

O tratamento do dependente químico na política de saúde mental: realidade de Palmas-TO

The treatment of chemically dependent on policy Mental health: Palmas -TO reality

Alessandra Ruita Santos Czapski
Unitins
Elizangela Cunha Lopes
Unitins

Resumo: *A reforma psiquiátrica no Brasil foi essencial para o tratamento de pessoas com transtornos mentais ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas. Uma vez inseridos na lógica da saúde mental, o tratamento para dependentes químicos passou a seguir os critérios estabelecidos pela legislação pertinente a saúde mental no país. Diante dessa realidade foi realizado um estudo no município de Palmas junto ao CAPS-AD III, afim de conhecer se esta instituição atua em conformidade com a Política Nacional de Saúde Mental. Para atingir o objetivo da pesquisa foi necessário realizar um estudo bibliográfico sobre a legislação pertinente a saúde mental no Brasil, dando ênfase a Lei 10.216/2001 que redireciona o modelo de assistência em saúde mental, a Portaria GM/MS nº336/02 que estabelece as modalidades dos CAPS e a Portaria nº130/12, que redefine o CAPS ad III e seus incentivos financeiros.*

Palavras-chave: *Tratamento; Dependência química; Saúde mental.*

Abstract: *Psychiatric reform in Brazil was essential for the treatment of people with mental disorders caused by the use of psychoactive substances. Once inserted in the mental health logic, treatment for drug addicts started to follow the criteria established by the relevant legislation mental health in the country. Given this reality was a study in the city of Palmas by the CAPS -AD III in order to know whether that institution acts in accordance with the National Policy on Mental Health. To achieve the goal of the research was necessary to conduct a bibliographic study on mental health relevant legislation in Brazil, emphasizing the Law 10.216 / 2001 redirects the model of care in mental health, the Ordinance GM / MS 336 /02 laying down modalities of CAPS and Decree No. 130/12, which redefines the CAPS ad III and their financial incentives.*

Keywords: *Treatment. Chemical dependency. Mental health.*

Introdução

Este artigo é fruto de uma pesquisa documental realizada com prontuários de pacientes em tratamento no CAPS AD III de Palmas – TO, em que as pesquisadoras buscaram compreender se os trabalhos realizados pelo CAPS AD III de Palmas-TO estavam em conformidade com o que preconiza a Política Nacional de Saúde Mental.

A saúde mental onde está inserido o tratamento para dependente químico é um espaço sócio ocupacional legitimado para diversos profissionais, dentre eles o Assistente Social, visto que os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas - CAPS ADIII são vítimas de expressões da questão social, como a própria dependência química, exclusão social, desemprego, desestruturação familiar, violência, preconceitos e discriminações dentre outras.

A temática dependência química envolve questões que vão muito além da deficiência na saúde física e mental do paciente, nesse contexto é necessário que os agentes que atuam na política de saúde mental estejam sempre atentos as preconizações das políticas públicas voltada para este público visando assim um atendimento de forma integral desses usuários.

Os registros sobre a temática apontaram que por séculos no Brasil os tratamentos para dependentes químicos tiveram um viés preconceituoso, em que, as pessoas eram “culpabilizadas” pelos problemas que estavam passando, entretanto, foi possível identificar no decorrer do estudo que essa realidade vem passando por significativas mudanças e tem na legislação pertinente a saúde mental instrumentos para que essas pessoas possam ser tratadas com dignidade.

Nesse artigo, a priori faz-se uma explanação sobre a problemática da Dependência química e suas consequências, logo em seguida versamos sobre o tratamento para dependente químico tomando como base a legislação contemporânea e a lógica da saúde mental, ainda afunilaremos

uma discussão sobre o trabalho realizado no CPAS AD III de Palmas e por último traçaremos as considerações finais.

Histórico da Saúde Mental no Brasil

De acordo com os estudos bibliográficos realizados sobre a política de saúde mental, nos primeiros séculos de colonização do Brasil não existia nada parecido com um modelo de assistência à saúde mental. Neste sentido Ribeiro (1999) ressalta que no período colonial não havia tratamento específico para “doentes mentais”, as pessoas com qualquer tipo de transtorno mental eram relacionados com atos de feitiçarias e as intervenções eram feitas geralmente por curandeiros por meio de raízes e benzeduras.

Outro fato importante que a literatura sobre saúde mental no Brasil traz, é que os “loucos” como eram chamadas as pessoas com qualquer tipo de transtorno mental eram tratados de acordo com sua condição financeira. Nessa perspectiva Medeiros *apud* Devera e Rosa (2007 p.61) enfatizam que:

Até o século XIX, no período pré-republicano, os “loucos” eram incorporados à paisagem urbana como tipos de rua e não como internos de hospícios. Os abastados e relativamente tranqüilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa quando as condições físicas dos doentes o permitiam e nos parentes, por si ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranqüilos, vagueavam pela cidade, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente.

O que se percebe a partir do contexto citado é que a desigualdade social e econômica era um fator determinante para o tratamento de uma pessoa com transtorno mental no período pré-república, quem tinha posses dispunha de algum tratamento, os demais eram deixados própria sorte ou aprisionados. Nesse período o Estado não dispensava qualquer tipo de tratamento aos portadores de transtorno mental ou doentes mentais como eram chamados nessa época.

As primeiras menções referentes a tratamento psiquiátrico no Brasil segundo os registros, só foram aparecer no início do século XIX, com estudantes de medicina que buscavam novas descobertas na área. Para Ribeiro (1999), a teoria psiquiátrica nesta época não passava de ações estudantis influenciadas pela medicina francesa, e não representava na prática qualquer relação com os tratamentos dispensados aos “doentes, mentais”, entretanto o autor enfatiza que estes foram os primeiros passos na busca pela institucionalização da psiquiatria no país.

Após o período de teorização da psiquiatria no Brasil, os relatos apontam que os governantes optaram por uma política de afastamento das pessoas portadoras de transtornos mentais do resto da sociedade e para atingir tal objetivo foram construídos locais específicos para este público como salienta Ribeiro (1999, p. 21):

[...]mesmo com a criação de estabelecimentos específicos para o tratamento do doente mental, prevalece, como no período anterior aos manicômios, a existência de maus-tratos, espancamentos, falta de higiene, sujeira, fome, resultante de má ou ausência de alimentação. Reforça esta política segregacionista, o fato de que estes manicômios eram administrados por leigos e o saber médico não era utilizado corretamente.

Nota-se então que esses seres humanos não eram tratados como tais, pois não tinham direito nem mesmo a se alimentar, a política do governo foi voltada apenas para tirar as pessoas com transtorno mental do convívio em sociedade sem se preocupar com sua segurança e bem

estar.

