



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

dos Reis, Rossana; Teixeira Garcia, Maria Lúcia
A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 6, novembro-dezembro, 2008, pp. 1965-1974
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013629>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT*

The trajectory of a public service for alcohol and drug addicts in Vitória: the case of the CPTT

Rossana dos Reis¹
Maria Lúcia Teixeira Garcia¹

Abstract *The aim of this case study is to analyze the Center for Prevention and Treatment of Alcohol and Drug Addiction (CPTT)/Psychosocial Care Center in Drugs and Alcohol (CAPS ad), and to reflect about the implementation process of the local addiction recovery policy for drug users and alcoholics. A document research was performed using as sources the CPTT's mid-year/annual and/or management reports and articles about the service. Data were analyzed using a priori and a posteriori content analysis. The CPTT, a health service of the government of the city of Vitória, was created in 1992 as a psychosocial service. The services provided by the CPTT include individual care, daily group activities and reception and follow-up groups. Today, the situation in the CPTT is characterized by precarious employment relations for most of the professionals working there. The trajectory of the implementation of the CPTT in the city of Vitória expresses two contradictory features: on one hand the advances made in the implementation of the public policy for prevention and treatment of drug and alcohol abuse, and on the other hand the challenge posed by the lack of a human resources policy capable of putting in effect the advances proposed by the policy.*
Key words *Mental health, Drug and alcohol addiction care policy, CAPS ad*

Resumo *O objetivo desse estudo é analisar o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) e refletir o processo municipal de implementação da política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Foi realizada pesquisa documental tendo como fontes os relatórios semestrais/anuais e/ou de gestão do CPTT e artigos publicados sobre o serviço. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, recorrendo a categorias a priori e a posteriori. O CPTT, serviço de saúde da Prefeitura Municipal de Vitória, foi criado em 1992 na perspectiva de um serviço psicossocial. O processo de trabalho abrange o atendimento individual; atividades grupais na Atenção Diária e grupos de acolhimento e acompanhamento. O quadro hoje no CPTT se caracteriza por precarização do vínculo de trabalho da maioria dos profissionais com o CPTT. Os dados apontam que a implementação do CPTT no município de Vitória expressa, contraditoriamente, avanços na política municipal de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e o desafio da não implementação de uma política de recursos humanos que efetive os avanços propostos pela política.*
Palavras-chave *Saúde mental, Política de atenção ao uso de drogas, CAPS ad*

* Comunicação oral apresentada na 18th World Conference of Social Work realizada em 2006 em Munique, Alemanha.
¹ Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Fernando Ferrari 514, Campus Universitário, Goiabeiras. 29075-910 Vitória ES.
rossanarreis@yahoo.com.br

Introdução

É na segunda metade da década de 1970 que emerge, no cenário brasileiro, o movimento social pela redemocratização do país. No campo da saúde, tal movimento se configurara no “Movimento Sanitário”¹, cujo surgimento se deve à contestação das políticas, práticas e serviços de saúde vigentes até aquele momento, que relegavam a saúde pública a um segundo plano e repercutiam sobre as condições sanitárias da população que se via limitada em relação ao acesso à saúde². O movimento sanitário, cuja matriz é a noção de “saúde coletiva”, contrapunha a idéia de “saúde” à de “doença”³, e nas décadas de setenta e oitenta orientará sua produção teórica para um paradigma alternativo no qual [...] **a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológicas e ecológicas, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente** [...] ⁴.

No campo da saúde mental, todo esse processo se deu por meio da Reforma Psiquiátrica, em fins dos anos setenta no país. Ela fomentou questionamentos quanto à atenção e cuidado voltados à doença mental, predominante na assistência tradicional, a qual se caracterizava pelo isolamento do sujeito do meio social e pelo conseqüente aprisionamento em manicômios, reduzindo-se ao estatuto de objeto/corpo doente⁵. Esse modelo psiquiátrico de atenção passa a ser, portanto, alvo de críticas e impulso ao seu combate pelo Movimento de Luta Antimanicomial (MLA).

