócus se eles intersectorializam aí não sei, mas geralmente é mais nesse sentido sim da questão saúde que estão mais envolvidos.”</p>	<p><b>A falta de recursos no território e a ausência de orientações para o desenvolvimento das ações de inclusão social dificultam o trabalho do CAPSad III Regional.</b></p>
<p>Poucos recursos no território em relação a lazer e cultura/Falta de recursos junto à comunidade.</p>	<p>“Sim, também (falta de recursos junto à comunidade) [...] se eu quero fazer uma campanha de juntar todos os setores eu preciso de recursos tanto financeiros, quanto físico e é bem escasso também [...].”</p> <p>“Então, tem dentro da realidade deles e de cada município, não se oferta muita coisa, mas eles procuram dentro do território fazer alguma coisa. Mas, não se tem tantos locais de acesso.”</p> <p>“Muito pouco (no que se refere a recursos no território, em relação a lazer e cultura) [...].”</p> <p>“Mas, não tem muito (recursos no território, em relação a lazer e cultura) [...] tem municípios que todo o ano fazem encontro de saúde mental, eles fazem quando tem aquelas feiras dos municípios e daí sempre vem convites</p>	

	<p>pra nós, os nossos usuários que estão no município também são convidados sabe [...]”</p> <p>“Então, agora que você falou em centro de convivência, não tem [...]”</p>	<p><b>A falta de recursos no território e a ausência de orientações para o desenvolvimento das ações de inclusão social dificultam o trabalho do CAPSad III Regional.</b></p>
<p>Número reduzido de profissionais e a carga horária reduzida para a saúde mental nos municípios.</p>	<p>“Muito pouco, e profissionais [...] a gente percebe que a maioria, a maioria não, todo mundo tem um psicólogo, por exemplo, mas os profissionais sobrecarregados, eles reclamam que eles não conseguem da conta da saúde mental porque eles trabalham também no NASF, no CRAS, não sei aonde, então o tempo reduzido no quadro pra saúde mental, então acaba ficando de lado.”</p> <p>“Só que em todos os matriciamentos que a gente fez, sempre a reclamação que era pouco profissional.”</p> <p>“[...] e por falta de profissional, e às vezes os profissionais que tem não tem vontade que é verdade.”</p> <p>“A gente percebe bastante nesse sentido que os municípios têm dificuldade, que quando os profissionais estão disponíveis e ofertam o atendimento é diferente também, por que eles vão atrás de buscar recursos, de buscar algumas coisas e lazer pro município.”</p>	
<p>Não há fontes, materiais e ferramentas específicas utilizadas para o planejamento de ações inclusivas.</p>	<p>“Que eu me lembre não [...]. Aqui se oportuniza o que se tem, mas específico assim mesmo, tem psicólogo e pedagoga, porque sempre se trabalha isso, mas na verdade sempre se trabalha isso, mas a gente não sabe que ferramenta que se tá utilizando e não se tem no papel. E não tenho nem POP relacionado a isso aqui, vou te falar a verdade. Vai se trabalhando conforme as necessidades e vai se buscando.”</p> <p>“[...] é no dia-a-dia, conforme a necessidade que se vai vendo e trabalhando isso. A gente vai vendo a necessidade de se trabalhar com grupo</p>	

	<p>a parte, com alfabetização as vezes, nós tínhamos a um tempo atrás três pacientes não sabiam escrever. Então, conforme que vem surgindo nós vamos nos adaptando, mas nada baseado em algo assim oficial ou técnico, não tem assim nenhum POP em relação a isso.”</p> <p>“Então, as ferramentas é o que temos é o trabalho do dia a dia.”</p> <p>“Então, é dessa forma, a gente tentar prover a unidade dos recursos necessários pra fazer um bom trabalho, não sei se estamos no caminho certo não sei, mas é a forma que a gente achou. Porque orientações tem que fazer isso e aquilo, a gente não tem, então, a gente vai conforme a necessidade e com os profissionais que a gente tem e com os recursos que se tem [...]”</p>	<p><b>A falta de recursos no território e a ausência de orientações para o desenvolvimento das ações de inclusão social dificultam o trabalho do CAPSad III Regional.</b></p>
<p>Falta de orientações aos profissionais dos municípios de como desenvolver o trabalho com os recursos que possuem no território/educação permanente em saúde.</p>	<p>“[...] é tanta coisa assim que é falta de orientação, porque às vezes se deixa de fazer por falta de orientação.”</p> <p>“A gente incomoda bastante. Mas é pelo bem, como nós também não temos muitas orientações também, do Estado não vem muita coisa nos orientando, nem material, muito pouco material sobre saúde mental pra gente poder fazer algo diferente, não na questão financeira, na questão financeira vem recurso. Mas, os municípios também precisam, então a gente acaba ligando e cobrando alguma coisa dentro do que eles possam estar fazendo.”</p>	
<p>A compreensão da gestão sobre a reabilitação psicossocial como um processo que envolve a aceitação, a inclusão, a autonomia e a equidade.</p>	<p>“Eu acho que é fazer com que eles (usuários) se sintam inseridos num meio [...]”</p> <p>“Então, o tratamento aqui conosco seria a questão da reabilitação psicossocial, mas eu entendo assim que é um todo é nós com eles e pra que eles novamente se sintam seres humanos como nós; pra que eles se aceitam como eles são dentro dos problemas que eles têm da</p>	<p><b>Reabilitação psicossocial compreendida como um elo entre CAPSad III, município e família.</b></p>

	<p>questão do vício e que eles possam também ser compreendidos e ser aceitos.”</p> <p>“[...] reabilitar é uma tentativa, é se reerguer de novo eu vejo dessa forma. Eu acho que é isso, porque é difícil é reabilitar é tanta coisa, você já é habilitado aí reabilitar é uma coisa bem complexa, mas eu acredito que envolve um todo e tudo.”</p> <p>“E uma equidade também, porque às vezes a gente vê que isso não existe, tem tratos diferentes para os diferentes, mas gente tenta aqui dentro dos nossos recursos e do que a gente tem entendimento fazer com que aja isso [...].”</p> <p>“É difícil, mas alguns conseguem, se não é num âmbito é no outro, as vezes é no âmbito familiar, ou no trabalho, mas sempre alguma questão a gente consegue, até mesmo no sentido da autonomia.”</p>	
<p>A reabilitação psicossocial é um processo de vários atores.</p>	<p>“[...] porque o processo aqui dentro (CAPSad III) é uma reabilitação, mas sozinhos não conseguimos, de depende de nós (CAPSad III), dos municípios e o que tem no território, é um processo de vários atores envolvidos.”</p>	<p><b>Reabilitação psicossocial compreendida como um elo entre CAPSad III, município e família.</b></p>
<p>Princípios em que o CAPSad III se embasa para o desenvolvimento de práticas reabilitadoras são a valorização da vida; família, espiritualidade, dignidade e aceitação.</p>	<p>“Princípio principalmente da valorização da vida, valorização da vida, família, espiritualidade muitos deles se agarram nisso também para poder superar. É seria mais ou menos baseados nesses princípios que a gente trabalha mais. Na vida lá fora, família e espiritualidade, mais baseado na valorização deles além deles se entender se valorizar da forma como eles são e tentar melhorar.”</p> <p>“[...] então a valorização é bastante trabalhada aqui, a questão da valorização da vida, do ser humanos, dos valores que se perdem no caminho por várias questões e acontecimentos.”</p>	

	<p>“Mas, tem sim principalmente a valorização da vida, porque se já está aqui dentro que eu posso, eu consigo e eu sou igual a você, que eu tenho uma doença que está sendo tratada fica melhor a aceitação.”</p> <p>“Sim, até pela questão da valorização da vida, nesse sentido de valorizar o ser humano, da dignidade, a espiritualidade faz muito disso.”</p>	
<p>Práticas reabilitadoras são desenvolvidas pela equipe do CAPSad III nas oficinas e grupos terapêuticos.</p>	<p>“Olha tem bastante coisa da organização da vida diária, desde a questão de hábitos de higiene; a questão da autoestima trabalha bastante; questão da espiritualidade; da família como eu falei trabalha assim, é agora em função do COVID é mais por telefone mais a pedagoga e o psicólogo, então é assim um conjunto, dependendo o grupo se trabalha alguma coisa diferente quando se identifica alguma coisa mais.”</p> <p>“Então, depende o grupo se prioriza o que vai trabalhar sabe pra você conseguir atingir alguma coisa lá na frente, mas basicamente é isso que se trabalha sempre. A prevenção de recaída que é importante; a história toda, da causa; do locus é geralmente isso daí que trabalha e depois se especifica dependendo de cada grupo tem [...]”</p> <p>“Oficinas de espiritualidade e de organização da vida diária; prevenção à recaída; autoestima, a questão da família que é bastante trabalhada. A questão de orientações desde a questão da alimentação, de tudo.”</p>	<p><b>Reabilitação psicossocial compreendida como um elo entre CAPSad III, município e família.</b></p>
<p>A disciplina é método utilizado na reabilitação dos usuários.</p>	<p>“A questão de orientações desde a questão da alimentação, de tudo. Que até hoje de manhã estava ali e tinha um rapaz que tem problemas devido ao uso de drogas, ele disse que a comida é muito pouca pra ele; mas são seis refeições por dia, aí eu expliquei pra ele que aqui(CAPSad III) não um spa de</p>	

	<p>engorda, aqui funciona como uma clínica, como um hospital, vocês não podem comer demais em uma refeição e fica muito tempo sem comer; tem o café, tem o lanche da manhã, o almoço, o lanche da tarde, a janta e a ceia. São seis refeições por dia é mais que o suficiente.”</p> <p>“Mas, aqui (CAPSad III) é assim, que nem no hospital vem aquela quantidade de comida e não vem mais, porque a gente tá lá e isso também faz parte do tratamento.”</p> <p>“Porque eles (usuários) pensam que estando aqui (CAPSad III) tem que ser do jeito deles, esses dias um pediu pra fazer um lanche fora, eu disse isso não pode [...]”</p> <p>“[...] aqui (CAPSad III) é tudo por horário as oficinas, também isso vai pra casa, porque se tiverem um trabalho tem que ter horário pra tudo, pra almoço etc.; a gente procura trabalhar essas coisas mais simples que são coisas do dia a dia para que isso possa ser inserido lá e que eles consigam viver uma vida normal como cada um de nós, dentro da normalidade entre aspas porque não tem normal mais, mas ao menos aquilo que a sociedade espera para que se tenha uma inserção tanto no trabalho como no social.”</p> <p>“[...] quando tem que ir para alguma atividade, que exista não uma punição, mas uma certa responsabilidade de ir como em um trabalho, que tem horário, que ele tem que ir, porque senão ninguém vai contratar alguém assim. A gente começa aqui (CAPSad III) para depois isso se estender lá e que leve pra vida deles (usuários) e isso é uma corrente que a gente procura fazer com que tenham responsabilidade, que eles (usuários) tenham pontualidade e assiduidade que isso é para vida deles também, porque eles muitos deles</p>	<p><b>Reabilitação psicossocial compreendida como um elo entre CAPSad III, município e família.</b></p>
--	---	---



	<p>estavam sem limites, aí a gente começa por aí [...].”</p> <p>“[...] E manter um tratamento humanizado, claro dentro da disciplina e das normas.”</p>	
<p>O CAPSad III Regional está distante da “Vida lá Fora”.</p>	<p>“Na vida lá fora (CAPSad III), família e espiritualidade, mais baseado na valorização deles (usuários) além deles se entender se valorizar da forma como eles são e tentar melhorar.”</p> <p>“Claro que ninguém vai ficar acolhido noturno e vai e mora lá numa casinha, num bairro que seja onde morar e quando voltar ele vai ter que voltar pra lá, ele (usuário) não vai se mudar de local, a maioria acontece isso, então, eles tem que aprender a trabalhar esse contexto social pra que eles possam enfrentar a realidade lá fora (território) e a gente tá aqui (CAPSad III) para auxiliá-los nesse sentido.”</p> <p>“Isso, é isso, mais nesse sentido, enquanto ele está aqui (CAPSad III) e depois, como ele vai se organizar lá fora (território) independentemente de estar ambulatorial ou acolhido aqui (CAPSad III) ainda.”</p> <p>“É ambientado aqui (CAPSad III) como eles vão proceder lá fora (território), é trabalhado esta questão de como eles vão ter que enfrentar, então, tem condutas diferentes sim, tanto para a família quanto pro usuário trabalhando juntos e o município também fazendo a parte dele enquanto CRAS e enquanto coordenador de saúde mental.”</p> <p>“Mas, se trabalha essas práticas para lá fora (território) eles poderem estar enfrentando, que é bem diferente estar aqui (CAPSad III) fechado sem, é fechado entre aspas por é portas abertas, mas está aqui dentro e é um mundo totalmente diferente do que o mundo lá fora (território), às vezes tem o medo do enfrentamento, que as vezes é até importante esse medo porque gera uma</p>	<p><b>Ações e intervenções de inclusão social ocorrem distantes dos territórios.</b></p>

	responsabilidade, então se trabalha isso bastante.”	
<p>As estratégias e ações inclusivas são desenvolvidas no CAPSad III Regional e sugeridas a serem replicadas no território dos 27 municípios.</p>	<p>“[...] é repassado tudo em relatório o que é feito e, é orientado também o município os dias que eles não vêm pro ambulatório que eles façam alguma coisa para estarem promovendo isso e que eles possam estar superando. Então, se trabalha em conjunto nesse sentido, mas assim, depende muito deles (municípios) também, porque às vezes o município acaba não ofertando ou não tem como ofertar, se eles procuram de estar fazendo isso aí acontece, mas são situações e situações.”</p> <p>“Mas, o que se promove aqui (CAPSad III) é passado a eles (municípios) por relatório ou telefone e também se passa para o paciente o que ele pode estar fazendo e tem municípios que não tem e acabam fazendo alguma coisa nesse sentido. Acontece de qualquer forma isso se promove, partindo daqui como referência, com município, família e dentro da família o próprio paciente.”</p> <p>“Acontecem aqui (CAPSad III) as estratégias e a gente tenta articular com o território, por que nós sozinhos não conseguimos, então é nós serviço, município, família e paciente. E se todo mundo fizer a sua partezinha a gente alcança lá na frente um objetivo, a gente percebe as ações e do que a gente acha que pode ser desenvolvidas, nada fora do contexto do município e dos profissionais são muitas vezes ações básicas que eles não se tocam que isso pode ajudar.”</p> <p>“[...] Mas, a maioria das ações ainda acontecem aqui (CAPSad III) porque também tem profissionais que as vezes trabalham especificamente isso, assistente social etc. [...]”</p> <p>“Isso, como o que tem, com a realidade deles (municípios) que se possa trabalhar de acordo com o que eles têm tanto em relação a profissionais como</p>	<p><b>Ações e intervenções de inclusão social ocorrem distantes dos territórios.</b></p>

	<p>de outros recursos que precise pra ser desenvolvido alguma coisa pra ser trabalhado né a questão da inclusão, por meio de oficinas que tem municípios que tem, horta ou tem outras coisas; pra se ver também a habilidade de cada um.”</p> <p>“Além do trabalho que é feito aqui (CAPSad III) é passado aos municípios e também se transferem os cuidados, de alguma forma os cuidados são transferidos pro município. Mas, a gente continua por um longo período fazendo por aqui (CAPSad III), ficou acolhido noturno, por exemplo, vai pro município, já vai com um plano terapêutico de quantos dias vai retornar aqui pra nós.”</p> <p>“Mas, assim, também é solicitado ao município que se trabalhe alguma coisa nesse sentido que nos dias que ele não vem pra cá que ele esteja envolvido com alguma atividade, porque às vezes o social dele lá não mudou, aonde ele morava não mudou, então, é trabalhado esses eixos a maioria é aqui, mas com o tempo a gente começa a transferir pro município, porque vai chegar o momento que precisa de uma certa independência.”</p> <p>“Nos municípios também, a gente sugere pro município também. O CAPS trabalha e sugere ao município que trabalhe também, por exemplo, quando em que inserir eles em algum programa social, que vem só duas vezes na semana aqui ou uma vez, nos dias que não vem, tentar inserir ele em algo que seja adaptado em cada plano, que insira ele no município que envolva esse paciente com as ações que ocorrem aqui e em conjunto com o município, dentro do que eles podem tá ofertando.”</p> <p>“[...] daí geralmente ela sugere aos municípios pelas habilidades deles,</p>	<p><b>Ações e intervenções de inclusão social ocorrem distantes dos territórios.</b></p>
--	---	--

	<p>desenho pra quem tem habilidade, sugere ao município se tem alguma atividade assim pra inserir.”</p> <p>“Mas, os municípios também precisam, então, a gente acaba ligando e cobrando alguma coisa dentro do que eles possam estar fazendo [...]”</p>	<p><b>Ações e intervenções de inclusão social ocorrem distantes dos territórios.</b></p>
--	---	--

Fonte: Elaboração da autora.

As categorias levantadas nesse eixo temático 2 permitiram maior entendimento sobre a noção do território apreendido pela gestão do CAPSad III Regional e como essa categoria se materializa no cotidiano de trabalho do Serviço, bem como este recurso é utilizado na articulação e organização das ações inclusivas dos usuários dos 27 municípios. Assim, isso auxiliou para que houvesse melhor entendimento das hipóteses levantadas nessa pesquisa e também dos objetivos propostos, principalmente, em relação às estratégias utilizadas e de que forma tais princípios da lógica territorial e da reabilitação psicossocial estão contribuindo para o processo de inclusão social dos usuários do CAPSad III Regional.

Nos tópicos subsequentes estão a descrição e análise de cada categoria, separadamente.

### **3.9.1 A noção de território como recurso necessário para a organização e planejamentos das ações propostas pelo CAPSad III Regional**

Esta categoria busca discutir a noção de território como recurso utilizado na organização e planejamentos das ações propostas pelo CAPSad III Regional. A partir da narrativa da gestora na entrevista foram levantados os seguintes núcleos de sentido: a compreensão da gestora sobre a Lógica Territorial; a visita domiciliar como instrumento de levantamento de dados da realidade; o reconhecimento do território como ferramenta utilizada pelo CAPSad III para a elaboração das ações e intervenções inclusivas; a equipe realiza reuniões/estudo de caso para planejar o trabalho a ser desenvolvido junto à família e ao usuário; o CAPSad III prioriza realizar os matriciamentos nos municípios para atingir maior número de profissionais; matriciamentos das equipes da Atenção Primária utilizados no planejamento das ações do CAPSad III; os territórios (municípios) desconhecem os usuários que utilizam o Serviço e não se mantêm contato próximo e contínuo com os municípios; e as visitas domiciliares e os matriciamentos são agendados.

Sabe-se que a noção de território é indispensável ao trabalho dos Serviços de base comunitária, como os CAPSs, independentemente da sua complexidade. Dessa forma, é

importante analisar a compreensão da gestora sobre a lógica territorial, no que diz respeito ao trabalho desenvolvido no CAPSad III:

Lógica territorial? Acho que tudo o que acontece no entorno de onde o paciente se localiza, no local em si. Que é uma questão social, uma questão de ambiente é onde ele está localizado.

[...] então, a lógica territorial é tudo o que acontece no entorno de onde o paciente tá localizado, no município em si. Eu entendo isso.

Nota-se que a compreensão da participante excede a dimensão geográfica de tal categoria, mostrando-se apreendida como aquilo que está e acontece no entorno do sujeito, enquanto uma questão social, ambiental, na realidade onde vive. Essa apreensão do território é importante, conforme vista no Capítulo 2, pois, além de romper com o ponto de vista do território dado pela geografia como objeto estático, compreende o território no seu sentido dinâmico, que está em constante transformação (SANTOS, 2002). Essa dinamicidade do território possibilita uma visão não fragmentada dos diferentes processos sociais, econômicos, políticos (LIMA; YASUI, 2014), culturais de relações de poder (HAESBAERT, 2006; SAQUET, 2007) e também simbólicos (SANTOS, 2011). Melhor explicando, o “Território é o lugar de potência, marcado por relações de poder, relações sociais, de luta e história” (SILVA; PINHO, 2015, p. 421).

Observa-se que na narrativa da gestora, ainda que em sua concepção sobre o território ela não tenha se detido ao seu sentido estático e à sua conotação física, ela também não desenvolve uma visão crítica dos processos políticos, das relações de poder e simbólicas que se dão no território e fazem parte desse espaço. Fato esse que limita sua apreensão acerca da lógica territorial; uma visão fundamental do gestor de um Serviço que se deve ter como parâmetros e princípios tais complexidades e dinamismos territoriais.

Conforme abordado no segundo capítulo, é no território que as relações humanas ocorrem e dão sentido à vida (HAESBAERT, 2006); é também onde as pessoas adoecem e o cuidado deve ocorrer. Para Silva e Pinho (2015), o território é o principal local de cuidado, pois é nele que se constroem toda a história da sociedade, os processos políticos, econômicos e sociais, as lutas e disputas, os conflitos e as relações. Ao levar em conta essas definições e a compreensão do território como algo complexo e dinâmico onde o adoecimento também acontece, este deve ser considerado em qualquer intervenção e ação de saúde, principalmente na questão do uso de álcool e outras drogas, ou seja, o território é o local de potência para o

cuidado e foco da desinstitucionalização (SILVA; PINHO, 2015). Assim, o território, nesse campo de atuação psicossocial, é tido como instrumento de reabilitação (MUNIZ, 2016), visando a processos de desinstitucionalização das práticas de cuidado. Não se pode esquecer de “[...] organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar” (LIMA; YASUI, 2014, p. 604).

Nesse sentido, na entrevista realizada, a visita domiciliar surge como instrumento de levantamento de dados da realidade pelo CAPSad III, conforme a fala da participante:

E saber como é que tá lá (se referindo à realidade do usuário) e o que se passa por isso [...], mas às vezes pra saber [...] nós temos que fazer visita em lócus quando o município não dá retorno [...].

[...] Até porque pra gente pega lá em lócus o que tá acontecendo (visita domiciliar) [...] e se avisa já fazem um preparo diferente, então a gente chega de supetão e pega coisas que às vezes depois aqui vão ajudar a desenvolver um novo plano pra ele e ações para o tratamento.

A visita domiciliar deve ser utilizada como ferramenta para reconhecer a realidade e o território em que vive o sujeito, e as informações colhidas nessa atividade desenvolvida pelo Serviço servem de base para se traçar um plano de ações para o tratamento e o cuidado. Por isso, “Novamente enfatizando a capacitação, as visitas domiciliares, com sua riqueza de material clínico de dados dos familiares e de todo o contexto, servem também para a reflexão” (DELFINI *et al.*, 2009, p. 1490). Porém, nessa parte da fala da entrevistada (“gente chega de supetão e pega coisas”) dá a impressão de certo moralismo por parte da entrevistada. A pesquisadora, atenta às entrelinhas da entrevista, capturou isso durante a conversa, denotando que a visita domiciliar também é utilizada pelo Serviço como um meio de vigilância. Isso estaria em acordo com o sentido moralista do ideário higienista e com a lógica punitiva da vigilância (vigiar e punir), discutido por Foucault, acerca da disciplina e do controle exercido sobre as pessoas (corpos). Para Foucault (1987), o exercício da disciplina supõe um dispositivo de técnicas que permitem ver e induzir efeitos de poder perante aqueles a que se aplicam (neste caso, os usuários). Melhor dizendo, uma “anatomia política” que é também igualmente uma “mecânica do poder”; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, e, assim, a disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (FOUCAULT, 1987).

No entanto, a visita domiciliar é muito válida para o diagnóstico do território; entretanto, o que se nota é que, apesar de reconhecer a finalidade e importância de tal atividade

para o usuário e o território, as visitas domiciliares não são realizadas continuamente pelo Serviço, conforme o relato a seguir:

[...] visitas domiciliares aleatórias se nós vemos a necessidade, mesmo que o município não colabora, nós não marcamos nada com o município, nós vamos atrás do paciente, sempre alguém a gente encontra um vizinho, um familiar. Mas, tudo tem um cronograma e agenda com os municípios, são raros os municípios que acontece isso.

Para Delfini *et al.* (2009), a visita domiciliar também faz parte do trabalho territorial e deve ser pensada de acordo com cada situação e cada família. Ainda, complementam sobre a importância de o CAPS realizar essa atividade em conjunto com ESF, pois é através da visita domiciliar que são realizados atendimentos conjuntos, para que ambas as equipes entendam a complexidade de cada grupo familiar e possam adentrar em seus territórios subjetivos e culturais.

O reconhecimento do território como ferramenta utilizada pelo CAPSad III para elaboração das ações e intervenções inclusivas é mencionado pela participante nestes trechos da entrevista:

[...] a gente tenta captar de lá (território) o que tem pra gente adequar aqui (CAPSad III) que nem a questão econômica, social, financeira, afetiva, principalmente a questão e família eu entendo, nós trabalhamos desta forma com o que eles trazem e com o que a gente tem aqui, mas de preferência tentando adaptar o que eles tem pra que a gente possa traçar um plano de ação mais eficaz [...].

Que tanta coisa que a gente precisa que seja feito em lócus, que seja feito no município pra nos auxiliar, porque às vezes a nossa realidade aqui (CAPSad III) se a gente não conhece a deles lá (território/municípios) muda certas ações e estratégias.

Devem ser levados em conta os determinantes sociais de saúde, que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; FILHO, 2007). Isso com o intuito de realizar o diagnóstico socioterritorial, com o qual se procura entender a produção do adoecimento a partir da realidade dos territórios, construindo respostas mais amplas e integradas socialmente (LANZA; FAQUIN, 2018). É no território que se faz o levantamento de dados, em que se conhecem as demandas de saúde mental e também o local onde as ações devem ser propostas em articulação com os recursos e os serviços disponíveis. De acordo com a narrativa da Coordenação, o reconhecimento do território serve como base para o planejamento de ações e intervenções realizadas no CAPSad III (no Serviço) e para o

fornecimento de suporte aos municípios no planejamento de ações a serem desenvolvidas no território dos usuários. No entanto, as ações territoriais realizadas pelo CAPSad III não foram mencionadas pela coordenadora.

Deve-se recordar que o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS) é responsável pela saúde mental de toda a área territorial de sua referência, e um dos grandes desafios incide em se conseguir sair da Instituição/Serviço e promover articulação social e intersetorial que, de fato, ocupe outros territórios (DELFINI *et al.*, 2009). Pensar no território e numa rede para fora dos Serviços é criar meios para desinstitucionalizar o cuidado às pessoas, reconhecendo suas singularidades e complexidades (SILVA; PINHO, 2015). No caso de um CAPS Regional, nota-se que esses desafios aumentam, por se tratar de vários e diferentes municípios, com diversas realidades, culturas, necessidades, vulnerabilidades e potencialidades.

A equipe do CAPSad III também realiza reuniões/estudo de caso para planejar o trabalho a ser desenvolvido com a família e o usuário. Devido à pandemia do COVID-19, essa atividade que ocorria semanalmente passou a ser quinzenalmente. Seguem os relatos da participante a esse respeito:

Com a equipe é semanal ou quinzenal, era semanal, mas por conta do COVID é quinzenal. Mas tem semanas que a gente que fazer toda a semana mesmo, quer eram todas as quartas anteriormente, mas agora ficou quinzenal, mas tem semanas que nós temos que nos encontrar e não pode falhar, isso com a equipe do CAPSad III.

[...] semanais também são feitas reuniões para discutir caso a caso, e esse paciente sai com a devolutiva pro município também, com que tipo de tratamento, que tipo de plano, o que o paciente e que o município tem e pode ofertar de suporte também e sai com agendamento de atendimento individualizado com o psicólogo e com o psiquiatra.

Então, às vezes nem tudo que se consegue captar no acolhimento, ali na hora, nem tudo, não se consegue captar tudo, então com cada profissional que ele é atendido junta tudo às vezes se consegue um diagnóstico melhor, compreender a causa, então tudo é trabalhado com hipóteses digamos assim, um pouquinho de cada profissional conseguimos chegar além, para poder ofertar realmente o que o paciente precisa.

Já é de conhecimento que as reuniões de equipe multiprofissional são espaços importantes para a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos usuários a partir de suas necessidades, demandas e singularidades. As discussões de caso permitem “[...] produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais [...]” (BRASIL, 2012, p. 3). Entretanto, também são



espaços para acolher as angústias dos trabalhadores da saúde (DELFINI *et al.*, 2009). O Projeto Terapêutico Singular de cada usuário dispõe de pensar e elaborar ações multiprofissionais de cuidados clínico, psicossocial e territorial, visando à reabilitação e à inclusão social. Todavia, apesar disso, nos relatos da entrevistada não aparece a participação do usuário e do familiar na construção desses projetos. Em contrapartida, o Serviço ainda consegue sustentar um espaço onde esses trabalhadores possam discutir sua práxis, por meio da disponibilidade de um período na semana para reunião de equipe, o que se torna uma potencialidade do Serviço. Entretanto, poder-se-iam, ao mesmo tempo, discutir os casos atendidos pelo CAPS com as equipes de Estratégia Saúde Família (ESF) mais frequentemente para que o trabalho conjunto e compartilhado acontecesse de forma mais efetiva a partir dos recursos que os municípios possuem.

Essas discussões de casos dos usuários atendidos no CAPSad III são feitas nos matriciamentos. O CAPSad III prioriza realizar os matriciamentos nos municípios para atingir maior número de profissionais; esse ponto diz respeito a outro núcleo de sentido levantado na pesquisa. Devido ao distanciamento/tempo de deslocamento dos Serviços para com os municípios, o seu matriciamento, bem como as discussões de casos com as equipes locais, é utilizado como estratégia pelo CAPSad III Regional.

A seguir, os relatos da entrevista mencionam como ocorrem os matriciamentos:

As duas formas, mas se prioriza em ir até os municípios para atingir um número maior de profissionais. E porque pra eles virem [...] três, quatro é mais difícil é aí a gente vai também por isso.

São nesses encontros que a gente faz com as equipes, geralmente é coordenador de saúde mental e equipe de saúde mental, mas o próprio município ele, o coordenador ou quem está presente, porque nós achamos melhor ir [...] porque junta mais profissionais, porque pra três quatro profissionais saírem do município e virem pra cá também é mais difícil do que nós irmos em três quatro e também já juntam mais pessoas [...].

Então, nós indo (CAPSad III) no município é diferente porque já naquele momento que não é muito tempo junta-se mais pessoas porque quanto mais pessoas souberem é mais fácil para as coisas funcionarem [...] Nós achamos melhor ir aos municípios porque atingimos um número maior de profissionais. Porque se os municípios vêm e por mais que sejam duas horas pela manhã, já mata a manhã toda, principalmente pros municípios mais distantes.

Observa-se que os matriciamentos são os momentos de encontro da equipe multiprofissional com as equipes da atenção primária dos 27 municípios consorciados e são utilizados no planejamento das ações do CAPSad III Regional. Os trechos a partir da narrativa da coordenadora explicam a finalidade do matriciamento e quando ocorre tal atividade:

Então, no matriciamento é mais assim uma conversa técnica pedagógica que se abordam vários assuntos e especialmente a questão em si do usuário. É bem interessante e bom.

E aí é visto paciente por paciente, mesmo os pacientes que estão inativos já os que estão em busca ativa é reforçado a questão do porquê da busca ativa; da importância dos municípios responderem a essa busca ativa e são discutidos casos dos municípios de todas os pacientes e casos pontuais que o município tem que dar um suporte maior pro paciente.

O CAPSad III capacita os profissionais das equipes de ESF, e eles capacitam os demais profissionais da Atenção Primária em Saúde dos Municípios. Esses encontros são importantes, visto que orientam acerca do funcionamento do Serviço/CAPSad III; capacitam os profissionais para a condução dos casos de uso de álcool e drogas; discutem os casos para melhor andamento e resolutividade; e auxiliam no compartilhamento de ações e intervenções. Contudo, tais encontros se dão poucas vezes ao ano. Os trechos da entrevista assinalam isso:

[...] mas é geralmente o município os que estão presentes no matriciamento que capacitam os ESF ou que passam as informações que nós repassamos, fica de município pra município. Nós fazemos com a equipe de saúde mental se mais algum pode participar e estar presente depois eles fazem a pulverização no município, quando eles fazem né.

Geralmente são duas vezes ao ano que a gente faz [...]. Uma vez no ano seria o suficiente pela portaria. Então, são repassadas todas as informações, algo novo na questão do fluxo; do que está acontecendo no serviço e as orientações novas.

Essa afirmação da coordenação de que apenas um matriciamento anual seria o suficiente, conforme a orientação de Portaria, pode estar equivocada, pois, segundo a Portaria nº 130/2012, devem-se “XVI – realizar ações de apoio matricial no âmbito da Regional na Atenção Básica e outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades de cada caso” (BRASIL, 2012, p. 3); devem ocorrer conforme as demandas, não se estipulando a quantidade. Em estudo realizado por Bezerra e Dimenstein (2008), o qual resultou de uma investigação a trabalhadores de saúde mental inseridos em CAPS II e Ad sobre a proposta de matriciamento às equipes de ESF, observou-se a articulação precária entre os CAPSs e a rede de atenção básica. Essa precariedade de apoio matricial pode prejudicar a corresponsabilização entre as equipes e a articulação intersetorial com outros recursos comunitários, serviços de saúde e outras políticas públicas disponíveis no território.

Dessa forma, o apoio matricial entre CAPS e ESF deve ser transversal (DELFINI *et al.*, 2009), no sentido de potencializar a ampliação do compromisso e responsabilização dos profissionais com a produção de saúde mental nos diferentes níveis de atenção. Esse apoio

constitui ferramenta de transformação não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade das equipes e comunidades (BRASIL, 2011). Bezerra e Dimenstein (2008) complementam ainda que a articulação entre os diversos Serviços nos diferentes níveis de atenção também é apontada como uma dificuldade. Para essas autoras, os CAPSs devem atuar como articuladores e ordenadores da rede, contudo acabam centralizando a demanda e inserindo-se, de forma muito tímida, nos territórios e na comunidade. A forma como os Serviços estão organizados, portanto, constitui uma grande dificuldade para atuação diante das demandas de saúde mental (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

A partir de dados colhidos na entrevista, devido ao distanciamento de alguns dos municípios consorciados ao CAPSad III, este utiliza a estratégia de deslocamento de parte de sua equipe para ir até os municípios realizar matriciamentos para atingir mais profissionais. No entanto, essas ações deveriam se dar com maior frequência justamente para potencializar essa aproximação com o território e o trabalho com os recursos dos quais esse Centro dispõe.

Em decorrência disso, outro núcleo de sentido foi levantado na categoria discutida, o qual se refere ao fato de que os territórios (municípios) desconhecem os usuários que se utilizam do Serviço em foco neste estudo (CAPSad III Regional). As falas a seguir expressam essa dificuldade identificada pela Coordenação do Serviço:

Só que o que a gente observa [...] nos matriciamentos é que tem município que eu acho que eu já te falei em uma questão anteriormente, que tem município que nem sabe quais os pacientes de saúde mental, quando é solicitado um relatório ou alguma coisa ou a regional solicita, eles não sabem nem quem são os pacientes a gente que tá aqui sabe mais o que eles. É eles deveriam ter um arquivo a parte desses pacientes no município, tanto quem vai pro CAPS II quanto quem vai pro CAPSad III.