É importante ressaltar que a busca por tratamento para os “doentes mentais” não parou e após a primeira metade do século XIX os estudos apontam que diferentes modelos em diferentes períodos da história do país foram surgindo ao longo do tempo como o período de custódia que foi do final do século XIX até os anos 30, seguido pelo período da terapia que se estendeu até 1950 onde deu início ao período da saúde mental que se estende até os dias de hoje. Cohem; Ferraz; Segre (2006), esses autores enfatizam ainda que cada período foi marcado por características específicas de acordo com conjuntura da época.

Acredita-se que o tratamento adequado para as pessoas com transtornos mentais seja dificultado pela complexidade para se chegar a um diagnóstico, que por envolver o comportamento humano exige uma abordagem multidisciplinar e critérios rigorosos na avaliação de cada profissional, pois além das reações físicas envolvem também o campo da subjetividade.

Ao pensarmos sobre o significado de saúde mental logo vem à mente a ausência de doenças psiquiátricas, no entanto estudiosos enfatizam que saúde mental vai muito além deste conceito, de acordo com o Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001, p. 35) da Organização Mundial de Saúde – OMS:

[...]sabe-se que a maioria das doenças «mentais» e «físicas» é influenciada por uma combinação de factores biológicos, psicológicos e sociais. Além disso, reconhece-se hoje em dia que os pensamentos, os sentimentos e o comportamento exercem um impacto significativo na saúde física. Da mesma forma, reconhece-se que a saúde física exerce uma considerável influência sobre a saúde e o bem-estar mental.

Esta citação evidencia a completude que envolve a realidade das pessoas que são acometidas por transtornos mentais, bem como a dificuldade para se chegar a um diagnóstico definitivo.

As literaturas examinadas nos mostram que os transtornos mentais podem ser gerados por diferentes causas e terem dimensões variadas dependendo do contexto no qual as pessoas estão inseridas, nesse sentido Souza et al (2013, p. 25) esclarecem que: “por trás de um diagnóstico existe uma história de vida permeada por experiências diversas e perspectivas influenciadas por determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais”.

Nessa dinâmica a diversidade de situações que levam uma pessoa a sofrer um surto psicológico é enorme e até que se chegue a um diagnóstico de doença mental os profissionais responsáveis devem estar capacitados para buscar provas concretas, pois nem todas as alterações de comportamento são necessariamente transtornos mentais.

O Relatório Sobre a Saúde no Mundo de 2001 classifica transtorno mental como perturbações da mente e do comportamento, nesse relatório o diagnóstico de perturbações mentais apresentam sinais e sintomas que não são característicos de nenhum grupo específico, podendo atingir qualquer pessoa independente de sexo, idade ou da condição de vida.

Quanto ao diagnóstico propriamente dito, o relatório da OMS (2001, p. 53) esclarece que:

[...]entendem-se por perturbações mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. As perturbações mentais e comportamentais não são apenas variações dentro da escala do «normal», mas sim fenômenos claramente anormais ou patológicos.

Diante dessa realidade compreende-se que para a construção do diagnóstico é necessária muita atenção por partes dos profissionais envolvidos nesse processo, visto que a maioria dos sinais e se referem a sentimentos e não a sintomas físicos específicos.

Outro dado importante apontado pela OMS (2001) é a porcentagem de pessoas no mundo atingidas por algum tipo de perturbação mental e as circunstâncias em que isso ocorre.

Nesta perspectiva o Relatório Sobre a Saúde no Mundo (2001, p. 51) refere que:

[...]as perturbações mentais e comportamentais são comuns e afectam mais de 25% da população em dada altura da sua vida. São também universais, atingindo pessoas de todos os países e sociedades, de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, populações de zonas urbanas e rurais. Exercem um impacte económico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias. Estão presentes, em qualquer momento, em cerca de 10% da população adulta. Aproximadamente 20% de todos os doentes atendidos por profissionais de cuidados primários de saúde têm uma ou mais perturbações mentais e comportamentais.

Estas informações apontadas no referido relatório mostram a dimensão dos problemas enfrentados pela saúde mental, com tantas pessoas no mundo acometidas por este tipo de perturbação ficou claro que esta doença é mais comum do que se podia imaginar.

A partir do exposto percebe-se a importância de construir um diagnóstico correto para que seja realizado um tratamento adequado capaz de acompanhar as mudanças societárias e garantir o exercício da cidadania por essas pessoas.

Apesar das mudanças ocorridas nos modelos de tratamento para pacientes com transtorno mental havia insatisfação da sociedade quanto ao tratamento dispensado a essas pessoas, muitas eram as notícias de maus tratos e ineficiência desses tratamentos e na luta por melhores condições de vida para portadores de transtorno mental houve no país um levante de diversos segmentos da sociedade para que houvesse uma reforma psiquiátrica capaz de mudar a realidade das instituições e dos tratamentos dispensados a este público.

Neste sentido o relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (2005, p. 06) (não citado na bibliografia), aponta que:

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

O relatório citado aponta a década de 1970 como um período marcante na história da psiquiatria brasileira, ressaltando que foi neste período que os movimentos sociais engajados na luta por melhorias conseguiram propor transformações importantes nos serviços de saúde disponibilizados aos portadores de transtorno mental.

Contudo os registros revelam que foi a partir da Constituição Federal de 1988 com criação do Sistema Único de saúde – SUS, que os tratamentos de saúde em nosso país puderam buscar ações mais direcionadas a dignidade da pessoa humana, ao levar em conta as diferenças e primar pela liberdade e pela equidade nos tratamentos de saúde.

O estudo mostrou também que a luta por melhores condições nos serviços dispensados as pessoas portadoras de transtornos mentais envolviam outras nações em busca de uma nova concepção para os modelos de tratamentos de saúde mental.

Nesta perspectiva a declaração de Caracas adotada pela Organização Mundial de Saúde - OMS em 14 de novembro de 1990 na Venezuela declara: “Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento”.

Aqui no Brasil a Lei N° 8.080/1990 possibilitou um novo direcionamento para a saúde mental no Brasil.

Neste sentido Mateus e Mari (2013, p. 20-21) argumentam que:

O advento do SUS permite que diversos fatores de mudança se aglutinem e as duas últimas décadas assistem à efetivação da reforma da assistência psiquiátrica brasileira. Em 1990 é criada a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), no lugar da Divisão Nacional de Saúde Mental, que até aquele momento exercia funções de planejamento de campanhas de saúde mental e manutenção de alguns hospitais psiquiátricos públicos.

Sendo atribuída ao SUS uma nova instância para direcionar os novos modelos de tratamento dispensados a pessoa com transtorno mental no Brasil.

Dessa maneira percebe-se que os tratamentos de saúde mental seguiram um novo viés regulamentado pelo SUS e coordenado pela Coordenação Geral de Saúde Mental de 1990 - CGSM, que em 19 de fevereiro de 2002 pela Portaria GM/MS nº 336, considerando o que dispõe a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, estabelece a institucionalização do “CAPS AD III – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas”.