Todo o conjunto das discussões que reivindicam novas formas de cuidado/tratamento nas demandas por saúde foi abordado em diversas instâncias no Brasil, dentre elas, as Conferências de Saúde, especificamente nas Conferências Nacionais de Saúde Mental. A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, apontou para a necessidade de se ampliar o conceito de saúde aos aspectos gerais da vida. Colocava-se a saúde mental nas diretrizes e princípios do movimento sanitário por meio da defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), e pleiteava-se a inserção da saúde mental na perspectiva da luta de classes⁶. A II Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida cinco anos depois, em 1992, teve como tema central a “Atenção Integral e Cidadania”, defendendo a universalidade, a integralidade, a equidade e a descentralização. Em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental reforçou a discussão sobre a rede de atenção integral em saúde mental no que tange à qualidade, acesso e direito, estabelecendo que o país deveria priori-

zar a implantação de políticas de saúde mental e os estados e municípios, uma política voltada ao SUS com respeito ao perfil epidemiológico de cada região⁷. Assim, a luta pela cidadania daqueles que sofrem dos transtornos mentais estava (e está) imersa nos movimentos sociais e inserida dentro da realidade local, mediante a municipalização da assistência⁸. Os municípios são transformados nesse processo em atores sociais; conseqüentemente, a municipalização da saúde exercerá grande influência na implantação (ou não) de serviços substitutivos⁹. Serviços substitutivos são aqui entendidos como: [...] **um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação)**⁸.

Para atuarem estrategicamente na complexidade que o tema representa, os serviços substitutivos precisam desenvolver um conhecimento aprofundado do seu território (tanto do espaço físico, geográfico, e/ou administrativo quanto das forças sociais ali presentes)¹⁰.

A Lei nº 10.216, lei da Reforma Psiquiátrica aprovada em 2001 após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, assegura os direitos e a proteção às pessoas com transtorno mental sem qualquer forma de discriminação e prevê “que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”¹¹. Junto com o marco legal, ocorrerá, progressivamente, a implantação de serviços direcionados à construção da cidadania, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), moradias, cooperativas, enfim, [...] **experiências fundamentadas nas idéias do movimento antimanicomial, na práxis da reabilitação psicossocial, com significativa participação e protagonismo de usuários e familiares**¹². No entanto, cabe destacar que essa é uma arena marcada por resistências e conflitos de interesses expressos, por exemplo, no percentual destinado à assistência asilar que se mantém ainda em níveis elevados. Assim, embora tenha havido no âmbito da saúde mental uma intensificação do debate sobre essa atenção, mudanças na estrutura jurídico-política (expressas, por exemplo, através da regulamentação de leis, portarias, conferências, entre outras) e ampliação e criação de novos serviços com outras perspectivas, o cenário é ainda contraditório.

O financiamento configura-se como um importante determinante para consolidação da po-

lítica de saúde mental no país⁹. Mas, contraditoriamente, tal processo de desinstitucionalização, expressão de luta e avanço de direitos inscreve-se na contramão do projeto científico, político e econômico dominante: o neoliberalismo¹³. Isso porque a política neoliberal, ao buscar a reestruturação do mercado, considera a intervenção do Estado uma medida antieconômica e antiprodutiva que acarreta crises econômicas, políticas e sociais, devido às quais o sistema político-ideológico impõe a redução dos gastos sociais e, em consequência, a redução também dos serviços sociais públicos, como é o caso da saúde¹⁴.

Face a esse cenário, questões como o acesso ao cuidado em saúde mental configuram-se como um problema no âmbito do SUS, sendo a rede de atenção dessa área um desafio frente a um cenário de injustiça, iniquidade e exclusão social¹⁵. Ao considerar que os serviços extra-hospitalares surgem a partir do aumento das necessidades da própria população¹⁶, entende-se que a política a ser definida deve efetivar ou viabilizar o acesso das pessoas de fato, assegurando sua saúde. Assim, ampliar os serviços em saúde mental significa reconhecer o direito que a população tem de acessar o serviço adequado às suas necessidades.

Emerge nesse processo o “modelo psicossocial”, que considera diversos fatores como centrais para a configuração das práticas em saúde mental (políticos, biológicos, psicológicos, sociais) que devem ser conjugados em suas atividades visando à reintegração social¹⁷, bem como um reposicionamento do usuário, que passa de simples sujeito portador de sofrimento psíquico para agente da possibilidade de mudanças¹⁸. O modelo psicossocial constitui, hoje, um novo paradigma nas práticas da saúde mental presentes nas políticas de Reabilitação Psicossocial⁶. Nesse sentido, novas experiências são propostas, como é o caso dos CAPS¹⁹.

Foi no contexto de reconceitualizações e reorganizações no campo da saúde mental que, a partir da instituição do SUS, com princípios de descentralização, integralidade, universalidade e equidade, e com a legalização da reforma psiquiátrica em 2001, a política pública brasileira passou a contemplar o direito à assistência e integralidade aos usuários de saúde mental, entre eles aqueles que sofrem dos problemas com o consumo do álcool e outras drogas²⁰.

