



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS- CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO/SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

IOHANY DANIELY ALVES DE PAULA GUEDES

Limites e Possibilidades para reinserção social dos usuários do CAPSad de Sousa-PB a partir do modelo Assistencial de Saúde Mental proposto pela Lei 10.216/2001.

Sousa-PB
2018

IOHANY DANIELY ALVES DE PAULA GUEDES

Limites e Possibilidades para reinserção social dos usuários do CAPSad de Sousa-PB a partir do modelo Assistencial de Saúde Mental proposto pela Lei 10.216/2001.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira.

Sousa-PB

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

G924l Guedes, Iohany Daniely Alves de Paula.
Limites e possibilidades para reinserção social dos usuários do CAPSad de Sousa – PB a partir do modelo assistencial de saúde mental proposto pela Lei 10.216/2001. / Iohany Daniely Alves de Paula Guedes. - Sousa: [s.n], 2018.

73 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2018.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helmara Gicelli Formiga Wanderley Junqueira.

1. Reinserção Social. 2. Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.
3. Reforma Psiquiátrica. I. Título.

IOHANY DANIELY ALVES DE PAULA GUEDES

Limites e Possibilidades para reinserção social dos usuários do CAPSad de Sousa-PB a partir do modelo Assistencial de Saúde Mental proposto pela Lei 10.216/2001.

Data da defesa: 12/03/2018

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr^a. Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira
Orientadora

Prof. Me. Andréa Dantas Ribeiro
Examinador

Prof.^a Me. Juliana e Silva de Oliveira
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo a Deus, que iluminou meus passos durante toda esta caminhada e que mesmo diante dos obstáculos me fez forte e corajosa para não fraquejar minha fé diante de tantos descrentes de tua divindade, renovando a cada dia a minha fé que tudo daria certo.

A minha família, em especial meus pais, minha irmã Yasmin e minha tia Moça, por existir e estar sempre presente em minha vida por ter acreditado que eu seria capaz de chegar até o final, a eles eu devo essa vitória que é tanto minha quanto deles, pelo incentivo e amor que sempre destinaram a mim, e por terem seguido comigo durante este difícil caminho me dando coragem para seguir.

Ao meu esposo e amor Wesley, que de forma muito carinhosa e especial me deu força e coragem para não desistir, proporcionando a chance de realizar os meus sonhos, sempre com a certeza de que iria conseguir, por ter aguentado todos os meus estresses dizendo que ia dar tudo certo. Obrigada por ter entrado na minha vida, pelo apoio, compreensão e pela paciência durante todo esse tempo.

Aos grandes amigos que conquistei, que durante o curso dividiram comigo as dificuldades e os prazeres da vida acadêmica, e alegraram minhas manhãs, em especial ao Instituto Butantan: Ihane, Kamilla Gomes, Kamila Bezerra, Camila, Rayane, Segislane, Laelma e Judson aos quais eu compartilhei desde o início momentos de alegrias, tristezas, angústias, desespero, por terem aguentado minhas cortadas e surtos de sinceridade que não foram poucas, que o diga Kamila Bezerra (risos), por terem compartilhado a aprendizagem de vocês, e por sempre estarem disponíveis a ajudar, quer fosse com coisas da universidade ou não, e dizer que se não fossem o companheirismo de vocês teria sido muito difícil chegar até aqui. Amo vocês.

Aos usuários e profissionais do CAPS ad pela disponibilidade e atenção em colaborar com a minha pesquisa, contribuindo para o meu conhecimento enquanto profissional e para minha formação.

Meus mais sinceros agradecimento aos professores do curso, todos os que estiverem conosco desde o início dessa árdua trajetória contribuindo para que chegássemos até aqui e pelo empenho em nos tornar profissionais críticos e capazes de lidar com os desafios que forem surgindo no exercício da profissão.

Ao minha orientadora Helmara, por seus ensinamentos sempre conduzidos com simplicidade, dedicação e bom humor, muito grata pelo compromisso, paciência e incentivo que tornaram possível a construção desse trabalho. Muito obrigada!

