

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Programa de Pós-Graduação em Educação
Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva

ANALISANDO O PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM CAPS AD

Alan Cristian Rodrigues Jorge

Maria Cristina Carvalho

Porto Alegre, novembro de 2010

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	3
2. METODOLOGIA	6
3. BASES CONCEITUAIS: CAPS, TERRITÓRIO E CUIDADO.....	7
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	10
4.1 Gráficos Gerais.....	10
4.1.1. Gênero	10
4.1.2. Faixa Etária.....	11
4.1.3. Bairro	11
4.1.4. Naturalidade.....	12
4.1.5. Estado Civil.....	13
4.1.6. Escolaridade.....	14
4.1.7. Ocupação / tipo de vínculo.....	15
4.1.8. Renda da Casa.....	15
4.1.9. Histórico de Dependência Química Familiar.....	15
4.1.10. Droga (s) Utilizada (s)	16
4.2 Gráficos Cruzados.....	17
4.2.1. Relação Gênero e Drogas utilizadas.....	17
4.2.2. Relação Faixa Etária e Drogas Utilizadas.....	18
4.2.3. Relação Escolaridade e Drogas Utilizadas.....	18
4.2.4. Relação Renda da Casa e Drogas Utilizadas.....	19
4.2.5. Relação Histórico Familiar de Dependência Química e Drogas Utilizadas.....	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

ACOLHENDO NOVAS VIDAS

Alan Cristian Rodrigues Jorge¹

Resumo: Esta pesquisa tem como objetivo contribuir com informações relevantes à melhoria na qualidade das atividades desenvolvidas em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas localizado no município de Viamão através da caracterização do perfil dos usuários do serviço. O estudo fornece alguns elementos que possibilitam uma análise de uma série de condicionantes e/ou determinantes em saúde, que podem ter alguma relação num modelo assistencial aberto, como se propõe o processo de um CAPS AD. Os dados foram coletados através da análise de fichas de novos acolhimentos realizados no período de um ano. Observou-se a necessidade de conhecer quem são, não só os usuários desses serviços substitutivos bem como seus perfis, históricos sociais e de vida revelando com isto uma série de informações que possibilitam um atendimento com mais integralidade ao ser.

Descritores: Psicossocial, Saúde Mental, Dependência Química

1. APRESENTAÇÃO

Com a proclamação da Constituição Federal (em 1988) criou-se, após muitas lutas sociais e de classes, o Sistema Único de Saúde (SUS) e foram estabelecidas às condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde no Brasil. Os marcos e avanços em todas as áreas e diferentes níveis de atenção à saúde do SUS nesses mais de 20 anos de existência, sem dúvida nenhuma, foram imensos. Tais conquistas foram tamanhas que até campanha para elegê-lo como Patrimônio Social Cultural Imaterial da Humanidade foi feita pelo Conselho Nacional de Saúde.

O movimento da Reforma Sanitária contribuiu significativamente para este repensar saúde, fruto de lutas de classes e pressões sociais que buscavam, dentre várias outras coisas, qualidade e dignidade no serviço prestado a população. Neste mesmo ponto, emerge em meados da década de 70, o Movimento de Reforma

¹Enfermeiro formado na Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria / RS. Residente (R2) em Saúde Mental Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre / RS. Membro do Coletivo Gaúcho de Residentes em Saúde. Membro do Fórum Nacional de Residentes em Saúde.

Psiquiátrica, com liderança dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares destes (AMARANTE, 1998). Tal movimento objetivava desconstruir o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico e manicomial, o qual exercia, por muitas vezes, apenas a função de segregação social/comunitária do paciente, bem como, utilizando-se de ferramentas que muito mais pareciam instrumentos de tortura.

Apesar de todo esforço conjugado de várias classes, a concretização definitiva deste processo veio apenas anos mais tarde com a aprovação, no Congresso Nacional, da Lei Federal 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001). A lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Um dos principais dispositivos de atenção à saúde oriundos da reforma, referidos na lei anteriormente citada, como de base comunitária são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). De acordo com o Ministério da Saúde, um CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, abuso de álcool e outras drogas e outros quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, mas, comunitário. Os CAPS realizam ainda a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Ministério da Saúde, 2004, p. 13). Os CAPS estão divididos de acordo com a base populacional contemplada em cada município (CAPS I, II e III) e com a especificidade do tratamento (CAPS Infantil e CAPS AD).

Os CAPS AD voltados ao atendimento de usuários com problemas decorrentes do abuso do álcool e outras drogas tem ganhado destaque, recentemente, em virtude do “boom” na mídia oriundo do crack. Tais serviços, de acordo com o Ministério da Saúde buscam oferecer cuidados aos usuários de álcool e/ou outras drogas, de ambos os sexos, maiores de 18 anos através de um espaço acolhedor promovendo autonomia e protagonismo dos sujeitos através da reinserção social, do resgate dos laços familiares, sociais e das potencialidades dos sujeitos. Tais espaços buscam trabalhar na diretriz da Redução de Danos.

Localizado no município gaúcho de Viamão, o CAPS AD Nova Vida é um exemplo de serviço deste tipo que busca promover atendimento aos usuários locais

indo ao encontro da proposta anteriormente explicitada. Ao trabalhar como Enfermeiro Residente durante quase um semestre atuando no referido CAPS, pude contribuir com esta proposta inovadora de trabalho oriunda da reforma psiquiátrica.

Mas que tipo de ações de cuidado, prevenção e promoção de saúde um Enfermeiro poderia desenvolver em um CAPS AD que acolhe usuários em sofrimento decorrente do abuso de álcool e outras drogas? Se formos analisar pela lógica histórica do núcleo de enfermagem no campo da psiquiatria e/ou saúde mental, poderíamos imaginar, talvez, ações centradas em um ambulatório atuando diretamente com diagnósticos, sintomas e psicofármacos. Entretanto, o trabalho dentro de um CAPS deve pensar também o fora dele, ou seja, o usuário é oriundo de um universo rico, de um território vivo onde seu próprio habitat pode contribuir para este tratamento.

Pensando nisto, fora desenvolvido em parceria com um professor de educação física um grupo de danças de variados ritmos de acordo com a demanda dos próprios usuários. Este exemplo traz à tona a valorização da vida do sujeito, de pequenas ações promotoras de prazer (prazer este em alguns momentos esquecido ou mesmo “substituído” pela droga). Tal iniciativa produtora de um cuidado diferenciado mostrou um usuário diferente daquele presente no momento em que realizava acolhimentos, visitas domiciliares, grupos terapêuticos e outras atividades multidisciplinares no serviço enquanto residente multiprofissional. Surgiu um usuário disposto a entender que o auto-cuidado pode se dar, muitas vezes, pelo recomeço através de pequenas atividades do dia a dia como, por exemplo, a dança.

Mas quem seriam estes usuários, suas características e seus históricos clínicos, sociais e pessoais (com relevância no tratamento)? A resposta de tais questionamentos poderia contribuir mantendo um olhar multidiverso, mas ao mesmo tempo, sem perder o foco nas especificidades de cada indivíduo e/ou público atendido entendendo que cada demanda possui uma peculiaridade e, por si só, uma maneira diferente de atuar. Conhecer detalhes mais prevalentes como principais bairros e regiões, faixa etária, escolaridade, sexo, renda, dentre outros, por exemplo.