[...] nem todos, não dá pra generalizar, mas sim, quando é a gente percebe nitidamente isso no final do ano ou no início do ano que a Regional pede pros municípios o relatório porque acho que tem que fazer a pactuações e eles ligam pra nós pra gente enviar o relatório de quem são os pacientes.

A centralização do cuidado do usuário em um ponto de atenção nesse caso, na atenção especializada, muitas vezes faz que a atenção primária desconheça o usuário de saúde mental, uma vez que este não procura ou não se utiliza de outros recursos e Serviços de saúde que estão no território. Esse é um grande empecilho, pois dificulta o compartilhamento e cuidado integral do qual o dependente químico necessita, deixando de atendê-lo também em outras demandas de saúde. De modo geral, conforme mencionado por Andrade (2011), são pouco conhecidas pelos profissionais de saúde as reais condições de vida das pessoas socialmente excluídas,

especialmente daquelas que usam álcool e outras drogas, e isso afeta diretamente a qualidade da assistência à saúde prestada ao usuário. Essa articulação do cuidado deve ser realizada juntamente à ESF, a fim de potencializar esse reconhecimento dos usuários de substâncias psicoativas para que se tenha suporte nos municípios para outras questões de saúde, ações e encaminhamentos que se fizerem necessários.

Observa-se também que os Serviços especializados para atendimento a usuários de álcool e outras drogas, os CAPSad Regionais, podem dificultar o acesso e, ou, o tratamento no território do usuário. Isso porque, muitas vezes, se encontram centralizados e distantes dos territórios e correm o risco de operar com ausência de territorialidade (ANDRADE, 2011), contraditoriamente ao que compreende o papel do Serviço. Essa ausência de territorialidade afeta a articulação do CAPSad III com as ESFs, comprometendo a identificação dos usuários de saúde mental/álcool e outras drogas, os quais devem ser inicialmente identificados pela atenção primária, pois é a porta de entrada do SUS, para que se possam elaborar planos de cuidados mais efetivos.

Conforme já visto, os profissionais da Atenção Primária à Saúde possuem dificuldades em lidar com questões relacionadas ao uso de drogas e, muitas vezes, acabam reproduzindo preconceitos do senso comum acerca dos seus usuários (ANDRADE, 2011). Por isso, os matriciamentos e as capacitações com os profissionais devem se dar continuamente, uma vez que também são estratégias e ações inclusivas que partem dos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial e possibilitam produzir novos conhecimentos acerca da dependência química.

Nessa categoria, outro núcleo de sentido identificado foi que não se mantém contato próximo e contínuo com os municípios, pois as visitas domiciliares e os matriciamentos são agendados e as situações que se mostram mais emergentes são tratadas por telefone. As falas a seguir, que foram retiradas da entrevista, revelam essa forma de organização:

Então, se a gente vai (visita domiciliar) eles se sentem mais valorizados também, muitos deles agradecem nossa assim sabe incessantemente a visita e eles não imaginaram que nós, nossa eles olham assim diferente, como se recebesse o presidente da república na nossa casa te dando um exemplo bem prático, pra eles é uma coisa maravilhosa [...] Só que não dá de ir em todos, a gente seleciona alguns, alguns que já receberam alta, alguns que não estão mais vindo que a gente consegue resgatar.

Sempre com agenda (matriciamento e visitas domiciliares), esse ano nós não fomos, fomos somente em uma visita domiciliar, matriciamos por telefone, busca ativa também por telefone, a gente fez uma reunião um tempinho atrás, uma live com os municípios, mas por ser um momento atípico (pandemia COVID-19) [...].

Então, a gente aproveita nesse momento do matriciamento pra já fazer alguma visita também, porque a gente sempre faz dois municípios por dia, um de manhã e um de tarde, os municípios próximos, mas tudo com agendamento e tudo direitinho.

Tanto os matriciamentos quanto as visitas domiciliares são agendados. Dificilmente existem exceções, como já descrito nesta categoria, e somente quando não se tem retorno dos municípios é que o Serviço CAPSad III realiza visitas que não seguem o cronograma. O Serviço busca organizar-se porque precisa prestar atendimento aos 27 municípios consorciados e, devido ao deslocamento para realizar tais ações, se organiza para realizá-las nesses momentos, caracterizando, assim, um contato não tão próximo/contínuo com os municípios, desconstruindo o que se preconiza com a lógica territorial.

Nesse viés, a atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser atingida através da troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, sendo instituída uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede interligada de Serviços de Saúde (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Conclui-se que, por ocupar, entre os dispositivos de atenção ao álcool e outras drogas, um lugar estratégico no processo da Reforma Psiquiátrica, o CAPSad III Regional poderia assumir um papel mais ativo no território e na articulação da atenção básica, atuando como ordenador da rede de cuidados em relação aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

### **3.9.2 Estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III Regional visam à inclusão social**

Durante a entrevista, foram levantadas questões referentes às estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III Regional que possuem por finalidade a inclusão social dos usuários. Nesta categoria, foram identificados os seguintes núcleos de sentido: estratégias desenvolvidas pelo CAPSad III para envolver as famílias; participação dos usuários em eventos; participação e inclusão em grupos de apoio, como AA e NA; a gestão busca adquirir materiais, equipamentos e recursos necessários para que o Serviço desenvolva ações inclusivas; e o CAPSad III possibilita a inclusão e acesso dos usuários a outros atendimentos de saúde que se fizerem necessários.

Sabe-se da importância do suporte familiar diante da inclusão social dos usuários do CAPSad III. Nesse sentido, o Serviço realiza algumas estratégias desenvolvidas para envolver as famílias. Nos relatos obtidos na entrevista realizada com a coordenadora do Serviço,

aparecem algumas ações desenvolvidas, como reuniões de famílias, atendimentos familiares, encontros, grupos, eventos, confraternizações e visitas domiciliares:

Com as famílias é feito um primeiro encontro no início do ano, que esse ano foi dia seis de março e é passado a programação de todo o ano dos encontros de famílias que vai ter e o que vai ser tratado o assunto e tudo. E dos eventos também é feito cronograma e repassado a todos os presentes família e usuários.

Tem os grupos de família, temos vários eventos nas datas festivas que nós chamamos os pacientes e as famílias.

Tem os grupos, mas agora é só via telefone (devido a Pandemia de COVID-19). Eles viam pros nossos eventos, tinham os grupos separados por municípios a cada quinze dias, sempre se fazia uma confraternização ou uma palestra diferente, as vezes trabalhava só a família, em outro momento a família com os usuários. O encerramento do final de ano a gente nunca deixou de convidar as famílias e elas participam é a coisa mais boa e, isso pro paciente é muito importante.

[...] nos eventos de encontros de famílias, as vezes no encerramento no final do ano, gincana que envolve vários profissionais.

[...] eram feitas reuniões com as famílias (anterior a Pandemia de COVID-19) [...] Era feito confraternização e solicitado que viessem os familiares e no momento está sendo via telefone e via web, mas eram feitas essas ações antes.

Algumas das atividades desenvolvidas pelo CAPSad III, principalmente aquelas coletivas e grupais, sofreram alterações em decorrência da Pandemia do COVID-19, que exigiu várias restrições epidemiológicas. No entanto, percebe-se que o Serviço buscou se adaptar e manter contato via telefone com as famílias. O CAPSad III também desenvolvia ações de atendimentos às famílias no final de semana (sábado) para facilitar o envolvimento e inclusão da família no tratamento do usuário. A seguir, os trechos da entrevista que ilustram tal fato:

Mas, referente a aderência assim é muito boa, também tinha família para acompanhar paciente e atendimento que a gente priorizava no sábado porque a maioria trabalha, o psicólogo vinha só pra isso no sábado e sempre tinha, tudo agendado e organizado. Se não podia vir durante a semana, vinha no sábado a família. E depois da pandemia, isso morreu. As famílias que não querem saber do paciente, com o tempo a gente vai trabalhando ou com um primo, ou um irmão, mesmo que não seja muito próximo, mas a gente consegue, sempre uma ajuda.

Os municípios dão o suporte de trazer os familiares, nos finais de semana também com agendamento e tudo, mas geralmente, os que vêm nos finais de semana, no sábado muitas vezes é porque trabalham e aí vem de carro próprio, mas os municípios faziam isso tranquilamente [...].

No trabalho com as famílias no CAPS, deve-se considerar que este Centro pode assumir diversos papéis em relação ao cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, sendo um deles o de sujeito da ação, diante do qual ela se engaja em organizações e associações, subsidiando as

conquistas de direitos e a construção da cidadania (ROSA, 2011). E isso só é possível em articulação com os princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica, como a reabilitação psicossocial, o trabalho territorial e a inclusão social. Os Serviços substitutivos de saúde mental compreendem a família como parceira e como uma unidade que possui, além de direitos próprios, demandas e necessidades. Dessa forma, torna-se necessário desenvolver ações a partir de uma perspectiva que instigue seu protagonismo, sua autonomia e sua corresponsabilização (COELHO; VÊLOSO; BARROS, 2017).

Por meio da entrevista, identificou-se que são desenvolvidas orientações aos familiares dos usuários do CAPSad III referentes à aceitação e condução da dependência química e, também, são sugeridas ações às Equipes de Saúde Mental dos municípios para trabalharem com as famílias. A fala a seguir da coordenadora revela que, muitas vezes, a participação familiar e seu auxílio/suporte restringem-se ao aspecto da doença e do tratamento:

As famílias vêm aqui geralmente que são feitos aqueles encontros quinzenais e que agora não é mais feito (devido a Pandemia COVID-19). É o psicólogo que é o responsável e ele trabalha toda a forma de condução e de aceitação dos usuários e tem momentos que trabalha com as famílias e com o usuário e quando vai nos municípios a gente procura, principalmente quando vai nas visitas no domicílio também conversar sobre essa questão com a família como que tem que ser; como da importância e com a equipe de saúde mental também que se dê um suporte em relação a isso as pessoas porque eles tem os encontros de diabetes e de hipertensos que se faça alguma coisa voltada na área de saúde mental, sugerindo também o AA; o NA; a AL-ANON que é com a família, então é dessa forma é trabalhado [...] vários assuntos ali mas principalmente de aceitação e de condução.

Na perspectiva focada na doença, a família assume, para os CAPSad III Regional pesquisado, uma posição direcionada, principalmente, para a oferta de cuidados básicos, como alimentação e moradia e também recursos para evitar recaídas, atuando em prol da manutenção da abstinência (aceitação e condução). E mais uma vez o modelo médico faz-se presente na realidade do Serviço em relação ao trabalho com as famílias. Nota-se o protagonismo da família muito mais voltado para ações de manejo diante da dependência química do que para ações de inclusão social. É necessário que o trabalho desenvolvido com as famílias reforce o protagonismo delas na luta pela inclusão social de seus membros. A atuação do CAPSad III deve estar de acordo com o paradigma psicossocial, utilizando formas de intervenção pautadas pelas necessidades do usuário com ações inclusivas e de reabilitação psicossocial, conforme discutido no primeiro capítulo. Todavia, observa-se que o Serviço estudado mantém resquícios em suas ações do paradigma psiquiátrico, tendo sua atuação centralizada no Serviço e baseada no modelo biologizante. Macedo e Dimenstein (2012) salientam que alguns CAPSs encontram

dificuldades na continuação das práticas desvinculadas do modelo hospitalocêntrico e na superação da cultura manicomial, sendo isso, ainda, um obstáculo permanente, pois limita ações e intervenções com foco de emancipação das famílias e dos usuários.

A participação dos usuários do CAPSad III em eventos internos e externos ao Serviço foi identificado como outro núcleo de sentido da categoria discutida:

[...] a participação em eventos que somos convidados, os pacientes sempre vão junto também, quando vem o ônibus da Sanepar na praça os pacientes também vão; cinema foram lá em G. onde tem os aviões também fizeram passeio pra lá; vão na Mata Nativa, vão caminhar no Parque Iara, então são várias ações. E os municípios também a gente sugere a eles que façam alguma coisa deixando eles normal com qualquer outra pessoa [...].

Mas, é nesse sentido sempre se trabalha com as equipes, com o CAPS do município aqui, pra que tragam os pacientes aqui; com CAPS de C. pra que tragam os pacientes e que tenha essa interação.

A partir desses relatos, nota-se que, embora sejam realizadas atividades externas de participação dos usuários em eventos pontuais e ações de socialização entre os Serviços especializados, não foram mencionadas atividades com os demais Serviços disponíveis da rede de atenção dos municípios e nem foram descritas ações territoriais. O CAPS, como Serviço de base comunitária, deve romper com os “muros” institucionais, buscando meios de ocupar os territórios e incluindo os usuários nos espaços sociais. Recorda Pitta (2016) que as práticas reabilitadoras acontecem melhor fora dos “muros” da instituição, pois são mais coerentes com as ações territoriais e com a articulação de diversos Serviços comunitários, como: os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, os ateliês, as moradias assistidas e as cooperativas de trabalho etc.

Nesse sentido, a desinstitucionalização não se refere apenas a mudar o local de atendimento – do hospital para o CAPS – destinado às pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Desinstitucionalizar significa romper com a lógica manicomial (que vai além da questão estrutural) e articular ações de cuidado e de inclusão na sociedade, na comunidade, no território, que construam e fortaleçam práticas desinstitucionalizantes. Lembram Santos e Nunes (2011) que a maneira como a categoria território é apropriada no âmbito do CAPS repercute na forma como este Serviço pode se articular ou não na promoção da desinstitucionalização dos usuários. Nesse viés, Cardoso (2017) ressalta que a relação dos CAPSs com o paradigma da desinstitucionalização é uma relação constituída de avanços no que se refere à ampliação dos Serviços. Porém, desde a sua



implantação, esse dispositivo enfrenta no seu cotidiano dificuldades provenientes de diversos fatores, como: a centralização do cuidado no Serviço, a falta de comunicação com a rede de Serviços e com a comunidade, as práticas profissionais que desconsideram a singularidade dos sujeitos e a inadequação do projeto terapêutico singular à necessidade dos usuários.

Por meios dos relatos da coordenadora foi observado que o CAPSad III incentiva, estimula e até propõe ações com grupos de apoio/ajuda mútua destinados ao alcoolismo e à drogadição. Sabe-se do trabalho desenvolvido por esses grupos na sociedade civil, contudo o incentivo por parte do CAPSad III diante da inclusão dos usuários nesses grupos corre-se o risco de fomentar práticas moralistas e sem cunho técnico-científico. Em vista disso, na entrevista foram mencionadas ações de participação e inclusão dos usuários do Serviço estudado em grupos de ajuda mútua, como os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA):

Nós tentamos inserir eles (usuários) no AA, agora eles não estão mais indo (devido pandemia COVID-19), mas acho que era toda quinta-feira, o município fornecia transporte pra levar eles, agora é mais perto é aqui na Câmara de Vereadores e não precisa motorista, mas aí toda a quinta-feira eles iam. Além disso, vinha também NA de C., a cada quinze dias [...], eles vinham também fazer uma fala para os nossos pacientes, para que quando eles sássem daqui eles pudessem procurar esse grupo de Narcóticos Anônimos ou Alcoólicos Anônimos que seja, pra quando os pacientes sássem daqui sabendo onde tem AA, se o município tem e se tem NA.

Segundo Cardoso (2006), os Alcoólicos Anônimos<sup>77</sup> (AA) reformularam a concepção de doença alcoólica, dando-lhe uma conotação moral, e inauguraram uma terapêutica baseada em uma moral religiosa. A terapêutica abordada por esse grupo acaba por reproduzir um discurso moral e de ajustamento do sujeito. Contudo, já foi salientada a ineficácia de tais terapêuticas, como o tratamento moral (VASCONCELOS, 2008a; 2016; QUEIROZ, 2001) e a disciplina exercida sobre os corpos (FOUCAULT, 1987; DESVIAT, 2015), discutidas no primeiro e no segundo capítulo. Sabe-se que as contações morais que permeiam o imaginário social acabam por causar certo contágio moral, fortalecendo práticas de vigilância e de disciplina e, nesse meio, as Instituições e os Serviços reproduzem essa mesma lógica no cotidiano de trabalho, conforme corroboram os dados da entrevista desta pesquisa. O fato de o próprio Serviço (CAPSad III) fornecer espaço para que os grupos de autoajuda propaguem tal

---

<sup>77</sup> O programa Alcoólicos Anônimos (AA) foi fundado por Robert Smith Holbrook e William Griffith Wilson, (conhecido como Bill W.), tem suas bases no Grupo de Oxford, movimento religioso popular no início do século XX na Europa e nos Estados Unidos (CARDOSO, 2006).

moralidade sugere certa ausência de crítica diante das questões morais e não científicas imbricadas nesse modo de trabalho do AA e do NA. São vários os dispositivos contidos na sociedade que utilizam mecanismos de vigilância que possibilitam controlar todo o campo social (FOUCAULT, 1987). AA/NA são exemplos desses dispositivos. Na utilização da disciplina, a intenção social é fabricar “[...] indivíduos submissos, e constitui-se sobre eles um saber em que se pode confiar. Duplo efeito dessa técnica disciplinar que é exercida sobre os corpos: uma ‘alma’ a conhecer e uma sujeição a manter” (FOUCAULT, 1987, p. 244). O CAPSad III precisa refletir sobre tais condutas que utilizam meios de sujeição em vez de facilitar meios de emancipação que estão mais de acordo com o ideário da Reforma Psiquiátrica.

Na tentativa de estimular o desenvolvimento de ações inclusivas, conforme dados da entrevista, a Gestão busca adquirir materiais, equipamentos e recursos necessários para que o Serviço desenvolva ações inclusivas. Foi referida a aquisição de recursos materiais necessários para os profissionais materializarem o trabalho de inclusão social:

Olha [...] o que eu procuro sempre é incentivar e estimular eles que façam e o que eles precisam pra estar desenvolvendo os profissionais eu sempre busco adquirir.

Mas, eu sempre procuro disponibilizar tudo o que eles precisam de material inclusive nós não tínhamos notebook compramos o notebook agora e a webcan também. Então, tudo o que precisa de livreria e de papelaria eu procuro fazer com que tenham acesso, claro que tudo dentro do processo licitatório [...].

Inclusive o carro que a gente não tinha ano passado e atrasado a gente comprou a Van pra levar eles nos eventos e nos passeios, porque um carro pequeno é pouco né, nos só tínhamos o Voyage, então com a van ajudou muito, quando precisa querem sair, ir num ginásio, alguma coisa, mas agora até o transporte a gente conseguiu tudo direitinho, né?

É notório, nesses relatos, que a Gestão do CAPSad III focou apenas a aquisição de bens materiais para que os profissionais possam desenvolver ações e intervenções que norteiam o trabalho. No entanto, não foram mencionadas capacitações, formações continuadas e cursos de aperfeiçoamento profissional, ou seja, práticas de educação continuada e, ou, permanente em saúde<sup>78</sup>, como descrito no Capítulo 2. Essas práticas a Gestão também poderia promover para potencializar e estimular os profissionais na construção e criação de estratégias e ações que visam à inclusão social e que estejam norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e do paradigma psicossocial. A educação em saúde tem por finalidade a transformação das práticas

---

<sup>78</sup> Mediante a discussão sobre o cotidiano de trabalho, a educação permanente em saúde possibilita pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS, em que seu foco são os processos de trabalho, seu alvo são as equipes e seu locus de produção é a coletividade (BRASIL, 2009).

profissionais e da própria organização do cotidiano de trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2009). Devem ser potencializados os processos de formação e capacitação de profissionais e de trabalhadores de saúde, com amplos investimentos político e operacional para a mudança de conceitos dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Outra atividade descrita como inclusiva pela entrevistada é que o Serviço possibilita a inclusão e acesso dos usuários a outros atendimentos de saúde que se fizerem necessários:

Inclusive [...] quando eles (usuários) estão acolhidos noturno aqui (CAPSad III), o que a gente procura ofertar também é identificado que eles, por exemplo: se queixam que não enxergam direito, ou que tem uma dor [...] ou que precisa de um dentista[...]. Então, eles precisam as vezes de ressonância, tomo, aí ele não precisa fazer toda aquela parte burocrática de ir pro município, pegar encaminhamento, agendar e isso aí é oneroso, leva um certo período. Então, quando eles estão aqui, a gente sempre procura agilizar isso, nós temos as portas abertas pra isso. Aí depois deles darem alta, se precisa de algum tratamento já pro município também isso, então não deixa de ser uma forma de incluir também.

Porque as vezes não tem tempo de ir, não tem quem vá com eles (usuários) e se tá aqui (CAPSad III) a gente já aproveita pegar tudo isso pra tentar resolver. E tudo já, até reumato, ortopedista, todas as especialidades que nós temos disponíveis se precisar usar e, levamos o paciente, inclusive a enfermagem vai e acompanha o paciente até o exame e aguarda, volta, se precisa retornar, retorna e, é o nosso motorista que leva e fica esperando, pra não ter que ligar pra município tem que fazer isso porque as vezes é meio distante, então a gente vai e faz. E aí lá na frente vai orientação do que o município tem que continuar, se foi diagnosticada alguma coisa.

Verificam-se nessas falas que, em decorrência do distanciamento do CAPSad III em relação os municípios consorciados, esse Serviço centraliza o cuidado integral no usuário, não se articulando com os recursos e as possibilidades de cuidado que existem no seu território. Além disso, mais uma vez, a atenção voltada aos processos de adoecimento e ao modelo biomédico são práticas que possibilitam a autonomia e emancipação do usuário. Não se pode esquecer de que os CAPSs devem desenvolver laços com os vários recursos na comunidade, ou seja, alianças que possam constituir como estratégias de atenção (AMARANTE, 2007). Esse autor destaca a atenção básica como uma das áreas mais promissoras, visto que a Estratégia Saúde Família (ESF) se direciona à família com a intenção de reverter o modelo assistencial e biomédico centrado na doença, permitindo ações de promoção em saúde mental.

### **3.9.3 A falta de recursos no território e a ausência de orientações para o desenvolvimento das ações de inclusão social dificultam o trabalho do CAPSad III Regional**

A falta de recursos e a ausência de orientações para o desenvolvimento das ações inclusivas foram relatadas pela entrevistada como dificuldades enfrentadas pelo CAPSad III no território. Dessa forma, tal contestação se deu com o levantamento dos seguintes núcleos de sentido: articulação com as políticas públicas no território; maior articulação, contato e suporte são obtidos pela política de saúde; poucos recursos no território em relação a lazer e cultura; número reduzido de profissionais e carga horária diminuída para a saúde mental nos municípios; não há fontes, materiais e ferramentas específicas utilizados para o planejamento de ações inclusivas; e falta de orientações aos profissionais dos municípios de como desenvolver o trabalho com os recursos que possuem no território.

Na perspectiva da gestora existe articulação do Serviço CAPSad III com as políticas públicas no território e se possui recursos, principalmente no que diz respeito à saúde.

Tem bastante [...] desde a questão de recursos que não deixa de ser, que a gente tem em C. e dos municípios, aqui em A. (no município sede) [...] que é a nossa sede quando a gente precisa de alguma coisa da educação, da saúde, desde um transporte pro paciente a gente tem essa abertura, as vezes até de empréstimo de medicamentos. Então, o que se percebe é que o que o município tem e pode estar nos auxiliando e ajudando eles sabem eles têm passe livre pra nós.

Viu a primeira coisa que tem é os CRAS dos municípios; os CAPSs, as Unidades Básicas de Saúde que tudo começa por ali é a porta de entrada né, então é esse apoio que tem que ter com psicólogo e assistente social que geralmente são pessoas que são mais vulneráveis e que por mais que tenham família e residência, mas os recursos seriam mais a questão profissional e dos municípios os setores e recursos que o município tem e oferta, principalmente, saúde, assistência social e educação.

Mais uma vez é viável recordar a Portaria nº 336/2002, que assinala a rede de cuidados como característica do CAPS: “a- responsabilizar-se, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (BRASIL, 2002, p. 2). É perceptível a tímida articulação intersetorial do Serviço em estudo com as demais políticas sociais do território: educação e assistência social; porém, não foi mencionada a intersetorialidade com as demais Secretarias (de esporte, lazer, cultura etc.).

A Reforma Psiquiátrica não tratou apenas da criação e construção de novos Serviços: “[...] mas da organização de um complexo sistema de saúde que implicou na tessitura de uma rede intersetorial ativando e provocando outras secretarias e outras instituições, em um projeto de transformação social” (YASUI, 2006, p. 42). Não é notado na entrevista esse trabalho de provocação e busca de articulação com outras Secretarias e Instituições por parte da Gestão do CAPSad III Regional.

No relatório final da IV Conferência de Saúde Mental reafirma-se o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Melhor dizendo:

Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes etc. (BRASIL, 2010, p. 9).

A articulação entre o CAPSad III Regional com a Rede de Atenção Psicossocial dos 27 municípios consorciados é explicada nesta fala:

Das duas formas, entre os setores e entre as equipes. Pra exemplificar assim não sei dizer. Intersetorial seria de nós com os municípios que não deixa de ser e os municípios lá com o que eles têm. Interdisciplinar também porque a gente trabalha tudo é um elo né [...] orientar os profissionais e os setores não só na área de saúde mental, mas a atenção primária, a educação, todos os setores não sei se é isso [...].

Na narrativa da gestora do CAPSad III, a articulação com os municípios consorciados ocorre de duas formas: intersetorial e interdisciplinar. No entanto, observa-se que essa intersetorialidade acontece com maior aproximação entre o CAPSad III, a política e os Serviços de Saúde, conforme revela o relato a seguir:

Eu percebo mais o auxílio da política de saúde, o que eu percebo. A assistente social também porque geralmente eles estão naquele NASF que se diz ou no CRAS às vezes, mas é mais na política de saúde mesmo. Uma que é a política que nós temos mais contato, depois lá no lócus se eles intersetorializam aí não sei, mas geralmente é mais nesse sentido sim da questão saúde que estão mais envolvidos.

A gestora justifica que essa articulação do Serviço CAPSad III Regional se dá de modo mais frequente com a política de saúde, por ser a política com a qual o Serviço mantém maior proximidade e contato. A partir dessa articulação com as ESFs dos municípios, o CAPSad III transfere a responsabilização diante da intersetorialização das ações a serem desenvolvidas de acordo com os serviços e recursos disponíveis no território de cada município consorciado. Nota-se que o CAPSad III não intersetorializa suas ações com os recursos disponíveis dos municípios consorciados; ele apenas propõe às equipes municipais essas ações e as deixa a critério delas desenvolverem, não tendo a certeza de que irão de fato se concretizarem. No entanto, a IV Conferência de Saúde Mental no item relativo às políticas sociais e à gestão intersetorial traz alguns princípios e diretrizes gerais a serem seguidos pelos Serviços, independentemente do nível de atenção que ocupa:

176. O conjunto das proposições afirma a necessidade de assegurar a definição e implementação, nas três esferas de governo e do Distrito Federal, de políticas públicas intersetoriais e inclusivas para atendimento aos usuários de saúde mental, às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, à população de rua e às vítimas de violência, articulando e integrando as ações dos Poderes Públicos e da Sociedade Civil Organizada nos âmbitos da saúde, educação, assistência social, cultura, habitação, trabalho, agricultura, desenvolvimento social, esporte, lazer e turismo. Estas políticas devem garantir a prevenção, promoção e reabilitação psicossocial, pautadas nos princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Política Nacional de Direitos Humanos, Reforma Psiquiátrica e demais Políticas Intersetoriais. Devem ser políticas que estimulem a construção de redes intersetoriais e interdisciplinares para grupos vulneráveis, que respondam às necessidades e respeitem às singularidades das pessoas em sofrimento psíquico, assim como garantam a inserção social através da criação de mecanismos de autogestão (BRASIL, 2010, p. 45).

Recorda-se que o CAPS, ao estar inserido no território, deve constituir um território, não ser um território à parte (SANTOS; NUNES, 2011). Assim, tornou-se necessária a construção de uma rede de assistência baseada em dispositivos estratégicos extra-hospitalares, que considera a integralidade do sujeito e devem atuar em rede (SILVA; PINHO, 2015) e em articulação com outros setores sociais, objetivando a reabilitação psicossocial e a inclusão social dos seus usuários que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Por isso, cabe à gestão do CAPSad III Regional, juntamente com os coordenadores municipais de saúde mental, organizar essa rede de atenção à saúde mental e não apenas orientar os municípios. É necessário estar atuante no território para provocar parcerias com as políticas sociais, a sociedade civil, as instituições e as Organizações Não Governamentais (ONGs); etc.

A gestão pontua a existência de poucos recursos no território em relação a lazer e cultura, contudo informa que, dentro das possibilidades de cada território dos municípios, se busca fazer alguma ação que envolva os usuários, embora não sejam específicos de lazer e cultura:

Sim, também (falta de recursos junto à comunidade) [...] se eu quero fazer uma campanha de juntar todos os setores eu preciso de recursos tanto financeiros, quanto físico e é bem escasso também [...].

Então, tem dentro da realidade deles e de cada município, não se oferta muita coisa, mas eles procuram dentro do território fazer alguma coisa. Mas, não se tem tantos locais de acesso.

Muito pouco (no que se refere a recursos no território, em relação a lazer e cultura) [...].

Mas, não tem muito (recursos no território, em relação a lazer e cultura) [...] tem municípios que todo o ano fazem encontro de saúde mental, eles fazem quando tem

aquelas feiras dos municípios e daí sempre vem convites pra nós, os nossos usuários que estão no município também são convidados sabe [...].

Então, agora que você falou em centro de convivência, não tem [...].

Para Yasui (2006), o desafio da rede de cuidados está em negociar, articular e estabelecer alianças capazes de produzir e criar soluções e respostas aos problemas complexos que se apresentam, buscando superar a fragmentação dos conhecimentos e a separação das ações. É preciso construir parcerias no território para que se possam unir forças diante dessas vulnerabilidades, do lazer e da cultura pontuadas pela Gestão do CAPSad III. Articular ações integradas junto às Secretarias dos municípios já é um começo para desmistificar o trabalho do CAPSad III e desenvolver alianças.

Outra problemática relatada pela coordenadora do CAPSad III se refere ao número reduzido de profissionais e à pequena carga horária para a saúde mental nos municípios consorciados:

Muito pouco, e profissionais [...] a gente percebe que a maioria, a maioria não, todo mundo tem um psicólogo, por exemplo, mas os profissionais sobrecarregados, eles reclamam que eles não conseguem da conta da saúde mental porque eles trabalham também no NASF, no CRAS, não sei aonde, então o tempo reduzido no quadro pra saúde mental, então acaba ficando de lado.

Só que em todos os matriciamentos que a gente fez, sempre a reclamação que era pouco profissional.

[...] e por falta de profissional, e às vezes os profissionais que tem não tem vontade que é verdade.

A gente percebe bastante nesse sentido que os municípios têm dificuldade, que quando os profissionais estão disponíveis e ofertam o atendimento é diferente também, por que eles vão atrás de buscar recursos, de buscar algumas coisas e lazer pro município.

Percebe-se, por meio do relato da coordenadora do CAPSad III, que os municípios que possuem a equipe exclusiva para o trabalho na saúde mental apresentam maior iniciativa em articular os recursos que possui no território. Porém, existe uma série de obstáculos para se realizar o trabalho de articulação da Rede de Serviços. Alguns deles foram observados por Bezerra e Dimenstein (2008): “a inexistência de uma rede de atenção básica eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes e o número insuficiente de profissionais”. Como resultado, há demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos Serviços e presença do encaminhamento para outros Serviços como forma de atenção.

Na entrevista realizada com a coordenadora não foram identificadas e nem relatadas fontes teóricas, materiais e ferramentas específicas que orientassem o planejamento de ações inclusivas desenvolvidas pelo Serviço. De acordo com os relatos, é no cotidiano de trabalho que se levantam as demandas e necessidades a serem trabalhadas pelos profissionais:

Que eu me lembre não [...]. Aqui se oportuniza o que se tem, mas específico assim mesmo, tem psicólogo e pedagoga, porque sempre se trabalha isso, mas na verdade sempre se trabalha isso, mas a gente não sabe que ferramenta que se tá utilizando e não se tem no papel. E não tenho nem POP relacionado a isso aqui, vou te falar a verdade. Vai se trabalhando conforme as necessidades e vai se buscando.

[...] é no dia a dia, conforme a necessidade que se vai vendo e trabalhando isso. A gente vai vendo a necessidade de se trabalhar com grupo a parte, com alfabetização as vezes, nós tínhamos a um tempo atrás três pacientes não sabiam escrever. Então, conforme que vem surgindo nós vamos nos adaptando, mas nada baseado em algo assim oficial ou técnico, não tem assim nenhum POP em relação a isso.

Então, as ferramentas é o que temos é o trabalho do dia a dia.

Então, é dessa forma, a gente tentar prover a unidade dos recursos necessários pra fazer um bom trabalho, não sei se estamos no caminho certo não sei, mas é a forma que a gente achou. Porque orientações tem que fazer isso e aquilo, a gente não tem, então, a gente vai conforme a necessidade e com os profissionais que a gente tem e com os recursos que se tem [...].

A ausência de orientações técnicas, materiais e ferramentas que orientem o trabalho a ser desenvolvido pelo CAPSad III a respeito da reabilitação psicossocial, inclusão social e práticas territoriais motiva ainda mais o Serviço em busca de apoio e suporte de grupos de ajuda mútua, conforme descrito anteriormente. Dessa forma, a educação permanente em saúde se faz necessária, uma vez que corresponde a uma estratégia para refletir sobre o trabalho político-pedagógico que favorece aos trabalhadores, num processo de ensino-aprendizagem dentro do seu cotidiano laboral (ALMEIDA *et al.*, 2016). É a partir dessa estratégia que é possível materializar, na prática, os princípios que norteiam a atenção psicossocial, criando e reinventando “fazeres” que se voltem para o cotidiano de trabalho do CAPS e evitando que se fomentem práticas voltadas ao “espontaneísmo” e o saber leigo, ou pouco técnico, como já foi alertado por Radke e Ceccim (2018).

Novamente a Gestão do Serviço estudado pontua a falta de orientações aos profissionais dos municípios consorciados de como desenvolver o trabalho com os recursos que possuem no território:

[...] é tanta coisa assim que é falta de orientação, porque as vezes se deixa de fazer por falta de orientação.



A gente incomoda bastante. Mas é pelo bem, como nós também não temos muitas orientações também, do Estado não vem muita coisa nos orientando, nem material, muito pouco material sobre saúde mental pra gente poder fazer algo diferente, não na questão financeira, na questão financeira vem recurso. Mas, os municípios também precisam, então a gente acaba ligando e cobrando alguma coisa dentro do que eles possam estar fazendo.

Mais uma vez se nota que é fundamental o apoio matricial desenvolvido pelo CAPSad III para amenizar tais dificuldades que os profissionais da atenção básica possuem em relação a desenvolver práticas voltadas à saúde mental e à dependência química no território, como os recursos que possuem, assim como estimular e potencializar o Serviço a construir parcerias e alianças necessárias para a promoção de ações reabilitadoras e inclusivas. Do mesmo modo que se mostra indispensável que o Serviço estudado desenvolva práticas territoriais com os usuários, que ele desenvolva também estudos voltados para a educação permanente em saúde.