Dependência Química

Questões relacionadas ao consumo de drogas estão presentes em todos os seguimentos da sociedade e de acordo com os estudos isso não é algo novo, quer sejam em momentos ou necessidades distintas, o uso de substâncias com a capacidade de produzir mudanças físicas e psíquicas nos seres humanos sempre se fez presente.

No entanto, é importante se atentar para mudanças ocorridas ao longo do tempo em relação ao uso de substâncias psicoativas, o nome, as finalidades e as formas de uso são bons exemplos que nos fazem refletir sobre modificações do uso de drogas na vida do homem. Neste sentido, Barbosa (2011, p. 9) ressalta que “o que chamamos hoje de droga está muito longe daquilo que, antes, essa palavra designava”, além do nome o autor chama a atenção para a finalidade do uso entre povos antigos como os gregos que colocavam a droga ora em condição de veneno, ora em condição de remédio.

Para alguns estudiosos a prática de usar substâncias para transformar o comportamento dos seres humanos é tão antiga que se confunde com a própria história da humanidade, mesmo sendo por motivos e necessidades diferentes em cada civilização o fato é que o uso de drogas sempre fez parte do contexto social no mundo inteiro.

Nessa perspectiva Silva e Silva (2002, p.18) enfatizam que:

ao percorrermos a história da civilização, encontramos a presença de drogas desde os primórdios da humanidade, inseridas nos mais diversos contextos: social, econômico, medicinal, religioso, climatológico e mesmo militar. O consumo de drogas é, portanto, um fenômeno especificamente humano e cultural.

O uso de substâncias psicoativas é colocado pelos autores como uma prática cultural inerente ao homem em diferentes contextos e seguimentos da sociedade.

Apesar de ser usado de forma cultural em determinadas situações, o uso de drogas não era bem visto em algumas culturas religiosas, assim a cristianização do Império Romano é colocada por Gomes (2010) como um divisor de águas na questão do uso de determinadas substâncias. A autora ressalta que com a chegada da cristianização os rituais religiosos envolvendo uso de substâncias capazes de alterar o comportamento humano passaram a ser relacionados diretamente com atos de bruxarias e foram considerados demoníacos no período da Inquisição.

Outro período da história marcado por significativas mudanças no uso de substâncias capazes de causar transformações no comportamento humano foi o início do século XIX, onde de acordo com Gomes (2010), uso de determinadas substância passou a ser utilizado com critérios pré- estabelecidos como cita a autora:

[...]no início do século XIX, cientistas isolaram os princípios

ativos de várias plantas, produzindo fármacos como a morfina (1806), a heroína (1883), a mescalina (1896) e os barbitúricos, (1903), marcando o renascimento da farmacologia. Essas substâncias foram muito utilizadas como medicamentos para a diminuição da dor (física e psíquica), principalmente, em um momento marcado pelas guerras. O uso da cocaína e da morfina alastrou-se na classe média com fins hedonistas, sendo que esse comportamento estava relacionado com o valor absoluto da Idade Moderna – o indivíduo e os ditames do seu foro interior. (GOMES 2010, p. 33).

A autora ressalta a diferença da empregabilidade das substâncias citadas, mostrando a sua utilidade medicamentosa, e também as armadilhas que estavam sendo colocadas para a sociedade, pois além do uso terapêutico destas substâncias o uso pelo prazer também ficou explícito.

A busca incessante do ser humano pelo prazer e a possibilidade de diminuir o sofrimento aliadas ao uso de substâncias psicoativas de forma recreativa, fizeram do consumo de drogas um fenômeno presente nos hábitos da sociedade. Para Sielski (1999, p.29):

A grande maioria dos seres humanos, durante a vida, faz contato com algum tipo de droga, seja legal ou proibida. Como se tem observado ao longo dos tempos, a química da natureza, interagindo com a química humana, provoca reações diversas que modificam as percepções, a realidade, o comportamento e o “estado de espírito”, produzindo energias novas e diferentes que saciam um desejo misterioso.

O autor salienta que grande parte das pessoas faz uso de substâncias psicoativas, e que independentemente de serem drogas lícitas ou ilícitas, não deixam de causar sensações diversas e interferir no comportamento humano.

O aumento do consumo de drogas pode representar fugas para problemas do cotidiano refletindo na vida social das pessoas como uma armadilha, podendo causar danos irreversíveis como a dependência e levá-los a outros problemas de saúde de alta complexidade. Um dos grandes problemas colocados por Barbosa (2011) foi à organização do tráfico de drogas nos anos 80, que segundo o autor intensificou o uso das drogas sintéticas, ele aponta ainda que a década de 90 foi o período que deu destaque ao uso da cocaína em grande escala.

O uso de drogas apresenta visão diferente dependendo do ponto de vista e dos valores de quem o interpreta, e o uso de uma determinada substância pode ser considerado prazeroso, como cita Dias (2012, p. 20): “A ciência já provou que droga é fonte de prazer, e talvez seja esse o principal motivo de aproximação e encantamento. As substâncias psicoativas geram reações no sistema nervoso central que libera sensações de prazer ao indivíduo”.

Isso mostra o quanto é complicado a abordagem de uma pessoa em situação de dependência química, ninguém quer ser impedido ou proibido de usar algo que lhe dê prazer e sensação de bem estar, mesmo que seja momentâneo ou decorrente do uso de uma determinada substância.

Os estudos sobre dependência química apontam que o consumo de drogas presente em todos os períodos da história provocou transformações ideológicas culturais e sociais, além de gerar padrões de consumo diferenciados capazes de ocasionar problemas graves como o uso abusivo e a comercialização destas substâncias nem sempre de forma lícita. Nesse sentido Teixeira (2010), coloca o uso nocivo e o conflito com a lei como exemplos.

O uso abusivo de substâncias psicoativas causa a dependência química, que de acordo com Oliveira (2007) é configurada pela necessidade psíquica ou física da repetição do uso dessas substâncias de forma desordenada alterando as funções do organismo em especial o Sistema Nervoso Central – SNC.

A dependência química representa um desafio para a sociedade no século XXI, e é considerada pelos estudiosos como um grande problema de saúde pública no mundo, nessa perspectiva a Organização Mundial de Saúde -OMS (2001) enfatiza que, o estado de saúde mental de uma pessoa interfere no funcionamento do organismo expondo-a a uma série de doenças.

Sobre a questão do estado de saúde mental do dependente químico Oliveira (2007, p. 21) esclarece que as drogas “podem dentre outras ações, provocar algumas sensações como alegria, prazer, angústia e induzir inclusive alterações do senso - percepção como alucinações”.

Diante deste esclarecimento fica evidente que pessoas em situação de dependência enxergam nas drogas um refúgio para os problemas vivenciados em decorrência do uso abusivo dessas substâncias e cada vez mais se entregam a esse vício.