Atuando no cuidado, promovendo iniciativas de valorização da vida do próprio usuário e inserido na rede municipal, no referido CAPS, observei estes pontos com certa curiosidade e, buscando entender mais o histórico e o contexto destes indivíduos que nos procuravam, iniciei tal pesquisa. Esta visa contribuir, através de uma análise sobre os usuários acolhidos no período de um ano no CAPS AD Nova

Vida, com um repensar e/ou refletir o cuidado prestado com dados que tentam (com o perdão da ousadia) mostrar a “cara” destes sujeitos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa em cima de uma base de dados documentais realizada de março a julho de 2010 no CAPS AD Nova Vida na cidade gaúcha de Viamão. O instrumento utilizado na pesquisa foram as fichas de acolhimento dos usuários que chegam para tratamento no serviço. A pesquisa coletou dados de novos acolhimentos realizados no CAPS de primeiro de junho de 2009 até o dia primeiro de junho de 2010. As re-acolhidas realizadas no período não foram computadas para evitar repetição de dados. O número total de novos acolhimentos realizados no espaço de tempo foi 331 (N = 331). Os dados foram agrupados numa tabela através do programa excel e, posteriormente, analisados com ajuda de uma estatística.

Os dados oriundos da folha de acolhimento selecionados para a pesquisa foram: **data de acolhimento, gênero, data de nascimento, bairro, naturalidade, estado civil, escolaridade, ocupação, tipo de vínculo empregatício, renda familiar (da casa), histórico de dependência química familiar e drogas utilizadas pelo usuário.** Cabe ressaltar que nenhum nome foi divulgado durante a pesquisa. Para realização da mesma, uma vez que o município não possui comitê de ética em saúde, fora encaminhado ofício a Secretaria Municipal de Saúde solicitando autorização para coleta dos dados (deixando claro a não divulgação de nenhuma identificação de usuário) havendo resposta positiva da parte da secretaria para início da pesquisa.

Para complementar o objetivo proposto foi realizada uma breve revisão de literatura em artigos, periódicos, leis e portarias que contemplassem a temática, levando-se em conta seu contexto histórico, social e político.

3. BASES CONCEITUAIS: CAPS, TERRITÓRIO E CUIDADO

Contribuindo para o entendimento do território, o município onde está localizado o CAPS em questão, situa-se na região metropolitana de Porto Alegre, fazendo divisa com a capital do estado do Rio Grande do Sul. Segundo dados do IBGE do ano de 2008, Viamão conta com uma população de 260.744 habitantes. Dos 24 municípios da região metropolitana que pertenciam à 1ª Coordenadoria Regional da Secretaria Estadual de Saúde (1ª CRS/SES) em 2009, Viamão se apresentava como o quarto em número de habitantes.

Tal contingente populacional traz consigo um grande desafio aos profissionais atuantes na rede municipal de saúde. Sem dúvida nenhuma, não é tarefa das mais fáceis criar articulações em rede onde serviços possam interagir uns com os outros e, ao mesmo tempo, circular no território de uma cidade que possui uma extensão cerca de quatro vezes maior que a da capital gaúcha. Apesar do grande tamanho territorial que alcança até mesmo a Lagoa dos Patos (maior lagoa de água doce do país) com grandes áreas campestres, contendo inclusive mata nativa, estima-se em 93% a população da área urbana, ou seja, uma elevada concentração na cidade mostrando uma distribuição territorial bastante irregular.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, a rede municipal de saúde conta atualmente com três Unidades de Referência em Saúde, treze Unidades Básicas de Saúde, cinco Estratégias de Saúde da Família, um serviço especializado em HIV/AIDS e um hospital geral. A saúde mental de Viamão é constituída por quatro serviços: dois CAPS II, um CAPS AD e um Ambulatório de saúde mental para tratamento de crianças e adolescentes. Um importante interlocutor da rede municipal é o Serviço de Residencial Terapêutico (SRT) Morada Viamão, ligado a Secretaria Estadual de Saúde, que visa acolher pacientes com longo histórico de internação psiquiátrica e que, por vezes, perderam por completo seus vínculos familiares e sociais.

Até o fechamento desta pesquisa, havia sido aprovada, pelo conselho municipal de saúde, a criação de um CAPS infantil no município. A Secretaria Municipal de Saúde havia iniciado o projeto e estava em vias de organização da implementação do mesmo. Por não haver um serviço de CAPS Infantil, o CAPS AD acaba acolhendo além do público adulto, que é sua obrigação de acordo com a portaria do Ministério da Saúde nº 336/02, adolescentes com idade entre quinze e

dezoito anos com problemas decorrentes do abuso de álcool e outras drogas. Sem dúvida nenhuma tal situação não é a ideal, mas, dada à demanda significativa nesta faixa etária os profissionais buscaram adaptar suas práticas para acolher estes jovens na ausência momentâneo do CAPS i.

Um ponto que merece destaque no que tange a contingente populacional e relação mínima de CAPS é que por se tratar de um município com mais de 200.000 habitantes, Viamão poderia comportar um CAPS III. De acordo com a portaria do Ministério da Saúde de nº 336/02, os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Possuem no máximo cinco leitos, realizando, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas de no máximo sete dias). A equipe mínima para esse serviço deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de uma equipe noturna e de final de semana. Sem dúvida nenhuma, tal estrutura contribuiria enormemente com a rede de saúde mental municipal.

O CAPS AD, local onde foi realizada a pesquisa, iniciou seu funcionamento em dezembro de 2003. Sendo um dos pilares essenciais para qualidade do cuidado prestado em um CAPS, a equipe multiprofissional deve pautar em todas as suas ações uma forma de trabalho não apenas multiprofissional, mas sim, interdisciplinar. Para Gomes (1997) o trabalho interdisciplinar envolve competências como criatividade, originalidade e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar e frente aos problemas e às suas soluções. O autor lembra ainda que na prática interdisciplinar não se pretende uma desvalorização ou negação das especialidades e sim, a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional.

Atualmente, o CAPS AD conta com uma equipe composta por: um psiquiatra, um médico clínico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dois psicólogos, um terapeuta ocupacional, um professor de educação física, um educador musical, um redutor de danos, um auxiliar administrativo, um recepcionista, um vigilante, um auxiliar de serviços gerais, um estagiário e três residentes multiprofissionais em saúde mental coletiva oriundo de uma parceria entre o município e a Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Uma peculiaridade no que tange o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas é que não há no município uma equipe de Redutores de Danos. Entretanto,

desde o ano de 2009 este conta com uma vaga para Redutor de Danos no próprio CAPS AD interagindo com os profissionais do serviço, mas, objetivando ainda um trabalho com a rede e inserido na comunidade. Segundo a Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas de 2004 a Redução de Danos

reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros.

Tal inserção precisa, necessariamente, acontecer uma vez que o homem sofre com as implicações e marcas deixadas pelo território como, por exemplo, fatores sociais e econômicos. Tais pontos, nem sempre são visíveis no atendimento dentro do serviço, motivo pela qual uma equipe transeunte de Redutores de Danos se faz essencial.