#### **3.9.4 Reabilitação psicossocial compreendida como um elo entre CAPSad III, município e família**

Na entrevista realizada com a gestora do CAPSad III, entende-se que a reabilitação psicossocial ocorre a partir de um elo entre o Serviço, o município e a família. Nesta categoria, foram identificados cinco núcleos de sentido: a compreensão da Gestão sobre a reabilitação psicossocial como um processo que envolve a aceitação, a inclusão, a autonomia e a equidade; a reabilitação psicossocial, que é um processo de vários atores; os princípios em que o CAPSad III se embasa para o desenvolvimento de práticas reabilitadoras, que são a valorização da vida, a família, a espiritualidade, a dignidade e a aceitação; as práticas reabilitadoras, que são desenvolvidas pela equipe do CAPSad III nas oficinas e grupos terapêuticos; e a disciplina, que é o método utilizado na reabilitação dos usuários.

Ressalta Saraceno (2016) que a reabilitação psicossocial constitui um processo de reconstrução, de exercício de cidadania e contratualidade nos cenários cotidianos de vida dos usuários dos Serviços de Saúde Mental. Diz respeito também a uma ampliação da autonomia (KINOSHITA, 2016). Pode-se compreender, ainda, como um processo de remoção de barreiras que impedem a integração do indivíduo na comunidade e de barreiras que também impedem o pleno exercício de direitos (BERTOLOTE, 2016). A compreensão da Gestão sobre a reabilitação psicossocial é expressa nestes trechos da entrevista:

Eu acho que é fazer com que eles (usuários) se sintam inseridos num meio [...].

Então, o tratamento aqui conosco seria a questão da reabilitação psicossocial, mas eu entendo assim que é um todo é nós com eles e pra que eles novamente se sintam seres humanos como nós; pra que eles se aceitam como eles são dentro dos problemas que eles têm da questão do vício e que eles possam também ser compreendidos e ser aceitos.

[...] reabilitar é uma tentativa, é se reerguer de novo eu vejo dessa forma. Eu acho que é isso, porque é difícil é re-habilitar é tanta coisa, você já é habilitado aí reabilitar é uma coisa bem complexa, mas eu acredito que envolve um todo e tudo.

E uma equidade também, porque às vezes a gente vê que isso não existe, tem tratos diferentes para os diferentes, mas gente tenta aqui dentro dos nossos recursos e do que a gente tem entendimento fazer com que aja isso [...].

É difícil, mas alguns conseguem, se não é num âmbito é no outro, as vezes é no âmbito familiar, ou no trabalho, mas sempre alguma questão a gente consegue, até mesmo no sentido da autonomia.

Na compreensão da coordenadora, a reabilitação envolve a aceitação, a inclusão, o desenvolvimento de autonomia e a equidade. E para que esse processo ocorra são envolvidos vários atores, conforme é expresso nesta fala:

[...] porque o processo aqui dentro (CAPSad III) é uma reabilitação, mas sozinhos não conseguimos, de depende de nós (CAPSad III), dos municípios e o que tem no território, é um processo de vários atores envolvidos.

Ressaltam Valentini e Vicenti (2016) que a reabilitação psicossocial também faz parte da passagem da negação de direitos para o reconhecimento do dependente químico enquanto sujeito de direitos e é acompanhada de inúmeras transformações que atingem as representações sociais, a ponto de que deve estar engajada nos recursos do contexto social e do território. Lembra Saraceno (2016) que a reabilitação psicossocial engloba todos os atores do processo saúde-doença, desde os profissionais, os usuários e as famílias até a comunidade inteira. Por isso, não se pode pensar e promover a inclusão social separada da reabilitação psicossocial e do trabalho no território.

A partir da narrativa da gestora do Serviço estudado, foram relatados alguns princípios em que o CAPSad III se embasa para o desenvolvimento de práticas reabilitadoras junto aos usuários. Entre esses princípios, foram citados: a valorização da vida, a família, a espiritualidade, a dignidade e a aceitação da dependência química:

Princípio principalmente da valorização da vida, valorização da vida, família, espiritualidade muitos deles se agarram nisso também para poder superar. É seria mais ou menos baseados nesses princípios que a gente trabalha mais. Na vida lá fora,

família e espiritualidade, mais baseado na valorização deles além deles se entender se valorizar da forma como eles são e tentar melhorar.

[...] então a valorização é bastante trabalhada aqui, a questão da valorização da vida, do ser humanos, dos valores que se perdem no caminho por várias questões e acontecimentos.

Mas, tem sim principalmente a valorização da vida, porque se já está aqui dentro que eu posso, eu consigo e eu sou igual a você, que eu tenho uma doença que está sendo tratada fica melhor a aceitação.

Sim, até pela questão da valorização da vida, nesse sentido de valorizar o ser humano, da dignidade, a espiritualidade faz muito disso.

Observa-se que nesses relatos não foram mencionados princípios de emancipação, autonomia, inclusão social e protagonismo do sujeito diante de seus direitos e socialização. A gestora também não cita os três cenários importantes a se elaborar e planejar ações de reabilitação psicossocial, já descrito anteriormente: “[...] *habitat*, rede social e trabalho como valor social” (SARACENO, 2016, p. 22).

O desenvolvimento de fato das atividades de forma articulada e a dinâmica que elas tomam dentro do Serviço refletem na vida dos usuários, reapropriando-os de sua identidade e possibilitando-lhes a participação e as trocas sociais para fora do CAPS; estas são as possíveis vias para a reabilitação (CARDOSO, 2017). Engloba tanto o planejamento quanto a execução das ações reabilitadoras em articulação com o território. Entretanto, o que se nota na realidade do Serviço estudado é que as práticas territoriais não ocorrem dessa forma, e as práticas reabilitadoras, na sua grande maioria, acontecem no Serviço e são centralizadas em prol do usuário.

As práticas reabilitadoras desenvolvidas pela equipe do CAPSad III nas oficinas e grupos terapêuticos citados pela coordenadora referem-se: a oficinas terapêuticas de organização da vida diária; à prevenção à recaída; à autoestima e à espiritualidade; à alimentação; à higiene; e à atividade física:

Olha tem bastante coisa da organização da vida diária, desde a questão de hábitos de higiene; a questão da autoestima trabalha bastante; questão da espiritualidade; da família como eu falei trabalha assim, é agora em função do COVID é mais por telefone mais a pedagoga e o psicólogo, então é assim um conjunto, dependendo o grupo se trabalha alguma coisa diferente quando se identifica alguma coisa mais.

Então, depende o grupo se prioriza o que vai trabalhar sabe pra você conseguir atingir alguma coisa lá na frente, mas basicamente é isso que se trabalha sempre. A prevenção de recaída que é importante; a história toda, da causa; do lócus é geralmente isso daí que trabalha e depois se especifica dependendo de cada grupo tem [...].

Oficinas de espiritualidade e de organização da vida diária; prevenção à recaída; autoestima, a questão da família que é bastante trabalhada. A questão de orientações desde a questão da alimentação, de tudo.

É válido ressaltar que a Portaria nº 130/2012, que destaca algumas práticas relativas à reabilitação psicossocial:

[...] Art. 6º A atenção integral ao usuário no CAPS AD III inclui as seguintes atividades: [...] VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros; IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras (BRASIL, 2012, p. 3).

Entende-se que cada CAPS, de acordo com a realidade e as demandas que possui planeja e executa suas ações, precisa considerar as orientações que as Portarias trazem de base para a organização e funcionamento das ações. As falas da gestora referentes às atividades de reabilitação desenvolvidas pelo CAPSad III, embora sejam diferentes das assinaladas na Portaria, estariam de acordo com as orientações para o trabalho a ser desenvolvido (organização da vida diária, prevenção à recaída, autoestima, alimentação, higiene e atividade física), porém a questão da espiritualidade envolve questão moral e de senso comum, fugindo de uma metodologia mais técnica e científica.

Nota-se que é estabelecida uma relação entre a questão espiritual e a dependência química no Serviço estudado. Explica Cardoso (2006) que essa associação à espiritualidade se estabeleceu desde o nascimento do Programa Alcoólicos Anônimos (AA), em 1935, uma vez que o cofundador Bill Wilson, alcoolista, relatou ter deixado o consumo de álcool posteriormente a uma repentina experiência espiritual. Em decorrência disso, por considerar o alcoolismo doença incurável e progressiva, busca-se, muitas vezes, um remédio espiritual (CARDOSO, 2006). Propaga-se essa moral religiosa até no imaginário social dos próprios profissionais de saúde mental.

Outro método utilizado nas ações e intervenções de reabilitação psicossocial desenvolvidas pelo CAPSad III é a disciplina:

A questão de orientações desde a questão da alimentação, de tudo. Que até hoje de manhã estava ali e tinha um rapaz que tem problemas devido ao uso de drogas, ele disse que a comida é muito pouca pra ele; mas são seis refeições por dia, aí eu expliquei pra ele que aqui não um spa de engorda, aqui funciona como uma clínica, como um hospital, vocês não podem comer demais em uma refeição e fica muito tempo sem comer; tem o café, tem o lanche da manhã, o almoço, o lanche da tarde, a janta e a ceia. São seis refeições por dia é mais que o suficiente. Mas, aqui (CAPSad III) é assim, que nem no hospital vem aquela quantidade de comida e não vem mais, porque a gente tá lá e isso também faz parte do tratamento.

Porque eles (usuários) pensam que estando aqui tem que ser do jeito deles, esses dias um pediu pra fazer um lanche fora, eu disse isso não pode [...].

[...] aqui (CAPSad III) é tudo por horário as oficinas, também isso vai pra casa, porque se tiverem um trabalho tem que ter horário pra tudo, pra almoço etc.; a gente procura trabalhar essas coisas mais simples que são coisas do dia a dia para que isso possa ser inserido lá e que eles consigam viver uma vida normal como cada um de nós, dentro da normalidade entre aspas porque não tem normal mais, mas ao menos aquilo que a sociedade espera para que se tenha uma inserção tanto no trabalho como no social.

[...] quando tem que ir para alguma atividade, que exista não uma punição, mas uma certa responsabilidade de ir como em um trabalho, que tem horário, que ele tem que ir, porque senão ninguém vai contratar alguém assim. A gente começa aqui (CAPSad III) para depois isso se estender lá e que leve pra vida deles (usuários) e isso é uma corrente que a gente procura fazer com que tenham responsabilidade, que eles (usuários) tenham pontualidade e assiduidade que isso é para vida deles também, porque eles muitos deles estavam sem limites, aí a gente começa por aí [...].

[...] E manter um tratamento humanizado, claro dentro da disciplina e das normas.

No discurso da gestora do CAPSad III, o Serviço, em sua organização e práticas cotidianas, possui resquícios do hospital psiquiátrico, como buscar regular, disciplinar e ajustar os usuários a uma “normalidade” que se configura aquilo que a sociedade espera para que se possa incluir no trabalho e na vida social, com predominância nas intervenções individuais, emergenciais e regulatórias. A coordenadora enfatiza que o Serviço desenvolve um tratamento humanizado dentro das normas e da disciplina, entretanto desconsidera as singularidades dos sujeitos ao disciplinar o dependente químico, tido como o “desregrado” ou “o fora das normas”. Como visto anteriormente, os preconceitos diante do dependente químico perduram ao longo dos anos e estão enraizados no imaginário social, assim como estão presentes na concepção dos profissionais e dos gestores, o que se reflete no cotidiano de trabalho, influenciando ações, condutas, práticas e a organização e funcionamento do Serviço.

Deve-se ressaltar que o território não deixa de ser um conjunto de relações e interações entre os atores envolvidos em combinações espaço-territoriais, o que se reflete em um processo de relações de poder (HAESBAERT, 2006; SAQUET, 2007). São essas relações de poder que ocorrem entre os atores no espaço e no território que remetem a relações de dominação e submissão e de controle e regulação. Conforme Furtado *et al.* (2016, p. 10), “Para aqueles que tentam se inserir socialmente é imenso o risco de sujeição a valores e comportamentos hegemônicos”. As instituições e as políticas públicas podem exercer essa dominação no sujeito, regulando, controlando e disciplinando.

Alertam Furtado *et al.* (2016) que, no campo da Saúde Mental brasileira, tem prevalecido a noção funcional de território, que omite relações de poder e apropriações

simbólicas, aumentando a tendência de a inclusão de pessoas com sofrimento mental se dar na sua sujeição ao território dado, em vez de favorecer transformações socioespaciais para o convívio com as diferenças.

Assim, mais uma vez, a Reforma Psiquiátrica deve ser fortalecida com a dimensão sociocultural (YASUI, 2006; AMARANTE, 2007). Principalmente nesse caso, a desconstrução do imaginário social sobre os dependentes químicos é premente, pois, direta ou indiretamente, sua cristalização no cotidiano dos Serviços induz a práticas de cuidado voltadas mais para a disciplina e a moral do que a emancipação e a autonomia. Por isso, é relevante que se construam momentos de capacitação e reflexão junto aos trabalhadores a respeito de saúde mental/álcool e drogas, buscando produzir uma transformação desse imaginário, apesar de ser um grande desafio até nos dias atuais (YASUI, 2006).

### **3.9.5 Ações e intervenções de inclusão social ocorrem distantes dos territórios**

Com base na entrevista, foi levantada a última categoria discutida no eixo temático 2, a qual se refere ao fato de as ações e as intervenções inclusivas ocorrerem distantes dos territórios. Observa-se que o CAPSad III é advindo do consórcio intermunicipal e, desse modo, deve disponibilizar atendimentos aos 27 municípios consorciados, não conseguindo, diante dessa realidade, desenvolver práticas territoriais em todos os locais em que deve atuar, considerando a diversidade e singularidade de cada contexto e realidade. Nessa categoria foram identificados dois núcleos de sentido: o CAPSad III Regional está distante da “Vida lá Fora”, e ações inclusivas são desenvolvidas no CAPSad III Regional e sugeridas a serem replicadas no território dos 27 municípios.

Desse modo, o primeiro núcleo de sentido traz a relação do Serviço CAPSad III com a lógica territorial e as práticas reabilitadoras desenvolvidas a partir dessa relação. Em vários momentos da entrevista, denota-se a compreensão de que o CAPSad III não está em articulação com o território e com a vida do sujeito incluso nesse meio, como se estivessem distantes um do outro. As falas a seguir expressam esse distanciamento:

Na vida lá fora (CAPSad III), família e espiritualidade, mais baseado na valorização deles além deles se entender se valorizar da forma como eles (usuários) são e tentar melhorar.

Claro que ninguém vai ficar acolhido noturno e vai e mora lá numa casinha, num bairro que seja onde morar e quando voltar ele vai ter que voltar pra lá, ele (usuário) não vai se mudar de local, a maioria acontece isso, então, eles tem que aprender a trabalhar esse contexto social pra que eles possam enfrentar a realidade lá fora (território) e a gente tá aqui (CAPSad III) para auxiliá-los nesse sentido.

Isso, é isso, mais nesse sentido, enquanto ele está aqui (CAPSad III) e depois, como ele vai se organizar lá fora (território) independentemente de estar ambulatorial ou acolhido aqui (CAPSad III) ainda.

É ambientado aqui (CAPSad III) como eles vão proceder lá fora (território), é trabalhado esta questão de como eles vão ter que enfrentar, então, tem condutas diferentes sim, tanto para a família quanto pro usuário trabalhando juntos e o município também fazendo a parte dele enquanto CRAS e enquanto coordenador de saúde mental.

Mas, se trabalha essas práticas para lá fora (território) eles (usuários) poderem estar enfrentando, que é bem diferente estar aqui fechado sem, é fechado entre aspas por é portas abertas, mas está aqui (CAPSad III) dentro e é um mundo totalmente diferente do que o mundo lá fora (território), as vezes tem o medo do enfrentamento, que as vezes é até importante esse medo porque gera uma responsabilidade, então se trabalha isso bastante.

Conforme observado nas falas, são desenvolvidas estratégias de enfrentamento junto aos usuários nas atividades do CAPSad III, objetivando a reabilitação. Contudo, percebe-se o Serviço trabalhando distante do território, ambientando e centralizando essas ações dirigidas aos 27 municípios assistidos pela regional em seu próprio espaço, institucionalizando-as. Isso fica evidenciado nas falas da coordenadora, já que as práticas territoriais não foram mencionadas. Cabe retomar que, ao trabalhar na contramão da lógica territorial proposta pela Política de Atenção em Saúde Mental, se incorre em práticas de caráter médico-curativo ambulatorial, psicologizante e excludente, voltadas apenas para o sujeito. Melhor explicando, em práticas que buscam transformar e obter mudanças apenas no indivíduo e não em práticas articuladas na intersectorialidade, operacionalizadas no território com base na abordagem psicossocial, as quais poderiam mobilizar transformações na sociedade.

Considera-se que o trabalho no território é um pressuposto para a consolidação da mudança de paradigma na atenção à saúde mental, visto que desloca as intervenções do espaço institucional para o cuidado do indivíduo na comunidade. Para Silva e Pinho (2015), as intervenções territoriais podem possibilitar a criação de alternativas de cuidado, atuar nos lugares onde as pessoas vivem e se relacionam e mostram suas singularidades, diversidades e realidades, são concepções essenciais para o cuidado no campo psicossocial.

Nessa perspectiva, a territorialidade deve estar na centralidade das concepções e das práticas do Serviço; caso contrário, corre-se o risco de reprodução da lógica hospitalar, trabalhando apenas na instituição e na sua estrutura, desconsiderando o seu entorno e as possibilidades de criar e construir espaços de autonomia e emancipação. A análise territorial, descrita no segundo capítulo, fornece subsídios para identificar vulnerabilidades, selecionar

problemas prioritários para as intervenções, assinalando estratégias que melhor respondam ao enfrentamento (CAMPOS, 2011). O diagnóstico do território permite que posteriormente a essa identificação das problemáticas aconteça a territorialização para buscar as soluções correspondentes no próprio contexto do território (COLUSSI; PERREIRA, 2016), utilizando os recursos disponíveis e adequando as ações aos modos de vida do usuário e de seus familiares.

Conforme colocado anteriormente com dados da entrevista, o CAPSad III é regional e atende 27 municípios consorciados. As ações de inclusão, em sua grande maioria, são realizadas no Serviço, bem como em alguns eventos, encontros e passeios no entorno da instituição. Assim, devido ao distanciamento e por se tratar de vários municípios, o CAPSad III não consegue atuar e desenvolver diretamente ações em todo o território e dos “territórios” que o Serviço abrange. Assim, levanta-se o segundo núcleo de sentido desta categoria, que se refere à questão de que as estratégias e as ações inclusivas são desenvolvidas no CAPSad III Regional e sugeridas a serem replicadas no território dos 27 municípios:

[...] é repassado tudo em relatório o que é feito e, é orientado também o município os dias que eles não vêm pro ambulatório que eles façam alguma coisa para estarem promovendo isso e que eles possam estar superando. Então, se trabalha em conjunto nesse sentido, mas assim, depende muito deles (municípios) também, porque as vezes o município acaba não ofertando ou não tem como ofertar, se eles procuram de estar fazendo isso aí acontece, mas são situações e situações.

Mas, o que se promove aqui (CAPSad III) é passado a eles por relatório ou telefone e também se passa para o paciente o que ele pode estar fazendo e tem municípios que não tem e acabam fazendo alguma coisa nesse sentido. Acontece de qualquer forma isso se promove, partindo daqui como referência, com município, família e dentro da família o próprio paciente.

Acontecem aqui (CAPSad III) as estratégias e a gente tenta articular com o território, por que nós sozinhos não conseguimos, então é nós serviço, município, família e paciente. E se todo mundo fizer a sua partezinha a gente alcança lá na frente um objetivo, a gente percebe as ações e do que a gente acha que pode ser desenvolvidas, nada fora do contexto do município e dos profissionais são muitas vezes ações básicas que eles não se tocam que isso pode ajudar.

[...] Mas, a maioria das ações ainda acontecem aqui (CAPSad III) porque também tem profissionais que as vezes trabalham especificamente isso, assistente social etc. [...].

Isso, como o que tem, com a realidade deles (municípios) que se possa trabalhar de acordo com o que eles têm tanto em relação a profissionais como de outros recursos que precise pra ser desenvolvido alguma coisa pra ser trabalhado né a questão da inclusão, por meio de oficinas que tem municípios que tem, horta ou tem outras coisas; pra se ver também a habilidade de cada um.



Nesse sentido, o CAPSad III Regional operando distante dos municípios, no discurso da coordenadora, realiza o compartilhamento de cuidado com os 27 municípios na articulação entre a inclusão social, a reabilitação social e o território:

Além do trabalho que é feito aqui (CAPSad III) é passado aos municípios e também se transferem os cuidados, de alguma forma os cuidados são transferidos pro município. Mas, a gente continua por um longo período fazendo por aqui (CAPSad III), ficou acolhido noturno, por exemplo, vai pro município, já vai com um plano terapêutico de quantos dias vai retornar aqui pra nós.

Mas, assim, também é solicitado ao município que se trabalhe alguma coisa nesse sentido que nos dias que ele não vem pra cá que ele esteja envolvido com alguma atividade, porque às vezes o social dele lá não mudou, aonde ele morava não mudou, então, é trabalhado esses eixos a maioria é aqui, mas com o tempo a gente começa a transferir pro município, porque vai chegar o momento que precisa de uma certa independência.

Nos municípios também, a gente sugere pro município também. O CAPS trabalha e sugere ao município que trabalhe também, por exemplo, quando em que inserir eles em algum programa social, que vem só duas vezes na semana aqui ou uma vez, nos dias que não vem, tentar inserir ele em algo que seja adaptado em cada plano, que insira ele no município que envolva esse paciente com as ações que ocorrem aqui e em conjunto com o município, dentro do que eles podem tá ofertando.

[...] daí geralmente ela sugere aos municípios pelas habilidades deles, desenho pra quem tem habilidade, sugere ao município se tem alguma atividade assim pra inserir.

Mas, os municípios também precisam, então, a gente acaba ligando e cobrando alguma coisa dentro do que eles possam estar fazendo [...].

Notam-se, mais uma vez, a centralidade das ações (extraterritoriais) realizadas no CAPSad III e a forma encontrada pelo Serviço para promover intervenções no território dos usuários, sugerindo aos municípios meios de prover isso a partir dos recursos disponíveis. Contudo, isso nem sempre ocorre, nas palavras da entrevistada, e alguns dos municípios buscam desenvolver o que é sugerido, enquanto outros não, o que, conseqüentemente, prejudica o processo de inclusão do usuário no território.

Conclui-se que muitos dos usuários estão sendo atendidos fora do seu território e de sua realidade, precisando deslocar de sua residência, comunidade, cidade, do seu grupo de pertencimento para serem atendidos. Isso entra em contradição com a lógica de trabalho a ser desenvolvida pelo CAPSad III, que deve ser, primeiramente, um Serviço de base comunitária que se articula com recursos e Serviços disponíveis no território. A inclusão social deve ocorrer dentro do território do usuário, conforme é preconizada pela Reforma Psiquiátrica. Assim, o Serviço estudado que possui sede regional pode estar desconstruindo essa lógica territorial, pois

não opera em consonância com os recursos do próprio território dos usuários, desviando-se das possibilidades de sua inclusão nele.

### 3.10 Interface/Articulação entre Inclusão Social, Reabilitação Psicossocial e Lógica Territorial

O eixo temático 3 tem por objetivo expor a análise sobre os desafios e dificuldades do CAPSad III Regional diante do trabalho no território e da inclusão social dos usuários, assim como do acesso desses usuários provenientes dos 27 municípios e de que maneira as ações são desenvolvidas com essa população, considerando a existência do consórcio intermunicipal e o distanciamento do Serviço dos municípios. Dessa forma, no eixo temático 3 foram levantadas três categorias (Quadro 7).

Quadro 7 – Eixo temático 3

<b>Eixo temático 3 – Interface/Articulação entre Inclusão Social, Reabilitação Psicossocial e Lógica Territorial</b>
<b>Categorias levantadas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O trabalho nos “territórios” visto como não sendo uma obrigatoriedade do CAPSad III Regional</li> <li>2. A divulgação como recurso utilizado pelo CAPSad III Regional para facilitar a inclusão dos usuários e das famílias dos 27 municípios no Serviço</li> <li>3. O distanciamento visto como a maior dificuldade para o desenvolvimento do trabalho do CAPSad III Regional, de acordo com a lógica territorial</li> </ol>

Fonte: Elaboração da autora.

Quadro 8 – Núcleos de sentido, fragmentos das entrevistas e categorias do eixo temático 3

<b>Eixo Temático 3 – Interface/Articulação entre inclusão social, reabilitação psicossocial e lógica territorial</b>		
<b>Núcleos de sentido</b>	<b>Fragmentos das entrevistas</b>	<b>Categorias</b>
A visita domiciliar não considerada como atividade obrigatória do CAPSad III Regional.	<p>“[...] nós (CAPSad III) temos que fazer visita em lócus quando o município não dá retorno, mas não é nossa obrigação ir, nós teríamos que matriciar o município e não ir na casa do paciente, mas a gente acaba fazendo isso. Por que não se tem aquele retorno [...]”</p> <p>“Também, que nós (CAPSad III) não teríamos obrigação de ir. Seria o município pra fazer as visitas, mas como eu te falei lá atrás, nós (CAPSad III)</p>	<b>O trabalho nos “territórios” visto como não sendo uma obrigatoriedade do CAPSad III Regional.</b>

	<p>vamos até pra gente verificar que é difícil que o município omite alguma coisa, mas as vezes ou não vai muito atrás e não se chega até aqui as coisas como deveriam.”</p> <p>“Sempre com agenda, esse ano nós (CAPSad III) não fomos, fomos somente em uma visita domiciliar, matriciamos por telefone, busca ativa também por telefone, a gente fez uma reunião um tempinho atrás, uma live com os municípios, mas por ser um momento atípico (pandemia covid-19) [...]”</p>	<p><b>O trabalho nos “territórios” visto como não sendo uma obrigatoriedade do CAPSad III Regional.</b></p>
<p>Práticas territoriais na produção do cuidado são sugeridas aos municípios realizarem.</p>	<p>“E assim, as ações que eram feitas aqui (CAPSad III) se passavam bem para eles (municípios), mas agora nós irmos nos municípios fazer não, eles que vinham tudo agendadinho e com cronograma certinho e, eles vinham tanto no final do ano, uma adesão bem grande [...]”</p> <p>“[...] E é passado aos municípios por meio de relatório do que foi feito aqui (CAPSad III) e sugestões do que se fazer lá e sempre se colocando à disposição se eles precisam de alguma ajuda pra alguma conduta ou alguma coisa.”</p>	
<p>Usuários e as famílias na perspectiva da gestão conseguem acessar o serviço.</p>	<p>“Tem (se referindo ao acesso dos usuários e famílias) [...]. Então, a gente fez um, o serviço quando inaugurou em 2014 não era eu na época, diz que fizeram um trabalho de divulgação nos municípios, apresento os profissionais e tal. Então, quando eu entrei em 2017, a gente fez todo um trabalho de divulgação chamando os municípios, coordenadores e enfermeiros [...]”</p> <p>“Mas, tem sim, geralmente com a família a gente chamava aqui (CAPSad III) [...]”</p>	<p><b>A divulgação como recurso utilizado pelo CAPSad III Regional para facilitar a inclusão dos usuários e das famílias dos 27 municípios no serviço.</b></p>
<p>Divulgação nos municípios e em meios de comunicação auxilia nesse processo de acesso e inclusão dos usuários e família no serviço.</p>	<p>“[...] até nós tínhamos um programa de rádio aqui na rádio (do município) [...] que aí toda a região escuta, principalmente quando é AM. [...] quando nós vamos nos municípios e geralmente se dá entrevista na rádio e informa, normalmente se tem rádio</p>	

<p>Divulgação nos municípios e em meios de comunicação auxilia nesse processo de acesso e inclusão dos usuários e família no serviço</p>	<p>nesses municípios e informa de como se pode acessar; de que serviço procurar, porque ainda tem gente que desconhece viu, mas se divulgou e aumentou nossa demanda assim expressivamente.”</p> <p>“Então, se é divulgada assim através de nós mesmos, de todos de quando vai ou quando vêm famílias e coordenadores e enfermeiros. Nós fizemos um trabalho bem importante assim de divulgação tanto quando a gente vai nas rádios e quando eles vêm até aqui. E agora a gente não tem mais o programa daqui que eles ligavam e perguntavam, falavam nossa eu escutei no rádio e não sabia que existia esse serviço.”</p> <p>“Porque ainda não é assim um serviço divulgado da forma como deveria, mas aqui nós fizemos uma propaganda bem grande, contanto que aumentou nossa demanda.”</p> <p>“É nas escolas também a gente fez também, a gente tenta assim quanto mais meios a gente tiver, nos conselhos também que geralmente a gente é convidado, nas conferências a gente procura divulgar e isso surtiu efeito e foi bem bacana o trabalho.”</p> <p>“Contanto, que no final do ano, quando eu entrei em 2017 eles me disseram viu L. no final do ano não dá ninguém é casa fazia e realmente não ficou nenhum internado. Em 2018 já ficou e 2019 bombou, natal e ano novo não parou de vir acolhimento nós estávamos com a casa cheia, [...]. E eu acredito que tenha sido em função do trabalho que a gente tem desenvolvido, que nos municípios que a gente ia que tem rádio que na maioria tem às vezes eles chamavam o pessoal da rádio pra gente tá falando do serviço [...].”</p>	<p><b>A divulgação como recurso utilizado pelo CAPSad III Regional para facilitar a inclusão dos usuários e das famílias dos 27 municípios no serviço.</b></p>
<p>A divulgação amenizou o estigma atrelado ao serviço.</p>	<p>“[...] então, isso aí acaba divulgando, porque às vezes as pessoas tem alguém em casa com problema e não sabe quem procurar e nem aonde ir, ou tem vergonha.”</p>	

	<p>“[...] a gente tem tentado divulgar. Tanto que quando nós tínhamos aqui o programa de rádio na rádio Cristal, nós deixávamos o telefone disponível para que eles pudessem ligar, ou se quisesse tirar dúvidas. E o que tinha de gente que ligava que não sabiam se podia vir visitar que tinham parente ou amigo.”</p> <p>“Tem também muitos pacientes que não queriam vir ao serviço que depois que vieram com o assistente social, com psicólogo pra conhecer o serviço, viram como que funciona, viram as instalações e depois que viu como que veio tranquilo pro tratamento. Porque o que tem se tem lá fora ainda que é de louco, que fica amarrado, tem ainda assim que é só na base de injeção, que eles têm medo de agulha a gente sabe e, então, eles têm que entender que uma desintoxicação não é nada grave que tem amarrar na cama, claro que se for uma abstinência, alguma coisa que se precisar conter a gente faz, mas é diferente, então, é esse olhar que se precisa ter, mas se os profissionais não falam isso aí fica mais complicado.”</p>	<p><b>A divulgação como recurso utilizado pelo CAPSad III Regional para facilitar a inclusão dos usuários e das famílias dos 27 municípios no serviço.</b></p>
<p>O distanciamento do CAPSad III Regional dos municípios dificulta o desenvolvimento do trabalho de acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica.</p>	<p>“[...] mas tem municípios que são muito longe, muito distante e acaba as vezes dificultando um pouco, mas nesse contexto acho que o CAPS está fazendo o papel dele sim.”</p> <p>“[...] claro se tivessem mais CAPS nos municípios ficaria bem melhor, gente que vem poderia ficar nos seus municípios, o município de E. segura bastante paciente tratando lá; o CAPS daqui do município, o CAPSad de C. também [...]”</p>	<p><b>O distanciamento visto como a maior dificuldade para o desenvolvimento do trabalho do CAPSad III Regional de acordo com a lógica territorial.</b></p>
<p>O CAPSad III Regional solicita suporte do CAPS I e CAPSad (municipais) para desenvolver o trabalho no território</p>	<p>“Que às vezes eles não têm toda a equipe que precisa, aonde tem CAPS é mais fácil, como aqui, se precisa alguma coisa a gente trabalha meio em conjunto [...] Mas, tem municípios que só tem as Unidades Básicas de Saúde, só atenção primária mesmo e já se tem um CAPS nossa aqui pro nosso serviço já auxilia bastante, acaba resgatando e identificando e acabam resolvendo mais</p>	

	<p>e só em última instância que referenciam pra nós.”</p> <p>“[...] a gente comunica o serviço do município, onde tem CAPS, quando não tem nas unidades básicas pra darem um suporte.”</p>	
<p>Na perspectiva da gestão, o CAPSad III Regional consegue incluir seus usuários.</p>	<p>“Eu acho que em todos os sentidos tanto na parte social quanto na parte pessoal deles acho que se trabalha bastante nesse sentido e estando bem resolvido na família, no município e aí fica mais fácil para eles terem uma aceitação lá e eles serem inseridos tanto no trabalho, tanto no lazer, tanto mesmo no meio familiar deles.”</p> <p>“Acho que consegue, não cem por cento porque isso não existe né, mas muitos depois vêm nos agradecer, as vezes uma palavra que foi falada em uma oficina eles gravam e vem e falam, sabe as vezes os municípios agradecem, que se pede pros municípios ir lá, indicações dos municípios do que a gente pode estar fazendo a gente liga e pergunta, meio que norteiam o que eles podem estar procurando de trabalho que não interfira no tratamento.”</p> <p>“Acho que consegue dentro de uma regra geral consegue.”</p>	<p><b>O distanciamento visto como a maior dificuldade para o desenvolvimento do trabalho do CAPSad III Regional de acordo com a lógica territorial.</b></p>

Fonte: Elaboração da autora.

As categorias foram analisadas separadamente, buscando-se responder aos problemas e aos objetivos propostos nesta pesquisa, os quais se relacionam diretamente com esse eixo temático. Nesse sentido, buscou-se esclarecer de que forma o CAPSad III, considerando o consórcio intermunicipal com os 27 municípios, tem desenvolvido práticas reabilitadoras e ações territoriais, visando à inclusão social dos usuários. Também foram elencadas algumas dificuldades pontuadas pela gestão em relação ao trabalho desenvolvido no território, levando-se em conta o distanciamento do Serviço dos municípios.

### 3.10.1 O trabalho nos “territórios” visto como não sendo uma obrigatoriedade do CAPSad III Regional

Com base na narrativa da coordenadora do CAPSad III, este Serviço regional não vê como obrigatoriedade o desenvolvimento de intervenções nos “territórios”, uma vez que, conforme já observado anteriormente, o cuidado, as estratégias de reabilitação e a inclusão devem ser compartilhados com os 27 municípios, assim como as ações territoriais. A partir dessa categoria, foram identificados dois núcleos de sentido: a visita domiciliar, que não é considerada como atividade obrigatória do CAPSad III Regional; e as práticas territoriais na produção do cuidado, cuja execução é sugerida aos municípios.

O primeiro núcleo de sentido denota que a visita domiciliar não é considerada atividade obrigatória do CAPSad III Regional, ou seja, o Serviço, a partir da narrativa da gestora entrevistada, entende que a realização dessa visita aos usuários e às famílias não é de sua obrigação ou responsabilidade e, sim, dos municípios. Em alguns momentos foi mencionado que o CAPSad presta esse serviço em alguns casos específicos (quando o município não dá o retorno esperado; usuários de busca ativa; usuários que estão de alta). Contudo, a visita domiciliar é vista como uma responsabilidade dos municípios e não do CAPSad III. Os trechos a seguir da entrevista evidenciam esse fato:

[...] nós (CAPSad III) temos que fazer visita em lócus quando o município não dá retorno, mas não é nossa obrigação ir, nós teríamos que matriciar o município e não ir na casa do paciente, mas a gente acaba fazendo isso. Porque não se tem aquele retorno [...].