Devido à complexidade que envolve os problemas ocasionados pela dependência química se faz necessária uma atuação especializada capaz de auxiliar o dependente em todas as fases do tratamento como cita Cabral e Vital (2013, p. 23):

[...]e quando se trata do sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, tem demandado resolutividade muitas vezes imediatas, sobretudo por parte dos profissionais ligados diretamente com o cuidado, evidenciando a necessidade de investimento na formação de técnico aptos ao trabalho nesse segmento. Compreende-se, que especializações no formato das residências multiprofissionais de saúde podem ser estratégias eficientes, ao passo que a formação dar-se no contexto ensino-serviço, habilitando profissionais críticos e reflexivos dos seus processos de trabalho e apresentando-se como um espaço privilegiado para a formação de profissionais para trabalhar no SUS.

A partir do exposto percebe-se que intervenções imediatas são essenciais em determinadas situações, e quando associadas ao atendimento especializado, representa uma maneira eficiente de buscar respostas para os problemas ocasionados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas.

Neste sentido, cabe refletir a importância de se atribuir aos tratamentos de dependência química um trabalho humanizado e especializado, capaz de lidar com pessoas em situações vulneráveis a todos os tipos de risco e acreditar na possibilidade de controle da doença e na superação do problema mantendo a dignidade humana.

O tratamento para dependente químico na lógica da saúde mental, baseado na legislação pertinente

Os estudos sobre a legislação pertinente aos tratamentos de pessoas acometidas por transtorno mental decorrente de consumo abusivo de drogas mostraram que, a complexidade dos problemas ocasionados pelo consumo de drogas foi responsável pela união de diferentes Políticas Públicas na busca por melhores condições de vida dos usuários de drogas que se encontrem em situação de dependência química.

Mesmo que não houvesse lei específica para o tratamento dos transtornos ocasionados pela dependência química, a pessoa que se encontre nesta situação teria o direito à recuperação e a manutenção da saúde garantida pela Constituição Federal de 1988 como estabelece o Art. 194 da referida constituição, que garante dentre outros direitos os referentes à saúde da pessoa humana.

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (CFESS,2004,p.13).

O direito ao tratamento do dependente químico também está garantido pela Lei 8080/90 que dispõe sobre as condições e a organização dos serviços para promover, proteger e recuperar a saúde como um direito fundamental do ser humano como estabelece o Art. 2º da referida lei, destacado a seguir:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que

visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (CFESS, 2004,p.86).

Incluídos na lógica do tratamento de transtorno mental, os dependentes químicos representam hoje uma grande parcela dos usuários dos serviços de saúde mental, esta afirmativa vai ao encontro de algumas pesquisas como a realizada pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (2013) que apontou o consumo de substâncias psicoativas em nossa sociedade como alarmante. De acordo com essa pesquisa, pelo menos 28 milhões de brasileiros têm um parente em situação de dependência química.

Os dados acima estimam a quantidade de pessoas em situação de vulnerabilidade, que necessitam de amparo legal para garantirem sua dignidade como ser humano, uma vez que a situação de dependência deixa o sujeito vulnerável a danos físicos, morais e psicológicos. Acredita-se que a legislação seja fundamental para o enfrentamento desse problema.

Nessa perspectiva, a Política Nacional Sobre Drogas - PNAD (2005) pressupõe que se tratem usuários e dependentes químicos sem discriminá-los, garantindo tratamento adequado e reinserção psicossocial objetivando “Reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade” (PNAD 2005, P. 15).

Para uma melhor compreensão de seus objetivos a PNAD (2005) estabeleceu ações que foram divididas em cinco eixos, o da prevenção, do tratamento, recuperação e reinserção social, o da redução de danos sociais e à saúde, da redução da oferta e dos estudos, pesquisa e avaliações. Cada um destes eixos traz as diretrizes estabelecidas por esta política para atingir os objetivos propostos por ela.

Outras leis são importantes aliadas do governo e da sociedade no enfrentamento dos problemas que surgem decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como a Lei 11.343/2006. Abreu e Val asseveram (2013 p. 10-11) que:

A Lei 11.343/2006 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. Convém destacar alguns dispositivos da lei, que possuem potencial importante para a análise da questão da internação voluntária do dependente químico.

Desse modo fica explícito além do cuidado com a comercialização das drogas, o interesse da legislação brasileira em resguardar os direitos individuais dos dependentes químicos, garantindo-lhes um tratamento digno e a reintegração do usuário de drogas com a sociedade.

Apesar de terem seus direitos garantidos por leis federais como as citadas anteriormente o tratamento do dependente químico passou por diferentes fases e conflitos até chegar ao que estar preconizado nos dias de hoje.

Um documento importante usado para nortear a legislação vigente hoje em relação à saúde mental é a Declaração de Caracas (1990), nela foi afirmado que os hospitais psiquiátricos convencionais dificultam a atenção comunitária de forma integral porque isola o paciente do convívio com a sociedade e coloca em risco os seus direitos humanos. De acordo com este documento fica declarado:

que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação. (DECLARAÇÃO DE CARACAS 1990, p. 2).

Essas normatizações colocadas pela declaração acima citada serviram de instrumentos para o aporte legal que direciona atualmente o atendimento as pessoas vítimas de transtornos mentais inclusive os causados pela dependência química.

Em consequência dos movimentos contra as violências ocorridas dentro das instituições conhecidas como asilos e manicômios e com o apoio da legislação, alguns hospitais psiquiátricos que não atendiam as novas exigências foram proibidos de funcionar, segundo o relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (2005), esses acontecimentos marcaram a reforma psiquiátrica e fizeram com que se extinguissem aos poucos manicômios.

Diante dessa realidade Abreu e Val (2013, p. 6) apontam que:

Seguindo esta proposta, qual seja: “tratar sem excluir”, foi aberto caminho para o fim dos asilos e manicômios no Brasil, através da Lei 10.216 de 2001, de autoria de Paulo Delgado, que levou 12 anos para ser aprovada no Congresso Nacional. Havia toda uma cultura equivocada em torno do transtorno mental, que associava - periculosidade e incapacidade civil permanente -, sem mencionar as resistências econômicas e políticas, bem como a pressão da indústria da loucura que movimentava e ainda movimenta muito dinheiro.

Nesse contexto a lei 10.216/2001 depois de regulamentada foi batizada como a lei da reforma psiquiátrica, a partir dela passou-se a primar pela garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A Lei 10.216/2001 “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, e preconiza que o tratamento seja o menos invasivo possível e livre de discriminação de qualquer natureza.

A Política Pública de Saúde Mental direcionada pelos critérios do Sistema Único de Saúde - SUS regulamenta o tratamento de saúde das pessoas com transtorno mental em decorrência da dependência química, sendo o Estado o responsável pelo desenvolvimento dessa política conforme está estabelecido no Art. 3º da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.(CFESS, 2004, p.224).