Saúde mental e uso abusivo de drogas – uma relação complexa

Reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o elevado custo social que representa o uso abusivo de substâncias psicoativas, considerado um problema de saúde pública, o Ministério da Saúde (MS) desde a década de 1980 vinha desenvolvendo tímidas iniciativas na área do uso indevido de drogas e só em 2003 assumiu a responsabilidade de intervir nessa área com a efetivação da “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas”²⁰.

O argumento do Ministério da Saúde sustentava-se na necessidade de enfrentamento dos problemas oriundos do consumo abusivo do álcool e de outras drogas, através da organização de uma rede [...] **baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental ao restante da rede de saúde**²⁰. Entre estes dispositivos, encontra-se o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad) que surge, com esta denominação, a partir do ano de 2002, com a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, para aquelas pessoas que enfrentam o problema do uso de álcool e de outras drogas, ofertando atendimento diário a essa população²¹.

Os CAPS ad possuem como objetivos não só a oferta de atendimento à população específica a que se destina o serviço, mas também atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, devendo “impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedir uma ‘escala’ do uso e minimizar as consequências de tal uso”¹⁸. Os CAPS ad propõem que a abstinência não seja o modelo único a ser considerado e que não se promova o isolamento social do doente mental. Pelo contrário, a defesa de incluí-lo com respeito a suas escolhas no tratamento é o eixo central que caracteriza a co-responsabilidade e liberdade no cuidar dos usuários na defesa da vida com a redução de danos²⁰, enfatizado na Portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005²².

Os CAPS ad devem funcionar com capacidade de atender uma região que abrigue mais de 70 mil habitantes, prestando uma assistência que compreenda desde o atendimento individual até o grupal, domiciliar e familiar, as oficinas terapêuticas e as atividades comunitárias. Tais atendimentos devem ser oferecidos nas modalidades: **intensiva** (na qual, em decorrência do quadro clínico do usuário, mostra-se necessário o acompanhamento diário); **semi-intensiva** (regime direcionado àqueles que necessitam de acompanha-

mento freqüente, sem, entretanto, precisar diariamente) e **não-intensivo** (o tratamento que, em função do quadro clínico, pode ocorrer em uma freqüência menor). Assim, a atuação dos CAPS ad não é isolada, mas constituída num plano articulado com dispositivos assistenciais em saúde mental, rede básica de saúde, Estratégia de Saúde da Família, entre outros²⁰. Devem ainda, no âmbito de seu território, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e de outras drogas, bem como ser regulador da porta de entrada da rede assistencial local; em sua área de abrangência e por delegação do poder local, é sua incumbência coordenar atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas²¹. Tal atuação deve estar articulada às esferas de controle social (Conselho Municipal de Entorpecentes – COMEN – e Conselho Municipal de Saúde – CMS). Seu funcionamento deve ser estruturado para assegurar o acesso da população ao serviço, possibilitar a formação de recursos humanos, principalmente através de supervisão e educação permanente junto às equipes da atenção básica e aos profissionais vinculados aos serviços e programas de saúde mental local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial²¹.

Quanto à equipe, os CAPS ad devem contar com uma equipe mínima que integre, ao menos: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior entre psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta educacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e seis de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão²¹. Os CAPS ad partem do princípio que a atenção psicossocial a usuários que apresentem uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deverá ocorrer em ambiente comunitário e articulado à rede de cuidados em álcool e drogas e saúde mental²⁰.

No ano de 2002, foram implantados 42 CAPS ad no Brasil, distribuídos em catorze estados²⁰, a partir dos quais houve expansão dessa modalidade de atendimento. O Ministério da Saúde tem destacado o avanço na implantação dos CAPS ad (115 estavam funcionando no país em 2005)²³. Dentro da distribuição dos CAPS ad no Brasil, o estado do Espírito Santo conta neste momento com três CAPS ad cadastrados no Ministério da Saúde.

A criação do Centro de Prevenção e Trata-

mento de Toxicômanos (CPTT), serviço da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), aconteceu em 1992, inserido em um contexto político de participação e democratização da cidade²⁴. A proposta de criação e implantação do serviço foi fomentada pelo Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN)²⁴, criado em 1990 e extinto em meados da mesma década. A estruturação do serviço envolveu articulações entre gestor municipal, comunidade local, Conselho Municipal e Federal de Entorpecentes, com este último objetivando o financiamento do serviço através do Fundo de Prevenção, Recuperação e Combate às Drogas de Abuso²⁵.