O serviço funciona diariamente, de segunda à sexta-feira, com acolhida aberta, ou seja, a demanda é espontânea não havendo necessidade de encaminhamento, algo bastante singular em relação a uma série de CAPS onde suas portas se abrem para tratamento do usuário exclusivamente por encaminhamentos. Tal forma de acolhimento, sem obrigatoriedade do encaminhamento, fortalece a qualidade do cuidado prestado a população e, principalmente o vínculo com esta, uma vez que, o acolhimento se constitui em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento, (FRANCO et al. 1999). Já nesta acolhida, é elaborado um Plano Terapêutico Singular junto ao usuário e seu familiar. Cada usuário que inicia o tratamento possui um técnico de referência para acompanhá-lo em sua singularidade, proporcionando-lhe, sistematicamente, uma escuta qualificada.

Para atender a proposta de um Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários com problemas com álcool e outras drogas o serviço busca desenvolver uma série de atividades tais como: atendimentos individuais, grupos terapêuticos e que visem, dentre outras coisas, reintegração social, grupo com Familiares, Assembléia de Usuários e Familiares, oficinas variadas, visitas domiciliares e Apoio Matricial.

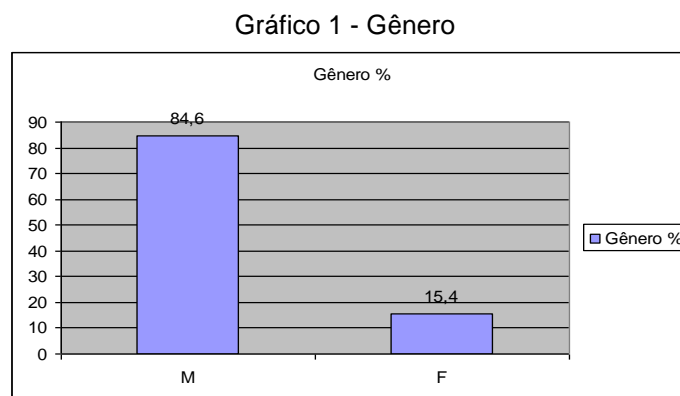
Para uma melhor compreensão da pesquisa, são necessárias algumas considerações acerca do conceito de território, uma vez que, segundo a portaria do Ministério da Saúde n.º336/02, parágrafo 2º do artigo 1º, os “CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. Para o Geógrafo Milton Santos (2002) há um equívoco na visão tradicional da geografia que considera o território como um objeto estático com suas formações naturais. Este apresenta território como um objeto dinâmico, vivo de inter-relações. Sendo assim, o território do município, bem como, a área de abrangência do CAPS são elementos essenciais no entendimento das demandas de usuários e, dos usuários. Devemos construir e, de forma sistemática, organizar um serviço substitutivo em todas as suas inter-relações e que opere segundo a lógica do território olhando e ouvindo a vida que pulsa neste lugar (YASUI, 2010).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para uma melhor visualização dos resultados obtidos durante a pesquisa os dados de maior relevância foram organizados em gráficos e divididos em gráficos gerais (relação total de cada item coletado) e gráficos cruzados (cruzamento de alguns itens da pesquisa que mostraram destaque importante).

4.1. Gráficos Gerais

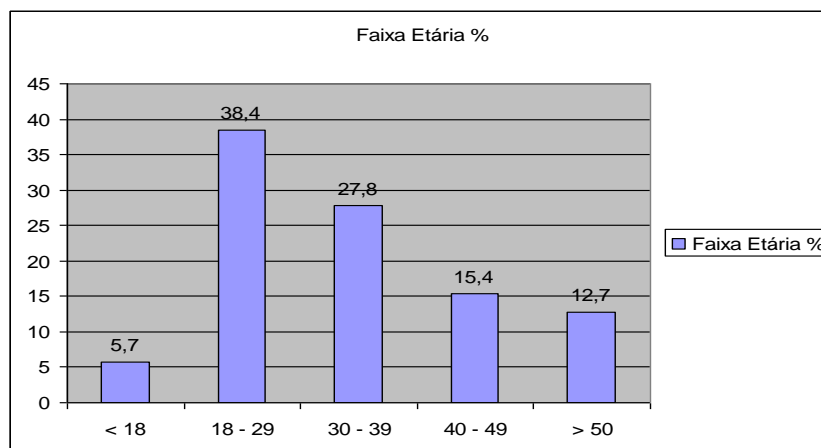
4.1.1. Gênero: quanto ao gênero prevalente (ver gráfico 1), observou-se que 84,6% do público acolhido foi masculino.



Uma questão a ser pensada (percebida no período em que trabalhei no serviço) é que muitas mulheres ao iniciarem tratamento clínico individual e/ou em grupo ficavam constrangidas, justamente, pela predominância maior do gênero masculino. Tal fato causava até mesmo alguns pequenos conflitos por ciúmes dos maridos destas ao perceberem tal ponto. Algumas, entretanto, simplesmente demoravam um pouco mais para interagir num grupo terapêutico, por exemplo.

4.1.2. Faixa Etária: Neste ponto percebeu-se uma predominância de jovens de 18 até 29 anos (ver gráfico 2) justamente à camada da população municipal em “idade laboral inicial”. Tal ponto, sem dúvida nenhuma, mexe com vínculos sociais relacionados à educação e ao trabalho. Cabe destacar o percentual de 5,7% de jovens menores de 18 anos atendidos no período, uma vez que, tal serviço atende este público na ausência momentânea do CAPS i. Com a abertura do mesmo, haverá uma possibilidade de um pouco mais de recursos humanos e materiais concentrados no atendimento as demais faixas etárias citadas (público primordial de um CAPS AD).

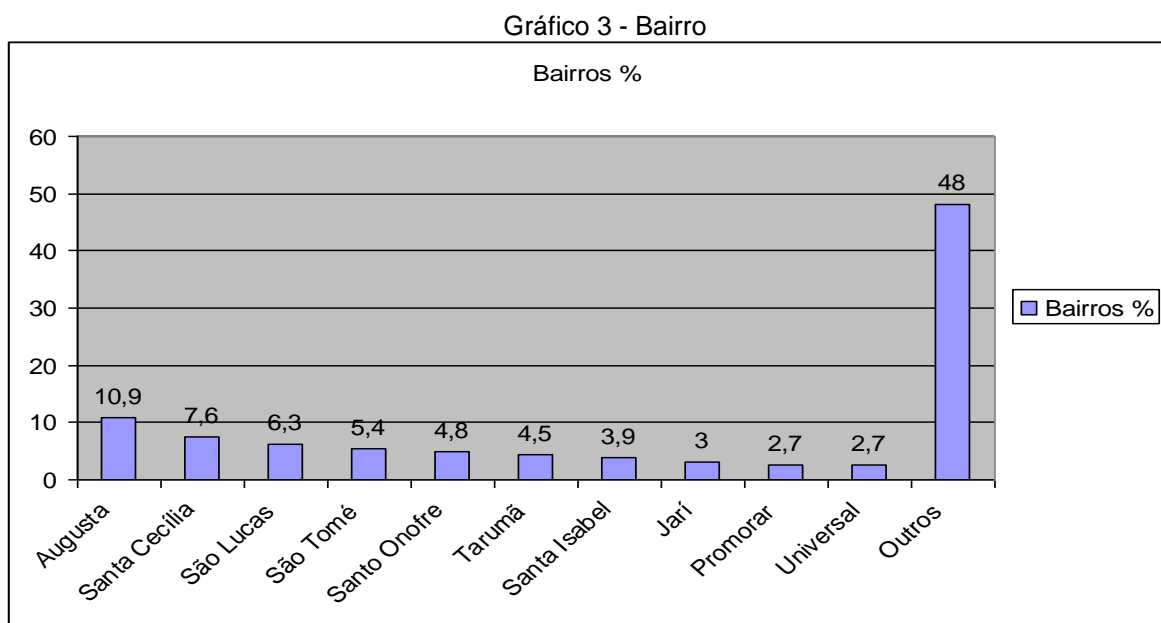
Gráfico 2 – Faixa Etária



4.1.3. Bairro: devido ao grande número de bairros, vilas e distritos do município de Viamão (quarto em extensão territorial da região metropolitana gaúcha) e a constante remarcação territorial dos mesmos que acarreta também a troca de seus nomes, tal ponto de pesquisa gerou uma série de dados divergentes. Ao proceder a entrevista para acolhimento, muitas pessoas tinham dúvida quanto ao nome de seu bairro uma vez que muitos haviam sido fracionados em uma série de outras vilas.