Também, que nós (CAPSad III) não teríamos obrigação de ir. Seria o município pra fazer as visitas, mas como eu te falei lá atrás, nós (CAPSad III) vamos até pra gente verificar que é difícil que o município omite alguma coisa, mas as vezes ou não vai muito atrás e não se chega até aqui as coisas como deveriam.

Sempre com agenda, esse ano nós (CAPSad III) não fomos, fomos somente em uma visita domiciliar, matriciamos por telefone, busca ativa também por telefone, a gente fez uma reunião um tempinho atrás, uma live com os municípios, mas por ser um momento atípico (pandemia covid-19) [...].

Com base na Portaria nº 130/2012, Art. 6º, referente à atenção integral ao usuário do CAPSad III, incluem-se as “[...] VI – Visitas e atendimentos domiciliares” (BRASIL, 2012, p. 4) como atividades a serem desenvolvidas, mas não há distinção se é pelo CAPS ou pelo Consórcio Intermunicipal. A Portaria nº 336/2002 também cita visita domiciliar e atendimento domiciliar como atribuições dos CAPSs, independentemente de sua modalidade de atendimento. Como já discutido, a visita domiciliar faz parte do trabalho territorial. São compreensíveis as dificuldades enfrentadas pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad III) enquanto Serviço de âmbito regional para atuar nos 27 municípios, mas

esse Centro deve funcionar segundo a lógica do território, pois sem essa territorialidade o Serviço passa a ser caracterizado mais como um ambulatório do que um Serviço de base comunitária.

A realização das práticas territoriais na produção do cuidado aos usuários do CAPSad III é sugerida aos municípios, como expresso a seguir:

E, assim, as ações que eram feitas aqui (CAPSad III) se passavam bem para eles (municípios), mas agora nós irmos nos municípios fazer não, eles que vinham tudo agendadinho e com cronograma certinho e, eles vinham tanto no final do ano, uma adesão bem grande [...].

[...] E é passado aos municípios por meio de relatório do que foi feito aqui e sugestões do que se fazer lá e sempre se colocando à disposição se eles precisam de alguma ajuda pra alguma conduta ou alguma coisa.

Observa-se que o CAPSad III Regional não possui em sua prática cotidiana de trabalho ir até os municípios realizar práticas territoriais de cuidado, mas acaba por desenvolver as suas ações no Serviço, caracterizando-as como extraterritoriais e distantes da realidade, da cultura e do contexto social dos seus usuários. A partir das discussões realizadas por Haesbaert (2009) no segundo capítulo, referentes aos “aglomerados de exclusão” (amontoados de excluídos), é preciso que os Serviços de atendimento aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas busquem acessar tais grupos (nos quais podem estar os dependentes químicos) contidos no território e incluí-los em processos de cuidado, reabilitação e de emancipação; e isso só é possível com o trabalho e a atuação territorial. No entanto, quando não se faz esse movimento de ocupar o território, corre-se o risco de se propagar uma “desterritorialização”. Uma vez que o usuário, de certa forma, fica “descolado do território” ao não ser entendido como parte de um contexto social, cultural, econômico e político, ele é excluído dele. Aqui especificamente, esse processo de “desterritorialização” pode estar ocorrendo. Embora a lógica territorial possa ser considerada no planejamento das intervenções e ações inclusivas, o território não é palco dessas ações, ou seja, acontecem distantes da instituição e apenas no seu entorno.

Para finalizar, a política que orienta o funcionamento do Serviço no território é a mesma que regulamenta a existência de consórcio intermunicipal. Tal política é contraditória, pois, ao mesmo tempo que pressupõe, junto com a Reforma Psiquiátrica, que no máximo as ações sejam realizadas de acordo com a lógica territorial, propõe também a possibilidade de implantação de consórcio intermunicipal, o que impossibilita e dificulta o trabalho próximo do usuário, da sua comunidade e da sua realidade.



### 3.10.2 A divulgação como recurso utilizado pelo CAPSad III Regional para facilitar a inclusão dos usuários e das famílias dos 27 municípios no Serviço

A categoria em questão salienta a divulgação como recurso utilizado pelo CAPSad III Regional para facilitar a inclusão dos usuários e das famílias dos 27 municípios, considerando que, a partir dos relatos da gestora, o Serviço ainda é desconhecido por muitos daqueles que necessitam estar incluídos. Nesta categoria, levantaram-se três núcleos de sentido: (1) Os usuários e as famílias, na perspectiva da Gestão, conseguem acessar o Serviço; (2) A divulgação nos municípios e em meios de comunicação auxilia nesse processo de acesso e inclusão dos usuários e da família no Serviço; e (3) A divulgação amenizou o estigma atrelado ao Serviço.

A partir da narrativa da coordenadora, os usuários e as famílias estão conseguindo acessar o CAPSad III, e a divulgação do Serviço nos municípios facilitou esse processo:

Tem (se referindo ao acesso dos usuários e famílias) [...]. Então, a gente fez um, o serviço quando inaugurou em 2014 não era eu na época, diz que fizeram um trabalho de divulgação nos municípios, apresento os profissionais e tal. Então, quando eu entrei em 2017, a gente fez todo um trabalho de divulgação chamando os municípios, coordenadores e enfermeiros [...].

Mas, tem sim, geralmente com a família a gente chamava aqui (CAPSad III) [...].

No discurso da coordenadora do Serviço estudado, a utilização da divulgação nos municípios e em meios de comunicação auxilia nesse processo de acesso e inclusão dos usuários e da família no Serviço:

[...] até nós tínhamos um programa de rádio aqui na rádio (do município) que aí toda a região escuta, principalmente quando é AM. [...] quando nós vamos nos municípios e geralmente se dá entrevista na rádio e informa, normalmente se tem rádio nesses municípios e informa de como se pode acessar; de que serviço procurar, porque ainda tem gente que desconhece viu, mas se divulgou e aumentou nossa demanda assim expressivamente.

Então, se é divulgada assim através de nós mesmos, de todos de quando vai ou quando vêm famílias e coordenadores e enfermeiros. Nós fizemos um trabalho bem importante assim de divulgação tanto quando a gente vai nas rádios e quando eles vêm até aqui. E agora a gente não tem mais o programa daqui que eles ligavam e perguntavam, falavam nossa eu escutei no rádio e não sabia que existia esse serviço. É nas escolas também a gente fez também, a gente tenta assim quanto mais meios a gente tiver, nos conselhos também que geralmente a gente é convidado, nas conferências a gente procura divulgar e isso surtiu efeito e foi bem bacana o trabalho.

Essa interação do Serviço com os municípios, com a comunidade e com os Conselhos pelos meios de comunicação e nas escolas otimizou o acesso daqueles que necessitam e informou a população em geral a respeito do trabalho desenvolvido pelo CAPSad III Regional,

aproximando o Serviço da comunidade/território. Silva e Pinho (2015) observaram a necessidade de superação do manicômio, embora este já tenha avançado para além de seus muros, pois esse tipo de instituição continua presente no imaginário e na cultura da sociedade. “Por isso, a desinstitucionalização deve ser vista como processo que se inicia, mas que não termina, numa dialética de ir-e-vir” (SILVA; PINHO, 2015, p. 421) e que possibilita novas relações sociais do Serviço com a sociedade e desta com o usuário. Nota-se que a divulgação aumentou a procura pelo Serviço, mas as falas da coordenadora expressam que esse Centro ainda é pouco divulgado:

Porque ainda não é assim um serviço divulgado da forma como deveria, mas aqui nós fizemos uma propaganda bem grande, contanto que aumentou nossa demanda.

Contanto, que no final do ano, quando eu entrei em 2017 eles me disseram viu L. no final do ano não dá ninguém é casa fazia e realmente não ficou nenhum internado. Em 2018 já ficou e 2019 bombou, natal e ano novo não parou de vir acolhimento nós estávamos com a casa cheia, [...]. E eu acredito que tenha sido em função do trabalho que a gente tem desenvolvido, que nos municípios que a gente ia que tem rádio que na maioria tem às vezes eles chamavam o pessoal da rádio pra gente tá falando do serviço [...].

O aumento da procura pelo Serviço por parte dos usuários é percebido também nas informações acerca dos dados contidos no Gráfico 1 (número de usuários atendidos no CAPSad III Regional a partir do ano 2014), os quais condizem com a narrativa da gestora de que a partir dos anos 2017, 2018 e 2019 houve aumento significativo de usuários atendidos pelo Serviço, incremento que se manteve em 2020 e até o momento da realização desta pesquisa estava em curso. Em relação às famílias, a partir do Gráfico 2 (número de famílias atendidas no CAPSad III Regional a partir do ano 2017), o ano de 2018 compreendeu o maior número de famílias atendidas, totalizando 122 delas. Pode-se dizer que a estratégia de divulgação utilizada pela Gestão do CAPSad III de ocupar e utilizar espaços do território (meios de comunicação, Conselhos Municipais, escolas etc.) foi fundamental para o aumento desses números. Segundo Silva e Pinho (2015, p. 421), “Nesses espaços, as famílias vivem e se organizam, por isso é preciso repensar projetos que potencializem o convívio entre os diferentes e o cuidado para aqueles que precisam”.

Outro núcleo de sentido identificado nesta categoria diz respeito ao fato de que a divulgação realizada pelo Serviço amenizou o estigma atrelado a ele. De acordo com Cordeiro (2013), Sanches e Vecchia (2020) e Vasconcelos (2015), o dependente químico carrega uma marca forte/social e um estigma que dificultam o seu processo de recuperação e de inclusão

social, e, ao mesmo tempo, o local a que se destina para o tratamento das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas também é afetado, direta ou indiretamente, pelo preconceito e pelo estigma. A seguir, os trechos da entrevista:

[...] então, isso aí acaba divulgando, porque as vezes as pessoas tem alguém em casa com problema e não sabe quem procurar e nem aonde ir, ou tem vergonha.

[...] a gente tem tentado divulgar. Tanto que quando nós tínhamos aqui o programa de rádio na rádio Cristal, nós deixávamos o telefone disponível para que eles pudessem ligar, ou se quisesse tirar dúvidas. E o que tinha de gente que ligava que não sabiam se podia vir visitar que tinham parente ou amigo.

Tem também muitos pacientes que não queriam vir ao serviço que depois que vieram com o assistente social, com psicólogo pra conhecer o serviço, viram como que funciona, viram as instalações e depois que viu como que veio tranquilo pro tratamento. Porque o que tem se tem lá fora ainda que é de louco, que fica amarrado, tem ainda assim que é só na base de injeção, que eles têm medo de agulha a gente sabe e, então, eles têm que entender que uma desintoxicação não é nada grave que tem amarrar na cama, claro que se for uma abstinência, alguma coisa que se precisar conter a gente faz, mas é diferente, então, é esse olhar que se precisa ter, mas se os profissionais não falam isso aí fica mais complicado.

A divulgação utilizada como recurso potencial aproximou o Serviço do usuário, da família e da comunidade, rompendo com estigmas e construções contidas no imaginário social em relação ao Serviço, desmistificando o CAPS e o diferenciando do manicômio/hospital. A comunidade foi informada a respeito do Serviço e para o que ou para quem ele se destina; isso possibilitou à população conhecer suas instalações e seu funcionamento. Considerando o distanciamento do Serviço em relação aos municípios, essa divulgação aproximou o Serviço dos territórios, facilitou o acesso a ele e aumentou a sua procura.

Vale dizer, ainda, que para Sanches (2018) a reabilitação psicossocial também compreende intervenções na comunidade, por meio da mídia e de outras atividades. Seu objetivo é diminuir o estigma e o preconceito e garantir o direito dos usuários de drogas. Assim, o CAPS, com o seu trabalho, deve possibilitar intervenções precoces, limitando o estigma associado ao usuário, ao tratamento e ao serviço.

### **3.10.3 O distanciamento visto como a maior dificuldade para o desenvolvimento do trabalho do CAPSad III Regional de acordo com a lógica territorial**

A última categoria traz a discussão a respeito do distanciamento do CAPSad III Regional em relação aos 27 municípios, que é tido como a maior dificuldade para o desenvolvimento do trabalho, de acordo com a lógica territorial. Foram identificados os

seguintes núcleos de sentido: o distanciamento do CAPSad III Regional dos municípios dificulta o desenvolvimento do trabalho conforme as premissas da Reforma Psiquiátrica; o CAPSad III Regional solicita suporte do CAPS I e do CAPSad (municipais) para desenvolver o trabalho no território; e, na perspectiva da Gestão, o CAPSad III Regional consegue incluir seus usuários.

A dificuldade desse distanciamento do CAPSad III Regional dos municípios atendidos é reforçada na fala da gestora:

[...] mas tem municípios que são muito longe, muito distante e acaba às vezes dificultando um pouco, mas nesse contexto acho que o CAPS está fazendo o papel dele sim.

[...] claro se tivessem mais CAPS nos municípios ficaria bem melhor, gente que vem poderia ficar nos seus municípios, o município de E. segura bastante paciente tratando lá; o CAPS daqui do município, o CAPSad de C. também [...].

Dessa forma, a lógica territorial não consegue ser apropriada como deveria pelo CAPSad III Regional, e o distanciamento dificulta o desenvolvimento de práticas comunitárias e territoriais que, muitas vezes, são transferidas para que os municípios executem-nas (quando são realizadas). A inclusão social e a reabilitação psicossocial precisam estar de acordo com a territorialidade, pois, conforme visto no segundo capítulo, para que essas ações não reproduzam o paradigma psiquiátrico (PINHO *et al.*, 2009), detidas apenas no Serviço, sendo isoladas do contexto social e distantes da realidade do sujeito. Para evitar isso, é preciso articular com os recursos comunitários disponíveis no seu entorno.

O Serviço estudado é oriundo de consórcio intermunicipal, abrange vários municípios, populações, realidades e territórios diferentes. Isso dificulta a atuação em todos os territórios, prejudicando o acesso e a oferta de um tratamento de modo igualitário, conforme é preconizado pela política de saúde. Recordando, o princípio da universalidade é um direito de todos, sendo dever do Poder Público a provisão de serviços e ações de saúde a todos que deles necessitarem, com ênfase nas ações preventivas e promotoras de saúde (BRASIL, 2020). Contudo, esse acesso universal, eficiente e efetivo depende da descentralização dos Serviços de Saúde, o que ainda é um processo em construção em muitas regiões do país.

De fato, a regionalização gera um Serviço centralizador que vai, de certa forma, se deparar com algumas limitações objetivas para a sua atuação no território, e uma dessas limitações é o distanciamento, que impede o contato próximo e frequente com a realidade dos usuários e das famílias, dificultando o desenvolvimento de práticas territoriais e a articulação

com a comunidade – O que é contraditório àquilo que a política propõe. Dessa maneira, o trabalho de rede não se efetiva, contribuindo para novas cronicidades (CARDOSO, 2017).

Nos municípios que possuem CAPS I (atende transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias) e CAPSad (especializado em transtorno pelo uso de álcool e outras drogas) têm, em sua grande maioria, sede municipal. Esses Centros se diferenciam do CAPSad III, por serem Serviços de menor complexidade e não oferecerem acolhimento noturno, importante recurso para a desintoxicação, além de não disporem de rede de Unidade de Acolhimento como o CAPSad III Regional dispõe. Por fazerem parte da rede, os municípios consorciados que possuem CAPS I e CAPSad (que são poucos) acabam por absorver parte da demanda que é ou que seria destinada ao CAPSad III Regional; em outros casos, fornecem suporte e apoio para esses usuários no território, facilitando o trabalho desse Centro Regional. Dessa forma, o CAPSad III Regional, estando distante dos municípios, principalmente de alguns, solicita suporte do CAPS I e do CAPSad (municipais) para desenvolver o trabalho no território, o que é expresso nas falas da entrevistada:

Que às vezes eles não têm toda a equipe que precisa, aonde tem CAPS é mais fácil, como aqui, se precisa alguma coisa a gente trabalha meio em conjunto [...] Mas, tem municípios que só tem as Unidades Básicas de Saúde, só atenção primária mesmo e já se tem um CAPS nossa aqui pro nosso serviço já auxilia bastante, acaba resgatando e identificando e acabam resolvendo mais e só em última instância que referenciam pra nós.

[...] a gente comunica o serviço do município, onde tem CAPS, quando não tem nas unidades básicas pra darem um suporte.

Na perspectiva da coordenadora, o suporte fornecido pelos CAPS I e CAPSad nos municípios mostra-se mais resolutivo do que as equipes de atenção básica. Essa resolutividade pode estar associada ao fato de os profissionais dos CAPS I e CAPSad municipais estarem mais habituados com o trabalho a ser desenvolvido na dependência química e nas demandas dos usuários. Para Delfini *et al.* (2009), a corresponsabilização dos casos entre as equipes é justamente um recurso a ser considerado no território, uma vez que, por meio dela, se propõe aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, sem encaminhamentos/transferências. Contudo, conforme revelado nas falas anteriores, dá-se a impressão de que, na ausência de um trabalho mais próximo do CAPSad III Regional para com os municípios (territórios de origem dos usuários), ele acaba não só por compartilhar, mas também por transferir, em partes, o que corresponde à sua responsabilidade (a sua área de abrangência) aos CAPSs municipais (o cuidado do usuário e, ou, parte da demanda que

corresponde ao CAPSad III). Sabe-se da importância da corresponsabilização das equipes de saúde disponíveis na rede de atenção diante dos cuidados prestados ao usuário, porém compartilhar é diferente de transferir esse cuidado.

Embora tenham sido relatadas várias dificuldades pela Gestão em relação ao distanciamento do Serviço de alguns municípios, ao suporte disponibilizado pelos municípios e à ausência de alguns recursos no território. Na perspectiva da gestora, o CAPSad III Regional consegue incluir seus usuários:

Eu acho que em todos os sentidos tanto na parte social quanto na parte pessoal deles acho que se trabalha bastante nesse sentido e estando bem resolvido na família, no município e aí fica mais fácil para eles terem uma aceitação lá e eles serem inseridos tanto no trabalho, tanto no lazer, tanto mesmo no meio familiar deles.

Acho que consegue, não cem por cento porque isso não existe né, mas muitos depois vêm nos agradecer, as vezes uma palavra que foi falada em uma oficina eles gravam e vem e falam, sabe as vezes os municípios agradecem, que se pede pros municípios ir lá, indicações dos municípios do que a gente pode estar fazendo a gente liga e pergunta, meio que norteiam o que eles podem estar procurando de trabalho que não interfira no tratamento.

Acho que consegue dentro de uma regra geral consegue.

Na visão da gestora, o trabalho desenvolvido no Serviço tem conseguido incluir os usuários, no que tange, principalmente, aos âmbitos social, familiar e pessoal. Ela acredita que esses eixos e o suporte dos municípios facilitam o processo de inclusão no trabalho e no lazer, embora ela tenha relatado várias dificuldades nesses âmbitos ao longo da entrevista, informando em seu discurso poucas tentativas de inclusão realizadas no território e também poucas efetivadas. Além disso, conforme discutido no primeiro eixo, a construção da concepção hegemônica da abstinência como requisito para inclusão social acaba por atrapalhar ainda mais a efetivação desse processo. Conclui-se que o poder que esse discurso moral e higienista exerce no imaginário de setores hegemônicos da sociedade (PITTA, 2011), nesse caso da organização do Serviço, não condiz com práticas inclusivas e impedem que a política de Redução de Danos seja apropriada em sua prática, limitando possibilidades de inclusão social. Lembra Queiroz (2001) que o principal objetivo da redução de danos é o abandono de posturas condenatórias, dando abertura à inclusão social e reconhecendo os direitos humanos e sociais do usuário.

### **3.11 Considerações sobre a Análise dos Eixos Temáticos**

Neste momento, pretende-se descrever algumas considerações sobre a análise dos eixos temáticos, em especial das práticas de inclusão social, desenvolvidas de acordo com o território.

A realidade pesquisada demonstra que as práticas reabilitadoras desenvolvidas pelo CAPSad III Regional com os usuários são mais voltadas para a doença/dependência química do que para o viés psicossocial, que abrangeria o protagonismo e emancipação dos sujeitos envolvidos no território (a casa, a rede social e o habitar) (SARACENO, 2016). Da mesma forma, as ações ofertadas às famílias relacionam-se mais a um trabalho de aceitação e resiliência, diante da condição de enfermidade do familiar-usuário e da condução e manejo da doença (práticas voltadas mais para o modelo biomédico), do que ao enfoque referente às estratégias de socialização, autonomia e inclusão social. Assim, a partir da narrativa da entrevistada, pode-se inferir que as atividades de inclusão social e a reabilitação psicossocial não estão de acordo com a territorialidade, sendo identificadas poucas tentativas de inclusão no território, bem como o baixo número de incluídos. A concepção construída em torno da inclusão e as ações relacionadas à abstinência como principal mecanismo terapêutico dificultam ainda mais esse processo. A reflexão crítica diante da dialética da exclusão/inclusão social é importante, pois permite entender que processos exclusivos que compõem as relações sociais fazem parte da construção das próprias relações de produção do capitalismo. Tendo em vista que a exclusão social faz parte da estrutura social capitalista, para não se afetar tal estrutura, constrói-se uma noção ilusória de inclusão, ou seja, uma inclusão marginal apontada por Martins (2009) ou perversa (SAWAIA, 2014). Essas apreensões são importantes para que o Serviço em suas ações não atribua ao sujeito a responsabilidade perante a sua condição de exclusão, mas busque potencializar o protagonismo do usuário diante dessa problemática.

Constatou-se que, embora exista compreensão da pesquisada em relação a alguns dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica, o Serviço em foco em suas práticas cotidianas de cuidado está voltado mais para a disciplina e para o ajustamento do que para a emancipação e a autonomia. E isso indica que o Serviço ainda não superou totalmente o paradigma psiquiátrico, pois prega ainda um tratamento moral, em que se impõe uma pedagogia da ordem marcada pelo exercício da autoridade do médico, impelindo a submissão pela vigilância, pela regularidade das atividades diárias e pela imposição do trabalho (VASCONCELOS, 2008a). Pode-se dizer que no cotidiano de trabalho do Serviço existem também práticas higienistas. Ressalta-se que o ideário higienista, conforme discutido no primeiro capítulo, propõe, por meio da disciplina, adaptar os inadaptados à sociedade, adequando-os à normalidade que a sociedade

almejava (CARVALHO, 1999). Esses resquícios de práticas morais e higienistas precisam ser superados no contexto do CAPSad III Regional. A dimensão técnico-conceitual da Reforma Psiquiátrica abordada por Amarante (2007) e Yasui (2006) precisa ser efetivada na prática desse Serviço, uma vez que desinstitucionalizar também significa romper com práticas hegemônicas centradas na doença e na regulação e dar abertura a formas de perceber, entender e se relacionar com os fenômenos sociais e históricos. No caso da dependência química possibilitaria inaugurar uma relação diferente entre o usuário, a família e o Serviço, favorecendo a inclusão social.

Ainda em relação aos autores citados, outra dimensão que pode ser fortalecida com os profissionais seria a dimensão técnico-assistencial – em vista da escassez de capacitações, de formações continuadas e de cursos de aperfeiçoamento profissional, ou seja, de práticas de educação permanente em saúde, tanto para a Gestão e a equipe técnica do Serviço estudado quanto para os profissionais dos municípios –, que poderia potencializar e estimular os profissionais na construção e criação de estratégias e ações que visem à inclusão social e estejam norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e pelo paradigma psicossocial. Essa dimensão potencializa a criação coletiva de instrumentais pelos profissionais, produzindo estratégias diversificadas de cuidado de saúde e de inclusão e construindo ampla rede social. Assim, conforme mencionado, também é importante trabalhar a dimensão sociocultural com os profissionais dos Serviços de base comunitária, desconstruindo e refletindo sobre os estigmas sociais presentes no imaginário social e prejudicando a relação Usuário-Equipe-Serviço.

Verificou-se que o Serviço estudado assume a centralidade do cuidado integral do usuário, considerando o distanciamento em relação aos municípios e deixando de manter articulação constante e próxima com esses e seus territórios. Isso dificulta que algumas equipes de atenção básica tenham o conhecimento de quem é o usuário do Serviço e prejudica seu cuidado no território. Também, corre-se o risco de esse Serviço se tornar “centralizador”, contraditoriamente ao que se espera de um Serviço de base comunitária, como já mencionado. Tal fato deve favorecer os processos de inclusão social, constituindo um Serviço aberto e comunitário que funcione de acordo com a lógica do território (BRASIL, 2012).

As ações territoriais desenvolvidas pelo CAPSad III estudado são pontuais e restritas, ocorrendo apenas no entorno do Serviço. Ações mais específicas no território são sugeridas para que as equipes dos 27 municípios as realizem a partir dos recursos que possuem, porém nem sempre são efetivadas. Outras atividades no território, como as visitas domiciliares e os matriciamentos, são feitas a partir de cronogramas anuais estabelecidos com os municípios – somente exceções fogem a essa regra (situações mais emergentes são tratadas por telefone



quando não se tem retorno esperado do município), o que descaracteriza um contato mais próximo e frequente com os territórios. E ainda, como um agravante desse estado de coisas, tem-se a equivocada a visão da gestora, que não concebe a visita domiciliar como atividade de responsabilidade do Serviço estudado.

Evidencia-se que a lógica territorial não conseguiu ser apropriada como deveria pelo CAPSad III Regional, proveniente de consórcio intermunicipal, abrangendo vários municípios, populações, realidades e territórios diferentes. A intermunicipalidade pode se constituir, assim, como um dificultador da atuação em todos os territórios, prejudicando tanto o acesso e a oferta de um tratamento igualitário a eles quanto o desenvolvimento de práticas comunitárias e territoriais. Conforme discutido no segundo capítulo, o território deve ser compreendido em todas as suas dimensões: econômica, cultural, relacional, geográfica, política, social e dinâmica, pois é um objeto dinâmico, vivo, que engloba as características físicas, marcas e relações produzidas pelo homem (SANTOS, 2002). Ressalta-se que o território é composto de relações de poder (SAQUET, 2007) e conflitos de interesses, em que alguns grupos são, e estão, excluídos socialmente, formando “aglomerados de exclusão” que dão origem a um processo de “desterritorialização” (HAESBAERT, 1995). As pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas se encontram entre esses amontoados de excluídos, vindo até a romper seus laços com o território. Por essa razão é que o Serviço deve ter o cuidado de atuar segundo a lógica territorial, apropriando-se e ocupando o território de sua abrangência, a fim de não reproduzir práticas de “desterritorialização”.

Entretanto, há que considerar também as perspectivas e as concepções trazidas pela entrevistada em relação ao Serviço e aos princípios e fundamentos que devem norteá-lo, pois, como gestora do Serviço em questão, ela coordena ações e estratégias centralizadoras e de base “não territorial”, as quais têm rebatimentos sociais, sanitário-epidemiológicos, ético-políticos e cultural-indentitários, no que tange à (re)construção do território e da autonomia e inclusão social dos sujeitos que compõem esse espaço.

Por fim, deve-se ainda considerar que a política que orienta o funcionamento do Serviço no território é a mesma que regulamenta a existência do consórcio intermunicipal, mostrando-se, assim, contraditória, uma vez que impossibilita e dificulta o trabalho próximo do usuário e da sua comunidade e realidade. Com isso, não efetiva a inclusão social dos usuários de acordo com os princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, postulados a partir da Reforma Psiquiátrica pela Lei nº 10.216/2001.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa surgiu do anseio de compreender como a inclusão social dos usuários do CAPSad III tem sido efetivada a partir dos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, postulados a partir da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001). A investigação em torno do protagonismo que o território ocupa na organização e planejamento das ações inclusivas abriu a possibilidade de compreender se as ações oferecidas pelo Serviço CAPSad III Regional contribuem para o processo de inclusão social dos usuários. Possibilitou também estudar os desafios, as possibilidades e os limites encontrados pela Coordenação do Serviço diante da lógica do consórcio intermunicipal para o desenvolvimento de ações e estratégias inclusivas e para a concretização da inclusão social dos usuários. Por fim, abriu espaço para analisar, a partir da narrativa da coordenadora, como o conceito de território é apreendido com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Para construir essas análises, foi necessário olhar para a Política de Saúde Mental, Álcool e Drogas e para o lugar que o território ocupa nessa política, visando à inclusão social dos usuários. Constatou-se, assim, que o processo de Reforma Psiquiátrica avançou consideravelmente ao propor a inclusão social dos usuários a partir da reabilitação psicossocial e da lógica territorial. Nesse contexto, o CAPSad III foi adquirindo papel estratégico na articulação do território e na construção de redes, o que o tornou um Serviço de base comunitária central para o atendimento destinado à dependência química.

No entanto, a Política de Álcool e Drogas vem sofrendo alguns entraves à sua efetivação plena, a exemplo da viabilização da implantação de Serviços por meio de consórcios intermunicipais, de acordo com os quais vários municípios são englobados pelo Serviço regional (alguns, inclusive, estando distantes). Nesse sentido, tanto a distância quanto a diversidade territorial abrigada pela regionalização, bem como a multiplicidade de demandas locais, têm dificultado um trabalho em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Isso forneceu subsídios para pensar as condições objetivas do CAPSad III Regional estudado e a estruturação dessa política nos 27 municípios atendidos, considerando-se a lógica territorial para o desenvolvimento de ações inclusivas.

Na narrativa da coordenadora do Serviço estudado foi possível notar que a Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças estruturais e práticas nos Serviços de atendimento a pessoas com problemas de álcool e outras drogas, em comparação com as práticas vivenciadas no hospital psiquiátrico. Além disso, provocou mudanças nos atendimentos destinados aos

usuários e familiares e possibilitou, na visão da gestora, a aproximação da família junto às ações de cuidado e tratamento. Contudo, a Reforma Psiquiátrica não pode ser entendida como apenas uma mudança de local e de cuidado/forma de atendimento, mas precisa ser compreendida como um processo social complexo (que envolve dimensões técnico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural) que está em constante construção e tende a uma transformação social, possibilitando à sociedade conviver com a diferença.

Uma das questões identificadas neste estudo é que, embora a gestão do Serviço tenha a compreensão da Reforma Psiquiátrica, o CAPSad III não superou totalmente a lógica médico-curativa. Assim, percebe-se que, mesmo tendo uma equipe multiprofissional, o médico ainda exerce hierarquia nas condutas e decisões tomadas pelo Serviço. Assim, o modelo hegemônico manicomial de assistência ainda exerce influência no cotidiano de trabalho do Serviço em estudado. Nesse sentido, é preciso tomar cuidado para não se correr o risco de estar trabalhando como um “grande ambulatório”, não se efetivando os reais princípios da Reforma Psiquiátrica e prestando assistência apenas curativa e focada na doença, esquecendo-se do cuidado integral e de que o CAPS é também lugar de sociabilidade e trocas afetivo-sociais.

O CAPSad III preconiza que a internação psiquiátrica e a hospitalização devam ser vistas como último recurso a ser indicado para o tratamento. No entanto, essa não é a compreensão de todos os 27 municípios consorciados, que indicam tal modalidade de tratamento antes mesmo de tentar ou referenciar o Serviço. Essa problemática se apresenta e, por meio de apoio matricial, é tentada viabilizar mudanças de tais condutas, em que se nota a emergência de capacitações e treinamentos entre os profissionais, assim como a potencialização dos matriciamentos com os municípios, para que condutas como essas sejam modificadas e as alternativas de cuidado comunitárias e territoriais sejam tentadas antes de se hospitalizar.

Outra questão, a partir da narrativa da coordenadora, que se refere a essa tentativa de ajustamento à “normalidade” é a relação estabelecida pelo Serviço CAPSad III Regional entre a inclusão social e a abstinência. Esse discurso hegemônico (e, de certa forma, higienista, pois tem cunho normatizador e moralizante) acerca da abstinência afeta práticas desenvolvidas no Serviço estudado. Constitui um equívoco dos profissionais que tentam restituir o sujeito a uma “normalidade”, não concebendo a recaída de uso de substâncias psicoativas como parte do processo de recuperação e nem possibilitando alternativas de cuidado e tratamento que não furem do sujeito sua individualidade (já tão desvalorizada diante do estigma social que a circunscreve), sua liberdade de escolha ou qualquer outro direito humano e social, tal como a redução de danos. Diante desse fato, urge a necessidade dos profissionais e da gestora de serem

capacitados para o trabalho no território, a fim de desenvolverem uma perspectiva inclusiva perante a efetivação de uma política de redução de danos pelos municípios, a ser apropriada nas práticas cotidianas do Serviço.

Identificaram-se, no CAPSad III Regional, estratégias desenvolvidas para envolver as famílias, como reuniões de famílias, atendimentos familiares, encontros, grupos, eventos, confraternizações e visitas domiciliares, atendimentos às famílias aos sábados para facilitar o acesso. Embora exista essa preocupação do Serviço em facilitar e incluir as famílias nas suas ações, observou-se nessas ações desenvolvidas com a família que nelas são dadas orientações que correspondem mais ao manejo e ao cuidado diante da dependência química do que aquelas que promovam autonomia e protagonismo que objetivam a inclusão social e a emancipação do usuário. É importante modificar práticas que estão mais voltadas ao paradigma psiquiátrico e ao ideário higienista e dar abertura a práticas psicossociais que estão mais condizentes com o trabalho que o CAPS precisa desenvolver com o usuário e sua família.

As práticas reabilitadoras desenvolvidas pela equipe do CAPSad III nas oficinas e nos grupos terapêuticos são atividades relacionadas à organização da vida diária, prevenção à recaída, estímulo à autoestima e à espiritualidade, orientações à alimentação, higiene e atividade física, sendo ações voltadas mais para o usuário em si, a doença e a saúde. Na narrativa da gestora, a espiritualidade surge como uma questão que é trabalhada por alguns profissionais no CAPSad III; entretanto, essa abordagem não se enquadra e nem se assemelha às atividades descritas na Portaria nº 130/2012. O CAPS precisa ter o cuidado de não alimentar nas suas atividades cotidianas de trabalho práticas que não sejam técnico-científicas, em que a moralidade e o saber leigo ganham força, depondo contra os princípios reformistas, fruto de lutas históricas no campo da Saúde Mental perante as demandas sociais e sanitárias. Assim, princípios que necessitam ter atenção maior nas atividades, como a emancipação, a autonomia, a inclusão social, o protagonismo do sujeito diante de seus direitos e a socialização são deixados de lado. Tais princípios são a base para as ações de reabilitação psicossocial, afinal esta envolve a rede social, o habitar e o trabalho.