O objetivo do estudo é analisar o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) e refletir o processo municipal de implementação da política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Metodologia

Optou-se por uma abordagem qualitativa²⁶, de estudo de caso²⁷, envolvendo o CPTT. Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a pesquisa documental, tendo como fontes os relatórios semestrais/ anuais e/ou de gestão do CPTT dos anos de 1993, 1994, 1995, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 e 2004, e artigos elaborados por técnicos do CPTT sobre o serviço. Foram analisados ao total onze relatórios e quatro artigos. Trabalhar com documentos implicava pensar para além do texto e refletir também quem, quando, como e para quem esses foram elaborados²⁸. Assim, os documentos oficiais recolhidos foram elaborados: a) para registrar as atividades realizadas; b) atender a solicitação da gestão municipal de prestação de contas do trabalho desenvolvido; c) propor ações ou divulgar as ações desenvolvidas (relatórios de gestão); d) sistematizar ou divulgar na comunidade as ações desenvolvidas. Foram elaborados por servidores públicos (representantes governamentais e especialistas da área).

Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo²⁹. **A priori**, foram estabelecidas as seguintes categorias analíticas: processo de trabalho desenvolvido no CAPS ad (vínculo funcional dos trabalhadores e relação entre a proposição do Ministério da Saúde para os CAPS ad e as ações desenvolvidas no CPTT, articulação com os Conselhos Municipais de Saúde e Antidrogas), perfil dos usuários (origem da demanda e o fluxo entre as diferentes regiões de

saúde), atores políticos envolvidos no processo de criação e efetivação deste serviço. As informações levantadas foram organizadas em quadros analíticos, considerando os aspectos acima descritos. Todo o percurso metodológico foi acompanhado pela permanente revisão teórica do tema a que se refere o estudo.

A questão buscava evidenciar as ações realizadas pela instituição à luz do que o Ministério da Saúde preconiza para um CAPS ad. O levantamento dos documentos foi realizado no Centro de Documentação (CEDOC) da SEMUS e no CPTT, com autorização prévia dos setores envolvidos.

Resultados e discussão

O CPTT foi criado na perspectiva de um serviço psicossocial, iniciando seu funcionamento em janeiro de 1993, caracterizando-se como um espaço ambulatorial³⁰. A partir de 1994, deu-se a implementação de ações no espaço denominado de Hospital-Dia (hoje denominado Atenção Diária), passando os usuários a contar com oficinas terapêuticas no processo de tratamento^{31, 32}, as quais foram sendo ampliadas com o passar dos anos.

Nos primeiros anos de funcionamento, o processo de trabalho limitava-se ao atendimento individual³³, muito embora nesse período a instituição já realizasse atividades externas como a promoção de palestras em escolas e empresas e a participação em eventos sobre a questão do uso de drogas^{31, 34, 35}. No ano de 1998, sob uma nova gestão, o objetivo no CPTT era aumentar o acesso dos usuários ao serviço, focando-se em um discurso com caráter de produtividade. O argumento central era de que o fluxo de atendimentos era considerado baixo. Foram então criados grupos de acolhimento e acompanhamento aos usuários e seus familiares, caracterizando a partir de então a oferta de atendimento grupal.

O CPTT, desde o início de seu funcionamento, buscou o contato com a comunidade. Assim, diferentes instituições, atores e segmentos tanto governamentais quanto da sociedade civil estão registrados nos relatórios analisados. Foram identificadas ações junto a: a) instituições de ensino; b) área da assistência social; c) área da saúde; d) outros setores da PMV; e) lideranças comunitárias; f) instituição de defesa de direitos; g) instituições de dependência química, tanto do estado quanto de outros estados; h) conselhos gestores de políticas de álcool e de outras drogas; e i) com empresas.

As atividades incluíam ainda palestras sobre

drogas e a capacitação de profissionais tanto da área da saúde, bem como de outras áreas. Além disso, foram realizadas ações de divulgação do serviço entre estudantes de nível superior. No decorrer do tempo, a atuação do serviço ampliou-se. Para tanto, eventos no sentido de apresentar e divulgar o serviço às equipes da rede municipal de saúde foram realizados, como a I Jornada do CPTT³⁶, em 1995. O Seminário de Planejamento Estratégico do CPTT, em 1996, definiu a missão do CPTT: **Enfrentar a questão da toxicomania e do alcoolismo, através de ações nas áreas de prevenção e tratamento com atividades de pesquisa visando a produção e a transmissão de saber**³⁷.