Tal movimento rotineiro e constante de mudanças geográficas urbanas impossibilitou o cruzamento de outros dados com os bairros de procedência de cada

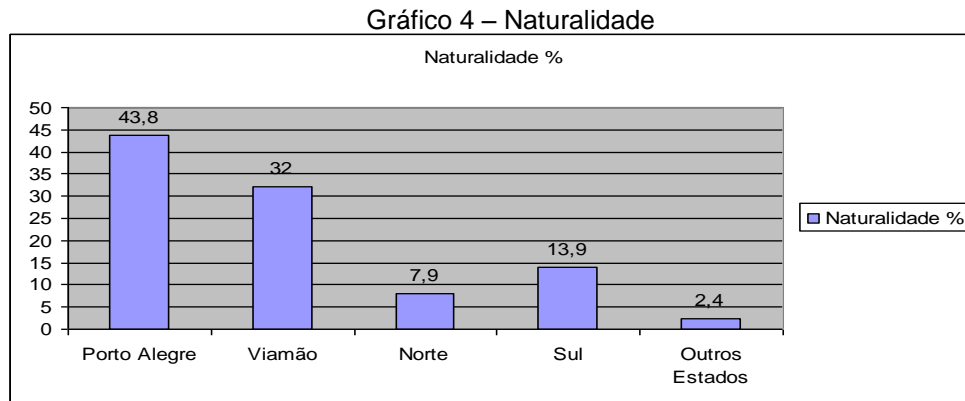
indivíduo. Até mesmo o contingente populacional de cada bairro, vila ou distrito de acordo com dados do IBGE não é fidedigna dada a situação explicitada. Com isto, alguns bairros, vilas e distritos que apareciam em menor quantidade durante a pesquisa foram agrupados na categoria “outros” gerando um percentual enorme de variadas localidades com pouca demanda unitariamente falando. Ainda sim, merecem destaque alguns bairros que tiveram percentual mais elevado (ver gráfico 3) e que, estão todos próximos a divisa com Porto Alegre (área de maior concentração populacional no município).



4.1.4. Naturalidade: este ponto mostra algumas curiosidades relacionadas à naturalidade da população acolhida no período. Uma delas é que, devido à proximidade com Porto Alegre, 43,8% das pessoas nasceram na capital (ver gráfico 4). Este dado traz ainda uma consideração a ser feita sobre toda e qualquer pesquisa relacionada ao atendimento de saúde prestado no município Viamão: muitas pessoas, simplesmente, procuram serviços de saúde da capital, uma vez que, boa parte destas moram mais próximas de Porto Alegre do que do próprio centro de Viamão. Tal fato pode gerar uma margem de subnotificação populacional dentro dos dados de pessoas atendidas em Viamão.

Outro ponto que merece destaque pela singularidade histórica é o fato de 13,9% das pessoas serem oriundas da metade Sul do estado. Inclusive, algumas das nascidas em Porto Alegre ou Viamão relatavam no histórico serem filhas e/ou

netas de pessoas oriundas da metade Sul do Rio Grande do Sul. Principalmente da região de fronteira com a Argentina e com o Uruguai (campanha e fronteira oeste). Muitas destas justificavam na entrevista, quando questionadas, o motivo de tais migrações simplesmente pelo sonho, muitas vezes ilusório, de alcançar melhores condições de vida na região metropolitana tida por muitos como “área de emprego certo” e “região ideal para melhorar de vida”.



Coincidência ou não, a metade Sul do estado apresenta os piores indicadores do Índice de Desenvolvimento Humano do Rio Grande do Sul (IBGE, 2008). Contribuindo nesta perspectiva podemos entender território como:

Relação que surge dos modos de apropriação e de alienação deste espaço e dos valores sociais, econômicos políticos e culturais ali produzidos. Modos múltiplos, contíguos, contraditórios. Modos de construção do espaço, de produção de sentidos ao lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas (SANTOS, 2002).

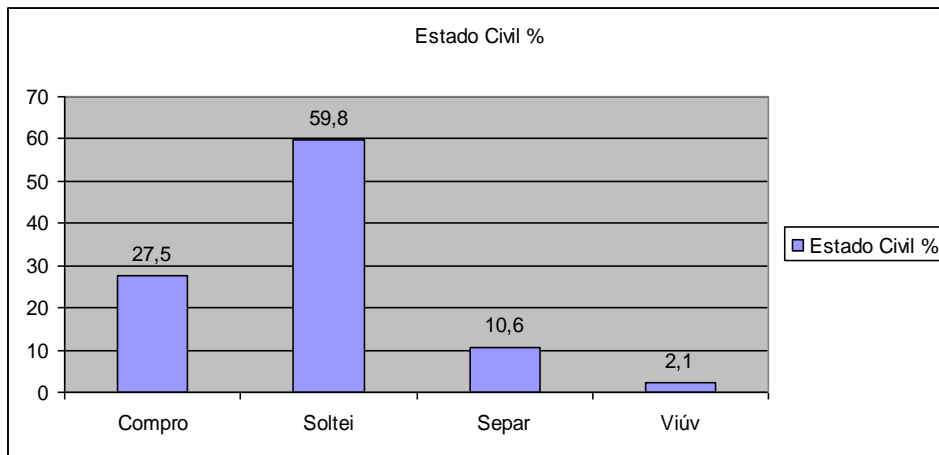
Abandonar a terra natal deixando no passado, muitas vezes familiares, habitat físico, social e cultural conhecido, em busca de “melhores condições de vida” representa, sem dúvida nenhuma, um desapego máximo deste ser humano. Fragilizado, com toda certeza estará disposto a encarar os desafios nem sempre fáceis da nova vida em um novo lar. Eis uma prova de que o território geográfico estático não existe diante de um homem buscando crescimento. Por outro lado, tais migrações possibilitam uma produção de subjetividades aprisionadas, criando novos territórios existenciais em cada indivíduo, a significância ou mudança do habitat a que se pensa como lar (YASUI, 2010).

4.1.5. Estado Civil: para esta divisão, foi entendido como “compromissado (a)” toda e qualquer pessoa que tivesse vínculo no momento fosse casado (a) ou apenas sem vinculação oficial, mas que estivessem morando juntos (ver gráfico 5). Mais da

metade das pessoas acolhidas no período relatou ser solteira. Tal ponto se contrapõe a uma série de campanhas da mídia e/ou sociais que focam a família como responsável pelo problema por diversas vezes e, justamente por isso, de fundamental importância no tratamento dando apoio ou sendo responsabilizada por “uma falta de cuidado” que leva o indivíduo ao “mundo das drogas”.