A disciplina é utilizada como método na reabilitação dos usuários e, em suas intervenções, busca regular, disciplinar e ajustar os usuários a uma “normalidade”. Uma “normalidade” que se encontra “lá fora”, segundo a concepção da gestora, para a qual o trabalho do CAPSad III seria preparar os usuários para a “vida lá fora”. Disso depreendem duas questões: primeiramente, denota-se uma cisão entre o Serviço e o território, do que resultou uma segunda questão, que é a forma como o trabalho se realiza, o qual, além de ocorrer distante do território,

é sustentado por certa concepção (médico-curativa-higienista e focalista-individualista) e direcionado a certos objetivos de ajustamento e adaptação, moldando os usuários para a “vida lá fora”. O território também é um campo de forças onde existem relações de poder e, muitas vezes, as políticas públicas exercem esse poder, regulando e disciplinando aqueles que possuem menor força nessa relação. Novamente, esses resquícios morais e regulatórios do hospital psiquiátrico se mostram na prática cotidiana do Serviço estudado. A reabilitação psicossocial a partir de suas atividades deve superar tendências que normatizam e encaixam os sujeitos tidos como desviantes de padrões de comportamentos hegemônicos.

Por meio da narrativa da pesquisada foi possível observar que a inclusão social é um dos objetivos que o Serviço busca alcançar. A compreensão da gestora em relação ao conceito associa equidade e aceitação. Percebe-se a ausência de compreensão crítica diante dos processos de exclusão e inclusão social, importantes para compreender como as políticas sociais se fundamentam e também para o planejamento de ações e intervenções, considerando a lógica perversa do capitalismo e de questões de ordens social, política e econômica, as quais incidem diretamente sobre os usuários e as famílias. Essa dimensão crítica diante da dialética exclusão/inclusão social deve perfazer o campo teórico do Serviço Social e em outras profissões que desenvolvem um trabalho social. Por isso, são cada vez mais necessárias as articulações de saberes na atenção psicossocial, assim como práticas de educação permanente para a construção de novas práticas e da possibilidade de decifrar a realidade, a partir de concepções críticas sobre ela.

As dificuldades apontadas na pesquisa que se relacionam à inclusão social estão relacionadas à ausência de apoio familiar, ao estigma e ao preconceito enraizado no imaginário social a respeito do dependente químico. Diante dessas dificuldades, é fundamental o incentivo para o desenvolvimento de práticas territoriais e inclusivas que visem à aproximação da família e modifiquem construções e estigmas sociais que permeiam o imaginário social e dificultam a inclusão social e, muitas vezes, a participação familiar. Também foi percebido a partir da pesquisa que, quando existe esse envolvimento familiar, o acolhimento e a inclusão na família auxiliam o processo de inclusão social dos usuários.

Outro desafio salientado nesta pesquisa foi o baixo número de usuários incluídos. Entretanto, assim como foram citados poucos incluídos, também foram mencionadas poucas tentativas de inclusão social no território. Uma vez que o CAPSad III é regional, as tentativas de inclusão realizadas se deram no seu entorno, ou seja, no município-sede ou, no máximo, nos municípios vizinhos, não ocorrendo no território dos usuários. Assim, essas dificuldades e o

baixo número de usuários inclusos podem estar associados a essas tentativas distantes da realidade do usuário. As tentativas de inclusão descritas foram pela via do trabalho; contudo, não foram mencionadas práticas desenvolvidas nas oficinas terapêuticas do Serviço como geração de renda, cooperativas de trabalho, alianças e parcerias com os recursos disponíveis no entorno. Apesar disso, na perspectiva da Gestão, o CAPSad III Regional consegue incluir seus usuários.

Diante dessas dificuldades, é fundamental o incentivo para a construção de cooperativas que promovam a inclusão no trabalho e a geração de renda não apenas para o dependente químico, mas também para os seus familiares, os quais devem ser envolvidos nas atividades ofertadas pelos Serviços e não apenas nas práticas destinadas ao indivíduo. As oficinas terapêuticas do CAPSad III podem ser locais para que se iniciem esses trabalhos, pois são espaços aonde produzem de acordo com suas singularidades, exercitam sua autonomia, protagonismo e emancipação e, posteriormente, se estendem para a comunidade/território.

A inclusão social pela via do trabalho foi o maior desafio apontado pela gestora do CAPSad III. Notou-se que tanto as tentativas de inclusão quanto as inclusões efetivas pelo Serviço dizem respeito ao viés do trabalho, e isso foi recorrente nas práticas mencionadas na pesquisa. Esse ideal de pessoas produtivas e da inclusão pelo trabalho é decorrente de uma ideologia nascente do capitalismo; o ser produtivo está relacionado à “normalidade”. Percebe-se que o Serviço estudado busca reproduzir essa lógica de ajustamento à normalidade de que incluir pelo trabalho requer uma transformação produtiva. Isso são resquícios dos hospitais colônias, da laborterapia, em que o trabalho é uma função terapêutica que, ao se estender ao cotidiano do Serviço, impede que se pensem e criem outras formas de incluir além do trabalho.

A participação em eventos por parte dos usuários foi descrita como atividade de inclusão social (participação em eventos; idas ao cinema; passeios em parques/praças). Partindo desses exemplos, percebe-se que existem algumas práticas territoriais desenvolvidas pelo Serviço estudado, contudo elas se dão nos entornos dos Serviços e ainda distantes do território de alguns usuários. Essas práticas devem ser mais bem focadas, rompendo com os “muros” institucionais, buscando meios de ocupar os territórios e incluindo os usuários nos espaços sociais. Outra ação de inclusão na narrativa da gestora entrevistada é a inclusão dos usuários em grupo de apoio/ajuda mútua, como o AA e o NA. Tais grupos vão até o CAPSad III para realizar suas reuniões, ou o Serviço levava os usuários para os encontros. Apesar de fornecerem apoio aos usuários do CAPS III, esses grupos se orientam por pedagogia moral religiosa, o que difere do paradigma e das concepções que deveriam ser desenvolvidas pelo Serviço. Sabe-se

que, muitas vezes, esses recursos estão no território e podem ser utilizados como rede de apoio no tratamento e reabilitação pelo usuário, porém se deve ter cuidado, uma vez que esses grupos baseiam sua metodologia de trabalho na moral, sem qualquer cientificidade, pregando uma terapêutica leiga e pouco técnica. A ausência de fontes, materiais e ferramentas para o planejamento das ações inclusivas do Serviço estudado pode potencializar essa busca por grupos de autoajuda para o desenvolvimento do trabalho. Assim, uma vez que se observou ausência de orientações aos profissionais dos municípios de como desenvolver o seu trabalho com os recursos que possuem, tais orientações podem ocorrer a partir de práticas de educação continuada e apoio matricial.

O CAPSad III possibilita a inclusão e acesso dos usuários a outros atendimentos/especialidades de saúde que se fizeram necessários. Percebe-se a intenção do Serviço de otimização e preocupação integral com os usuários e suas demandas de saúde. No entanto, ao fazer isso esse CAPSad III mantém certa centralidade do cuidado, impedindo a articulação com o território e a atenção básica à saúde.

A gestão do CAPSad III busca adquirir materiais, equipamentos e recursos necessários para que os profissionais desenvolvam ações inclusivas. No entanto, nesse sentido, somente aparecem recursos de ordem material, os quais também são de suma importância para o desenvolvimento do trabalho. Todavia, não foram mencionadas a busca por capacitações, a formação continuada e as práticas de educação permanente em saúde, cursos etc., as quais são válidas para estimular e desenvolver habilidades e criatividade para a utilização de recursos do território para a construção de ações.

Percebeu-se, ao longo da pesquisa, que na narrativa da gestora do Serviço estudado há o entendimento acerca da importância da noção de território para o planejamento de ações propostas pelo CAPSad III. Há, inclusive, a compreensão do território como espaço que excede a visão da geografia, entretanto não foram relatadas a dimensão simbólica, a política e as relações de poder na complexidade do território. Essa ausência de visão crítica diante desses processos influencia também as formulações e organização da política pública e, conseqüentemente, a relação do Serviço com o território.

Em vista disso, a visita domiciliar é nesse Serviço reconhecida como instrumento de levantamento de dados da realidade e para o diagnóstico do território para planejamento das ações/intervenções. Contudo, mesmo sabendo de seu valor, é pouco realizada e utilizada pelo CAPSad III, e não é tida pela coordenadora como uma atividade obrigatória a ser desenvolvida pelo Serviço; em seu discurso aparece como responsabilidade das equipes dos municípios a

realização dessas visitas. Embora não seja considerada como atividade obrigatória do CAPSad III Regional pela Coordenação, a visita domiciliar é, sim, uma atribuição dos Serviços de base comunitária, segundo as Portarias que os regulamentam. A aproximação com o território, muitas vezes, se inicia com as visitas domiciliares ao usuário e à sua família. Ela fornece dados da realidade, da dinâmica familiar e do contexto social, econômico, cultural, afetivo etc., podendo também ser utilizada como momento de intervenção. Essa atividade deveria ser mais utilizada pelo Serviço, no entanto é necessário sair da instituição para realizar a atenção psicossocial; do contrário, apenas se reproduzem ações médico-curativas voltadas apenas para o sujeito/usuário e não para a comunidade e à transformação do território e do usuário desse Serviço.

O reconhecimento do território é considerado no planejamento das estratégias e ações inclusivas do Serviço estudado, porém se observa que é apenas considerado e não faz parte da prática e execução das ações, pois se revelou no discurso da gestora que as ações, em sua grande maioria, se dão no próprio CAPSad III e, assim, o diagnóstico socioterritorial serve como base de ação, mas as ações se dão extraterritorialmente.

A equipe do CAPSad III realiza, com frequência, reuniões de equipe para discussão de casos, planejamentos de ações e Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs). Nesses encontros não foi notada a participação das equipes de Estratégias Saúde da Família (ESFs) dos municípios e, em relação ao PTSs, não foi citada a participação do usuário e da família. Essa ação de construção do PTSs deve acontecer com a participação do usuário e da família, do mesmo modo com as equipes de ESFs, pois é o momento em que se reconhecem os recursos do território e o que é possível traçar como plano de ação e de cuidado para o usuário e sua família, compartilhando com ela o cuidado e intervindo no território. O que se nota como prática do CAPSad III estudado é que a equipe técnica do Serviço planeja ações e realiza sugestões de ações e intervenções do que pode ser feito nos municípios. Contudo, não existe esse momento de construção conjunta e de troca de informações entre município e sede regional, o que poderia acontecer durante as reuniões.

Já os matriciamentos realizados pelo CAPSad III com as equipes de ESFs acontecem duas vezes ao ano e, conforme o discurso da gestora, apenas um matriciamento anual seria suficiente, segundo a Portaria nº 130/2012. Porém, existe um equívoco nesse discurso, já que essa Portaria traz que o apoio matricial deve ocorrer de acordo com a necessidade de cada caso, ou seja, não especifica a quantidade de vezes que deve acontecer. Esses encontros, sendo realizados poucas vezes no ano, podem, de alguma forma, afetar o compartilhamento de



cuidado e a corresponsabilização diante dos casos, assim como a condução e gestão dos casos, pois é um processo de troca de informações e de discussão de estratégias de intervenção. O CAPSad III Regional prioriza ir até os 27 municípios para realizar os matriciamentos, em decorrência do distanciamento do Serviço em relação a eles. Buscando atingir mais profissionais da atenção básica, o CAPSad III capacita os profissionais presentes no que tange às temáticas e orientações do campo de álcool e outras drogas, e esses profissionais replicam essa capacitação aos demais profissionais nos municípios. Esses encontros, assim como as visitas domiciliares, são feitos a partir de cronograma anual, descaracterizando um contato próximo e contínuo que o CAPSad III poderia ter com as equipes, com os usuários e com as famílias, o que o aproximaria mais dos territórios, estendendo suas ações além da instituição.

Diante disso, observa-se que os territórios desconhecem os usuários que utilizam o CAPSad III. A centralidade do cuidado (em decorrência da regionalização do Serviço), o fato de as ações ocorrerem, em sua grande maioria, no Serviço estudado e a precariedade de trabalho territorial por parte do CAPSad III dificultam que os municípios reconheçam alguns dos usuários, prejudicando o compartilhamento do cuidado, assim como a utilização de Serviços e de recursos do território, de acordo com as suas demandas, principalmente no que diz respeito à saúde.

Diante das dificuldades apresentadas, é necessário que o CAPSad III desenvolva papel mais ativo no território, uma vez que é o Serviço de referência de álcool e drogas para uma grande população (27 municípios), e a atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser atingida com a instituição de uma lógica de trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede interligada de Serviços de Saúde e da articulação com o território.

Entre essas dificuldades para o desenvolvimento de estratégias de ações inclusivas, a partir da lógica territorial e da reabilitação psicossocial foi também identificada a falta de recursos no território, principalmente no que se refere à cultura e ao lazer, bem como em relação ao número reduzido de profissionais e à carga horária reduzida para a Saúde Mental nos municípios para suporte e apoio.

Existe uma articulação do Serviço com as políticas públicas no seu entorno (saúde, assistência e educação), contudo a maior articulação, o apoio e o suporte acontecem com a política de saúde dos municípios e, com as demais Secretarias ainda se mostram tímidas. Desse modo, a articulação com demais políticas sociais é fundamental ao planejamento de ações intersetoriais, uma vez que a dependência química não pode ser pensada apenas como um problema de saúde, mas como uma questão social. Então, intervenções da política de assistência

social são essenciais para melhor resolutividade e acompanhamento dos casos, assim como o trabalho em rede com outras políticas públicas (esporte, lazer e cultura) e a articulação com recursos disponíveis na comunidade.

As ações e intervenções de inclusão social desenvolvidas pelo CAPSad III ocorrem, em sua grande maioria e como foi dito várias vezes, no Serviço e distantes dos territórios. E muitas das ações territoriais que o Serviço poderia estar realizando no entorno e nos municípios são sugeridas para que os 27 municípios, com suas equipes, realizem dentro das suas possibilidades. O CAPSad III enfrenta desafios para atuar na realidade e no território dos usuários até por condições objetivas, pois a sede do Serviço é distante de alguns municípios, o que torna difícil atuar e absorver todas as singularidades, vulnerabilidades e potencialidades de todos os territórios. Entretanto, a transferência de responsabilidade para desenvolvimento de práticas territoriais aos municípios prejudica o trabalho com o usuário. Isso porque nem sempre os municípios materializam o que é solicitado ou, até mesmo, não possuem condições objetivas de fazê-lo, devido ao fato de haver equipes menores e, ou, carga horária reduzida, conforme as especificidades dos contratos de trabalho dos profissionais.

Os resultados revelam que o CAPSad III Regional não apresenta estratégias de inclusão social que promovem o protagonismo e emancipação do usuário e levam em conta a lógica territorial. Esta lógica não é apropriada (pela perspectiva da gestora) como deveria pelo CAPSad III Regional, uma vez que o distanciamento (consórcio/intermunicipalidade), que é seu maior desafio, afeta o desenvolvimento de práticas comunitárias e territoriais, dificultando o desenvolvimento do trabalho conforme as premissas da Reforma Psiquiátrica, visto que a inclusão social e a reabilitação psicossocial precisam estar de acordo com a territorialidade. Entre os limites observados, é importante destacar que as estratégias realizadas para a incorporação de práticas territoriais se mostraram restritas e pontuais, mas não absorvem as condicionalidades dos usuários e de suas famílias, bem como suas vulnerabilidades.

Diante desse desafio da distância que o Serviço vivencia com relação aos municípios, a divulgação nos meios de comunicação, entre os profissionais dos 27 municípios e a comunidade, foi uma estratégia em potencial construída pelo Serviço, fazendo que se aumentassem a procura/aceso/inclusão daqueles que necessitam e transmitindo informações à população sobre a existência, finalidade e funcionamento do CAPS. Consequentemente, isso amenizou o estigma atrelado ao Serviço, desmistificando-o do manicômio, que se faz presente no imaginário social.

A partir deste estudo, notou-se que não há diretrizes que orientam as atribuições do coordenador, e isso tem dificultado a estruturação e organização do Serviço e a sua articulação com o território. Dessa maneira, é de grande valia o aperfeiçoamento teórico-metodológico com essa finalidade. Por fim, verifica-se que a coordenadora deveria estar capacitada para instigar e propor desafios no trabalho de acordo com a lógica territorial e com os demais princípios da Reforma Psiquiátrica e, ou, para propor a construção de estratégias comunitárias em conjunto com a equipe técnica do CAPSad III, as ESFs, os usuários e os familiares. Tais eventos são agravados pelo fato de essa gestora desconhecer algumas questões de cunho teórico (até porque ela possui formação em Saúde, mas não específica na área de Saúde Mental). Averigua-se, assim, a importância de a capacitação e as práticas de educação permanente em saúde se expandirem para os profissionais técnicos do CAPSad III e dos 27 municípios e promoverem a aproximação com conceitos teórico-práticos da atenção psicossocial, a fim de estimular o trabalho de acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica, que é um processo em constante transformação. Recorda-se, aqui, que desinstitucionalizar não requer apenas mudança de local para o acolhimento e a reabilitação dos dependentes químicos; desinstitucionalizar exige reabilitar o território, promovendo transformação para a inclusão social das “diferenças”.

É preciso repensar a contradição na política pública que orienta a implantação de CAPS oriundos de consórcios intermunicipais, uma vez que, estando distantes dos territórios dos usuários, se torna objetivamente difícil atuar de acordo com a lógica territorial, operando, ao contrário, na “desterritorialização”. Nesse sentido, a questão da territorialidade deve ser considerada em relação à inclusão social, fundando-se nos princípios da própria Reforma Psiquiátrica em prol da elaboração de políticas sociais mais inclusivas e efetivas.

O trabalho no território é, portanto, um pressuposto para a consolidação da mudança de paradigma psicossocial, visto que desloca as intervenções do espaço institucional para o cuidado do indivíduo na comunidade, imprimindo uma lógica desinstitucionalizante. Logo, essa aproximação com a comunidade dimensiona a construção de novas relações sociais entre todos os atores envolvidos, transformando-as e modificando as ainda presentes culturas de exclusão, o que evita a propagação de ações extraterritoriais que não compreendem o usuário em toda a sua dimensão e como parte de um território.

No final desta pesquisa, em razão dos limites impostos a ela em virtude das restrições do próprio território pesquisado e inicialmente colocadas pela Pandemia do COVID-19 – restrições espaço-temporais que impediram maior aprofundamento metodológico diante do objeto pesquisado –, não é possível afirmar, de fato, que a ausência de certa apropriação do

território seja proveniente somente da questão da intermunicipalidade que impede o Serviço operar plenamente de acordo com a lógica territorial. Esta era a hipótese inicial do trabalho: “Compreender o caráter de intermunicipalidade como um limite (e uma contradição posta) à inclusão social dos dependentes químicos, por meio da implementação da lógica territorial e, até mesmo, como elemento “desterritorializante”. Entretanto, não sendo possível metodologicamente abranger maior número de participantes da pesquisa, tendo-se ouvido apenas a Coordenação de um dos CAPSad III Regional (consorciado), entre outros dispositivos desse mesmo tipo, no Estado do Paraná, emerge a questão – sem que se invalidem os resultados aqui obtidos, mesmo com os limites impostos pelas condições atuais – de que as dificuldades de efetivar a inclusão social e a reabilitação psicossocial no território podem, além do caráter intermunicipal, estar associadas às concepções e perspectivas sobre a inclusão social, o trabalho no território e os princípios da reabilitação psicossocial da gestora do CAPSad III Regional. Partindo de tais concepções e perspectivas, a gestora coordena ações e estratégias que pouco têm a ver com um paradigma psicossocial, não podendo ser caracterizadas como inclusivas, reabilitadoras e territoriais. Nesse caso, a questão da não apropriação da lógica territorial se configuraria como um problema local e não dimensionado pela intermunicipalidade.

Além desses dois fatores (intermunicipalidade e concepções e perspectivas pessoais/profissionais da gestora), outra variável se coloca no atravessamento dessas duas: a própria contradição da Política Pública de Saúde Mental que, ao mesmo tempo, tem caráter progressista, no que tange às perspectivas de inclusão social e de reabilitação psicossocial em concordância com o território, e também orienta e promove a implantação de CAPSad III consorciados, que se excede ao local, desviando-se dos processos de territorialidade.

Assim, esta pesquisa, por não ter conseguido concretizar a amplitude de estudo que havia sido almejado (estudo regional), baseando-se apenas em um CAPSad III Regional (estudo local) e partindo da perspectiva da gestora entrevistada, se mostrou insuficiente, apesar de trazer dados bastante significativos para conseguir separar as três variáveis supramencionadas e implicadas na ausência de apropriação territorial do Serviço: (1) Intermunicipalidade; (2) Concepções/princípios da perspectiva da gestora; e (3) A contradição no campo das legislações da Política Pública de Saúde Mental.

Fica claro neste estudo que se confunde a intermunicipalidade com uma visão política determinada por um território, que é também político, e por uma política contraditória que, ao mesmo tempo que prega a descentralização, cria um Serviço que é “centralizador” ou, ainda,

para ocorrer a territorialização, abre a possibilidade de um Serviço que desenvolve práticas “desterritorializantes” a partir dessa centralização.

Desse modo, encerramos este processo (etapa, talvez!) de pesquisa com novos questionamentos, suscitados a partir dos seus resultados, e que poderão se refletir em novos desdobramentos de pesquisas futuras, pois: Essa ausência de apropriação territorial é apenas um problema local? Ou é um problema que se apresenta em demais Serviços que possuem essas características? Ou, ainda, decorre da contraditoriedade da própria política pública? Em medida, é o limite da política pública ou são os limites que se materializam numa gestão de um Serviço de tal modalidade que impede a apropriação do território conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica? Depende mais das concepções do território político dos municípios ou da formação e capacitação dos profissionais? Entre outras questões...

Conclui-se, assim, que esta dissertação apresenta limites para responder a tais perguntas, no entanto, ao mesmo tempo, mostra-se relevante ao propor um estudo original que fornece esses desdobramentos e questionamentos a partir dos próprios limites. Assim, seus resultados podem fomentar investigações e pesquisas futuras em amplitudes maiores com vários e diversos CAPSad III Regionais, para que seja possível separar e afirmar de fato quais dimensões mais determinam a apropriação territorial, ou a ausência dela, em Serviços desta modalidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Janaína Rocha de Sousa; BIZERRIL, Davi Oliveira; SALDANHA, Kátia de Góis Holanda e ALMEIDA, Maria Eneide Leitão de. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Rev. ABENO** [online]. 2016, vol.16, n.2, pp. 07-15.

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

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, M. C. **O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária: a produção de *práxis* de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na Saúde Mental**. 2013. 297 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, 2013.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4665-74, 2011.

ANTUNES, Ricardo. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO, 2008, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 28 e 29 de nov. 2008. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/LxkqK1F4gd8eDW4w38w0.pdf>>. Acesso em: 1º ago. 2021.

AZAMBUJA, Marcos Adegas de; FERREIRA NETO, João Leite. Do território à multiterritorialidade entre usuários, trabalhadores e pesquisadores em saúde mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 39, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci\_arttext&pid=S1414-98932019000600309&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BERTOLETE, José Manoel. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 199-203.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-45, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2019.

BOARINI, Maria Lucia. A higiene mental e o saber instituído. **Mnemosine**, v. 3, n. 1, p. 3-17, 2007. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41302/28570>>. Acesso em: 13 jun. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO; Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: **Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 17, n. 1, pp. 77-93. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>>>Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. In: ———. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica**. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 8 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 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\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 27 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)>. Acesso em: 30 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009.** Institui o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no sistema único de saúde – SUS (Pead 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>. Acesso em: 20 jun. 2021.



\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

\_\_\_\_\_. SUS. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da 4.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Mental, Intersetorial. In: \_\_\_\_\_. **Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20072010/2010/decreto/d7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20072010/2010/decreto/d7179.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Dulce Helena Chiaverini et al. (Org.). Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica**. Brasília: Ministério da Saúde. jan. 2011.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011**. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2011, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20112014/2011/decreto/d7637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7637.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2019.

———. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 27 jan. 2019.

———. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro 2012.** Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

———. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 130 de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24 H (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)>. Acesso em: 27 jan. 2019.

———. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html)>. Acesso em: 27 jun. 2021.

———. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em: <[https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31\\_JANEIRO-2012.pdf](https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31_JANEIRO-2012.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em: 20 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Acesso em: 20 Jan. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.840 de 05 de junho de 2019**. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Disponível em: Acesso em: 30 Jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 10.473 de 24 de agosto de 2020**. Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20192022/2020/decreto/D10473.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2020/decreto/D10473.htm)>. Acesso em: 27 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/ Ministério da saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

\_\_\_\_\_. **Guia metodológico** – Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas (2021-2025), Diagnóstico, Elaboração, Monitoramento e Avaliação/Organização de Hugo Torres do Val [*et al.*]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Conselho Nacional de Políticas Sobre

Drogas, 2020. 56 p. Disponível em: <<https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/2.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (org.). **Serviço social e saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CAMPOS, Eliane Christine Santos de. Território e gestão das políticas públicas: uma reflexão sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). In: ———. **Estado, desenvolvimento e crise do capital**. São Luiz-MA, 2011p. 10. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4188197/mod\\_resource/content/2/TERRIT%C3%93RIO%20E%20GEST%C3%83O%20DE%20POL%C3%8DTICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4188197/mod_resource/content/2/TERRIT%C3%93RIO%20E%20GEST%C3%83O%20DE%20POL%C3%8DTICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf)>. Acesso em: 1º jun. 2021.

CAMPREGHER, I. **Do mesmo teto, do mesmo sangue, do mesmo chão**: a família no cotidiano da loucura. 2009. 165 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CARDOSO, Ricardo. Muniz. M. Só por hoje: um estudo sobre narcóticos anônimos, estigma social e sociedade contemporânea. 2006. Dissertação - Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, 113p.. Disponível em:<<https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/138.pdf>>. Acesso em 31 out. 2021.

CARDOSO. Janaína da Silva Cardoso. A Relação do CAPS com o paradigma da desinstitucionalização, 2017. Universidade Federal do Maranhão. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: Acesso 12 out. 2021.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online], v. 6, n. 1, p. 133-56, 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000200007>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

CASTRO, Iná Elias de. **Instituições e território: possibilidades e limites ao exercício da cidadania**, *Geosul*, Florianópolis, v. 18, n. 36, p. 7-28, jul./dez. 2003. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/geosul/article/view/13575/12448>>. Acesso em: 1º jun. 2021.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, agosto de 2005.

COE, Neilanza M.; DUARTE, Marco J. de O. A construção do Campo de Atenção Psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: ruptura, tessituras e capturas. In: DUARTE, Marco J. O.; PASSOS, Rachel G.; GOMES, Thatiana M. da S. (org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas, SP: Papel Social, 2017. p. 79-99.

COELHO, Raquel Souza, VELÔSO, Thelma Maria Grisi e BARROS, Sibelle Maria Martins de. Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2017, v. 37, n. 2, pp. 489-499. Disponível em: Acesso em 10 set. 2021.

COLLUSSI, Claudia f. e PERREIRA Katiuscia G (org.). Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina. (Série – Formação para Atenção Básica). Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: Acesso em 01 out. 2021.

CORDEIRO, Renata Cavalcanti. **Desafios vivenciado por usuários de drogas no processo de inclusão e reinserção social**: história oral testemunhal. João Pessoa, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/5119/1/ArquivoTotalMaria.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

CORRÊA, Roberto Lobato. **O espaço urbano**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

COSTA, Raul Max Lucas da; DANZIATO, Leonardo. A invenção dos alcoólicos anônimos: alcoolismo e subjetivação. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 21-34, 2018. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000300003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 ago. 2021.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. São Paulo: Ed. Edgar Blucher Ltda, 1977.

CFESS; CFP. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS/CFP, 2009. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

CHEIBUB, Waleska Borges. Práticas disciplinares e usos de drogas: a gestão dos ilegalismos na cena contemporânea. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 548-57, dez. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498932006000400003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932006000400003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 out. 2021.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 14, p. 1483-92, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800021>>. Acesso em: 6 jul. 2021.

DELGADO, Jaques Mauricio Ferreira. Reflexões na cidade sem manicômios. In: DELGADO, Jaques (trad. e org.). **A loucura na sala de jantar**. Santos, SP: Copyright, 1991.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4701-06, 2011.

DEMO, Pedro. **Charme da exclusão social: polêmicas do nosso tempo**. 2. ed. rev. Campinas, SP: Autores Associados, 2002.

DENADAI, Mirian Cátia Vieira Basílio; BERNARDES, Franciani. Política de Saúde Mental: retrocessos à vista? **Argumento**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 5-9, set./dez. 2018.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DIAS, José Edmo Coli. Programa Microrregional de Saúde Mental. Consórcio intermunicipal de saúde da Microrregião de São Lourenço, MG. In: PITTA, Ana. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 121-30.

DIAS, Míriam Thais Guterres. Direito à moradia e desinstitucionalização em saúde mental. In: DUARTE, Marco J. O.; PASSOS, Rachel G.; GOMES, Thatiana M. da S. (org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas, SP: Papel Social, 2017. p. 103-25.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 150-64.

DUARTE, Marco J. O.; PASSOS, Rachel G.; GOMES, Thatiana M. da S. (org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas, SP: Papel Social, 2017.

FARIA, Rivaldo M.; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Curitiba: Editora UFPR, 2009. p. 31-41. Disponível em: <[https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco\\_territorio\\_e\\_saude.pdf](https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf)>. Acesso em: 1º jun. 2021.

FAZENDA, Isabel. Serviço Social, Direitos Humano e Saúde Mental. In: DUARTE, Marco J. O.; PASSOS, Rachel G.; GOMES, Thatiana M. da S. (org.). **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas, SP: Papel Social, 2017. p. 209-29.

FIGUEIRA, Fernanda Freire Figueira. **A Liga Brasileira de Higiene Mental e a Psicologia no Brasil**: a história a ser contada. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, 2014.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. (org.). **Microfísica do poder**. Trad. por R. Machado. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 21.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão** Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 288.

\_\_\_\_\_. Nascimento da biopolítica. In: \_\_\_\_\_. **Curso no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FURTADO, Juarez Pereira et al. A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2016, v. 32, n. 9, e00059116. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>>. Acesso em: 10 set. 2021.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades artigos: Uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa 260 em Ciências Sociais. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 2, Mar./Abr. 1995, p. 57-63.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. por D. M. Leite. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GUERRA, Y. Em defesa da qualidade da formação e do trabalho profissional: materialização do projeto ético-político profissional em tempos de barbárie. **Revista Conexão Geraes**. Cress – MG. 2º semestre de 2014.



HAESBAERT, Rogério. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: SANTOS, Milton *et al.* **Território, territórios**: ensaios sobre ordenamento territorial. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

\_\_\_\_\_. A desterritorialização: entre as redes e os aglomerados de exclusão. In: CASTRO, I. E. *et al.* (org.). **Geografia**: conceitos e temas. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

\_\_\_\_\_. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

HEIDRICH, Andrei V. Balanço da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira. In: DUARTE, Marco J. O.; PASSOS, Rachel G.; GOMES, Thatiana M. da S. (org.). **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas, SP: Papel Social, 2017. p. 67-78.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2009, v. 14, n. 1, p. 297-305, 20 jan. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>>. Acesso em: 13 set. 2021.

JONES, Maxwell. **A comunidade terapêutica**. Trad. por Lúcia Andrade Figueira Bello. Petrópolis, RJ: Vozes, 1972.

JORGE, Marco Aurélio Soares. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. 1997. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (org.), **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 69-74.

LANZA, Lília Maria Bettiol; FAQUIN, Evelyn Secco. A lógica territorial na política de saúde. In: ALVES, Jolinda de Moraes; LANZA, Lília Maria Bettiol; AMARAL, Wagner Roberto do (org.). **A lógica territorial na gestão das políticas sociais**. Londrina, PR: EDUEL, 2018. p. 143-76.

LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v. 15, n. 36, p. 137-52, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832011000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 572-586, Set. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005>>. Acesso em: 30 Jul. 2019.

LIMA, Elizabeth M. F. de A. e; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate [online]**, v. 38, n. 102, p. 593-606. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>>. Acesso em: 1º jun. 2021.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 abr. 2021.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. **Memorandum**, 22, 138-164, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6595>>. Acesso em: 01 set. 2021.

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/63735/39550>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

MARCHETTI, Silvana Proença. A inclusão social de usuários dos CAPS AD de um município paulista. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem

de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <doi:10.11606/D.22.2016.tde-06042016-195244>. Acesso em 30 Set. 2021.

MARQUES, Carlos Alberto. **A imagem da alteridade na mídia**. 2001. 248 f. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

MARSHALL, Thomas h. **Cidadania, Classe Social e Status**. Trad. por Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

\_\_\_\_\_. Reflexão crítica sobre o tema da “exclusão social”. In: MARTINS, J. S. **A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre pobreza, exclusão e classes sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 25-47.

\_\_\_\_\_. **Exclusão social e a nova desigualdade**. 4. ed. São Paulo: Paulus, 2009.

MARTINS, Vera Lúcia. **Mal(ditas) drogas: um exame dos fundamentos socioeconômicos e ideológico-políticos da (re)produção das drogas na sociedade capitalista**. 2011. 197 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17532>>. Acesso em: 13 jun. 2021.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**. Campinas, SP: Boitempo/Editora da Unicamp, 2002.

MINAYO, M. S.S. (ORG), et al. **Pesquisa Social, Teoria, método e criatividade**. 2ª reimpressão, Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2019.

MOURA, Renata Heller de; BOARINI, Maria Lucia. A saúde da família sob as lentes da higiene mental. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 19, n. 1, p. 217-35, 2012.

MUNIZ, Marcela Pimenta. **O encontro com a Saúde Mental**: uma perspectiva ético-estética do cuidado. 2016. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2016.

NASSIF, Maria Inês. *Crack é usado por miseráveis porque é barato* (Entrevista com Dartiu Xavier da Silveira). **Carta Maior. Política**, 2012. Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/Crack-e-usado-por-miseraveis-por-que-e-barato%0D%0A/4/18370>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

NETTO, José P.. Desigualdade, pobreza e Serviço Social. Em Pauta, n. 19, Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007. Disponível em:<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/190/213>>. Acesso em: Dez. de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad. por: Dorgival Caetano, 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 69-82.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 11, n. 2. maio/ago. 2004.

PAUGAM, Serge. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais – Uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 69-88.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023 - Curitiba**: SESA, 2020. 210 p. Disponível em:< <https://www.conass.org.br/wp->

content/uploads/2021/04/PLANO-ESTADUAL-DE-SAU%CC%81DEDOPARANA%CC%81-2020-2023.pdf>. Acesso em 28 de Out. de 2021.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 244 p. ISBN: 978-85-7541-187-2.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES; Simone De Jesus. **As expressões da questão social na saúde mental**: uma análise nos 4 CAPS II de Teresina-PI. Teresina: Universidade Federal do Piauí, jul./dez. 2015. p. 82-98.

PINA, Leonardo Docena. Sociedade inclusiva: a face aparente do capitalismo em uma nova fase. Filosofia e Educação (*Online*). **Revista Digital do Paideia**, v. 2, n. 1, p. 127-49, abr./set. 2010. ISSN 1984-9605. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rfe/article/view/8635527/3320>>. Acesso em: 8 maio 2021.

PINHEIRO, Samya Katiane Martins. **A guerra às drogas em tempos de barbárie**: a política proibicionista enquanto expressão do conservadorismo no Brasil, 2019. Disponível em:<[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho\\_Submissãoid\\_542\\_5425cca550d0ea26.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_Submissãoid_542_5425cca550d0ea26.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2021.