Em 1997, foi constituído um Convênio de Cooperação Técnica Brasil-União Européia firmado pelo Ministério da Saúde, mediante a Coordenação Nacional de Saúde Mental, e a Association de Coopération pour le Développement des Services de Santé (ACODESS), sendo as cidades de Vitória e Salvador seus sítios-piloto, entre 1997 e 2001^{30, 33}. O objetivo do convênio era o [...] **fortalecimento dos serviços de apoio aos toxicômanos no Brasil que proporcionem cuidados intensivos em substituição à internação hospitalar, integrados à rede de atenção geral** [...] ³³.

A parceria Brasil-União Européia auxiliou o CPTT na construção da Rede de Atenção ao Uso de Drogas em Vitória (RAUDV), em 1998. Desde então, outro papel assumido pelo centro refere-se à coordenação da construção e consolidação da referida rede³³. A RAUDV é considerada: [...] **um conjunto de pontos adequados às atividades de prevenção, tratamento, reinserção social e pesquisa, que se articulam num fluxo múltiplo, cooperativo e solidário, objetivando proporcionar maior acessibilidade da população aos serviços, com ênfase na qualidade de vida**³³.

Composta por serviços e programas governamentais e não-governamentais³³, a RAUDV já desenvolveu, entre outras iniciativas, capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mediante a experiência "Injetando vida nas veias"³⁸, no ano de 2000; realizações de eventos possibilitando informação e discussão acerca do uso de drogas; a organização e realização do I Fórum Municipal de Atenção ao Uso de Drogas (FMAUD), em 2001, com finalidade de promover junto à sociedade um espaço para reflexões, debates, formulação de estratégias e ação que servissem de bases para a construção da política de enfrentamento ao uso de drogas para o ano de 2002³⁹. No entanto, a RAUDV não apresenta uma articulação efetiva entre os serviços⁴⁰. Entre sua proposição – articulação e diálogo dos dife-

rentes atores institucionais na esfera do álcool e outras drogas – e a efetivação do processo – reuniões burocráticas, convocadas, conduzidas e pautadas pelo CPTT – evidencia-se um papel coadjuvante dos demais atores.

O Convênio de Cooperação Técnica Brasil-União Européia também fomentou a discussão do Programa de Redução de Danos (PRD) no interior do CPTT, em decorrência das trocas de experiências de trabalhos entre aqueles países. A partir daí, começaram as buscas para ampliação das possibilidades de ações de atenção ao enfrentamento das questões do uso de drogas, orientadas pelo respeito à liberdade de escolha dos usuários⁴¹.

O estabelecimento do PRD no município de Vitória deu-se após intensas provocações e discussões no interior da equipe do CPTT e também em seu exterior⁴². Em 2001, ocorreu o lançamento do PRD em nível municipal, obtendo maiores apoios no desenvolvimento das ações voltadas a minimizar as consequências do uso indevido de drogas⁴¹. A Lei Municipal nº 4.949, do mês de dezembro de 2001, regulamentou o PRD no município de Vitória⁴¹. No decorrer de sua existência, o PRD/CPTT constituiu campos de trabalho em várias regiões do município⁴².

O processo de implantação desse programa em Vitória enfrentou resistências em diferentes níveis: no interior da equipe profissional do próprio CPTT; nas próprias unidades de saúde e no âmbito político, mediante objeção de determinadas bancadas legislativas que desaprovam as iniciativas na ótica da redução de danos^{30, 40}. Nesse sentido, o desafio da gestão atual é a sustentação e concretização do PRD no que tange à consolidação de uma equipe permanente³⁰.

A partir de 2002, seguindo a normalização do Ministério da Saúde, o CPTT passa a funcionar como um serviço na modalidade de CAPS ad, vivenciando mudanças operacionais. Dentre as funções atribuídas, tem-se a formação de recursos humanos, via supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território; regulação da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito do seu território²¹.