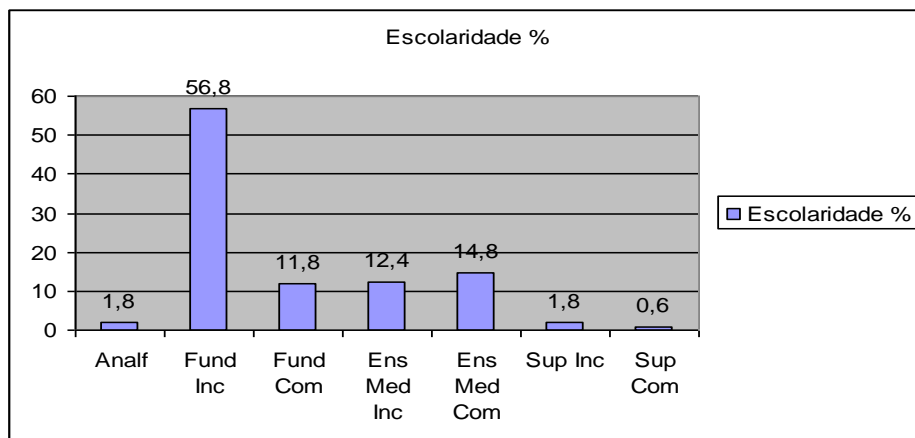
Um importante destaque neste ponto é que boa parte destas pessoas declaradas solteiras moravam sozinhas e, sem qualquer tipo de vínculo familiar próximo (entendo família não só como aquela de laços sanguíneos, mas também aquela de laços afetivos).

Gráfico 5 – Estado Civil

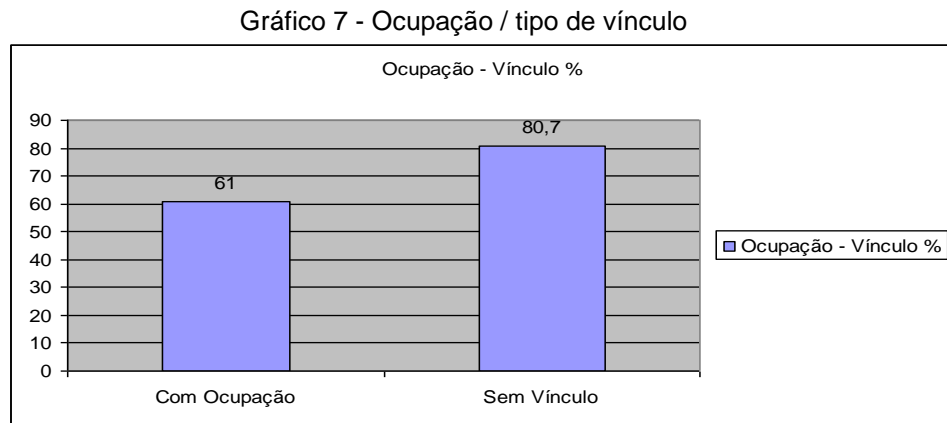


4.1.6. Escolaridade: chama atenção neste ponto que mais da metade da população acolhida no período possuía o Ensino Fundamental Incompleto (ver gráfico 6).

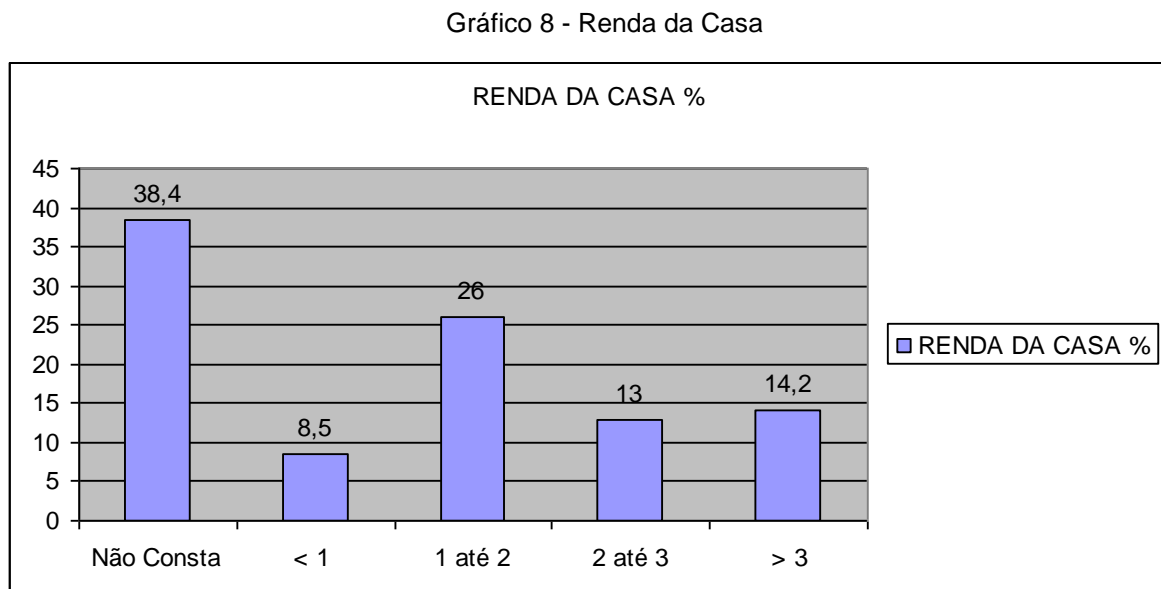
Gráfico 6 – Escolaridade



4.1.7. Ocupação / tipo de vínculo: neste ponto observamos que 61% dos usuários possuem emprego, mas, o que realmente preocupa é que destes, 80,7% possuem uma ocupação sem qualquer tipo de vínculo empregatício (ver gráfico 7).

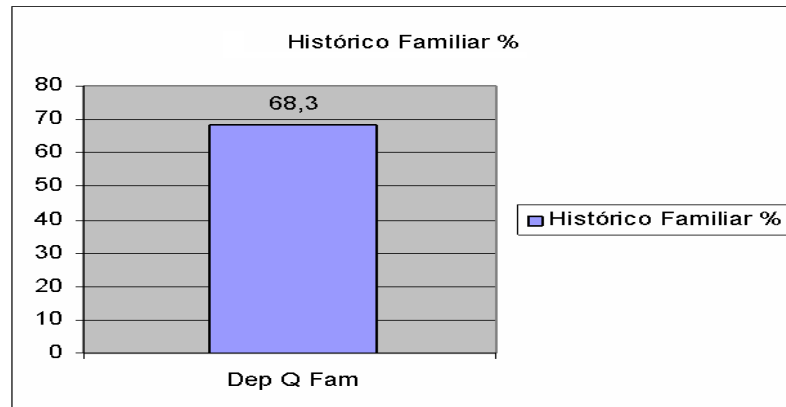


4.1.8. Renda da Casa: um dado importante percebido foi a falta de notificação, nas fichas de acolhimento de 38,4% dos prontuários, da renda da casa do indivíduo. Ainda sim, como podemos observar (ver gráfico 8), a maioria das pessoas possuía renda de no máximo 2 salários mínimos (para feito de pesquisa foi utilizado o salário mínimo vigente no início desta que era de R\$ 465,00).