PINHO, P. H. *et al.* Reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 1261-6, dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342009000600020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000600020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2019.

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? **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, p. 82-8, 2008. Supl. 1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000700017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 jan. 2020.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-89, 2011.

\_\_\_\_\_. Prefácio à quarta edição. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016a. p. 9-12.

\_\_\_\_\_. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016b. p. 27-36.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão [online]**, v. 21, n. 4, p. 2-15, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000400002>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

RADKE, Mariana B.; CECCIM, Ricardo B. Educação em saúde mental: ação da reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 2, p. 19-36, 2018. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/845/279>>. Acesso em: jun. 2021.

RAICHELIS, Raquel. Serviço social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: ——— *et al.* (org.). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018. p. 25-65.

RAMOS, Renata Cristina Marques Bolonheis. **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, 2012.

RAMOS, Renata Cristina Marques Bolonheis; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]**, v. 22, n. 4, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>>. Acesso em: 13 jun. 2021.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 23, 2004.

RIBEIRO, MC; MACHADO, AL. A terapia ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2008; 19(2):72-5. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14031>. Acesso em 10 set. 2021.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2012.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102, 2010.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. **Controle Penal Sobre as Drogas Ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 2006. 273 f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/355.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2021.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682005000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 10 out. 2021.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 311-01-66282013000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019.

ROTELLI, Franco. Entrevista com Franco Rotelli: coordenador dos serviços de Saúde Mental de Trieste. In: DELGADO, Jaques (trad. e org.). **A loucura na sala de jantar**. Santos, SP: Copyright, 1991.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Exclusão/Inclusão social de usuários de um CAPS na vida cotidiana. **Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 704-12, set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SANCHES, Laís Ramos. **Reabilitação psicossocial e reinserção social de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas na perspectiva de profissionais de CAPSad**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São João del Rei, São João del Rei, MG, 2018. Orientador: Marcelo Dalla Vecchia.

SANCHES, Laís Ramos; VECCHIA, Marcelo Dalla. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30178335>>. Acesso em: 8 mar. 2020.

SANCHES, Laís Ramos; VECCHIA, Marcelo Dalla. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 24, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200239>>. Acesso em: 7 ago. 2021.

SANTOS, Aila Fernanda dos. **Drogas enquanto mercadorias nas relações sociais capitalistas: um debate no Serviço Social brasileiro**. 2019. 217 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Políticas Sociais) – Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, SP, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/51911>>. Acesso em: 13 jun. 2021.



SANTOS, Marcos Roberto Paixão; NUNES, Mônica de Oliveira. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v. 15, n. 38, p. 715-26, set. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SANTOS, Marta Alves. As lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Katálisis**, v. 16, n. 2, p. 233-40, dez. 2013.

SANTOS, Milton. **O país distorcido**: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha, 2002.

\_\_\_\_\_. **O espaço da cidadania e outras reflexões**. Organizado por SILVA, Elisiane; NEVES, Gervásio R.; MARTINS, Liana B. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2011. 224 p. (Coleção O Pensamento Político Brasileiro, v. 3).

SANTOS, Alexandre Lima e RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2010, v. 8, n. 3, pp. 387-406. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>>. Acesso em 07 set. 2021.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e concepções de território**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 19-26.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SAWAIA, B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014a. p. 7-13.

\_\_\_\_\_. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014b. p. 99-119.

SCHMIDT, J. P. Para entender as políticas públicas: aspectos conceituais e metodológicos. In: REIS, J. R.; LEAL, R. G. (org.). **Direitos sociais e políticas públicas**: desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul, RS: Edunisc, 2008, p. 2307-33. Tomo 8.

\_\_\_\_\_. Exclusão, inclusão e capital social: o capital social nas ações de inclusão. In: REIS, J. R.; LEAL, R. G. (org.). **Direitos sociais e políticas públicas**: desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul, RS: Edunisc, 2008. p. 1755-86. Tomo 8.

SILVA, Jacqueline Maria Cavalcante da. Políticas públicas como instrumento de inclusão social. **Revista da Faculdade de Direito da UFG**, v. 35, n. 1, p. 160-85, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/revfd/article/view/15589>>. Acesso em: 9 maio 2021.

SILVA, Aline Basso da.; PINHO, Leandro Barbosa. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, p. 420-4, mai/jun. 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10091>>. Acesso 20 out. 2021.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka; COSTA-ROSA, Abílio da. **Do tratamento moral à atenção psicossocial**: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online], v. 21, n. 63, p. 845-56, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0202>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

TEIXEIRA, Solange M. Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (org.). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015. p. 211-39.

VALENTINI JR., Willians A.; VICENTE, Cenise M. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: PITTA, Ana. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 67-74.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Abordagens psicossociais: história, teoria e prática no campo**. São Paulo: Hucitec, 2008a. v. 1.

\_\_\_\_\_. **Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008b. v. 2.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Tempos sombrios e resistência: diálogos com marxismo e o Serviço Social**. 1. ed. Campinas, SP: Papel Social, 2016.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de. Cuidado com corpos: um olhar (de gênero) para políticas de saúde. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 371-88, ago. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X201500200371&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X201500200371&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2020.

VAZ, Alexandre Fernandez; FUCK, Lara Beatriz. Higiene do corpo e higiene da mente: algumas raízes da psiquiatrização da educação no Brasil. **Projeto História**, São Paulo, n. 55, p. 327-54, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000200007>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

VELOSO, Lais; CARVALHO, Jane; SANTIAGO, Luciana. Redução dos danos do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, Maria Inês

Souza et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Rio De janeiro: UERJ, 2007. p. 165-178.

WANDERLEY, Mariangela B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 17-28.

WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 543-8, dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072004000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2019.

YASUI, Silvio. **Ruptura e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro, 2006.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na  
CONEP em 04/08/2000

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

**Título do Projeto:** O processo de inclusão social de pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas: Um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD III Regional com sede no município de Marmeleiro-PR.

**Pesquisadora:** Kelin Forgiarini, contato telefônico (46) 99132-5889, E-mail: kelin\_forgiarini@hotmail.com.

Convidamos a Sr(a) \_\_\_\_\_, coordenador(a) do CAPS ADIII – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Regional, com sede na cidade de Marmeleiro-PR, a participar da pesquisa que tem o objetivo apreender e analisar em que medida a inclusão social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD III Regional, tem sido efetivada, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial postulados a partir da Reforma Psiquiátrica, na lei 10.216/2001. Espera-se, com este estudo, realizar contribuições científicas: Produção acadêmica/reflexões teóricas sobre o debate da inclusão social baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, contribuindo, também, com as discussões na área da inclusão social na dependência química que poderão servir a pesquisas futuras sobre a temática; possibilitando um melhor entendimento sobre o tema, auxiliando na construção de estratégias para os CAPS AD III que contribuam para o processo de inclusão social dos usuários. Para tanto, será realizada uma entrevista com o objetivo de coletar informações. A entrevista será gravada para, posteriormente, ser analisada. Durante a execução do projeto poderão acontecer riscos indiretos que podem ser de cunho moral, um constrangimento no momento das perguntas, que podem levar a senhora a sentir-se mal, dentro das dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, embora as questões da entrevista não sejam de ordem pessoal. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida imediatamente. Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo, além disso, poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você pode contatar o pesquisador pelo telefone mencionado acima ou o Comitê de Ética pelo número (45) 3220-3092. Este documento será assinado em duas vias, sendo uma delas entregue ao sujeito da pesquisa.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto

(Nome do sujeito de pesquisa ou responsável)

Eu, Kelin Forgiarini, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Pesquisadora: Kelin Forgiarini

(local e data) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE II

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS Questionário de caracterização do campo de pesquisa

**Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE**

**Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social, nível de mestrado**

**Pesquisador responsável:** Kelin Forgiarini

**Objetivo geral da pesquisa:** Aprender e analisar em que medida a inclusão social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III Regional, tem sido efetivada, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial postulados a partir da Reforma Psiquiátrica, na lei 10.216/2001.

**Instrumento de coleta de dados:** questionário

**Data da coleta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Instruções para responder:** Em vista do objetivo da pesquisa, sugere-se que as questões sejam respondidas de preferência com o maior número de detalhes possíveis, pode-se até utilizar de ajuda da equipe técnica/profissionais para auxiliá-lo (a) nas respostas.

#### A. CARACTERIZAÇÃO DO CAPS AD III

a) Municipal ( ) Regional ( )

b) O serviço é acessível aos usuários? (a localização é próxima a terminais de transporte público; o endereço é de fácil localização para os usuários que vem de outros municípios; o local em que o serviço está localizado é próximo a outros serviços de saúde, lazer, etc.).

c) Ano, data de fundação do serviço:

d) Ano, data da habilitação do serviço:

e) Tempo de funcionamento do CAPS AD III:

f) Composição profissional da equipe do CAPS:

g) Número de usuários atendidos:

h) Número de famílias atendidas:

i) Número de municípios atendidos:

j) Principais transtornos psiquiátricos atendidos:

APÊNDICE III  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**  
Roteiro da entrevista semiestruturada

**Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE**

**Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social, nível de mestrado**

**Pesquisador responsável:** Kelin Forgiarini

**Objetivo geral da pesquisa:** Aprender e analisar em que medida a inclusão social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III Regional, tem sido efetivada, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial postulados a partir da Reforma Psiquiátrica, na lei 10.216/2001.

**Instrumento de coleta de dados:** entrevista semiestruturada

**Data da coleta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Instruções para responder:** Em vista do objetivo da pesquisa, sugere-se que as questões sejam respondidas de preferência com o maior número de detalhes possíveis.

**B. REFORMA PSIQUIÁTRICA, CAPSad III E A INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS**

**1. REFORMA PSIQUIÁTRICA, INCLUSÃO SOCIAL, CAPSad III: PRESSUPOSTOS E CONCEPÇÕES**

- a) Qual a sua concepção sobre a reforma psiquiátrica brasileira? Como compreende os princípios essenciais da reforma psiquiátrica brasileira e da Lei 10.216, de 2001?
- b) Como você compreende o papel do CAPSad III no processo da reforma psiquiátrica?
- c) Sabe-se que CAPSad III regional oferece atendimento 24 horas e é um serviço portas abertas. Que estratégias este serviço utiliza para não reproduzir a lógica médico-curativa e focar na produção de cuidado no território e com enfoque psicossocial, seguindo, desse modo, os fundamentos da reforma psiquiátrica?
- d) De modo geral, o que você entende sobre inclusão social?
- e) Como você compreende o processo de inclusão social das pessoas em situação de uso de álcool/drogas?
- f) Em sua opinião, o processo da Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças no atendimento ao usuário e ao familiar, visando à inclusão social? De que maneira?



## 2. ESTRATÉGIAS DE AÇÕES INCLUSIVAS A PARTIR DA LÓGICA TERRITORIAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- a) O que você compreende por lógica territorial?
- b) Em sua opinião, a noção de território está presente na organização e na operacionalização das ações propostas por este serviço? De que modo?
- c) Quanto à noção de inclusão, quais ações, estratégias e propostas são realizadas visando à inclusão social? (Grupos, materiais utilizados, associações, horário de atendimento, etc).
- d) Você conhece algumas abordagens e ferramentas utilizadas no trabalho de inclusão social? Quais?
- e) Em quais fontes (portarias, manuais, normas técnicas e operacionais etc.) esse trabalho com de inclusão social se baseia?
- f) Quais profissionais atuam nas ações inclusivas? Descreva o trabalho deles: O que eles fazem?
- g) Você consegue identificar ações e intervenções no seu trabalho que visem à inclusão social às pessoas acometidas pela dependência química?
- h) Quais as possibilidades encontradas no território para o desenvolvimento das ações de inclusão social?
- i) A equipe realiza encontros para discutir e programar o trabalho com usuários/família e equipe de ESF, realizado no CAPS? (Estudos de caso, planejamento das ações no CAPSad III e no município de origem, estudos teóricos etc.). Como e com que frequência se dão esses encontros?
- j) Como ocorrem e em quanto tempo se dão os matriciamentos das equipes de atenção primária?
- k) O CAPSad III vai até os municípios realizar os matriciamentos ou as equipes dos municípios se deslocam até o CAPSad III?
- l) Como é realizada a incorporação da família pelo CAPS? Qual trabalho é realizado com essas famílias, considerando a inclusão social e o território?
- m) As ações inclusivas ocorrem de modo intersetorial ou interdisciplinar (de acordo com as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS)? Explique e exemplifique, se puder.
- n) Qual a sua compreensão sobre a noção de reabilitação psicossocial?
- o) De acordo com essa compreensão, em quais princípios da reabilitação psicossocial o trabalho do CAPSad III Regional se embasa?
- p) Quais planejamentos, estratégias e ações o serviço desenvolve em relação à reabilitação psicossocial?

- q) A reabilitação psicossocial compreende três pilares: a rede social, o habitar e o trabalho. De que modo o CAPSad III, trabalha/concretiza esses pilares?
- r) Quais as atividades realizadas pelos profissionais para promover a reabilitação psicossocial?
- s) As ações desenvolvidas pelo serviço em relação à reabilitação psicossocial promovem a contratualidade no território? De que forma?
- t) Quais as práticas de reabilitação psicossocial propostas pelo serviço visam promover o protagonismo para o exercício dos direitos de cidadania de usuários e familiares?
- u) As estratégias de reabilitação psicossocial e do protagonismo se restringem a um ponto de atenção ou ocorrem no território dos usuários?

### 3. INTERFACE/ARTICULAÇÃO ENTRE INCLUSÃO SOCIAL, REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E LÓGICA TERRITORIAL

- a) Como o CAPSad III articula esses três elementos (inclusão social, reabilitação psicossocial e lógica territorial) em relação à produção do cuidado dos usuários de álcool e outras drogas e de suas famílias?
- b) Como se dá a aproximação do CAPSad III com as famílias dos usuários?
- c) O CAPSad III realiza visitas domiciliares para os usuários e familiares, como forma de promover a reabilitação psicossocial junto à realidade?
- d) O serviço propõe possibilidades de práticas territoriais na produção de mudanças no cotidiano dos usuários e família?
- e) Em sua opinião, os usuários do CAPSad III deste município e suas famílias, oriundas dos 27 municípios consorciados, têm conseguido, de fato, acessar este serviço? De que modo?
- f) Esse acesso tem possibilitado a participação familiar que é premissa da Reforma Psiquiátrica, no tratamento dos seus membros usuários do CAPSad III? De que modo?
- g) As famílias conseguem participar das ações inclusivas propostas pelo CAPS ADIII, estando distante em outros municípios? Estas ações se dão nos municípios ou no serviço?
- h) Na sua visão, qual o papel que a família desempenha diante da inclusão social dos usuários?
- i) De que forma o CAPSad III estimula/potencializa o poder de contratualidade dos usuários para que estes possam construir laços familiares e sociais; participar da vida cotidiana e circular nos mais diversos espaços sociais?
- j) Quais recursos que podem ser encontrados na comunidade/território que visam o resgate da autonomia, a garantia de direitos, participação familiar e a inclusão social?

k) Em sua concepção o CAPSad III vem cumprindo e atendendo os preceitos da Reforma Psiquiátrica, mesmo estando distante de seus usuários e de suas famílias? Justifique tua resposta.

l) Em sua opinião, o trabalho desenvolvido pelo do CAPSad III, com sede regional, consegue realizar a inclusão social dos usuários? De que modo?

## APÊNDICE IV

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário de Caracterização do Campo de Pesquisa Respondido

**Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE**

**Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social, nível de mestrado**

**Pesquisador responsável:** Kelin Forgiarini

**Objetivo geral da pesquisa:** Aprender e analisar em que medida a inclusão social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III Regional, tem sido efetivada, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial postulados a partir da Reforma Psiquiátrica, na lei 10.216/2001.

**Instrumento de coleta de dados:** questionário

**Data da coleta:** 22/10/2020

**Instruções para responder:** Em vista do objetivo da pesquisa, sugere-se que as questões sejam respondidas de preferência com o maior número de detalhes possíveis, pode-se até utilizar de ajuda da equipe técnica/profissionais para auxiliá-lo (a) nas respostas.

#### A. CARACTERIZAÇÃO DO CAPSad III

a) **Municipal** ( ) **Regional** (x )

b) **O serviço é acessível aos usuários?** (a localização é próxima a terminais de transporte público; o endereço é de fácil localização para os usuários que vem de outros municípios; o local em que o serviço está localizado é próximo a outros serviços de saúde, lazer, etc.).

Sim, o serviço é acessível aos usuários no sentido de fácil localização, bem centralizado e próximo a serviços de saúde e lazer. A Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 prevê uma população de acima de 200.000 habitantes para implantação de CAPSad III, o que observamos é tem municípios muito distantes do serviço o que muitas vezes impossibilita a sua vinda; com sugestão deveria ser implantado outro serviço ou até mais, centralizando e possibilitando o acesso a municípios próximos, mas para isso deverá ser revista a portaria, no que tange a população atingida.

c) **Ano, data de fundação do serviço:** 19/05/2014

d) **Ano, data da habilitação do serviço:** 02/12/2014. Portaria 1369 de 02 de dezembro de 2014.

e) **Tempo de funcionamento do CAPSad III:** 06 anos e 05 meses.

**f) Composição profissional da equipe do CAPS:** 29 colaboradores, sendo: 07 enfermeiros; 08 técnicos de enfermagem; 01 psicólogo; 01 pedagogo; 01 médico psiquiatra; 01 médico clínico geral; 02 assistentes sociais; 01 educador físico; 04 auxiliar de serviços gerais, 01 auxiliar administrativo, 01 motorista, 01 coordenador.

**g) Número de usuários atendidos:** Pacientes atendidos/cadastrados/ pela primeira vez: 2014- 109; 2015- 290; 2016- 216; 2017- 290; 2018- 253; 2019- 365; 2020 –até 22/10/2020- 317 atendidos.

**h) Número de famílias atendidas:** O serviço possui registros a partir do ano de 2017. No ano de 2014-sem registro; 2015- sem registro; 2016- sem registro; 2017- 04/2017 iniciou-63 famílias; 2018- 122; 2019- 84; 2020 –até 22/10/2020- 45 famílias (devido COVID-19, feito via telefone a partir de 04/2020).

**i) Número de municípios atendidos:** 27

**j) Principais transtornos psiquiátricos atendidos:** álcool e drogas.

## APÊNDICE V

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Transcrição da Entrevista Realizada com a Coordenadora do CAPSad III Regional

**Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE**

**Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social, nível de mestrado**

**Pesquisador responsável:** Kelin Forgiarini

**Objetivo geral da pesquisa:** Apreender e analisar em que medida a inclusão social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III Regional, tem sido efetivada, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial postulados a partir da Reforma Psiquiátrica, na lei 10.216/2001.

**Instrumento de coleta de dados:** entrevista semiestruturada

**Data da coleta:** 22/10/2020; 26/10/2020; 29/10/2020; 23/11/2020; 30/11/2020.

**Instruções para responder:** Em vista do objetivo da pesquisa, sugere-se que as questões sejam respondidas de preferência com o maior número de detalhes possíveis.

## **B. REFORMA PSQUIÁTRICA, CAPSad III E A INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS**

### **1. REFORMA PSQUIÁTRICA, INCLUSÃO SOCIAL, CAPSad III: PRESSUPOSTOS E CONCEPÇÕES**

**P: a) Qual a sua concepção sobre a reforma psiquiátrica brasileira? Como compreende os princípios essenciais da reforma psiquiátrica brasileira e da Lei 10.216, de 2001?**

**E:** Acho que veio a calhar tudo o que tem e envolver o que tem de humanitário, porque da forma como se estava se concebendo e as coisas estavam andando não ia ter mais local para alojar as pessoas. Acho que os Centros de Atenção Psicossocial que foram descentralizados, não os CAPSad, mas os Centros de Atenção Psicossocial, acho que foi uma das melhores formas de evitar esse constrangimento pro paciente, pro usuário em si. Então, eu acredito que isso possa ser trabalhado muito mais, porque é diferente o tratamento. Eu como me formei em Pelotas eu lembro que fiz estágio no hospital psiquiátrico, aquilo já na entrada é terrível. E ao invés de fazer com que o paciente se sinta acolhido e melhore acaba piorando mais, principalmente na questão de álcool e drogas. Aqui enquanto CAPS Regional que também está dentro da Lei e das diretrizes, que acho que é a que quando se esgotou no CAPS o acolhimento noturno e tratamento ambulatorial aí sim vai se ver alguma coisa fechada, mas ainda tem municípios que trabalham, eles preferem não mandar pro CAPS Regional, pra uma referência

e já solicitam uma Central. Mas, isso já vem sendo também trabalhado via Regional, que os municípios, vocês trabalhem também em matriciamentos, que primeiro se esgotem as possibilidades que existem para depois se solicitar uma internação fechada. Então, acho que as diretrizes está se encaminhando, acredito que o governo federal também esteja vendo isso e que cada vez se envie mais recursos e façam com que se abram mais serviços para que o povo tenha mais acesso. Não sei se é isso que você queria?

**P: E em relação a Lei 10.216, você acha que ela também contribuiu para a existência dessas modalidades de atendimentos e serviços, para fortalecer os direitos dos usuários?**

**E:** Com certeza, ela veio justo pra por isso que os CAPS estão em funcionamento e que se abram outros. Então, acredito que sim ela veio de uma forma humanitária e de uma forma holística atender aquilo que o usuário precisa. Eu não sou da área de saúde mental, tem coisa que eu não vou saber te responder, só pela experiência.

**P: b) Como você compreende o papel do CAPSad III no processo da reforma psiquiátrica?**

**E:** É de fundamental importância porque ele não abrange só o paciente, então, é tudo, é a família, é todo um contexto social, as unidades de acolhimentos também. Então, ele não veio só pra atender específico álcool e drogas, porque quatorze dias em acolhimento noturno não vai resolver o problema de ninguém. Então, trabalha a família, trabalha o social, trabalha o município, pra que o município também veja onde que ele está inserido em lócus, pra ver o que é preciso ser feito, claro que ninguém vai ficar acolhido noturno e vai e mora lá numa casinha, num bairro que seja onde morar e quando voltar ele vai ter que voltar pra lá, ele não vai se mudar de local, a maioria acontece isso, então, eles tem que aprender a trabalhar esse contexto social pra que eles possam enfrentar a realidade lá fora e a gente tá aqui para auxiliá-los nesse sentido.

**P: c) Sabe-se que CAPSad III regional oferece atendimento 24 horas e é um serviço portas abertas. Que estratégias este serviço utiliza para não reproduzir a lógica médico-curativa e focar na produção de cuidado no território e com enfoque psicossocial, seguindo, desse modo, os fundamentos da reforma psiquiátrica?**

**E:** Ele é 24 horas, é regime de acolhimento. Então, ele trabalha com uma equipe, não é direcionada só ao médico psiquiatra ou ao médico clínico ou ao psicólogo, então, é toda uma equipe envolvida: assistente social, psicólogo, educador físico, pedagogo, então, inclusive os casos são discutidos entre toda a equipe. É feito o acolhimento do paciente e o que se capta ali na anamnese, na estratificação é repassado sim ao médico psiquiatra por que é ele que tem o

conhecimento, então, nesse momento as vezes o médico não avalia o paciente, mas já pede pra inserir no tratamento ambulatorial ou o psicólogo conversa com esse paciente antes de um atendimento também médico. Mas, todo o paciente que chega ao nosso serviço ele é acolhido e já saiu com um plano de tratamento ou acolhimento noturno ou tratamento ambulatorial. E semanais também são feitas reuniões para discutir caso a caso, e esse paciente sai com a devolutiva pro município também, com que tipo de tratamento, que tipo de plano, o que o paciente e que o município tem e pode ofertar de suporte também e sai com agendamento de atendimento individualizado com o psicólogo e com o psiquiatra. Então, as vezes nem tudo que se consegue captar no acolhimento, ali na hora, nem tudo, não se consegue captar tudo, então com cada profissional que ele é atendido junta tudo as vezes se consegue um diagnóstico melhor, compreender a causa, então tudo é trabalhado com hipóteses digamos assim, um pouquinho de cada profissional conseguimos chegar além, para poder ofertar realmente o que o paciente precisa. E é 24 horas, portas abertas para acolhimento nós priorizamos de dia, porque no período da noite é complicado, geralmente quem faz acolhimento é assistente social, enfermeiro e o psicólogo, depois das 17:00 tem enfermeiro, tem toda a equipe, mas até o acolhimento é feito, mas o acolhimento noturno é feito no período da manhã, o acolhimento noturno, porque neste período nós temos médico, por que nós não temos, claro a gente não deixa só na responsabilidade do médico, mas o paciente que tem critério para acolhimento noturno, ele tem que passar pela avaliação médica para que ele possa prescrever medicamentos, compete só ao médico prescrever. Então, é feito no período noturno, mas o acolhimento em si em todos os períodos. E claro, o acolhimento noturno até que se tenha vagas, nós temos oito leitos só no CAPSad III para região inteira.

**P: Então na tentativa de evitar essa lógica médico-curativa assim, vocês fazem outras ações além das ações que são feitas, além dos atendimentos?**

**E:** Faz, faz matriciamentos, é solicitado, no momento por conta do COVID, é solicitado via telefone o suporte do município, é comunicado a família quando o paciente não vem e que não veio; se tem consulta médica também e porque que o paciente não venho e depois ele liga se não compareceu tanto para o tratamento, quanto na consulta e aí é enviado busca ativa. Então, são feitas essas ações e eram feitas reuniões com as famílias, reuniões com enfim, com os municípios e com os coordenadores e por conta do COVID agora não é feito. Era feito confraternização e solicitado que viessem os familiares e no momento está sendo via telefone e via web, mas eram feitas essas ações antes. Via e-mail e por telefone pra solicitar também o



apoio do município, porque todos os municípios tem um psicólogo e um assistente social que nos dão suporte, as vezes inserindo o paciente em um programa social nos dias que eles não vêm aqui, então são feitas essas ações.

**P: d) De modo geral, o que você entende sobre inclusão social?**

**E:** Inclusão social? Olha ainda se percebe que os pacientes que ficam acolhidos conosco quando eles vão lá fora, eles mesmos relatam pra nós que em função deles serem usuários de drogas e de álcool, por terem sido presos, eles têm dificuldades. E, nós percebemos aqui também quando os pacientes estão na Unidade de Acolhimento, depois dos quatorze dias e se é verificado se há possibilidade e se tem critério de permanecer nessa Unidade que é transitória, nessa casa os pacientes podem estar procurando emprego durante o dia, então, eles saem de manhã e retornam à noite só pra dormir. Então, tem sim certa resistência quando ainda se fala em usuário, principalmente de álcool em si, nós temos várias pessoas que são funcionários públicos que fazem tratamento conosco e que tem dificuldade em continuar no trabalho ou que seja remanejada para outra função. Então, existe sim ainda uma certa sabe, uma certa parede nesse sentido. Porque eu acredito que a inclusão social vinda ela iria auxiliar muito assim, se eles tivessem assim uma garantia por eles estarem tratando, por eles estarem se esforçando que eles pudessem lá fora conseguir algo a mais seguro pra eles, isso irá auxiliar. Mas, ainda se tem muita dificuldade sim, seria excelente se funcionasse.

**P: Pra você o que é incluir? O que é inclusão social?**

**E:** Independentemente de ser só na dependência química. Eu acho que é uma equidade né, é tudo que tá no entorno nosso e que pudesse acontecer da mesma forma, eu você, qualquer pessoa independente de deficiência, independente de uso de alguma substância pudesse estar incluída aí trabalhando e auxiliando. Que as vezes o que as pessoas o que falta é oportunidade, aceitação. Então, pra mim a inclusão seria tudo, é você estar envolvido aí no meio, porque melhora o teu trabalho, melhora o teu psicológico, melhora tudo né. Não sei se fui clara, mas eu acho que é isso.

**P: e) Como você compreende o processo de inclusão social das pessoas em situação de uso de álcool/drogas?**

**P: Você acabou falando isso e das dificuldades desse público, mas você diz somente em relação ao trabalho ou também há outros recursos sociais, na sociedade que não tenha, ou na comunidade?**

**E:** É então, a maioria não tem alguma coisa diferenciada pra pode tá ou as vezes mesmo que ele esteja trabalhando ele está em tratamento, ele teria que sair ao menos uma vez por semana ou duas vezes ou quando tem consulta e isso eles não aceitam. Mas, eu acho eu a maior dificuldade ainda é na questão do trabalho que a gente consegue observar pelo relato deles aqui né.

**P: Lazer, cultura, como que você vê isso. Existe inclusão nisso ou não?**

**E:** Não cultura também não, tem bastante resistência também nisso. Lazer não porque a gente, eles têm os próprios amigos, turmas e, mas também eles relatam que depende onde eles vão se tem alguma festa, alguma coisa, que eles são vistos com outros olhos. Isso é a questão do relato deles, a gente não presencia isso geralmente, mas eles relatam isso, que são vistos principalmente o usuário de álcool, que ele é um bêbado; a chegou o bêbado; aquele lá que usa droga; e que as pessoas nem se aproximam muitas vezes. Então, tem também. Mas, a maioria é no trabalho, que é complicado, que eles acabam perdendo o trabalho, a família traz, obriga, porque geralmente eles vêm por alguma coisa, quando eles decidem vir é também por alguma coisa. Ou a família tá pressionando ou é o trabalho que tão perdendo; ou é guarda do filho; ou tão fugindo de ser preso; ou tem alguma ameaça, normalmente eles são movidos por algum dessas situações.

**P: O CAPS já conseguiu reabilitar algum paciente, inserindo ele no trabalho? Como que foi? Tem como citar um exemplo?**

**E:** Olha em três anos que eu estou aqui, reabilitar em três anos que eu lembre eu posso até confirmar isso, mas eu acho que foi quatro pacientes, que reabilitou que não teve mais recaídas, não teve mais nada, inclusive teve alta melhorada e conseguiu se inserir no trabalho e ter autonomia na vida, eles são de municípios diferentes. Inclusive não lembro o nome teve um paciente que veio aqui visitar o CAPS e agradecer. Eu entrei em 2017 e em três anos que eu lembre são estes. É uma porta giratória, depois de um ano, depois de oito meses, ainda em tratamento, nós não temos assim é um ano, dois anos o tratamento né K., é avaliado dia a dia conforme eles vão vindo. Então, as vezes já está se planejando o plano de alta deles e tem uma recaída e tem que colocar eles em oficina novamente pra que venham todos os dias, então isso, também prejudica na questão lá fora de trabalho e de tudo de lazer, cultura, se tem alguma coisa programada e de repente já foge. Então, posso te dizer que cerca de uns quatro pacientes. E as tentativas que a gente fez, acho que depois que eu to aqui foi um só que queria morar no município sede aqui em M., que foi a Unidade de Acolhimento pra procurar emprego e no dia

que ele saiu pra procurar emprego, foi feito contato e tudo, com um posto de gasolina, e ele já usou droga e, quando acontece isso já é conversado e tudo e é dado alta administrativa, porque não tem como já na primeira e se a gente não leva assim, eles ficam alojado ali sem objetivo nenhum. E tem outro que que você conhece o (...) que tentaram que chegou a trabalhar e que também foi frustrada, porque não tem como ficar aqui e trabalhar lá em C., então o trabalho teria que ser aqui, e o entorno é pequeno também não tem muita geração de empregos e oportunidades. Então, é bem difícil K., nesse sentido é bem complicado de ajudar eles. Geralmente, a gente faz contato com o município e fala olha ele quer trabalhar já vão vendo alguma coisa enquanto ele está acolhido noturno, mas o contato com a assistência social do município se tem emprego pra procurar alguma coisa, de diarista, de auxiliar de pedreiro, alguma coisa, então os municípios também tentam, mas é bem, bem difícil.

**P: Mas você acha que é pelo perfil?**

**E:** Sim, preconceito sim. O perfil também porque geralmente eles são portadores de algum benefício, bolsa família, alguma coisa, e também não tem da parte deles, que tá bom assim, tá cômodo assim, porque que eu vou trabalhar? tenho aquele dinheirinho, vivendo naquelas condições, mas que para eles tá bom.

**P: Muitos utilizam de programas sociais?**

**E:** Então, tá bom assim, se acomodou ali, não tem perspectivas, tendo pra comprar o que ele acha que é bom pra ele droga, as vezes é álcool. E muitos deles fazem o tratamento e continuam usando e continuam vindo regularmente, então a gente não fecha as portas pra isso. Aposta até na última palhinha, na última palhinha do palheiro, porque a gente acredita que possa ajudar, que possa mudar ne K. existem os nossos POPs tudo, mas tem coisas que ainda já gente ser mesmo estanque, tem que ser mais maleável, porque cada caso é um caso e, as vezes uma abertura e uma exceção que você der, você pode as vezes estar recuperando um paciente. Ele pode ter vindo a vida inteira e relatado a mesma coisa e o dia que ele vem hoje eu preciso, quero ficar acolhido, quero ficar aqui, as vezes a gente aposta nisso e consegue. É difícil a gente sabe que é, mas nós tentamos tratar nesse sentido. Porque assim K. as vezes a gente diz tá ali de novo, saiu tão bem, é uma vez, é duas, tem quatro, cinco prontuários, mas a gente tem que acreditar que uma hora pode mudar, né, tem que tá ofertando tudo isso, como se fosse a primeira vez, sabe que tem gente que quer vim e que precisa, são poucos mas a gente aposta neles.

**P: f) Em sua opinião, o processo da Reforma Psiquiátrica repercutiu mudanças no atendimento ao usuário e ao familiar, visando à inclusão social? De que maneira?**

**E:** Eu acho que talvez trabalhando a família fique mais fácil também de tá inserindo esse usuário, na questão social toda, porque como era trabalhado antigamente só o paciente fica mais difícil, assim tá tendo uma abertura maior, e talvez os acessos são mais fáceis também quando tudo e quando a família se envolve. Mas, quando a família se envolve né K., porque nós temos também família que eles querem se livrar do paciente. É bastante e se ele fica sozinho só piora. Olha K. eu acho que veio só pra ajudar isso, mas a forma, eu acho que quanto mais gente tiver sabendo, estiver sabendo ajudar, vai ser mais fácil dele estar inserido em uma sociedade né, que daí até as próprias famílias, como os municípios são pequenos, geralmente conhecem o nosso maior município que é C. geralmente eles se conhecem muito, e até fica mais fácil a questão da comunicação de solicitar algum auxílio, alguma coisa, no sentido de trabalho, no sentido de algum programa social alguma coisa. Acho que quando a família se envolve ajuda bastante.

**P: E o CAPS busca envolver a família?**

**E:** Com certeza, as famílias são o nosso objetivo.

**P: As famílias buscam o serviço? Com que é isso?**

**E:** As famílias buscam, mas tem outras que nem pra trazer cigarro pro paciente, porque nós tratamos o cigarro como redução de danos, então tem gente que vem e que nem traz o que precisa e nem roupa muitas vezes. E diz olha eu não quero mais vê, vocês deem um jeito, se virem, aí a gente tem que entrar em contato com a assistente social do município. Vou te falar assim, é tipo uma desova pra muita gente, e aí imagina paciente já tem esse problema e aí toda a família, é claro que a gente entende também a família, que as vezes tá estafada já, mas se a família não procura, não ajudar, não acolher, quem vai?