A lei da reforma psiquiátrica representou um grande avanço para o tratamento de pessoas acometidas por transtorno mental, a partir dela ficaram terminantemente proibidas ações discriminatórias e preconceituosas para com os pacientes independentemente da situação que estejam vivendo.

A internação de pessoas com transtorno mental também ganhou uma nova visão a partir da Lei nº 10.216/2001, ao estabelecer à internação voluntária a lei permite que a pessoa reflita sobre a situação do próprio consumo de drogas e dos danos que isso acarreta e da necessidade de sua internação, enquanto que a involuntária e a compulsória precisam seguir os critérios estabelecidos pela legislação dando mais segurança a essas pessoas e mais credibilidade a esse tipo de tratamento.

Após a aprovação da Lei nº 10.216/2001 o Ministério da Saúde - MS aprova algumas portarias para normatizar e direcionar as mudanças ordenadas pela lei, dentre elas chamamos a atenção para a Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002 que estabelece ações como avaliar os serviços prestados por hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH.

Esta portaria retoma o processo de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos

de avaliação fixados pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde quanto ao processo terapêutico e ANVISA para análise da área de vigilância sanitária. (PORTARIA GM/MS N°251 2002, p. 105).

Percebe-se que a fiscalização nos hospitais psiquiátricos e demais instituições que recebem pacientes com transtorno mental passa a seguir critérios específicos estabelecidos pela Portaria GM/MS n°251.

Outro documento legal de grande importância para a saúde mental é a Portaria n° 336GM/MS que em 19 de fevereiro de 2002 instituiu as diferentes modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, divididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CPAS I II e CAPS ad II e foram definidos por porte e complexidade.

A Portaria n° 336GM/MS/2002, enfatiza que todos cumprem a mesma função para atender as necessidades do público de saúde mental, porém são distinguidos pelas características descritas no art. 4° da portaria supracitada, explanado a seguir:

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob 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;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS n° 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS n° 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

Em 06 de outubro de 2011 o Ministério da Saúde - MS lança a Resolução n° 448, que considerando necessária a expansão e qualificação da rede de atenção psicossocial como prioridade para dá resposta a gravidade da incidência das drogas, e reconhecendo a importância de estabelecer de estratégias para enfrentar de maneira coletiva os problemas da saúde mental determina:

[...]que sejam congregados esforços governamentais e forças sociais para aumentar a destinação de recursos financeiros para a Rede de Atenção Psicossocial, especialmente nas esferas Federal, Estadual e do Distrito Federal; Que seja cumprida a diretriz da articulação e atuação intersetorial para potencializar a Política Pública de Acolhimento e Atenção aos Problemas de Saúde Mental, por meio do efetivo trabalho do Ministério da Saúde com outros órgãos governamentais, notadamente aqueles cujas ações de curto e médio prazo

poderão gerar mudanças objetivas nas condições de vida e trabalho da população brasileira; (RESOLUÇÃO CNS N° 448/2002 SP).

Uma vez unidos os esforços para atendimento do usuário da política de saúde mental esta articulação entre as diferentes instâncias do governo proposta na resolução 448/2011 pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS possibilita que se avance positivamente nas ações futuras, pois ainda de acordo com esta resolução fica determinado também à capacitação de profissionais para atuarem na política de saúde mental.

As conferências nacionais de saúde mental foram ferramentas importantes no fortalecimento da política de saúde mental no Brasil, para Devera e Rosa (2007) essas conferências foram responsáveis por trazer novas propostas e elaborar estratégias que contribuíram na efetivação e na consolidação do modelo de saúde mental que permitisse a substituição do modelo de tratamento no hospitalocêntrico.

Diante do exposto percebeu-se que existe um arcabouço legal que possibilita um tratamento diferenciado e particularizado para o dependente químico e seus familiares, no entanto o fato da legislação colocar as regras e normas para um tratamento adequado por si só não trará resultados satisfatórios. Nessa perspectiva Sielski (1999, p. 40) salienta que:

as leis, oh, as leis para as drogas! De que adiantam as leis se não há educação suficiente, se não há saúde, se não há riqueza compartilhada que sustente o respeito por si mesmo e pelos outros. Teremos ignorância, que se junta com doença, fome, mal-estar e pobreza. Daí sensação de injustiça que gera violência e infelicidade. As depressões, os suicídios, as agressões covardes, os homicídios e principalmente o uso de drogas pesadas e sujas fecham esse circuito de má qualidade de vida.

Esta colocação do autor reforça a necessidade de se investir em políticas públicas de diferentes abordagens para de fato resolver os problemas ocasionados pelo uso de drogas, e traz a educação e a saúde e a desigualdade social como prioridades para intervir neste problema e de fato contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas.

Saúde mental e o tratamento dispensado aos dependentes químico em Palmas-TO

Os trabalhos voltados para saúde mental no Tocantins têm como eixo central a reforma psiquiátrica brasileira que prioriza o tratamento extra-hospitalar como está preconizada na lei 10.216/2001, que aposta na reinserção social para que o tratamento se torne menos evasivo.

Além da legislação nacional voltada para o tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, o Tocantins conta ainda com a Política Estadual Sobre Álcool e Outras Drogas (2013) que dentre outras ações possibilita destinar recursos para atender os dependentes químicos por meio do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS para a recuperação ou para a redução de danos decorrentes do uso de drogas. São objetivos da política Estadual Sobre Álcool e Outras Drogas do Tocantins (2013, p. 15):

implantar e fortalecer a Rede de atendimento e assistência - pública e privada -para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas de forma intersetorial, promovendo a reinserção social; Monitorar, avaliar e acompanhar os modelos de tratamento e procedimentos terapêuticos, potencializando aqueles que apresentarem retorno positivo fundamentada em diversos modelos e princípios éticos e seguindo as normas dos órgãos reguladores e fiscalizadores cabíveis.

Percebe-se que além de estabelecer tratamento específico para dependentes químicos, a

política estadual sobre drogas do Tocantins, prevê também a avaliação dos serviços dispensados a essa população.

O modelo de tratamento para pessoas com transtorno mental no Tocantins assim como nos demais estados brasileiros, passou por transformações até chegar ao modelo atual com serviços exclusivos e especializados que são frutos da trajetória histórica da luta pela reforma psiquiátrica no Brasil.

Este trabalho traz uma amostra das mudanças ocorridas no tratamento das pessoas com transtorno mental no Estado a partir da Portaria GM/MS nº224/92 que regulamenta os Núcleos de Apoio Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial - NAPS/CAPS, e institucionaliza as oficinas terapêuticas e o atendimento grupal das pessoas com transtorno mental com vista a melhorar a qualidade dos serviços prestados a essas pessoas.

Para lidar de maneira eficaz com as demandas da saúde mental, a capital tocaninense acompanhou as mudanças preconizadas pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento da política de saúde mental. Neste sentido Prestes et al (2011, p. 217) esclarecem que: “No período de 1998 a 2002, o serviço de saúde mental de Palmas-TO era conhecido como NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial, conforme preconizado pela Portaria nº 224 (BRASIL, 1992)”.