4.1.9. Histórico de Dependência Química Familiar: do número total de pessoas acolhidas no período (ver gráfico 9), 68,3% relataram algum histórico de dependência química em familiares próximos (pais, irmãos, avós, tios, etc).

Gráfico 9 – Histórico de Dependência Química Familiar



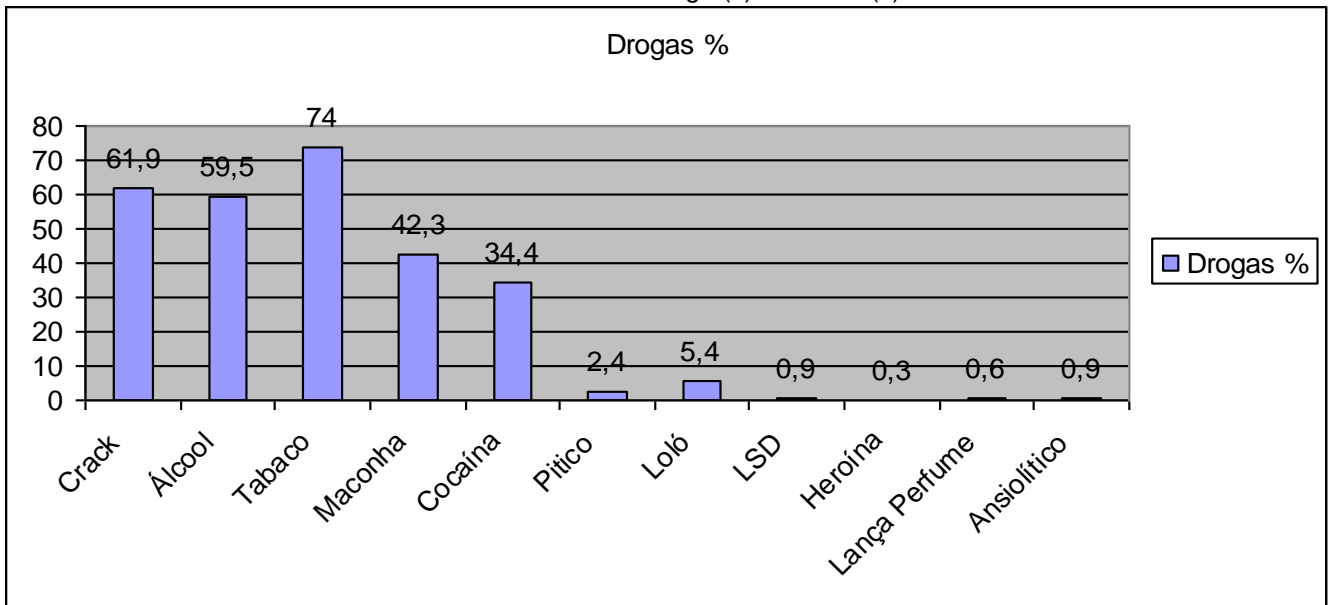
No instrumento de coleta do acolhimento, não consta espaço para preenchimento do tipo de substância que este familiar utilizava. Entretanto, pude observar que em boa parte dos prontuários alguns profissionais preenchem do lado deste histórico familiar a utilização de, na grande maioria, tabaco e álcool.

4.1.10. Droga (s) Utilizada (s): neste ponto foram computadas todas as drogas relatadas pelo indivíduo no momento da entrevista de acolhimento (ver gráfico 10). Não foi estabelecido qualquer tipo de priorização em função do grau de toxicidade destas, entendendo todas como de relevância para a pesquisa. De todas as pessoas acolhidas, a maioria (74%) fazia uso de tabaco.

Merece importante destaque este ponto, pois, segundo dados oficiais de 2009 da Secretaria Estadual de Saúde e do Datasus (instrumento de coleta epidemiológica do Ministério da Saúde) ocorreram 202 óbitos no município de Viamão relacionados a doenças do aparelho respiratório em 2009 (número que representa 23% dos óbitos registrados do município no ano de 2009). Muitas pessoas, inclusive, já procuram o serviço, exclusivamente, para largar o vício do tabaco. No momento da pesquisa, o serviço não dispunha de atendimento específico para o tabaco, entretanto, dois profissionais já tinham sido capacitados para o atendimento deste público específico faltando apenas à contratação de um médico clínico, permanente, para início dos tratamentos clínicos e por via de grupos, como preconiza o Ministério da Saúde.

Em segundo lugar observamos um “empate técnico” do crack com o álcool desmistificando alarmantes dados vinculados na mídia quanto a estrondosos números de pessoas atendidas exclusivamente pelo abuso do crack.

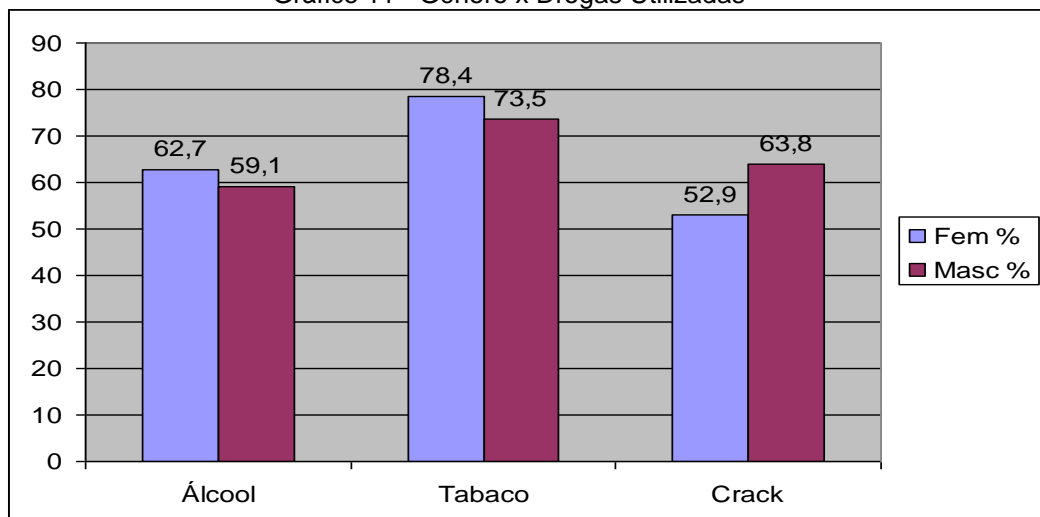
Gráfico 10 – Droga (s) Utilizada (s)