**P: Então, a inclusão ocorre naqueles casos em que a família também tem esse apoio, esse incentivo e consegue incluir dentro o sujeito na família novamente?**

**E:** Sim, principalmente na família, isso com certeza, porque a família é trabalhada pra isso pra entender o porquê; pra aceitar; porque é esse o trabalho que geralmente o psicólogo faz aqui, todo esse trabalho com a família. Pra família entender daonde que veio e como que tem que fazer e de toda a condução, como que tem que conduzir para receber de novo essa pessoa, tá com toda a questão humanitária, porque todo mundo merece ser bem tratado e respeitado né, não é em função do vício que não vai fazer com que esse usuário não procure mais e que ele seja excluído.

## 2. ESTRATÉGIAS DE AÇÕES INCLUSIVAS A PARTIR DA LÓGICA TERRITORIAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

**P: a) O que você compreende por lógica territorial?**

**E:** Lógica territorial? Acho que tudo o que acontece no entorno de onde o paciente se localiza, no local em si. Que é uma questão social, uma questão de ambiente é onde ele está localizado. Que tanta coisa que a gente precisa que seja feito em lócus, que seja feito no município pra nos auxiliar, porque as vezes a nossa realidade aqui se a gente não conhece a deles lá muda certas ações e estratégias. E saber como é que tá lá e o que se passa por isso que sempre nós precisamos dos municípios, que as vezes nós não conseguimos. Na maioria das vezes sim, mas as vezes pra saber e pra fazer uma visita nós temos que fazer visita em lócus quando o município não dá retorno, mas não é nossa obrigação ir, nós teríamos que matriciar o município e não ir na casa do paciente, mas a gente acaba fazendo isso. Por que não se tem aquele retorno, então, a lógica territorial é tudo o que acontece no entorno de onde o paciente tá localizado, no município em si. Eu entendo isso.

**P: b) Em sua opinião, a noção de território está presente na organização e na operacionalização das ações propostas por este serviço? De que modo?**

**E:** É isso que eu te digo a gente tenta captar de lá o que tem pra gente adequar aqui que nem a questão econômica, social, financeira, afetiva, principalmente a questão e família eu entendo, nós trabalhamos desta forma com o que eles trazem e com o que a gente tem aqui, mas de preferência tentando adaptar o que eles tem pra que a gente possa traçar um plano de ação mais eficaz né K.

**P: As ações ocorrem só aqui no serviço ou nos municípios também?**

**E:** Nos municípios também, a gente sugere pro município também. O CAPS trabalha e sugere ao município que trabalhe também, por exemplo, quando em que inserir eles em algum programa social, que vem só duas vezes na semana aqui ou uma vez, nos dias que não vem, tentar inserir ele em algo que seja adaptado em cada plano, que insira ele no município que envolva esse paciente com as ações que ocorrem aqui e em conjunto com o município, dentro do que eles podem tá ofertando. Que as vezes eles não têm toda a equipe que precisa, aonde tem CAPS é mais fácil, como aqui, se precisa alguma coisa a gente trabalha meio em conjunto né K.. Mas, tem municípios que só tem as Unidades Básicas de Saúde, só atenção primária mesmo e já se tem um CAPS nossa aqui pro nosso serviço já auxilia bastante, acaba resgatando e identificando e acabam resolvendo mais e só em última instância que referenciam pra nós. Então, são sempre ações em conjunto, sempre bastante comunicação via telefone, via e-mail, ofício, sempre registrando o que precisa e o paciente também sempre sabendo o que está sendo feito e jogando limpo com ele né K., porque não adianta esconder dele.

**P: E isso sempre organizado dentro do Projeto Terapêutico Singular do paciente?**

**E:** Sim. Até K. se o paciente trabalha o dia dele vir, agora por conta do COVID, tem os dias municípios definido: na segunda tais municípios, na terça, etc, por que tem organizar os vinte e sete municípios. Mas se o paciente diz: olha nesse dia aqui eu não vou poder vir porque eu trabalho, então você tem que adaptar até isso, então tem as exceções, não é uma coisa estanque. Então a K. vai vir na segunda e não tem abrir exceção? Tem porque eu acho que nós temos que ser maleáveis, porque se veio até aqui nós temos que fazer de tudo pra ele permaneça e fortaleça pra seguir.

**P: E tem alguns dias que vocês vão aos municípios pré-estabelecidos?**

**E:** Sempre com agenda, esse ano nós não fomos, fomos somente em uma visita domiciliar, matriciamos por telefone, busca ativa também por telefone, a gente fez uma reunião um tempinho atrás, uma *live* com os municípios, mas por ser um momento atípico, porque geralmente a gente vai um ano e no outro ano os municípios vem quando é pra matricular, matriciamentos e agora ano que vem não sei como que vai ficar se liberarem tudo, talvez a gente chame os municípios pra virem, porque no outro ano nós fomos. Então, a gente aproveita nesse momento do matriciamento pra já fazer alguma visita também, porque a gente sempre faz dois municípios por dia, um de manhã e um de tarde, os municípios próximos, mas tudo com agendamento e tudo direitinho. E as visitas domiciliares aleatórias se nós vemos a necessidade, mesmo que o município não colabora, nós não marcamos nada com o município, nós vamos atrás do paciente, sempre alguém a gente encontra um vizinho, um familiar. Mas, tudo tem um cronograma e agenda com os municípios, são raros os municípios que acontece isso. Até porque pra gente pega lá em lócus o que tá acontecendo né K. e se avisa já fazem um preparo diferente, então a gente chega de supetão e pega coisas que as vezes depois aqui vão ajudar a desenvolver um novo plano pra ele e ações para o tratamento.

**P: c) Quanto à noção de inclusão, quais ações, estratégias e propostas são realizadas visando à inclusão social? (Grupos, materiais utilizados, associações, horário de atendimento, etc).**

**E:** Tem os grupos de família, temos vários eventos nas datas festivas que nós chamamos os pacientes e as famílias. Nós tentamos inserir eles no AA, agora eles não estão mais indo, mas acho que era toda quinta-feira, o município fornecia transporte pra levar eles, agora é mais perto é aqui na Câmara de Vereadores e não precisa motorista, mas aí toda a quinta-feira eles iam. Além disso, vinha também NA de C., a cada quinze dias se não me engano K., eles vinham

também fazer uma fala para os nossos pacientes, para que quando eles saíssem daqui eles pudessem procurar esse grupo de Narcóticos Anônimos ou Alcoólicos Anônimos que seja, pra quando os pacientes saíssem daqui sabendo onde tem AA, se o município tem e se tem NA. Também é feito um contato prévio pro município para o município pedir pra alguém ir lá, que o AA eles vão convidar a pessoa, pra que tudo isso seja feito pra poder incluir ele em alguma, em alguma atividade, alguma coisa pra ajudar no tratamento. E outras coisas que são feitas, a participação em eventos que somos convidados, os pacientes sempre vão junto também, quando vem o ônibus da Sanepar na praça os pacientes também vão; cinema foram lá em I. onde tem os aviões também fizeram passeio pra lá; vão na Mata Nativa, vão caminhar no Parque Iara, então são várias ações. E os municípios também a gente sugere a eles que façam alguma coisa deixando eles normal como qualquer outra pessoa, mas sempre com supervisão né K. pela nossa responsabilidade, paciente é paciente, depois que tá aqui é conosco né. Mas, é nesse sentido sempre se trabalha com as equipes, com o CAPS do município aqui, pra que tragam os pacientes aqui; com CAPS de C. pra que tragam os pacientes e que tenha essa interação.

**P: d) Você conhece algumas abordagens e ferramentas utilizadas no trabalho de inclusão social? Quais?**

E: O que que eu poderia te dizer K.!?

**P: Se tem algum material; alguma portaria, algo que fale da inclusão social; ferramentas que vocês criaram?**

E: Que eu me lembre não. Mas, não sei se a pedagoga e psicólogo eles trabalham principalmente na oficina que é trabalhado de manutenção a recaída, acho que o psicólogo trabalha algo nesse sentido. Eles conversam com eles onde que eles podem buscar procurar e o que eles podem fazer. Eu não vou te dizer certo porque eu não sei mesmo assim falar corretamente. Mas, tem alguma coisa assim a pedagoga e o psicólogo. E a educadora física também, ela trabalha bastante coisas de movimento, de coordenação e daí geralmente ela sugere aos municípios pelas habilidades deles, desenho pra quem tem habilidade, sugere ao município se tem alguma atividade assim pra inserir. Aqui se oportuniza o que se tem, mas específico assim mesmo, tem psicólogo e pedagoga, porque sempre se trabalha isso, mas na verdade sempre se trabalha isso, mas a gente não sabe que ferramenta que se tá utilizando e não se tem no papel. E não tenho nem POP relacionado a isso aqui, vou te falar a verdade. Vai se trabalhando conforme as necessidades e vai se buscando.

**P: e) Em quais fontes (portarias, manuais, normas técnicas e operacionais etc.) esse trabalho com de inclusão social se baseia?**

**E:** Portaria e o que mais que tem ali?

**P: Portarias, manuais, normas técnicas e operacionais etc; normas operacionais você disse que não tinha.**

**E:** Viu K. é no dia-a-dia, conforme a necessidade que se vai vendo e trabalhando isso. A gente vai vendo a necessidade de se trabalhar com grupo a parte, com alfabetização as vezes, nós tínhamos a um tempo atrás três pacientes não sabiam escrever. Então, conforme que vem surgindo nós vamos nos adaptando, mas nada baseado em algo assim oficial ou técnico, não tem assim nenhum POP em relação a isso.

**P: f) Quais profissionais atuam nas ações inclusivas? Descreva o trabalho deles: O que eles fazem?**

**E:** A maioria é nessa questão da participação, na verdade é todo o trabalho tem tido, todo o CAPS em si. Até na questão de ajudar elaborar algum alimento a nutricionista orienta eles a partir do que eles têm em casa, montou um desafio agora pouco há um a três semanas pra que eles possam trabalhar com o que eles tem em casa. E então, a cada segunda-feira é fornecido uma carteirinha pra eles com duas receitas, uma salgada e uma doce e pra eles trazer fotos vê se conseguiram fazer em casa, claro que fazendo com os alimentos que eles em casa. Então, K. cada profissional, esse foi a nutricionista e a educadora física, o o todos eles, o psicólogo também trabalha essa questão da aceitação, do que eles podem estar procurando, da vida á fora que é diferente daqui que é outra realidade, que eles vão voltar naquele contexto. A pedagoga também trabalha, porque geralmente é na oficina dela que vem o pessoal das igrejas, agora não por causa do COVID, o padre também nós chamamos de vez em quando, como a gente tem que ser laico nós chamamos de todas. É feito também K. oficinas da pedagoga que se chama “o Barbeiro” que chama o barbeiro aqui, vem os barbeiros que não nos cobram nada são voluntários tanto aqui quanto nos eventos ou em outras oportunidades eles vem aqui, tem umas mulheres do salão que vem e fazem maquiagem nas pacientes, porque as vezes vem um grupo que tá com o cabelo tá sabe! Então, tudo é assim, mas nada escrito, porque isso não deixa de ser inclusão o fato deles se sentirem bem, se sentirem como os outros com o cabelinho cortado, que nem tinham algumas mulheres que nunca tinham feito maquiagem na vida e no dia das “Mulheres” fazem isso pra elas, sempre dado um agradinho ou alguma coisa pra eles, muita coisa artesanal que é feita assim manual, não é deixado passar nenhuma data sem dar pra eles



nem que seja um cartãozinho com um bombomzinho, nos eventos de encontros de famílias, as vezes no encerramento no final do ano, gincana que envolve vários profissionais. Então, as ferramentas é o que temos é o trabalho do dia-a-dia.

**P: Você citou alguns profissionais, mas assim a enfermagem e medicina como que trabalham a inclusão? Gostaria que você me falasse como que se trabalha aqui?**

**E:** A enfermagem faz todo o acompanhamento desde a entrada e elas tem uma oficina toda a semana que trabalha a parte da prevenção, então tantos os acadêmicos de medicina quanto a enfermagem agora, por exemplo, que é o outubro rosa, já eles falaram sobre o câncer de mama masculino, esse mês os acadêmicos e agora quinta-feira agora eles vão falar da questão da mulher, do preventivo, do ultrassom, da mamografia. E a psiquiatra também ela tenta orienta eles no enfrentamento, então todo mundo dentro da sua área faz alguma coisa. Que as vezes a gente não para pra pensar que é inclusão, mas tudo que se faz é. As meninas dos serviços gerais no final de semana chamam eles pra ajudar a limpar, quando tem que lavar as cadeiras com *vape* lá traz tudo eles ajudam, eles varem aqui na frente quando são solicitados. Na questão da limpeza do refeitório também, tem uns que gostam e outros não, mas eles também são convidados a isso. Então, não deixa de ser, eles sentem bem se sentem valorizados, se tem algum que tem alguma habilidade, que fazem as pulseirinhas com aqueles fios e coisas, tipo macramê, com aqueles fiozinhos, também eles trazem o material aqui e a gente deixa nos horários que não tem oficina que eles podem estar confeccionando alguma coisa e aí eles levam pra casa deles. Se nós temos o material a gente também disponibiliza pra eles, pra eles terem uma rendinha lá fora também. E a gente tá com um internado aqui que faz mandalas com fios e faz as pulseirinhas, então a gente deixa, ensinam os outros também e as vezes tem uns que falam: Ah, mas eu gostaria de saber! Então, eles se proporcionam isso entre eles mesmo com a supervisão da enfermagem normalmente aí vai se vendo as habilidades. Como composição de música, tem uns que tem uma capacidade incrível; violão também, nós temos o violão, então quem sabe tocar a gente faz no final de semana uma rodinha ali de viola com eles, é bem interessante, bem sociável, bem gostoso. Até pra eles não se sentirem também né diferente, porque a sociedade muitas vezes já vê eles diferentes, então aqui é como se fosse uma família, contanto que tem uns que não querem voltar mais pra casa né K. tem bastante e como que tens uns que ficam um dia, dois.

**P: g) Você consegue identificar ações e intervenções no seu trabalho que visem à inclusão social às pessoas acometidas pela dependência química?**

**E:** Olha K. o que eu procuro sempre é incentivar e estimular eles que façam e o que eles precisam pra estar desenvolvendo os profissionais eu sempre busco adquirir. Então, por isso que nós temos uma agenda de todas as datas, do que a gente faz, os nossos eventos que é passado pros municípios também, agora sem fazer com que venham e a gente vá. Mas, eu sempre procuro disponibilizar tudo o que eles precisam de material inclusive nós não tínhamos notebook compramos o notebook agora e a webcan também. Então, tudo o que precisa de livraria e de papelaria eu procuro fazer com que tenham acesso, claro que tudo dentro do processo licitatório que é minucioso e tudo, mas gente solicita e graças a Deus até hoje a gente conseguiu. Inclusive o carro que a gente não tinha ano passado e atrasado a gente comprou a Van pra levar eles nos eventos e nos passeios, porque um carro pequeno é pouco né, nos só tínhamos o Voyage, então com a Van ajudou muito, quando precisa querem sair, ir num ginásio, alguma coisa, mas agora até o transporte a gente conseguiu tudo direitinho né. Inclusive também K. quando eles estão acolhidos noturno aqui, o que a gente procura ofertar também é identificado que eles, por exemplo: se queixam que não enxergam direito, ou que tem uma dor no dedão do pé ou que precisa de um dentista, então a gente procura também via CRE, como eles estão internados aqui é mais fácil nosso acesso fica liberado pra isso. Então, eles precisam as vezes de ressonância, tomo, aí ele não precisa fazer toda aquela parte burocrática de ir pro município: pegar encaminhamento, agendar e isso aí é oneroso, leva um certo período. Então, quando eles estão aqui, a gente sempre procura agilizar isso, nós temos as portas abertas pra isso. Aí depois deles darem alta, se precisa de algum tratamento já pro município também isso, então não deixa de ser uma forma de incluir também. Porque as vezes não tem tempo de ir, não tem quem vá com eles e se tá aqui a gente já aproveita pegar tudo isso pra tentar resolver. E tudo já, até reumato, ortopedista, todas as especialidades que nós temos disponíveis se precisar usar e, levamos o paciente, inclusive a enfermagem vai e acompanha o paciente até o exame e aguarda, volta, se precisa retornar, retorna e, é o nosso motorista que leva e fica esperando, pra não ter que ligar pra município tem que fazer isso porque as vezes é meio distante, então a gente vai e faz. E aí lá na frente vai orientação do que o município tem que continuar, se foi diagnosticada alguma coisa. Então, é dessa forma, a gente tentar prover a unidade dos recursos necessários pra fazer um bom trabalho, não sei se estamos no caminho certo não sei, mas é a forma que a gente achou. Porque orientações tem que fazer isso e aquilo, a gente não tem, então, a gente vai conforme a necessidade e com os profissionais que a gente tem e com os recursos que se tem. As vezes muda de um grupo internados de pacientes para outro é bem diferente; as

vezes até na alimentação tem uns que amam tem outros que odeiam, então, tem uns que acham muito, tem outros que acham pouco e aí você trabalha aí tentando conciliar essas coisas.

**P: h) Quais as possibilidades encontradas no território para o desenvolvimento das ações de inclusão social?**

**E:** Tem bastante né K. desde a questão de recursos que não deixa de ser, que a gente tem em C. e dos municípios, aqui em A. que é a nossa sede quando a gente precisa de alguma coisa da educação, da saúde, desde um transporte pro paciente a gente tem essa abertura, as vezes até de empréstimo de medicamentos. Então, o que se percebe é que o que o município tem e pode estar nos auxiliando e ajudando eles sabem eles têm passe livre pra nós.

**P: E além das políticas públicas, outros recursos no território, em relação a lazer e cultura?**

**E:** Muito pouco, e profissionais né K. a gente percebe que a maioria, a maioria não, todo mundo tem um psicólogo, por exemplo, mas os profissionais sobrecarregados, eles reclamam que eles não conseguem dá conta da saúde mental porque eles trabalham também no NASF, no CRAS, não sei aonde, então o tempo reduzido no quadro pra saúde mental, então acaba ficando de lado. A gente percebe bastante nesse sentido que os municípios têm dificuldade, que quando os profissionais estão disponíveis e ofertam o atendimento é diferente também, por que eles vão atrás de buscar recursos, de buscar algumas coisas e lazer pro município. Mas, não tem muito K. tem municípios que todo o ano fazem encontro de saúde mental, eles fazem quando tem aquelas feiras dos municípios e daí sempre vem convites pra nós, os nossos usuários que estão no município também são convidados sabe. Então, tem dentro da realidade deles e de cada município, não se oferta muita coisa, mas eles procuram dentro do território fazer alguma coisa. Mas, não se tem tantos locais de acesso.

**P: Então, não se tem locais de convivência, como centro de convivência, é bem restrito nesse sentido?**

**E:** Então, agora que você falou em centro de convivência, não tem, tem tanto paciente que vem pra cá que não tem onde ficar, vem aqui e é pro município se organizar e o município não se organiza, então todas as questões dos aluguéis sociais, essas coisas que nem sei como que funciona, mas vezes eles ligam pra nós pra saber se nós temos aluguel social e isso cabe ao município sabe. Então, K. é tanta coisa assim que é falta de orientação, porque as vezes se deixa de fazer por falta de orientação e por falta de profissional, e as vezes os profissionais que tem

não tem vontade que é verdade. Só que em todos os matriciamentos que a gente fez, sempre a reclamação que era pouco profissional.

**P: E além da queixa de falta de profissionais, existe queixas de falta de recursos junto à comunidade?**

**E:** Sim, também né K. se eu quero fazer uma campanha de juntar todos os setores eu preciso de recursos tanto financeiros, quanto físico e é bem escasso também. E, as vezes muita divergência política e não consegue se fazer isso, também é uma queixa; principalmente quando se tem troca de prefeito que muda tudo, os profissionais que vão levam o que tinham e não deixam, entra outro grupo, claro que tem os concursados né mais a maioria os secretários entram com outra cabeça, não sabem como que é que funciona, até entrar no ritmo de novo.

**P: O departamento de Assistência Social assim nos municípios eles dão suporte também ao CAPS? Como que funciona isso?**

**E:** K. a maioria sim, as vezes nós não temos o retorno que deveria se ter, mas a maioria, os coordenadores de saúde mental, os CRAS a gente procura com eles esse apoio. As vezes dá uns desencontros de informações, não é comigo, é com fulano de tal, mas se nós precisamos do município nós vamos atrás, nem que precise ligar pro prefeito, ligamos pro secretário, ligamos pro coordenador se não dá ligamos pro nosso coordenador geral lá, a gente dá um jeito, não deixamos os nossos pacientes sem uma sugestão do que precisa ser feito ou do que aconteceu, então nós vamos atrás. A gente incomoda bastante. Mas é pelo bem, como nós também não temos muitas orientações também, do Estado não vem muita coisa nos orientando, nem material, muito pouco material sobre saúde mental pra gente poder fazer algo diferente, não na questão financeira, na questão financeira vem recurso. Mas, os municípios também precisam, então a gente acaba ligando e cobrando alguma coisa dentro do que eles possam estar fazendo. Mas vai K. vai. Sempre a gente tem um retorno de alguém, as vezes não da forma esperada, mas a gente consegue falar com alguém.

**P: i) A equipe realiza encontros para discutir e programar o trabalho com usuários/família e equipe de ESF, realizado no CAPS? (Estudos de caso, planejamento das ações no CAPSad III e no município de origem, estudos teóricos etc.). Como e com que frequência se dão esses encontros?**

**E:** Com a equipe é semanal ou quinzenal, era semanal, mas por conta do COVID é quinzenal. Mas tem semanas que a gente que fazer toda a semana mesmo, que eram todas as quartas anteriormente, mas agora ficou quinzenal, mas tem semanas que nós temos que nos encontrar e não pode falhar, isso com a equipe do CAPSad III. Com as famílias é feito um primeiro

encontro no início do ano, que esse ano foi dia seis de março e é passado a programação de todo o ano dos encontros de famílias que vai ter e o que vai ser tratado o assunto e tudo. E dos eventos também é feito cronograma e repassado a todos os presentes família e usuários. E na questão ali que você fala dos municípios, os municípios você tem o matriciamento, então, no início do ano nós mandamos um cronograma também de como é que vai ser feito se o os municípios vêm pra cá ou se nós vamos lá e tratamos caso a caso dos pacientes e agora por causa do COVID está sendo por telefone, por não tem de outra forma, ou via e-mail. Mas é sempre programado anual, no início do ano se surge alguma como surgiu o COVID daí é comunicado via ofício ou via e-mail e é dessa forma que a gente vai programando as ações. Se tem algum caso específico também que precisa ser visto com o município ou com a equipe a gente para e vê tá, tanto com médico, como com psicólogo, se precisa ligar pro município, então essa questão é bem tranquila pra nós.

**P: Com as equipes de ESF são nesses encontros que acontecem?**

**E:** São nesses encontros que a gente faz com as equipes, geralmente é coordenador de saúde mental e equipe de saúde mental, mas o próprio município ele, o coordenador ou quem está presente, porque nós achamos melhor ir K. porque junta mais profissionais, porque pra três quatro profissionais saírem do município e virem pra cá também é mais difícil do que nós irmos em três quatro e também já juntam mais pessoas, mas é geralmente o município os que estão presentes no matriciamento que capacitam os ESF ou que passam as informações que nós repassamos, fica de município pra município. Nós fazemos com a equipe de saúde mental se mais algum pode participar e estar presente depois eles fazem a pulverização no município, quando eles fazem né. Que é difícil porque as vezes eles não repassam, então se gente pudessem alcançar um número maior de pessoas seria melhor. Porque tem uns que vem e não repassam nem assim nem informações básicas. Tipo quando nós começamos a fornecer o transporte, a gente falou nos matriciamentos que teve que era mandamos ofício pra ir avisando o pessoal e tem gente que não repassa. Quem vem aqui é eu e eu e deu. Então, nós indo no município é diferente porque já naquele momento que não é muito tempo junta-se mais pessoas porque quanto mais pessoas souberem é mais fácil para as coisas funcionarem. E quando troca a equipe de profissionais se torna ainda mais difícil. Nós achamos melhor ir aos municípios porque atingimos um número maior de profissionais. Porque se os municípios vêm e por mais que sejam duas horas pela manhã, já mata a manhã toda, principalmente pros municípios mais distantes.

**P: j) Como ocorrem e em quanto tempo se dão os matriciamentos das equipes de atenção primária?**

**E:** Geralmente são duas vezes ao ano que a gente faz. No primeiro semestre e outro no segundo semestre também. Uma vez no ano seria o suficiente pela portaria. Então, são repassadas todas as informações, algo novo na questão do fluxo; do que está acontecendo no serviço e as orientações novas. E aí é visto paciente por paciente, mesmo os pacientes que estão inativos já os que estão em busca ativa é reforçado a questão do porquê da busca ativa; da importância dos municípios responderem a essa busca ativa e são discutidos casos dos municípios de todas os pacientes e casos pontuais que o município tem que dar um suporte maior pro paciente. Só que o que a gente observa K. nos matriciamentos é que tem município que eu acho que eu já te falei em uma questão anteriormente, que tem município que nem sabe quais os pacientes de saúde mental, quando é solicitado um relatório ou alguma coisa ou a regional solicita, eles não sabem nem quem são os pacientes a gente que tá aqui sabe mais do que eles. É eles deveriam ter um arquivo a parte desses pacientes no município, tanto quem vai pro CAPS II quanto quem vai pro CAPSad III.

**P: Então, percebe-se que o próprio território desconhece quem são os usuários?**

**E:** Sim, nem todos, não dá pra generalizar, mas sim, quando é a gente percebe nitidamente isso no final do ano ou no início do ano que a Regional pede pros municípios o relatório porque acho que tem que fazer a pactuações e eles ligam pra nós pra gente enviar o relatório de quem são os pacientes. Claro, poderiam até pedir pra dar uma conferida, mas geralmente eles não sabem quem tá ativo, quem não tá. Então, isso a gente leva bem a risca porque nós aqui como tem busca ativa, e aí já vai pra arquivo morto. Primeiro tem a busca ativa, depois não respondeu ou se respondeu e não vem mais vai pra arquivo morto, então, a gente tem tudo separadinho isso. Porque precisa né tanto pra dar suporte pro município como pra dar andamento no nosso serviço. Senão, a gente controla também por uma cardenetinha que anota diariamente quem vem na terça, em todos os dias da semana, então, ali nós temos um controle. Além, de fazermos esse sistema, porque é importante porque se muda o plano terapêutico, as vezes vinha só na segunda que era o dia do município, mas o médico pediu pra vir todos os dias pra receber medicação assistida, por exemplo, então a gente tem aquele caderninho e todos os dias os pacientes vai ter que estar na lista e a gente controla se veio e se não veio já liga pra ver o que está acontecendo. Então, no matriciamento é mais assim uma conversa técnica pedagógica que se abordam vários assuntos e especialmente a questão em si do usuário. É bem interessante e bom.

**P: k) O CAPSad III vai até os municípios realizar os matriciamentos ou as equipes dos municípios se deslocam até o CAPSad III?**

**E:** As duas formas, mas se prioriza em ir até os municípios para atingir um número maior de profissionais. E porque pra eles virem como que já falei três, quatro é mais difícil é aí a gente vai também por isso. E até é bom porque a gente conhece em lócus, como eu já te falei em questões anteriores, a gente vendo a realidade deles é diferente, então, nós vamos até fazer visita assim de supetão porque as vezes o município mesmo que vá ele não atinge. Então, se a gente vai eles se sentem mais valorizados também, muitos deles agradecem nossa assim sabe incessantemente a visita e eles não imaginaram que nós, nossa eles olham assim diferente, como se recebesse o presidente da república na nossa casa te dando um exemplo bem prático, pra eles é uma coisa maravilhosa. Então, isso também fortalece o nosso elo, que nós somos seres normais também como eles e claro tem a função do uso que a gente não faz distinção. Só que não de ir em todos, a gente seleciona alguns, alguns que já receberam alta, alguns que não estão mais vindo que a gente consegue resgatar. Nós estávamos com um trabalho excelente nesse ano assim já tava bobando, mas agora em função do COVID não estamos fazendo, pra resgatar esses que não estavam mais vindo e a maioria tem comorbidades; questão de idade, mas ainda nós vamos conseguir. Contanto, que no final do ano, quando eu entrei em 2017 eles me disseram viu L. no final do ano não dá ninguém é casa fazia e realmente não ficou nenhum internado. Em 2018 já ficou e 2019 bombou, natal e ano novo não parou de vir acolhimento nós estávamos com a casa cheia, então é bom pro paciente e pro funcionário porque nós temos que ter a equipe aqui de qualquer forma e as vezes a equipe fica ociosa, tendo ou não a equipe tem que estar aqui. E eu acredito que tenha sido em função do trabalho que a gente tem desenvolvido, que nos municípios que a gente ia que tem rádio que na maioria tem as vezes eles chamavam o pessoal da rádio pra gente tá falando do serviço e então isso aí acaba divulgando, porque as vezes as pessoas tem alguém em casa com problema e não sabe quem procurar e nem aonde ir, ou tem vergonha. Eu mesmo quando entrei aqui eu não sabia que tinha esse CAPS aqui Regional pra você ter uma ideia e a gente tem tentado divulgar. Tanto que quando nós tínhamos aqui o programa de rádio na rádio Cristal, nós deixávamos o telefone disponível para que eles pudessem ligar, ou se quisesse tirar dúvidas. E o que tinha de gente que ligava que não sabiam se podia vir visitar que tinham parente ou amigo. Então, um pouquinho de cada quando vê alavanca, mas nós vamos conseguir, a gente sabe como fazer o trabalho, só tem que esperar dar uma liberada por causa do COVID. Porque com o COVID nós perdemos bastante paciente, uns

não pode vir, outros já utilizam como desculpa, a questão do transporte. Que pecado tudo o que a gente fez!

**P: Então, você diz que ainda existe público que desconhece o serviço?**

**E:** Tem, tem sim, isso posso te afirmar. Contanto, que tem municípios, como foi terça-feira que veio um paciente de um município X que ele diz que ele pensou que vinha pra uma consulta, então como é um serviço de portas abertas no mínimo o que paciente tem que saber onde ele está indo e o porquê. Inclusive neste mesmo município a mãe desse paciente informou se ela tinha feito pergunta pro paciente pra ele responder e, ela disse que foi tudo a mãe que respondeu e que em momento algum esteve com o paciente. Olha que grave isso, profissionais não é; é gente da área nível superior da área de saúde mental e por mais que a gente tenha feito treinamento dessa questão e de que tudo o que vir o máximo de informações é importante, mas no mínimo que paciente tem que saber é onde ele está indo, mas ainda acontece, na terça-feira pra você ter uma ideia. E ainda o paciente vem as vezes e está em central de leitos e o município não nos informa que eles deveriam antes de pôr na central porque não mandar pra nós, esgota o que você tem de possibilidades pra depois internar, então é umas coisas é inexplicável, tem que sempre estar batendo na mesma tecla. Então, as vezes o serviço não anda, se todos se esforçassem um pouco mais, a gente tenta resolver, mas também não vamos resolver o mundo né.

**P: Então, como você disse ainda tem municípios que utilizam da lógica mais hospitalar do que territorial, de serviços de portas abertas, etc.?**

**E:** Tem, esgotar o que tem, referência pra nós, manda pra cá que a gente vai ver se realmente é caso de central ou se não é, mas é difícil é pensamento de cada profissional e não tem o que a gente faz. Só que é todo um trabalho que o município faz pra mandar pra gente, olha o gasto, pra que né, se já está na central pra que mandar, o paciente chega aqui e ele diz não eu não quero eu não sabia que eu vinha pra cá. Então, traz e volta, você acaba até frustrando o paciente. Também, quando muitos mandam pra cá o paciente e dizem pra ele já trazer a roupa que vai ficar acolhido e nem todas ficam, passam por psicólogo pra vê se convence a ficar, mas pode até trazer a roupa, mas só fica se tem critério, se vai tentar o ambulatorial antes, abortada várias tentativas de tratamento ambulatorial aí tem acolhimento noturno, entre outras coisas que é avaliado, se tem critérios, quem nunca ficou acolhido, mas vem com expectativa de ficar, mas o município disse que ia ficar, então nós batemos nessa tecla que não prometam, vocês vão lá para uma avaliação, para um acolhimento, vão se fazer umas perguntas e depois vão ver com o médico e com a equipe se vão ficar acolhido. Acho que tem que jogar limpo, se já começa uma



coisa mentirosa já no início não dá certo e o paciente acaba vendo que não tem seriedade no serviço. Tem também muitos pacientes que não queriam vir ao serviço que depois que vieram com o assistente social, com psicólogo pra conhecer o serviço, viram como que funciona, viram as instalações e depois que viu como que veio tranquilo pro tratamento. Porque o que tem se tem lá fora ainda que é de louco, que fica amarrado, tem ainda assim que é só na base de injeção, que eles têm medo de agulha a gente sabe e, então, eles têm que entender que uma desintoxicação não é nada grave que tem amarrar na cama, claro que se for uma abstinência, alguma coisa que se precisar conter a gente faz, mas é diferente, então, é esse olhar que se precisa ter, mas se os profissionais não falam isso aí fica mais complicado. Agora falando tem tanta coisa que tem que mudar, tem municípios que funcionam tranquilamente, se preocupam e ligam, vem nos matriciamentos, ligam pra agendar, mesmo que não precise, tem essa parte boa também.

**P: I) Como é realizada a incorporação da família pelo CAPS? Qual trabalho é realizado com essas famílias, considerando a inclusão social e o território?**

**E:** As famílias vêm aqui geralmente que são feitos aqueles encontros quinzenais e que agora não é mais feito. É o psicólogo que é o responsável e ele trabalha toda a forma de condução e de aceitação dos usuários e tem momentos que trabalha com as famílias e com o usuário e quando vai nos municípios a gente procura, principalmente quando vai nas visitas no domicílio também conversar sobre essa questão com a família como que tem que ser; como da importância e com a equipe de saúde mental também que se dê um suporte em relação a isso as pessoas porque eles tem os encontros de diabetes e de hipertensos que se faça alguma coisa voltada na área de saúde mental, sugerindo também o AA; o NA; a AL-ANON que é com a família, então, é dessa forma é trabalhado K. vários assuntos ali mas principalmente de aceitação e de condução.

**P: E de inclusão social é trabalhada alguma coisa específica?**

**E:** Não, específico não K. não tem nada.

**P: Seria mais no sentido de inclusão em grupos de apoio?**

**E:** Isso, é isso, mais nesse sentido, enquanto ele está aqui e depois, como ele vai se organizar lá fora independentemente de estar ambulatorial ou acolhido aqui ainda. Então, a gente trabalha mais nessa questão geral né, não nada específico. Mas claro se alguém solicita algo específico pra gente estar auxiliando K. a gente sempre orienta e passa mais alguma profissional estar orientando, temos sempre uma abertura bem grande nesse sentido, tanto nós quanto os municípios. Quando tem também algum encontro nos municípios, sempre tem aqueles

encontros de família, tem outro que é típico ter encontro também do dia da Saúde Mental que fazem palestra; quando tem Outubro Rosa também se eles solicitam alguma sempre algum profissional vai lá pra marcar presença e pra falar alguma coisa. E tem vários municípios que todos os anos nós temos que estar participando e nós vamos com o maior prazer do mundo, se não pode um profissional vai outro se tem uma fala específica a gente já direciona pra quem tem o conhecimento técnico e bem gostoso essa parte é bem feitinha.