O trabalho com os usuários conjuga o atendimento individual, atividades na Atenção Diária oferecendo espaços de interação, comunicação, arte, criatividade e de conhecimento possibilitados pelas oficinas terapêuticas, e grupos de acolhimento e acompanhamentos aos usuários e familiares³³. O processo de atendimento na instituição inicia-se pelo acolhimento ao usuário que chega ao serviço, realizado em grupos diferentes

por faixa etária e tipo de droga utilizada. O objetivo do acolhimento é promover [...] *a passagem de queixas iniciais do sujeito em relação à si, à família e à sociedade para a implicação da pessoa no tratamento e o reconhecimento da sua responsabilidade na construção de um projeto pessoal de tratamento* [...] ⁴³. Após o acolhimento, são ouvidas as demandas iniciais e pessoais, tipo de encaminhamento, voluntariedade na busca ao serviço e realizados os registros iniciais do trabalho⁴³. A partir de então, é identificada a demanda da pessoa e, com a sua participação, estabelecido o Projeto Terapêutico Individual (PTI), o qual pode ser inserido nas modalidades: intensivo; semi-intensivo; ou não-intensivo (Figura 1).

Muito embora o CPTT seja mantido pela PMV, os usuários do serviço procedem tanto do município de Vitória quanto de outros municípios, os quais não possuem ou não possuíam CAPS ad. O serviço acolhe em tratamento tanto a demanda referenciada, aquelas encaminhadas pelos serviços de saúde do município quanto às demandas espontâneas de usuários de drogas e/ou familiares, que procuram o serviço a fim de iniciar um tratamento⁴³.

Algumas esferas de trabalho no CPTT não são realizadas de forma contínua, como a atividade de pesquisa e de prevenção. Os relatórios destacaram a centralidade das ações na esfera do tratamento.

Em 2005, o quadro técnico do CPTT compunha-se de profissionais de nível superior (médico clínico; psiquiatra; psicólogo; assistente social; enfermeiro; farmacêutico; professor de educação física e terapeuta ocupacional) quanto de nível médio (oficineiros; auxiliar administrativo; técnico de enfermagem; auxiliar de enfermagem; auxiliar de serviços gerais). Entretanto, mesmo apresentando a equipe mínima exigida para um CAPS ad pela política nacional de atenção integral ao usuário de álcool e de outras drogas (e até mesmo possuindo um número de profissionais acima do mínimo preconizado), o relatório de gestão de 2004 pontuava a necessidade de ampliar o quadro profissional.

O vínculo de trabalho dos profissionais era: quinze trabalhadores efetivos (sendo que destes, dois estavam licenciados); um profissional estava em cargo comissionado; e 21 profissionais (mais de 50%) possuíam vínculo temporário de trabalho⁴³. Esses dados demonstram a precarização do vínculo de trabalho da maioria dos profissionais com a instituição, trazendo implicações de diferentes ordens: para a equipe (a rotatividade de profissionais compromete sua arti-

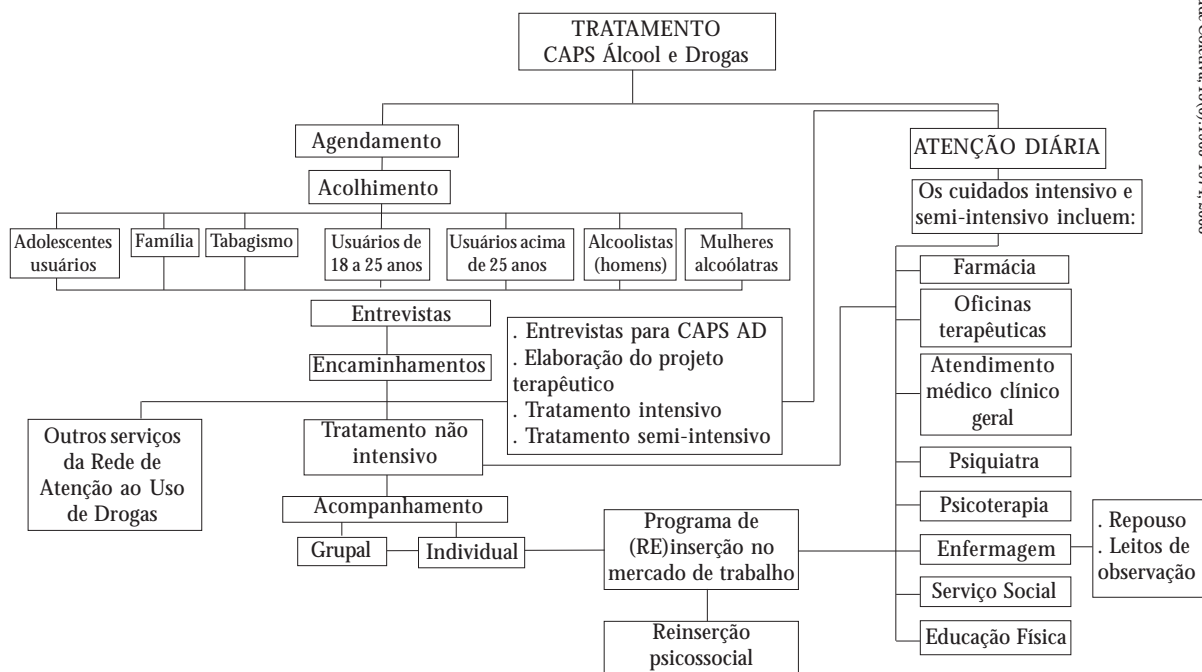


Figura 1. Processo de tratamento no CPTT⁴³.