A partir de 19 de fevereiro de 2002 com a publicação da Portaria nº 336GM/MS, os serviços de atenção psicossocial passaram a ser regulamentados por essa portaria, e as normas estabelecidas nela passaram a sistematizar o atendimento nos CAPS de acordo com realidade dos municípios a nível nacional, exigindo do poder público esforço para investir na qualificação profissional dos seus servidores e colaboradores.

De acordo com nota pública pela Secretaria de Comunicação Social – SECOM, em janeiro de 2010 na página conexão Tocantins:

o Estado do Tocantins está dentro do pacote de medidas que melhorará o atendimento de pacientes com transtornos mentais e ampliará a assistência a usuários de álcool e drogas no país. Uma das medidas, realizada pelas Portarias nº 2.644, de 28 de outubro de 2009, e a nº 2.629 de mesma data, estabelece o reajuste de valores no repasse por internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e nos hospitais gerais, respectivamente. Essas portarias citadas acima são do MS e estabelecem incentivos pra internação de curto prazo e reajusta valores especificamente para procedimentos referentes à saúde mental visando melhorar o atendimento nesta área.

Em abril de 2012 a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins realizou curso de especialização em saúde mental e atenção psicossocial para servidores municipais e estaduais, realizado na Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde na cidade de Palmas.

Nos estudos sobre saúde mental em Palmas identificou-se que a cidade possui 02 (dois) CAPS ligados a secretaria municipal de saúde e 10 (dez) leitos no Hospital Geral de Palmas para atendimento de pessoas com transtornos mentais, inclusive os decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

O Trabalho e as Particularidades do Caps Ad III de Palmas

O Ministério da Saúde – MS por meio da Portaria nº336/2002 estabelece os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que em diferentes modalidades deverão ser constituídos pelos municípios com serviços ambulatoriais com atendimento diário a população pertinente ao seu território.

Direcionado aos dependentes de substâncias psicoativas, o CAPS-AD é um instrumento parte da reforma psiquiátrica brasileira fundamentada pela Lei nº 10.216\ 2001, ele é fundamental na assistência psicossocial deste público.

A Portaria nº 336/2002 do MS estabelece que o CAPS AD além de prestar assistência aos dependentes químicos deve dispor também de atividades voltadas para a integração deste com a

comunidade e a unidade familiar.

De acordo com site conexão Tocantins (2008) em 18 de setembro de 2008 o ambulatório renascer passou a ser conhecido como CAPS AD, inaugurado na cidade de Palmas – TO nessa data seguindo orientações do Ministério da Saúde no enfrentamento dos transtornos mentais ocasionados pelo uso de álcool e outras drogas. Regulamentado pela Portaria 336/2002 os CAPS prestam assistências aos usuários e seus familiares, são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental.

Os registros sobre a história do CAPS AD de Palmas mostraram que essa instituição permaneceu nesta modalidade até 26/06/2012 quando a unidade foi transferida para Quadra 106 Sul, Alameda 04, lote 06 no Centro da cidade e transformado em CAPS ADIII. Ele apresenta uma particularidade em relação à classificação dos CAPS exposta na portaria 336/2002 do MS, redefinido pela Portaria nº130 de 23 de janeiro de 2012 ele se tornou uma espécie de fusão do CAPS AD II com o CAPS-III.

Em nota publicada no site conexão Tocantins em 26 de junho de 2006, o prefeito da época Raul Filho (2012), salienta que a transformação de CAPS AD para CAPS AD III vai melhorar a qualidade do atendimento para as pessoas que sofrem com transtorno decorrente do uso de drogas na capital. Entretanto cabe ressaltar que para os gestores da saúde mental no município, o CAPS ADIII sozinho não será suficiente para atender de forma integral os usuários e familiares, conforme enfatiza no site a coordenadora de saúde mental Fátima Damaso (2012):

segundo Fátima Damaso, coordenadora de Saúde Mental da Semus, para o funcionamento da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas é necessário também o envolvimento de toda uma rede intersetorial que envolva a participação de outras instituições públicas. A coordenadora explica que, além do atendimento individual, medicamentoso e psicoterápico, o CAPS III proporciona também, acolhimento, atendimento em grupos, desenvolvimento de atividades terapêuticas e de apoio social, oficinas de motivação, visitas domiciliares e o apoio à família do usuário.

Por meio da fala da coordenadora percebe-se a importância de se manter parcerias comprometidas com a recuperação de dependentes químicos para um bom resultado nos tratamentos disponibilizados pelo CAPS AD III.

Resultados positivos em tratamentos de pessoas que sofrem de transtorno mental em decorrência do uso de substâncias psicoativas só serão possíveis de fato com um trabalho em rede que envolva o Estado, o município a família e a sociedade, nessa perspectiva Prestes et al (2011, p. 216) referem “que a falta de integração das redes de saúde compromete o atendimento prestado aos usuários, o acolhimento e o atendimento integral às suas necessidades de saúde”.

Para consolidar o atendimento dos dependentes químicos que sofrem com transtornos mentais em decorrência de sua dependência de acordo os critérios estabelecidos pela lei 10216/2001, com vista a atender as normatizações e as mudanças da política de saúde mental o CAPS AD III de Palmas desenvolve suas ações conforme determina a Portaria nº 130/2012, que além de redefinir os próprios CAPS AD III, redefine também os incentivos financeiros dessa instituição.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, o CAPS AD III de Palmas é um órgão público ligado ao Sistema Único de Saúde – SUS de atendimento hospitalar e ambulatorial de média complexidade que funciona 24 horas por dia para atendimento de demanda espontânea e ou referenciada com administração direta da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, e indireta da Secretaria Estadual de Saúde, e do Ministério da Saúde.

Outro ponto importante a enfatizar é que o CAPS AD III de Palmas dispõe de equipe multiprofissional para desenvolver os trabalhos da instituição, que de acordo com os registros do CNES é composta por: 02 assistentes administrativos, 04 enfermeiros, 02 farmacêuticos, 06 técnicos em enfermagem, 03 psicólogos, 04 assistentes sociais e 02 médicos e 01 fisioterapeuta.

A Portaria nº 130/2012 determina que os serviços prestados pelo CAPS AD III a seus usuários devem ser de forma integral e continuada e que para um bom funcionamento da instituição deve também seguir orientações visando à redução de danos ofertando aos dependentes químicos matérias de uso individual como agulhas, seringas e preservativos para que evitem maiores risco a sua saúde.

Em nota publicada no blog capsad3palmasto, foi ressaltado que nem sempre a instituição CAPS AD III de Palmas dispõe das condições ideais para realização dos trabalhos com os dependentes químicos.

“As ações desse serviço, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, que possa garantir o sucesso de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana”. (capsad3palmasto.blogspot.com.br.2013).