**P: m) As ações inclusivas ocorrem de modo intersetorial ou interdisciplinar (de acordo com as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS)? Explique e exemplifique, se puder.**

**E:** Das duas formas, entre os setores e entre as equipes. Pra exemplificar assim não sei dizer. Intersetorial seria de nós com os municípios que não deixa de ser e os municípios lá com o que eles têm. Interdisciplinar também porque a gente trabalha tudo é um elo né K. orientar os profissionais e os setores não só na área de saúde mental, mas a atenção primária, a educação, todos os setores não sei se é isso K.

**P: Sim, as ações são então compartilhadas com os municípios de acordo com os recursos que eles dispõem na realidade deles?**

**E:** Isso, como o que tem, com a realidade deles que se possa trabalhar de acordo com o que eles têm tanto em relação a profissionais como de outros recursos que precise pra ser desenvolvido alguma coisa pra ser trabalhado né a questão da inclusão, por meio de oficinas que tem municípios que tem, horta ou tem outras coisas; pra se ver também a habilidade de cada um.

**P: E tem municípios que possuem profissionais que ajudam em relação a inserção pelo trabalho dos usuários?**

**E:** Sim, quando solicita que a gente vê que o paciente quer e por isso também nas famílias é orientado isso que procure os profissionais pra estarem auxiliando nisso, nesse sentido, mas eles fazem K. se a gente liga, uns nos respondem se foram atrás ver de trabalho pra fulano e pra ciclano e aí eles já dizem se a pessoa e já procuram mais vezes se é má vontade da pessoa ou se realmente não tem aceitação; eles fazem os municípios nos auxiliam sim.

**P: Mas seria no caso mais a política de saúde que auxilia nesse cuidado e nessa inclusão também ou existe participação de outras políticas públicas? O que você percebe disso?**

**E:** Eu percebo mais o auxílio da política de saúde, o que eu percebo. A assistente social também porque geralmente eles estão naquele NASF que se diz ou no CRAS as vezes, mas é mais na política de saúde mesmo. Uma que é a política que nós temos mais contato, depois lá no lócus

se eles intersetorializam aí não sei, mas geralmente é mais nesse sentido sim da questão saúde que estão mais envolvidos.

**P: n) Qual a sua compreensão sobre a noção de reabilitação psicossocial?**

**E:** Eu acho que é fazer com que eles se sintam inseridos num meio né K. e consigam superar desde a questão do uso da droga e álcool, superar essas crises familiares, acho que envolve todo um processo. Então, o tratamento aqui conosco seria a questão da reabilitação psicossocial, mas eu entendo assim que é um todo é nós com eles e pra que eles novamente se sintam seres humanos como nós; pra que eles se aceitam como eles são dentro dos problemas que eles têm da questão do vício e que eles possam também ser compreendidos e ser aceitos. Então, reabilitar é uma tentativa, é se reerguer de novo eu vejo dessa forma. Eu acho que é isso, porque é difícil é re-habilitar é tanta coisa, você já é habilitado aí reabilitar é uma coisa bem complexa, mas eu acredito que envolve um todo e tudo. E uma equidade também, porque as vezes a gente vê que isso não existe, tem tratos diferentes para os diferentes, mas gente tenta aqui dentro dos nossos recursos e do que a gente tem entendimento fazer com que aja isso, porque o processo aqui dentro é uma reabilitação, mas sozinhos não conseguimos, de depende de nós, dos municípios e o que tem no território, é um processo de vários atores envolvidos. É difícil, mas alguns conseguem, se não é num âmbito é no outro, as vezes é no âmbito familiar, ou no trabalho, mas sempre alguma questão a gente consegue, até mesmo no sentido da autonomia.

**P: o) De acordo com essa compreensão, em quais princípios da reabilitação psicossocial o trabalho deste CAPSad III se embasa?**

**E:** Princípio principalmente da valorização da vida, valorização da vida, família, espiritualidade muitos deles se agarram nisso também para poder superar. É seria mais ou menos baseados nesses princípios que a gente trabalha mais. Na vida lá fora, família e espiritualidade, mais baseado na valorização deles além deles se entender se valorizar da forma como eles são e tentar melhorar.

**P: p) Quais planejamentos, estratégias e ações o serviço desenvolve em relação à reabilitação psicossocial?**

**E:** Olha tem bastante coisa da organização da vida diária, desde a questão de hábitos de higiene; a questão da autoestima trabalha bastante; questão da espiritualidade; da família como eu falei trabalha assim, é agora em função do COVID é mais por telefone mais a pedagoga e o psicólogo, então, é assim um conjunto, dependendo o grupo se trabalha alguma coisa diferente quando se identifica alguma coisa mais. É tipo assim, agora nós estamos com um grupo bem complicado, tem um cadeirante, deprimido pelo acidente que teve; nós temos um que vai na

APAE, nós temos um lesionado por causa da droga, então, tem coisas que ele não compreende, tem que ter paciência e jeito; temos um mudo também. Então, depende o grupo se prioriza o que vai trabalhar sabe pra você conseguir atingir alguma coisa lá na frente, mas basicamente é isso que se trabalha sempre. A prevenção de recaída que é importante; a história toda, da causa; do lócus é geralmente isso daí que trabalha e depois se especifica dependendo de cada grupo que tem. E manter um tratamento humanizado, claro dentro da disciplina e das normas.

**P: q) A reabilitação psicossocial compreende três pilares: a rede social, o habitar e o trabalho. De que modo o CAPSad III, trabalha/concretiza esses pilares?**

**E:** A rede social acho que é tanto o envolvimento nosso quanto o do município. O Habitar não deixa de ser aqui também quando eles estão em acolhimento noturno. E o trabalho é uma consequência se você tem bem trabalhado os pilares anteriores o trabalho é uma consequência e, é trabalhado aqui como já falado anteriormente; principalmente a questão da importância do trabalho, por que muitos deles têm trabalho e carteira assinada, mas perdem. Tem empresas que incentivam vir fazer o tratamento, tem outras que já não fazem isso. Então, eu acho que é um elo, que a rede em si é nós com o município e com a família; o habitar é nos aqui não só acolhimento, mas quando está em tratamento ambulatorial e o habitar no lócus no território dele e tudo isso vai determinar a questão do trabalho e valorização, eu entendo dessa forma.

**P: r) Quais as atividades realizadas pelos profissionais para promover a reabilitação psicossocial?**

**E:** Oficinas de espiritualidade e de organização da vida diária; prevenção a recaída; autoestima, a questão da família que é bastante trabalhada. A questão de orientações desde a questão da alimentação, de tudo. Que até hoje de manhã estava ali e tinha um rapaz que tem problemas devido ao uso de drogas, ele disse que a comida é muito pouca pra ele; mas são seis refeições por dia, aí eu expliquei pra ele que aqui não um *spa* de engorda, aqui funciona como uma clínica, como um hospital, vocês não podem comer demais em uma refeição e fica muito tempo sem comer; tem o café, tem o lanche da manhã, o almoço, o lanche da tarde, a janta e a ceia. São seis refeições por dia é mais que o suficiente. Então, assim, a gente vê assim, talvez pela fissura ou por não ter lá fora, então, até isso tem que trabalhar com eles porque isso também faz parte da reabilitação e organização da rotina. Porque eles pensam que estando aqui tem que ser do jeito deles, esses dias um pediu pra fazer um lanche fora, eu disse isso não pode, porque a alimentação que tem aqui é tudo balanceada, tem nutricionista que orienta o que precisa para o seu tratamento, o tipo de dieta, as vezes você vai sentir um pouco mais de fome porque está sem a droga, mas é normal, querem compensar na comida. Mas, aqui é assim, que nem no

hospital vem aquela quantidade de comida e não vem mais, porque a gente tá lá e isso também faz parte do tratamento. Então, assim, tem grupos que a gente tem bastante dificuldade até com a comida. Quando a gente mudou, acho que fazem uns seis meses que a nutricionista, foi licitado, muitos produtos integrais, aveia, integral, pão integral, açúcar mascavo, menina foi uma guerra. E introduzimos frutas no café, mas olha tinha uma aceitação assim bem complicada, aí começamos a explicar que a maioria deles as vezes tem alguma fruta em casa para eles seguirem isso depois, algumas coisas que eles podem utilizar na alimentação que reduz com o tempo até uso da medicação. Mas, é assim um trabalho contínuo e dessa forma que vai se trabalhando. A educadora física a importância do exercício físico, então, ela estimula eles também, faz desafios com eles, é bem interessante assim, e isso vai reabilitando eles e isso passam para as famílias também.

**P: s) As ações desenvolvidas pelo serviço em relação à reabilitação psicossocial promovem a contratualidade no território? De que forma?**

**E:** Eu acho que sim, porque é repassado tudo em relatório o que é feito e, é orientado também o município os dias que eles não vêm pro ambulatório que eles façam alguma coisa para estarem promovendo isso e que eles possam estar superando. Então, se trabalha em conjunto nesse sentido, mas assim depende muito deles também, porque as vezes o município acaba não ofertando ou não tem como ofertar, se eles procuram de estar fazendo isso aí acontece, mas são situações e situações. Mas, o que se promove aqui é passado a eles por relatório ou telefone e também se passa para o paciente o que ele pode estar fazendo e tem municípios que não tem e acabam fazendo alguma coisa nesse sentido. Acontece de qualquer forma isso se promove, partindo daqui como referência, com município, família e dentro da família o próprio paciente.

**P: t) Quais as práticas de reabilitação psicossocial propostas pelo serviço visam promover o protagonismo para o exercício dos direitos de cidadania de usuários e familiares?**

**E:** Sim, até pela questão da valorização da vida, nesse sentido de valorizar o ser humano, da dignidade, a espiritualidade faz muito disso. É mas, agora a gente tá trabalhando só aqui, tinham as igrejas evangélicas que vinham, os pastores, o NA, eles iam para a missa. Acho que nesse sentido dentro deles se dando esse valor, acho que tudo acontece. Que tem que colocar isso neles, porque a maioria não se trata como uma pessoa normal, então, aqui se tenta resgatar tudo isso pra enfrentar de uma forma mais tranquila, se não ficar abstinente muito tempo, mas ao mesmo tempo que fica as vezes tem recaída menores, a gente vê assim que são mais amenas, dependendo o paciente até uma reabilitação total que é bem complicada e que leva muito tempo, tem sim alguns, mas são poucos. Mas, tem sim principalmente a valorização da vida, porque se

já está aqui dentro que eu posso, eu consigo e eu sou igual a você, que eu tenho uma doença que está sendo tratada fica melhor a aceitação.

**P: u) As estratégias de reabilitação psicossocial e do protagonismo se restringem a um ponto de atenção ou ocorrem no território dos usuários?**

**E:** Acontecem aqui as estratégias e a gente tenta articular com o território, por que nós sozinhos não conseguimos, então, é nós serviço, município, família e paciente. E se todo mundo fizer a sua partezinha a gente alcança lá na frente um objetivo, a gente percebe as ações e do que a gente acha que pode ser desenvolvidas, nada fora do contexto do município e dos profissionais são muitas vezes ações básicas que eles não se tocam que isso pode ajudar. Então, as vezes se resgata ali paciente que muitas vezes não precisa nem tá vindo mais aqui, paciente que chega e que tem alguma ações já determinadas, então, eles acabam absorvendo ali e só manda pacientes que estão em uma instância mais complexa. Mas, a maioria das ações ainda acontecem aqui porque também tem profissionais que as vezes trabalham especificamente isso, assistente social, etc. agora eu lembrei, as vezes tem sentido isso também, eles vêm as vezes por outros motivos querer ficar acolhidos noturno, mas eles querem atestado pra benéfico, eles querem aluguel social, eles vêm sempre com uma segunda intenção, um ganho secundário. Ou assim, por alguma perda, perdi a guarda dos meus filhos, minha mulher tá me deixando, que a gente já falou até, então, isso também é trabalhado com eles, não tem que vir pensando em um ganho secundário, tem que vir pensando neles, então, a valorização é bastante trabalhada aqui, a questão da valorização da vida, do ser humano, dos valores que se perdem no caminho por várias questões e acontecimentos.

### 3. INTERFACE/ARTICULAÇÃO ENTRE INCLUSÃO SOCIAL, REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E LÓGICA TERRITORIAL

**P: a) Como o CAPSad III articula esses três elementos (inclusão social, reabilitação psicossocial e lógica territorial) em relação à produção do cuidado dos usuários de álcool e outras drogas e de suas famílias?**

**E:** Além do trabalho que é feito aqui é passado aos municípios e também se transferem os cuidados, de alguma forma os cuidados são transferidos pro município. Mas, a gente continua por um longo período fazendo por aqui, ficou acolhido noturno, por exemplo, vai pro município, já vai com um plano terapêutico de quantos dias vai retornar aqui pra nós. Mas, assim, também é solicitado ao município que se trabalhe alguma coisa nesse sentido que nos dias que ele não vem pra cá que ele esteja envolvido com alguma atividade, porque as vezes o social dele lá não

mudou, aonde ele morava não mudou, então, é trabalhado esses eixos a maioria é aqui, mas com o tempo a gente começa a transferir pro município, porque vai chegar o momento que precisa de uma certa independência. Porque insegurança sempre vai ter tanto por parte do paciente quanto dos familiares, mas essa insegurança caracteriza uma certa responsabilidade, porque ela sabe que vai ter o momento que vai ter que enfrentar e é ela e ela. E, assim tem vários atores envolvidos tem nós os profissionais, município e família. Trabalha esses eixos da mesma forma que se trabalha a inclusão, a gente não muda muito o nosso foco, porque geralmente os problemas são os mesmos, só muda as caras.

**P: b) Como se dá a aproximação do CAPSad III com as famílias dos usuários?**

**E:** Tem muita, e isso é bom. Tem os grupos, mas agora é só via telefone. Eles viam pros nossos eventos, tinham os grupos separados por municípios a cada quinze dias, sempre se fazia uma confraternização ou uma palestra diferente, as vezes trabalhava só a família, em outro momento a família com os usuários. O encerramento do final de ano a gente nunca deixou de convidar as famílias e elas participam é a coisa mais boa e, isso pro paciente é muito importante. Tem adesão das famílias, é bem tranquilo trabalhar com elas assim. Mas, tem também aquelas que não querem mais nem saber do paciente, tanto de pais, irmão, irmã, mulher, aí devagarinho a gente comunica o serviço do município, onde tem CAPS, quando não tem nas unidades básicas pra darem um suporte, porque nós também não podemos se a família abandonou ela é a grande responsável, porque as vezes está transtornada, sensibilizada naquele momento, a gente procura esses outros meios. Mas, referente a aderência assim é muito boa, também tinha família para acompanhar paciente e atendimento que a gente priorizava no sábado porque a maioria trabalha, o psicólogo vinha só pra isso no sábado e sempre tinha, tudo agendado e organizado. Se não podia vir durante a semana, vinha no sábado a família. E depois da pandemia, isso morreu. As famílias que não querem saber do paciente, com o tempo a gente vai trabalhando ou com um primo, ou um irmão, mesmo que não seja muito próximo, mas a gente consegue, sempre uma ajuda.

**P: c) O CAPSad III realiza visitas domiciliares para os usuários e familiares, como forma de promover a reabilitação psicossocial junto à realidade?**

**E:** Também, que nós não teríamos obrigação de ir. Seria o município pra fazer as visitas, mas como eu te falei lá atrás, nós vamos até pra gente verificar que é difícil que o município omite alguma coisa, mas as vezes ou não vai muito atrás e não se chega até aqui as coisas como deveriam. Mas, a gente vai, nesse sentido de reabilitação até tem que ir falar com alguém no município pra estar incluindo ele ou alguma coisa, ou informando, orientando junto a família.

Se precisar de relatório ou alguma outra coisa, que nos ligue pra gente estar auxiliando, a gente faz visitas nesse sentido também e, é tão bom, eles se sentem valorizados, pena que não dá pra ir agora, mas geralmente a gente faz quando vai para os matriciamentos, que no ano passado a gente vez uma leva só de visitas, passava pegar alguém nos municípios e ia se nós não achávamos o lugar.

**P: d) O serviço propõe possibilidades de práticas territoriais na produção de mudanças no cotidiano dos usuários e família?**

**E:** É ambientado aqui como eles vão proceder lá fora, é trabalhado esta questão de como eles vão ter que enfrentar, então, tem condutas diferentes sim, tanto para a família quanto pro usuário trabalhando juntos e o município também fazendo a parte dele enquanto CRAS e enquanto coordenador de saúde mental. Então, é trabalhado isso aqui também tanto com familiares, só que agora por telefone tanto com os pacientes principalmente nas oficinas do pedagogo e do psicólogo de como lidar e de como vai ser depois. E é passado aos municípios por meio de relatório do que foi feito aqui e sugestões do que se fazer lá e sempre se colocando à disposição se eles precisam de alguma ajuda pra alguma conduta ou alguma coisa. Mas, se trabalha essas práticas para lá fora eles poderem estar enfrentando, que é bem diferente estar aqui fechado sem, é fechado entre aspas por é portas abertas, mas está aqui dentro e é um mundo totalmente diferente do que o mundo lá fora, as vezes tem o medo do enfrentamento, que as vezes é até importante esse medo porque gera uma responsabilidade, então, se trabalha isso bastante.

**P: e) Em sua opinião, os usuários do CAPSad III deste município e suas famílias, oriundas dos 27 municípios consorciados, têm conseguido, de fato, acessar este serviço? De que modo?**

**E:** Tem, até nós tínhamos um programa de rádio aqui na rádio de A. que aí toda a região escuta, principalmente quando é AM. Então, a gente fez um, quando o serviço inaugurou em 2014 não era eu na época, diz que fizeram um trabalho de divulgação nos municípios, apresento os profissionais e tal. Então, quando eu entrei em 2017, a gente fez todo um trabalho de divulgação chamando os municípios, coordenadores e enfermeiros e, quando nós vamos nos municípios e geralmente se dá entrevista na rádio e informa, normalmente se tem rádio nesses municípios e informa de como se pode acessar; de que serviço procurar, porque ainda tem gente que desconhece viu, mas se divulgou e aumentou nossa demanda assim expressivamente. Então, se é divulgada assim através de nós mesmos, de todos de quando vai ou quando vem famílias e coordenadores e enfermeiros. Nós fizemos um trabalho bem importante assim de divulgação tanto quando a gente vai nas rádios e quando eles vêm até aqui. E agora a gente não tem mais



o programa daqui, que eles ligavam e perguntavam, falavam nossa eu escutei no rádio e não sabia que existia esse serviço. Porque ainda não é assim um serviço divulgado da forma como deveria, mas aqui nós fizemos uma propaganda bem grande, contanto que aumentou nossa demanda. É nas escolas também a gente fez também, a gente tenta assim quanto mais meios a gente tiver, nos conselhos também que geralmente a gente é convidado, nas conferências a gente procura divulgar e isso surtiu efeito e foi bem bacana o trabalho. Contanto, nem eu sabia que existia esse CAPS e quando me convidaram pra trabalhar eu fui pesquisar porque eu não sabia, isso que eu sou da área de saúde, não sei se quando implantaram talvez o consórcio não fez a divulgação da forma que deveria ter feito. Ou também as vezes as pessoas ouvem falar, mas como não precisam fica de lado, mas isso melhorou.

**P: f) Esse acesso tem possibilitado a participação familiar que é premissa da Reforma Psiquiátrica, no tratamento dos seus membros usuários do CAPSad III? De que modo?**

**E:** É assim, a forma como a gente faz com a família para tentar trazer são naqueles encontros, agora o único jeito, que agora devido a pandemia não podemos mais fazer a reuniões familiares, a gente faz via telefone, se o paciente não vem porque ele não veio ou se precisa de alguma coisa do paciente e precisa falar com a família, sobre alguma coisa que ele não relata pra nós, ou pra saber como está na família, agora é tudo via telefone, então, é uma forma mais distante de se trabalhar, mas é a única forma que a gente achou de deixar eles conosco e ainda a questão de que mesmo que tenha dezessete anos quanto interna em acolhimento noturno a gente pede que permaneça um responsável junto aí também esse responsável é trabalhado. Mas agora, com a pandemia ficou bem complicado a gente evita acompanhante a não ser que seja de menor mesmo. Mas antes tinham esse acesso, inclusive com as visitas nos finais de semana de quem não podia vir durante a semana, tinha o atendimento com o psicólogo. Os municípios dão o suporte de trazer os familiares, nos finais de semana também com agendamento e tudo, mas geralmente, os que vem nos finais de semana, no sábado muitas vezes é porque trabalham e aí vem de carro próprio, mas os municípios faziam isso tranquilamente, não tínhamos dificuldades com isso, tanto quanto no momento de uma alta administrativa quanto é uma alta a pedido, os municípios tem motorista de plantão, se não consegue isso se fala com coordenador ou com secretário de saúde, mas é bem organizada essa parte. No início deu uns probleminhas que não era pra dar alta a noite que não vinha ninguém buscar, mas a gente conversou com a nossa coordenação geral e se o paciente pediu alta não tem você segurar até no outro dia, se ele diz que não quer a gente não segura, até porque ele não vai esperar até no outro dia, mas isso já está bem resolvido, bem tranquilo.

**P: g) As famílias conseguem participar das ações inclusivas propostas pelo CAPSad III, estando distante em outros municípios? Estas ações se dão nos municípios ou no serviço?**

**E:** Aqui a gente fazia bastante e tentava fazer com que eles replicassem lá, mas os municípios fazem também, tanto por meio da ACSs que vão nas casas, através dos coordenadores e onde tem CAPS como aqui em A. que a gente sabe que fazem também e é agora mais por via telefone. Mas, tem sim, geralmente com a família a gente chamava aqui quando tinha e o município a gente orientava que fizesse alguma reunião lá, até se tivesse algum grupo de alcoólatras ou de outras drogas para eles estarem fazendo, mas eles fazem ações nesse sentido, aonde tem AA eles também fazem com os familiares; onde tem NA que eu acho que é só em C., mas tem e funciona direitinho. E assim, as ações que eram feitas aqui se passavam bem para eles, mas agora nós irmos nos municípios fazer não, eles que vinham tudo agendadinho e com cronograma certinho e, eles vinham tanto no final do ano, uma adesão bem grande. Bom, assim, poucas famílias, como tem aqueles como eu te falei que não querem nada com nada, mas a maioria deles vem, eles também querem ver o familiar deles bem, não é interessante pra eles deixar aqui, eles têm que saber que tem que aprender a lidar e é assim dia a após dia.

**P: h) Na sua visão, qual o papel que a família desempenha diante da inclusão social dos usuários?**

**E:** É de fundamental importância se a família estiver bem trabalhada ela vai ajudar em tudo esse usuário tanto na questão da inclusão, tanto no trabalho, na sociedade, na vivência do dia a dia dele. E é o que a gente sempre fala aqui que as vezes uns não sabem como lidar, e esse é o nosso papel perante as famílias, além de trabalhar a questão da aceitação, de limite, é também organizar a vida deles junto ali do seu convívio; no trabalho em tudo, na questão social, lazer na educação, a família é tudo. E a gente percebe que muitas são desestruturas que vem lá do pai que já era usuário; da mãe que era separada e juntou outro cara pra morar junto aí esse cara oferecia droga e fez com que se viciasse; umas histórias assim com muita violência física e verbal; de agressão mesmo, coisas assim que a gente nem imagina e as vezes isso já começa lá na infância. E quando eles estão perdendo alguma coisa, ou estão sendo ameaçados eles procuram, aí é pela dor e não pelo amor. Tem histórias assim que você não acredita que faz parte de história de um ser humano. Não existe! Umas coisas cabeludas, as vezes de dar cachaça para a criança de quatro anos pra fazer dormir; de dar droga pra criança de oito anos e imagina depois como isso fica. Mas, a gente percebe que tem uma causa que vem de lá de trás, aí tem que ir tratando as consequências e evitar que os próximos não façam isso também.

**P: i) De que forma o CAPSad III estimula/potencializa o poder de contratualidade dos usuários para que estes possam construir laços familiares e sociais; participar da vida cotidiana e circular nos mais diversos espaços sociais?**

**E:** A gente já tenta com eles quando eles estão acolhidos noturno já tentar fazer um contrato com eles de assiduidade pra que eles venham certinho nas oficinas para ter direito a consulta, claro que é uma coisa interna e registrada em ata. Porque se a gente não faz isso eles acabam vindo só nas consultas. Então, que tratamento que eles querem? Aí a gente faz isso porque depois eles repletem lá no município quando ele tem reunião familiar, quando tem que ir para alguma atividade, que exista não uma punição, mas uma certa responsabilidade de ir como em um trabalho, que tem horário, que ele tem que ir, porque senão ninguém vai contratar alguém assim. A gente começa aqui para depois isso se estender lá e que leve pra vida deles e isso é uma corrente que a gente procura fazer com que tenham responsabilidade, que eles tenham pontualidade e assiduidade que isso é para vida deles também, porque eles muitos deles estavam sem limites, aí a gente começa por aí. E liga a cada falta que tem se era para vir na oficina e não veio, ligamos pra saber o porquê não veio, se tem justificativa por motivo de doença sempre se pede que eles avisem que aí a gente abona a falta e já começa a partir daí, aqui é tudo por horário as oficinas, também isso vai pra casa, porque se tiverem um trabalho tem que ter horário pra tudo, pra almoço etc; a gente procura trabalhar essas coisas mais simples que são coisas do dia a dia para que isso possa ser inserido lá e que eles consigam viver uma vida normal como cada um de nós, dentro da normalidade entre aspas porque não tem normal mais, mas ao menos aquilo que a sociedade espera para que se tenha uma inserção tanto no trabalho como no social. O termo de consentimento a gente sempre faz pra eles, a gente sempre lê as normas com eles, a hora de lanche e tudo, ali também é compromisso que a gente acaba afirmando com ele, que não deixa de ser contratinho.

**P: j) Quais recursos que podem ser encontrados na comunidade/território que visam o resgate da autonomia, a garantia de direitos, participação familiar e a inclusão social?**

**E:** Viu a primeira coisa que tem é os CRAS dos municípios; os CAPS, as Unidades Básicas de Saúde que tudo começa por ali é a porta de entrada né, então, é esse apoio que tem que ter com psicólogo e assistente social que geralmente são pessoas que são mais vulneráveis e que por mais que tenham família e residência, mas os recursos seriam mais a questão profissional e dos municípios os setores e recursos que o município tem e oferta, principalmente, saúde, assistência social e educação.

**P: k) Em sua concepção o CAPSad III vem cumprindo e atendendo os preceitos da Reforma Psiquiátrica, mesmo estando distante de seus usuários e de suas famílias? Justifique tua resposta.**

**E:** Acho que sim, mesmo que eu acho que deveria ser mais próximo que é o que acaba dificultando, mas assim, do contexto eu acho que está fazendo o papel sim. A gente até tenta flexibilizar algumas coisas para que eles possam estar vindo, a gente ter as normas e tudo, mas não dá pra levar tudo não é uma coisa estanque. A se fulano não pode vir três vezes e só pode vir uma vez deixa uma vez na semana, desde que venha e faça o seu papel e queria tratar a gente flexibiliza. Paciente também que as vezes vem só a tarde que tem que trabalhar pela manhã, mas gente conversa antes, se é pra trabalhar ou cuidar de alguém enfermo em casa como tem o caso de um senhor daqui a gente aceita que se faça e claro se tivessem mais CAPS nos municípios ficaria bem melhor, gente que vem poderia ficar nos seus municípios, o município de E. segura bastante paciente tratando lá; o CAPS daqui do município, o CAPSad de C. também, mas tem municípios que são muito longe, muito distante e acaba as vezes dificultando um pouco, mas nesse contexto acho que o CAPS está fazendo o papel dele sim. Também a gente liga que as vezes o paciente vem para avaliação na segunda-feira e deu um probleminha e não conseguiu vir, vem na terça a gente atende da mesma forma. Paciente por demanda espontânea e não quer comunicar ninguém, não tem problema é reservado o direito dele em não comunicar o município, tem gente que não gosta e não quer. Acho que dá pra dizer assim, tem que melhorar com certeza, mas a princípio está atendendo e atingindo o objetivo ao mesmo é o que eu acho e sinto. E nós damos liberdade para os profissionais ligarem, por exemplo com a nossa psiquiatra, de médico pra médico pra orientar conduta, ou se não sabe se pra nós ou não o paciente, se o profissional tem alguma limitação para atender esse tipo de paciente a gente se coloca à disposição para orientar mesmo estando mais distante, porque a gente sabe da dificuldade dos municípios, por exemplo vir de lá de D. e chegar aqui e não ter mais vaga, então, se faz o acolhimento e agenda bem certinho no quadrinho que é onde se sabe o nosso número de leitos e de vagas e capacidade, coloca ali no quadro as avaliações e quando o município liga e se quiser mandar para fazer o acolhimento, mas já se sabe que não tem vaga para acolhimento noturno e a gente sempre procura avisar os municípios quando tem feriado avisa a coordenação de saúde mental, a secretária de saúde ou quando tem recesso para que eles evitem de mandar um carro até aqui, porque a gente se preocupa também com eles, com o deslocamento, com os gastos, mas já melhorou.

**P: 1) Em sua opinião, o trabalho desenvolvido pelo do CAPSad III, com sede regional, consegue realizar a inclusão social dos usuários? De que modo?**

**E:** Eu acho que em todos os sentidos tanto na parte social quanto na parte pessoal deles acho que se trabalha bastante nesse sentido e estando bem resolvido na família, no município e aí fica mais fácil para eles terem uma aceitação lá e eles serem inseridos tanto no trabalho, tanto no lazer, tanto mesmo no meio familiar deles. É isso é trabalhado nas oficinas e com a família. Acho que consegue, não cem por cento porque isso não existe né, mas muitos depois vêm nos agradecer, as vezes uma palavra que foi falada em uma oficina eles gravam e vem e falam, sabe as vezes os municípios agradecem, que se pede pros municípios ir lá, indicações dos municípios do que a gente pode estar fazendo a gente liga e pergunta, meio que norteiam o que eles podem estar procurando de trabalho que não interfira no tratamento. Acho que consegue dentro de uma regra geral consegue.

## **ANEXOS**

## ANEXO I



UNIOESTE - UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DO OESTE DO  
PARANÁ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O processo de inclusão social de pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas: Um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD III Regional com sede no município de Marmeleiro-PR.

**Pesquisador:** KELIN FORGIARINI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 35547420.0.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.176.060

#### Apresentação do Projeto:

Os dependentes químicos vivenciam no seu cotidiano a exclusão social que se arrasta ao longo dos tempos, que vai ganhando força pela questão moral e pelo o estigma que a está intimamente relacionada à dependência química. O presente artigo analisará criticamente a dialética exclusão/inclusão social no sistema capitalista e sobre como tais expressões apresentam-se no campo de álcool e drogas. Buscará compreender como ocorrem as ações inclusivas com essa população, tendo como objetivo apreender e analisar em que medida a inclusão social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD III tem sido efetivada, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, postulados a partir da Reforma Psiquiátrica, na Lei 10.216/2001. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas são considerados dispositivos estratégicos de grande avanço no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, que visam atuação no território e a inclusão social dos usuários. Trata-se de uma pesquisa de estudo de caso, de caráter qualitativa, a qual terá como local investigado o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD III regional, com sede no Município de Marmeleiro- PR. O material



Continuação do Parecer: 4.176.060

empírico será produzido a partir da aplicação de entrevista semiestruturada na amostra, que corresponde ao coordenador deste serviço no período em que compreenderá a pesquisa. Os dados coletados serão analisados por meio da análise de conteúdo. Os resultados poderão fornecer subsídios para a possibilidade de transformação desta realidade e auxiliar na gestão e na formulação de políticas públicas mais efetivas em relação à inclusão social.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Aprender e analisar em que medida a inclusão social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD III Regional, com sede no Município de Marmeleiro- PR, tem sido efetivada, com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial postulados a partir da Reforma Psiquiátrica, na lei 10.216/2001.

Objetivo Secundário:

1) Analisar o conceito de inclusão social com base nos princípios da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, postulados pela Reforma Psiquiátrica, de acordo com a Lei 10.216/2001.2) Verificar se as ações oferecidas pelo serviço do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD III Regional, com sede no Município de Marmeleiro- PR, contribuem para o processo de inclusão social dos usuários.3) Analisar os desafios, as possibilidades e os limites encontrados pela coordenação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD III Regional, com sede no Município de Marmeleiro- PR, diante da lógica de consórcio intermunicipal, para o desenvolvimento de ações e de estratégias inclusivas e para a concretização da inclusão social dos usuários.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Durante a execução do projeto poderão acontecer riscos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios, como em toda pesquisa que envolva seres humanos. Estes riscos indiretos que podem ser de cunho moral, um constrangimento no momento das perguntas, que podem levar o sujeito a sentir-se mal, dentro das dimensões física, psíquica,

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Telefone:** (45)3220-3092

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

312





Continuação do Parecer: 4.176.060

moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, embora as questões da entrevista não sejam de ordem pessoal. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida imediatamente; e/ou algum imprevisto durante a execução do projeto, haverá a ligação para o 192 solicitando o atendimento do SAMU. Para prevenir estes riscos, a identidade do sujeito não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos. Benefícios:

Esta pesquisa também se propõe a trazer benefícios diretos ou indiretos para a instituição, funcionários, usuários e familiares dos usuários dos CAPS ADIII Regional, Marmeleiro-PR e indiretamente para política pública direcionada ao atendimento de pessoas com problemas decorrente de álcool e outras drogas, como a possibilidade de refletir sobre a inclusão social baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, da reabilitação psicossocial e da lógica territorial, contribuindo, também, com as discussões na área da inclusão social na dependência química, além dos benefícios acadêmicos ampliando o conhecimento disponível na área pesquisada e contribuindo para o debate em relação à temática especificada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Indica ser importante para a área e para os envolvidos

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Presentes e adequados

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1596185.pdf	24/07/2020 09:44:34		Aceito

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

313

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3092

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 4.176.060

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimentolivreeesclarecido.pdf	24/07/2020 09:17:54	KELIN FORGIARINI	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.pdf	23/07/2020 17:02:34	KELIN FORGIARINI	Aceito
Outros	justificativadeausenciadecarimbonafolhadderosto.pdf	17/07/2020 15:47:35	KELIN FORGIARINI	Aceito
Outros	Termodecompromissoparausodedadosemarquivo.pdf	16/07/2020 18:54:38	KELIN FORGIARINI	Aceito
Outros	Termodecienciaidoresponsavelpelocampodeestudo.pdf	16/07/2020 18:53:44	KELIN FORGIARINI	Aceito
Outros	Instumentos.pdf	16/07/2020 00:27:05	KELIN FORGIARINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	16/07/2020 00:10:48	KELIN FORGIARINI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	15/07/2020 23:56:34	KELIN FORGIARINI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CASCADEL, 27 de Julho de  
2020

---

**Assinado por:**  
**Dartel Ferrari de**  
**Lima**  
**(Coordenador(a))**