culação); para a dinâmica e continuidade do trabalho (em face de interrupções de projetos); para os usuários (compromete a qualidade do atendimento), para a comunidade em geral (que tende a destacar a ineficiência de uma estrutura que deveria ser articuladora da rede de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas).

Assim, o CPTT reflete hoje um quadro descrito por outros autores: um confronto entre as possibilidades e potencialidades inscritas em seu interior e as limitações impostas, quer pela ausência de política de recursos humanos nos municípios brasileiros, quer pela inexistência de redes articuladas de atenção aos usuários (o que inviabiliza o fortalecimento das ações realizadas pelas diferentes instituições que desenvolvem ações nessa área).

Considerações finais

Serviço criado em conformidade com a lógica psicossocial³⁰, o CPTT insere-se no movimento de reorientação das práticas e concepções em saú-

de mental no país preconizado pela reforma psiquiátrica²⁴. Assim, o início da implementação da política de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas em Vitória relaciona-se tanto com o nível municipal, quando atores da sociedade civil e do governo indicam a criação de um serviço com essas especificidades, quanto com o nível nacional, no que tange às propostas de novos serviços de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas²⁴.

As ações voltadas ao enfrentamento da questão do uso de drogas no CPTT foram sendo construídas no decorrer da trajetória de sua implementação. Assim, correspondem hoje ao atendimento individual e grupal, bem como o trabalho junto à comunidade. Além disso, são preconizadas atividades de prevenção e de pesquisa. Em relação a essas duas últimas esferas (prevenção e pesquisa), verificou-se que há o desafio de fomentá-las e torná-las contínuas no processo de trabalho.

A partir de 1998, novas frentes de trabalho foram construídas relacionadas à atenção ao uso de drogas em Vitória. Assim, a partir daquele

ano, iniciou-se a construção da RAUDV, sendo o CPTT o seu coordenador. A RAUDV propiciou a realização de várias atividades no âmbito municipal, como capacitações e o primeiro FMAUD. No entanto, a forma de atuação da RAUDV, com ausência de articulação efetiva entre as instituições no âmbito do álcool e outras drogas, não oportuniza um amplo debate da direção a ser tomada pela rede.

O PRD, estabelecido oficialmente no município de Vitória em 2001, representa outra esfera que passou a compor a política de atenção ao usuário de álcool e de outras drogas, passando o CPTT a voltar-se para esta abordagem, mas que, tal direção, preconizada em nível da política nacional, não está isenta de resistências, sejam estas internas ou externas ao CPTT.

Um aspecto que se destaca diz respeito ao vínculo de trabalho dos profissionais com o CPTT, que expressa a condição de instabilidade no serviço, mediante contrato temporário, o que compromete a interação da equipe de profissionais, a continuidade das ações desenvolvidas e o desenvolvimento do processo de tratamento dos usuários.

Refletir sobre o CPTT exige transcender a ele e pensar como a inexistência de instâncias de controle social (nesse caso, o Conselho Municipal Antidrogas) repercute sobre a dinâmica da instituição, visto que o COMEN funcionou no município de Vitória somente até meados da década de 1990 (momento do surgimento do CPTT). Assim, resultado da mobilização social e de pressões oriundas do COMEN, o CPTT carece de uma política pública que articule diferentes dimensões requeridas para a efetivação de ações na área, ou seja, requer que se recrie o COMEN.

Por fim, o CPTT passou por mudanças significativas no que tange à sua própria modalidade, quando passou a funcionar como um CAPS ad em 2002. A partir da ampliação das ações no seu processo de trabalho, reflete a mudança de enfrentamento das questões do uso abusivo das drogas. A trajetória de implementação do CPTT no município de Vitória expressa, contraditoriamente, avanços na política municipal de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e o desafio da não implementação de uma política de recursos humanos que efetive os avanços propostos pela política.

Colaboradores

R Reis realizou todas as etapas da elaboração do artigo. MLT Garcia orientou e revisou todas as etapas da elaboração do artigo.