Essa informação vem fortalecer o fato da necessidade de se manter parcerias para o desenvolvimento das ações do CAPS AD III de Palmas, uma vez que firmadas as parcerias, os trabalhos com os dependentes químicos poderão sair dos muros da instituição e continuar a atender as suas necessidades pessoais e familiares.

Um bom exemplo de trabalho em rede para atendimento dos pacientes/usuários do CAPS AD III de Palmas, é citado por Prestes et al (2011), para estes autores o Programa de Saúde da Família – PSF constitui-se em um grande aliado dos CAPS como suporte no atendimento às famílias dos dependentes, pois segundo eles o trabalho conjunto entre a atenção especializada (saúde mental) e atenção básica (PSF) vem facilitar o direcionamento das demandas, de forma que se consiga atender as necessidades de familiares e usuários.

Nesta perspectiva o Ministério Público e Tutela à Saúde Mental (2011, p. 11) referem que:

as ações de saúde mental devem ser organizadas a partir da constituição de Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família – NASF. O papel do NASF é servir como um suporte ou apoio matricial, buscando instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família. Trata-se de instrumento que não pode ser usado como porta de entrada do usuário no SUS, sendo, portanto, equivocada a utilização do NASF para o suprimento da carência de profissionais na rede municipal de saúde.

Isso evidencia a necessidade dividir responsabilidades com os integrantes da rede de atendimento a saúde para o desenvolvimento dos programas e projetos estabelecidos pelo SUS, dos quais fazem parte os tratamentos de pessoas com transtornos mentais ocasionados pelo uso de drogas.

Incluso na lógica do SUS, o CAPS AD III de Palmas deve primar pelo trabalho em rede, pelas parcerias com outras instituições atuando como um conector entre pacientes/usuários, seus familiares e a comunidade para que haja de fato uma integração da sociedade nas ações propostas pela instituição para facilitar o tratamento do dependente químico sua reinserção social.

Considerações Finais

Para a aplicação dessa pesquisa conforme mencionado no resumo, foi realizado um estudo no município de Palmas junto ao CAPS-AD III, a fim de conhecer se esta instituição atua em conformidade com a Política Nacional de Saúde Mental. Diante o exposto, foi possível identificar diversos trabalhos desenvolvidos pela instituição, para a recuperação de pessoas que sofrem com transtorno mental decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas, inclusive o trabalho com a rede pública de saúde para suporte no atendimento dos dependentes químicos. Foi possível perceber dentre eles que alguns se destacam, como o Plano Terapêutico Individual – PTI, o tratamento medicamentoso e a avaliação psicológica que se fez presente em todos os procedimentos analisados, com frequência maior em alguns casos.

Também foi identificado que a medicação é entregue aos usuários semanalmente, e que os casos pesquisados participaram da reunião de grupo de medicação.

Sobre a avaliação psicológica foi possível observar mais de um atendimento psicológico

por semana no início do tratamento. Em um caso pesquisado foi possível perceber ainda que essa avaliação se intensificou devido as recaídas ao uso de álcool.

Quanto à avaliação social, as consultas médicas e avaliação da enfermagem, observa-se que ocorreram em menor número se comparadas com as avaliações psicológicas.

A análise permitiu identificar que os trabalhos em grupos são constantes e diversificados, observou-se também que todos os participam de mais de um grupo.

A pesquisa evidenciou que o CAPS-AD III, incentiva a participação nos grupos, e as terapias em grupo são: motivacionais, mural de notícias, grupo de convivência (discussão sobre vivências e drogadição), artesanato, prevenção a recaídas e grupo de medicação.

Os estudos sobre a importância dos trabalhos em grupos para pessoas que sofrem de transtorno mental mostraram que eles são uma ferramenta muito valiosa na recuperação dos dependentes químicos, uma vez que eles podem encontrar nos grupos a compreensão do problema pelo qual estão passando.

Nessa perspectiva Moraes (2008, p. 57) enfatiza que:

O grupo é um fenômeno cuja essência reside no seu poder de transformação, de escutar, de sentir, de se posicionar, de se arriscar a compreender a significação dos atos de viver e responsabilizar-se. Os grupos funcionam como mediadores entre o todo social e a particularidade do indivíduo, sendo assim, não podemos analisá-lo como algo isolado, principalmente porque podemos utilizá-lo como instância de ajuda entre as pessoas.

É possível constatar que os grupos possibilitam a seus participantes uma interação com os outros membros fortalecendo seus sentimentos dando a devida importância a sua subjetividade.

Outro serviço identificado foi a reunião mensal para familiares das pessoas em tratamento no CAPS AD III de Palmas, no entanto a análise mostrou que há uma participação pequena dos familiares, foi possível identificar ainda, que a famílias de alguns mora em outro Estado e não há interesse por parte deles de entrarem em contato com a família, alegando problemas de convivência com os familiares devido à dependência.

Em relação aos serviços mais procurados pelos familiares o de internação é o numero um entre os familiares, há relatos de interesse das famílias em internar para tratamento seu parente em situação de dependência.

Tornou-se evidente na pesquisa que os familiares não acreditam que o tratamento ambulatorial seja capaz de “curar” seus parentes, uma vez que já foram tentados diversos tratamentos e não obtiveram resultados positivos.

Vale destacar que o desejo das famílias pela internação de seus parentes geralmente é ocasionado pelas recaídas que dificultam um resultado positivo no tratamento. Nesse sentido Moraes (2008, p. 35) salienta que: “Realmente o uso compulsivo de drogas é caracterizado por um ciclo infundável de repetição em que o usuário mergulha, e, queira ou não, a família e até o serviço de assistência vão juntos, compartilhando desse insucesso”.

Como se percebe a descrença da família na recuperação do dependente químico se dá por meio das experiências frustradas, diante disso é necessário trabalhar junto às famílias para que estas possam lidar com essa realidade sem desistir de ajudar seu parente.

Todos os serviços citados acima foram identificados em análise nos trabalho desenvolvidos no CAPS AD III de Palmas, foi verificando também que são preconizados pela política de saúde mental e estão regulamentados pela legislação pertinente. No entanto não foi possível identificar por meio da análise se todos os serviços estabelecidos na referida legislação são desenvolvidos pela instituição.

O estudo evidenciou que os trabalhos individuais e de grupos (terapias) são indispensáveis para a recuperação do dependente, pois para além do tratamento de saúde realizado por meio de consultas com a equipe multidisciplinar e com medicações, que ajudam a manter o bem estar físico e mental dos pacientes/usuários do CAPS AD III de Palmas, os trabalhos em grupos contribuem no fortalecimento da vontade de sair da situação de dependência. Em relação à legislação pertinente ao tratamento dos dependentes químicos na lógica da política de saúde mental, constatou-se que

as diretrizes da Lei nº 10.216/2001 e as normatizações postas pela Portaria nº130/12 estão sendo seguidas nos trabalhos estudados na pesquisa.