4.1. Gráficos Cruzados

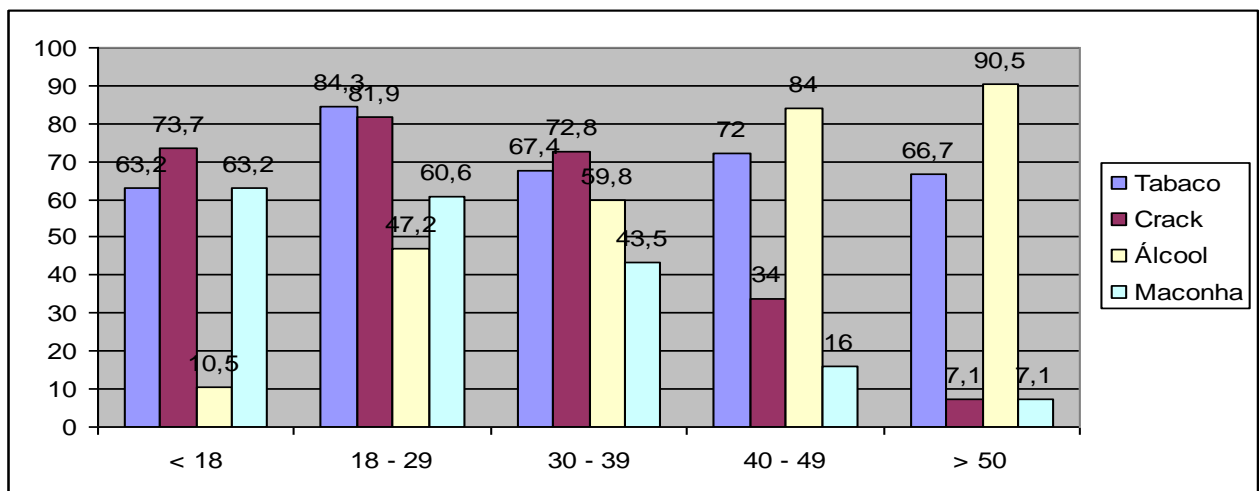
4.2.1. Relação Gênero e Drogas utilizadas: um dado que chama atenção é que das três primeiras drogas mais utilizadas pelos usuários acolhidos no período, o consumo de álcool (em primeiro lugar) e o consumo de tabaco são maiores (percentualmente falando) dentre as mulheres acolhidas do que entre os homens (ver gráfico 11). Esta diferença se inverte quando se trata do consumo do crack estando o percentual de homens que fazem uso pouco mais de 10% maior do que em relação às mulheres.

Gráfico 11 - Gênero x Drogas Utilizadas



4.2.2. Relação Faixa Etária e Drogas Utilizadas: podemos observar através do cruzamento das faixas etárias com as drogas consumidas que o uso tabaco ultrapassa mais da metade em todas as faixas etárias de usuários pesquisados (ver gráfico 12). Já o crack é a maior droga consumida entre os jovens menores de 18 anos atendidos no CAPS AD. Após os 18 anos o uso desta vai decrescendo a cada grupo etário descrito na tabela, com especial destaque, entretanto, para a faixa dos 18 aos 29 anos aonde consumo chega a 81,9% de todos aqueles acolhidos no período. Quanto ao álcool, há uma crescente bem visível acompanhando o aumento da idade. Os dados são significativamente alarmantes acima dos quarenta anos, aonde o consumo chega a 84% e, acima dos cinquenta este número aumenta para 90,5%. Quanto ao uso da maconha percebeu-se também um ritmo constante, mas, dessa vez de um decréscimo a medida que a idade do indivíduo vai diminuindo sendo o consumo mais significativo, percentualmente falando, nos jovens de 18 a 29 anos de idade.

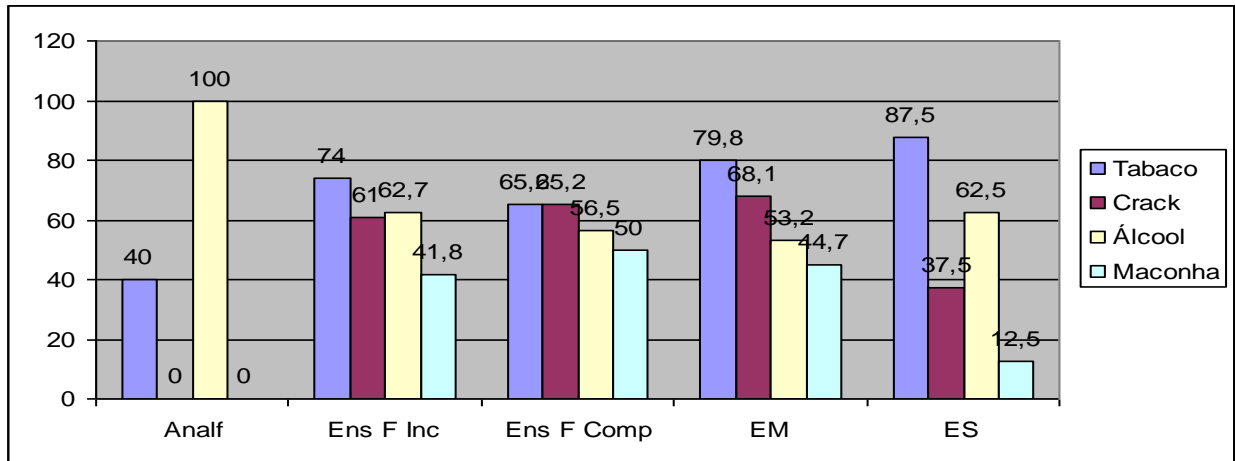
Gráfico 12 – Faixa Etária x Drogas Utilizadas



4.2.3. Relação Escolaridade e Drogas Utilizadas: neste ponto, algumas relações são visíveis no cruzamento com a escolaridade dos indivíduos (ver gráfico 13). Do número total de analfabetos, por exemplo, acolhidos no período, 100% procuraram o serviço em decorrência do abuso do álcool. Estes, não tiveram contato com outros tipos de drogas como maconha e crack.

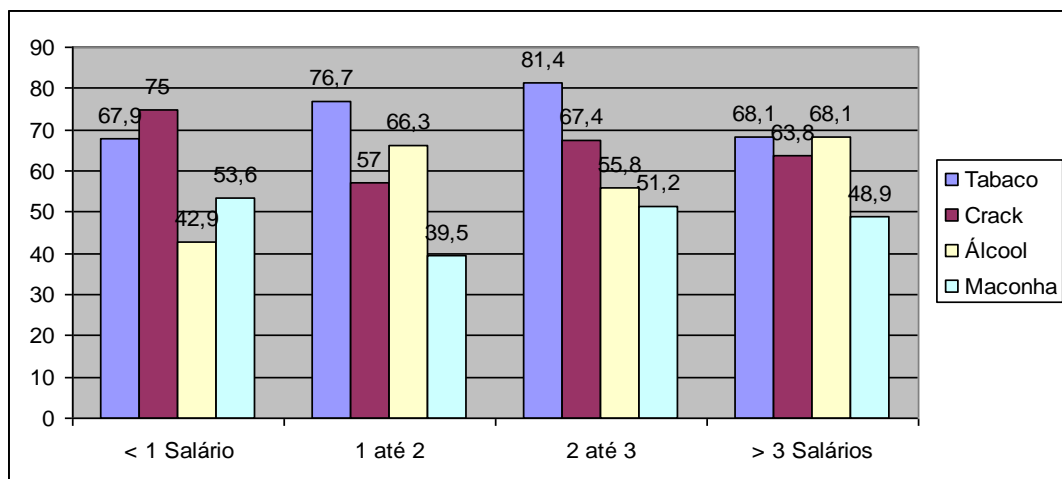
O consumo do tabaco presente, mais uma vez, em todas as faixas etárias tem certo acréscimo com o aumento da escolaridade. Já o consumo do crack está mais presente naquelas pessoas que alcançaram o Ensino Médio.