Agradecimentos

Ao CNPq pelo financiamento da pesquisa.

Referências

1. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2002; 9(1):25-59.
2. Bravo MIS. Da distensão política à transição democrática: a questão da saúde e o serviço social. In: Bravo MIS. *Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez; 1996. p. 25-138.
3. Amarante P. Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. In: Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ensp/ Fiocruz; 1995. p.91-131.
4. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizadora. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p.11-24.
5. Koda MY. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU; 2003. p. 68-88.
6. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate* 2001; 25(58):12-25.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
9. Fagundes S. O financiamento na reorientação do modelo assistencial em saúde mental. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 31-41.
10. Freire FHHA, Ugá MAD, Amarante P. Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU; 2005. p. 113-142.
11. Brasil. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 06 abr.
12. Lancetti A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 96-100.
13. Guimarães J, Medeiros SM, Saeki T, Almeida MCP. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em debate* 2001; 25(58):5-11.
14. Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Laurell AC, organizadora. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.
15. Pitta A. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 20- 30.
16. Bezerra Júnior B. Considerações sobre terapeutas ambulatoriais em saúde mental. In: Tundis SA, Costa NR. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes; 2001. p. 133-170.
17. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.141-168.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental do SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
19. Amarante P, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate* 2001; 25(58):26-34.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
21. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as normas e diretrizes para a organização e funcionamento dos CAPS. *Diário Oficial da União* 2002; 19 fev.
22. Brasil. Portaria nº 1.059 de 4 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas. *Diário Oficial da União* 2005; 4 jul.
23. Cordeiro F. Respostas dos Serviços de Saúde Brasileiros aos problemas decorrentes do uso do álcool (mesa redonda). *Congresso Pan-Americano de políticas públicas sobre álcool* 2005 [acessado 2005 Dez 9]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/OBID/Portal/conteudo.jsp?IdPJ=1921&IdEC=6205>
24. Reis R, Garcia MLT, Vitória, PT. Política de Saúde Mental: um resgate histórico da década de 90. *Anais do XVII Congresso da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas*, 2005 31 ago. a 03 set; Ouro Preto.
25. Garcia MLT, Leal FX. *Política Antidrogas no Brasil* [relatório final de pesquisa/ FAPES] Vitória; 2006.
26. Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método, e criatividade* 21ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
27. Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
28. May T. *Pesquisa social – questões, métodos e processos*. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
29. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70; 1977.
30. Rasch SS. *Viajantes em busca de saídas: o grupo de movimento como uma possível rota terapêutica para usuários de álcool e de outras drogas* [dissertação]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2005.
31. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. *Relatório Semestral do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos*. Vitória; 1994.

32. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório Anual do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômano**. Vitória; 1994.
33. Torres IMAP. O desafio em rede. In: Cooperação Brasil-União Européia. **Entre Riscos e Danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas**. Paris: Editions Scientifiques ACODESS; 2002. p.111-122.
34. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório Semestral do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos**. Vitória; 1993.
35. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório Semestral do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos**. Vitória; 1993.
36. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **I Jornada do CPTT: a clínica no CPTT**. Vitória; 1995.
37. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Seminário de Planejamento Estratégico do CPTT**. Vitória; 1996.
38. Borges LM, Rasch, SS. Injetando vida nas veias: uma proposta de capacitação para agentes comunitários de saúde – rede de atenção ao uso de Drogas e saúde da família - Vitória – ES – Brasil. In: Cooperação Brasil – União Européia. **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas**. Paris: Editions Scientifiques Acodeess; 2002. p. 123-133.
39. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório do I Fórum Municipal de Atenção ao Uso de Drogas: políticas de ação em prevenção, tratamento, pesquisa e reinserção social**. Vitória; 2001.
40. Reis R. **Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do município de Vitória: entre tramas e atos** [monografia]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2006.
41. Carpanedo NA. Redução de danos: novo paradigma para além dos limites do determinismo e da simplificação. In: Campos I, organizador. **Uma trajetória capixaba: 10 anos de CR DST/AIDS**. Vitória: Semus/PMV; 2003. p. 111-120.
42. Rasch SS, Garcia MLT. A implantação da política de redução de danos no município de Vitória/ES: remontando cenas e cenários. In: **Anais do IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, 2004; Porto Alegre.
43. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório de Gestão do ano 2004**. Vitória; 2005.

Artigo apresentado em 24/08//2006

Aprovado em 15/03/2007

Versão final apresentada em 16/07/2007