É possível salientar ainda que, apesar dos trabalhos identificados por meio da análise dos dados estarem em conformidade com a legislação pertinente a política de saúde mental, não se pode afirmar por meio deste estudo que o CAPS AD III de Palmas contempla todas as determinações dessa legislação para recuperação e reinserção social do dependente químico.

Após uma reflexão mais crítica sobre o estudo realizado, detectou-se que política de saúde mental é essencial para que o dependente químico tenha um tratamento mais humanizado, livre de preconceitos, com direito a buscar o resgate de sua cidadania que por vezes é perdida em decorrência das violências que sofre na luta conta o vício.

Essa pesquisa possibilitou uma grande oportunidade de aprofundar conhecimentos a cerca do tratamento para dependentes químicos, da legislação pertinente à política de saúde mental, das mudanças ocorridas na reforma psiquiátrica brasileira, bem como a oportunidade de exercitar aprendizado a respeito das diferenças particulares das pessoas sem um julgamento prévio das situações.

Referências

ABREU, Célia Barbosa; VAL, Eduardo Manuel. **Fundamentos constitucionais da internação involuntária do dependente químico**. Disponível em: http://www.idbfdul.com/uploaded/files/2013_10_10565_10593.pdf. Acesso: 26 jul. 2014.

BARBOSA, Jorge Luiz. Visão histórica e contextualizada do uso de drogas. In: **Prevenção à dependência química**. Org. Melo, T. Maria. 2. ed. – Palmas : Editora UNITINS, 2011. P. 9-15.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 448, de 06 de outubro de 2011**.

_____. **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.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

_____. **Lei n.º 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.

_____. Ministério da Saúde **Portaria GM/MS nº 336/02** - estabelece as modalidades de CAPS - I, II e III. Em 19 de fevereiro de 2002.

_____. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.

_____. **Portaria SNAS nº189, 19 de novembro de 1991**. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf

_____. **Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002**. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/legislacao/documentos/portariagm2002-251.pdf>

_____. **Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm

Política Estadual sobre Álcool e Outras Drogas. Tocantins: Secretaria de Defesa Social, 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=1721006061478. Acesso: 10 mai. 2014.

CARVALHO, Eduardo. **28 milhões tem algum familiar dependente químico diz pesquisa**. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2013/12/28-milhoes-tem-um-familiar-dependente-quimico-diz-pesquisa.html>. Acesso: 17 mar. 2014.

CABRAL, Thamiris M. Nascimento; VITAL, Marília G. da Rocha. Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas: Um Diálogo Entre as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental e Saúde da Família. In: **Anais do I Congresso Brasileiro sobre Saúde Mental e Dependência Química: Pesquisa, prevenção**

e intervenção às drogas e seus desafios no mundo contemporâneo. Orgs: Silvana Carneiro Maciel et al. João Pessoa: Editora da UFPB, 2013.

COHEN, Claudio; SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **Saúde mental: crime e justiça**. 2 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. 286p.

CONEXÃO TOCANTINS. **Usuários de álcool e outras drogas passam a ter atenção 24 horas, com inauguração do CAPS AD III**. Disponível em: <http://conexaoto.com.br/2012/06/26/usuarios-de-alcool-e-outras-drogas-passam-a-ter-atencao-24-horas-com-inauguracao-do-caps-ad-iii>. Acesso: 17 mai. 2014.

_____. **Prefeitura de Palmas inaugura Centro de atenção Psicossocial Álcool e outras drogas**. Disponível em: <http://conexaoto.com.br/2012/06/25/prefeitura-de-palmas-inaugura-centro-de-atencao-psicossocial-lcool-e-outras-drogas>. Acesso: 17 mai. 2014.

_____. **Tocantins receberá investimentos em saúde mental**. Disponível em: <http://araguaina.conexaoto.com.br/2010/01/07/tocantins-recebera-investimentos-em-saude-mental>. Acesso: 17 mai. 2014.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. **Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela**, em 14 De Novembro De 1990. Disponível em http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas. Acesso: 02 abr. 2014.

DEVERA, Disete; ROSA, Abílio da Costa. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007. P 60-79. Disponível em <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>. Acesso: 15 mai. 2014.

DIAS, Salete Laurici M. Do Prazer á Dor: A Trajetória de Buscas e Perdas no Universo da Dependência Química. In: **O complexo universo da dependência química**. Org. MELO T. Maria; SPANHOL, J. Fernando; ARGENTA I. Maritê. 1ª edição. Palmas: Editora UNITINS, 2012. P. 19-26.

DISTRITO FEDERAL. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005. 55p.

GOMES, Katia Varela. **A dependência química: figurações de um sintoma partilhado**. 2010. 226f. Tese (Doutorado em Psicologia)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

MATEUS, Mário Dinis; MARI, Jair de Jesus. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.

OLIVEIRA, Ingrid B. da Silva. **Tecendo saberes: fenomenologia do tratamento da dependência química**. 2007. 110f, Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Social) - Universidade Federal do Pará. Belém. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: **Saúde mental, nova concepção, nova esperança**. Genebra, Suíça: OMS, 2001.

PRESTES, Ludimila Inês Nunes. et al. **Apoio matricial: um caminho de fortalecimento das redes de atenção à saúde em Palmas-TO**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, volume 15, numero 2 p. 215-218/2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/10536/6050>. Acesso: 30 abr. 2014.

RIBEIRO, Paulo Rennes Maçal. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte e Ciências, 1999.

SIELSKI, Fernando. **Filhos que usam drogas: guia para os pais**. Curitiba: Adrenalina. 1999, 144p.

SILVA, Fernando Amarante; SILVA, Eli Sinnott. Como Prevenimos o Uso de Drogas. In: **Álcool, outras drogas e informação: o que cada profissional precisa saber**. Org. Gilda Pulcheiro; Carla Bicca; Fernando Amarante Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. P. 17-38.

SOUZA, Sinara de Lima et al. Oficina de Sensibilização Para d Equipe do Propet Saúde Mental: Construindo Novas Possibilidades de Aprendizado. In: **Anais do I Congresso brasileiro sobre saúde mental e dependência química**. Pesquisa, Prevenção e Intervenção ás Drogas e Seus Desafios no Mundo Contemporâneo. João Pessoa, 2013.

TEIXEIRA, Dirlândia da Silva. **O Centro de Convivência Elo da Vida como uma política pública de apoio a dependentes químicos: caracterização, possibilidades e limites**. 2010. 115f, Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2010.

TOCANTINS. **Política estadual sobre drogas**. Palmas: Conselho Estadual Sobre Drogas, 2013.

UNIFESP. LENAD **Família. Levantamento nacional de famílias dos dependentes químicos.** Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas/Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. 2013. Disponível em: .Acesso em: 31/05/2014.

Recebido em 23 de março de 2016

Aceito em 10 de maio de 2016