Gráfico 13 – Escolaridade x Drogas Utilizadas



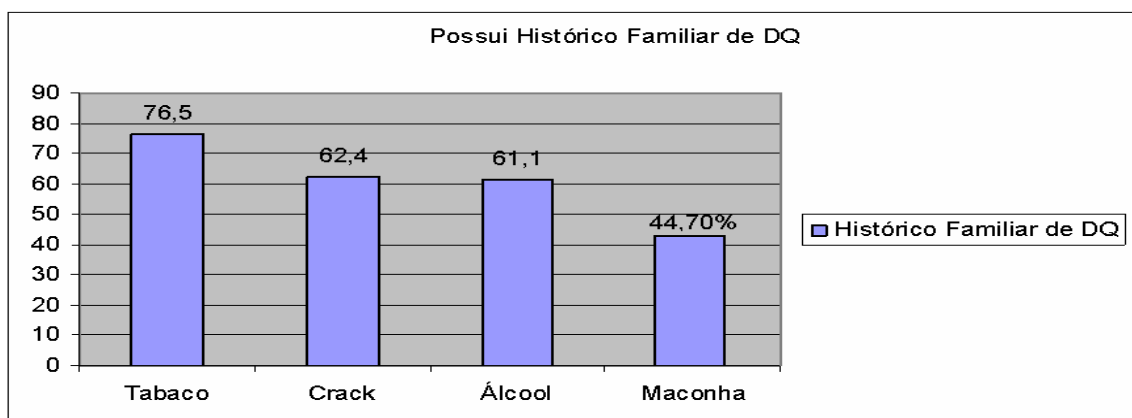
4.2.4. Relação Renda da Casa e Drogas Utilizadas: o consumo geral de drogas (ver gráfico 14) é maior naquelas pessoas que alegavam ter uma renda (da casa) de 2 a 3 salários mínimos. O tabaco, mais uma vez, mostra-se prevalente em todas as classes. Já o consumo de crack, mostra-se maior (75%) nos acolhimentos de pessoas com menor poder aquisitivo (renda inferior a um salário mínimo). Quanto ao álcool, tem-se um ápice (68,1%) nos usuários com maior poder aquisitivo (renda superior a 3 salários mínimos).

Gráfico 14 – Renda da Casa X Drogas Utilizadas



4.2.5. Relação Histórico Familiar de Dependência Química e Drogas Utilizadas: Conforme podemos observar no gráfico 15, há um cenário geral onde nas 3 drogas mais consumidas, mais da metade das pessoas possuíam histórico de dependência

Gráfico 15 – Histórico de DQ Familiar X Drogas Utilizadas



química familiar (como já foi dito anteriormente, na maioria, casos de uso familiar de tabaco e álcool). Nas pessoas que fazem uso de tabaco este número chega a 76,5%, um número sem dúvida nenhuma alarmante.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando falamos que o CAPS é responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território podemos imaginar um complexo e árduo trabalho pela frente. Pensar na organização de um CAPS, por exemplo, na cidade de Tefé, situada na floresta amazônica, as margens do Rio Solimões distante a 600 km, de Manaus aonde se chega apenas de barco (dois dias de viagem) ou de avião, é distinto de se pensar o CAPS em Viamão, cidade da região metropolitana do Rio Grande do Sul. Como já abordado, um território não é estático estando sujeito às alterações físicas, políticas, sociais e até mesmo culturais do feitas pelo homem que nele habita. Tais alterações marcadas ao longo do tempo nestes espaços irão afetar até mesmo as gerações futuras, de um jeito ou de outro.

Com uma sólida articulação consolidando redes de cuidados já existentes que possam envolver poder público (assistência social, saúde, educação, etc) e sociedade civil organizada, é que podemos, de fato, incidir mudanças nos indicadores sociais como baixa renda, pouca escolaridade e outros pontos citados na pesquisa e, com isso. Alguns dispositivos inclusive, já abordados no texto podem contribuir numa significativa ampliação desta rede de cuidados. Se pensarmos que, no campo do social e do clínico, nossos usuários necessitam de um acompanhamento e/ou auxílio que extrapola às 17 horas e estende-se aos finais de

semana, sem dúvida nenhuma um CAPS III torna-se imprescindível para atendimento desta demanda “pulsante” de uma cidade com 200 mil habitantes (número mínimo para criação deste serviço). Ainda sim, atender tal usuário com portas abertas 24 horas não seria o suficiente se formos pensar que há em todo serviço uma demanda reprimida de usuários que não procuram o serviço por falta de conhecimento, medo e/ou constrangimento. Como alcançar tais usuários “invisíveis”? Uma equipe itinerante de Redutores de Danos faria tal circulação trabalhando no seu chão, ou seja, o dito território mutante impregnado de especificidades constituídas por cada comunidade, rua, beco ou “mocó”.

Um dos resultados a ser destacado foi o “empate técnico” no uso do crack e do álcool, indo de encontro com o “boom” sensacionalista da imprensa coroando o crack como maior vilão da saúde, classificando inclusive como uma epidemia. De acordo com dados da política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. Considerando dados referentes ao ano de 2001 (DATASUS, 2001), tivemos no Brasil 84.467 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso do álcool, mais de quatro vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas. Apenas no ano de 2001 tais internações representaram um custo para o SUS de mais de 60 milhões de reais. Tal enfrentamento necessita articulação. Pude constatar (em algumas equipes) a falta de preparo dos profissionais da atenção básica para detecção de problemas relacionados ao abuso do álcool. Muitas vezes, os usuários só eram encaminhados ao CAPS AD quando haviam sérias complicações clínicas, anulando possibilidade de intervenção precoce. O apoio matricial para detecção destes casos (além de todo diálogo dos demais assuntos da temática de álcool e outras drogas) é fundamental dando mais munção para construir com o usuário uma relação menos destrutiva com a substância seja esta o álcool ou outra.

Mas afinal de contas, após discorres sobre diferentes maneiras de analisar a questão, a pergunta que não quer calar: quem é este usuário do CAPS AD Nova Vida da cidade de Viamão? Por acaso seria um homem, usuário de crack e tabaco, com idade entre 18 e 29 anos, solteiro, proveniente dos bairros Augusta ou Santa Cecília, mas, nascido em Porto Alegre, filho de pais oriundos da fronteira oeste (região mais pobre do estado), possuindo apenas o Ensino Fundamental Incompleto,

trabalhando de bico com uma renda (variando de mês a mês) de no máximo dois salários mínimos e com um histórico de pai tabagista e etilista? Quem sabe...

Sem dúvida esta pesquisa não busca encontrar o “modelo padrão a ser investido e curado das drogas”. Busca sim, mostrar que conhecendo um pouco mais o usuário conseguimos melhorar a qualidade do atendimento prestado, lembrando que a integralidade visa contemplar o sujeito como um todo, indivisível, em suas angústias e demandas. Considerando que, estas são únicas, pois cada sujeito tem a sua história, origem e traz consigo sua bagagem singular. Nem mais nem menos, apenas saúde, como modo de fazer andar a vida é o que todos buscam.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARANTE, Paulo. Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
2. BRASIL; Legislação em saúde mental. Ministério da Saúde. 2. ed. n. 4, 2001.
3. CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. organizadores. *Agir em equipes de saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 229-265.
4. FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, v. 2, n. 15, 1999.
5. GOMES, D.C.R. organizador. *Equipe de saúde: o desafio da integração*. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 1997.
6. Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (2004). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.

7. SANTOS, M. *O País Distorcido*.(W.C. Ribeiro, org.). São Paulo: Publifolha, 2002.
8. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. (2004). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
9. Site do MS: DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>, recontagem do IBGE em 2008. Acessado em 10 de outubro de 2010.
10. YASUI, S. Tese de Doutorado consultada em outubro de 2010.