A todos aqueles que de alguma forma fizeram parte da minha formação e torceram por mim, o meu muito obrigado.

RESUMO

A presente pesquisa consiste em analisar os fatores relacionados à reinserção social dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial Walter Sarmiento de Sá na cidade de Sousa-PB, com base na Reforma Psiquiátrica. Com o intuito de proporcionar um debate e uma reflexão acerca do processo de reinserção social oferecidos no tratamento desses indivíduos, apontando como sendo um fator bastante relevante para o campo da Saúde Mental. Onde a implantação dos CAPSad traz como principal objetivo a importante tarefa de recuperar a dignidade das pessoas em tratamento contra o uso de álcool e outras drogas. No entanto, o que podemos concluir frente as pesquisas realizadas para o presente trabalho, é que há uma série de fatores que travam a consolidação dessa ressocialização, dentre os quais podem ser elencados: 1) a falta de compromisso dos gestores; 2) a falta de informação da população, que acarreta na falta de colaboração da mesma. Este trabalho toma como fundamentação as análises de autores como Paulo Amarante, Foucault, Marcela Corrêa Martins Amaral e Maria Inês Sousa Bravo. O trabalho mostra os desafios enfrentados para ressocialização dos usuários, onde a atual conjuntura não favorece a garantia de direitos, vivenciando um retrocesso do movimento de luta antimanicomial, mostra os desafios enfrentados pelos profissionais para humanizar o serviço de atendimento e viabilizar diretos e melhores condições de vida para esses usuários.

Palavras chave: CAPSad. Reinserção social. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The present study consists of analyzing the factors related to the social reintegration of users in the Walter Sarmiento de Sá Psychosocial Care Center in the city of Sousa-PB, based on the Psychiatric Reform. With the aim of providing a debate and reflection on the process of social reintegration offered in the treatment of these individuals, pointing to being a very relevant factor for the field of Mental Health. Where the implantation of the CAPSad brings as main objective the important task of recovering the dignity of the people in treatment against the use of alcohol and other drugs. However, what we can conclude from the research carried out for the present study is that there are a number of factors that hinder the consolidation of this resocialization, among which can be listed: 1) the lack of commitment of the managers; 2) the lack of information of the population, which entails the lack of collaboration of the same. This work is based on the analysis of authors such as Paulo Amarante, Foucault, Marcela Corrêa Martins Amaral and Maria Inês Sousa Bravo. The work shows the challenges faced by users to re-socialize, where the current situation does not favor the guarantee of rights, experiencing a retrocession of the atimanicomial fight movement, shows the challenges faced by the professionals to humanize the service and enable direct and better conditions of life for these users.

KEYWORDS: CAPS ad. Social reinsertion. Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS

CAPS– Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga

CRP-RJ – Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro

DINSAM – Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial

PREV- SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

RS – Residência Terapêutica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão de curso

Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas.

Nise da Silveira

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. Processo histórico da assistência à Saúde Mental	14
1.1 Histórico da Loucura	14
1.2 Os movimentos políticos sociais que culminaram com a Reforma Psiquiátrica de caráter antimanicomial	21
1.3 A institucionalização da loucura no Brasil: Da Era dos Manicômios À Reforma Psiquiátrica Antimanicomial	26
1.3.1 Saúde Mental e o novo modelo assistencial	34
2. Conceitos ao longo da história sobre o uso de substâncias psicoativas e sua relação com a saúde mental	36
2.1 Histórico do consumo das substâncias psicoativas e sua influência atualmente... 36	
2.2 CAPSad e a política de Redução de Danos	44
3. Limites e Possibilidades para reinserção social dos usuários do CAPSad de Sousa-PB a partir do modelo Assistencial de Saúde Mental proposto pela Lei 10.2016/2001	47
3.1 Os Aspectos de Inclusão e Exclusão que permeiam à Reforma Psiquiátrica.....	47
3.2 Expectativas e as motivação dos usuários entrevistados no CAPS ad, Walter Sarmiento de Sá, na cidade de Sousa-PB	52
3.3 Perspectiva dos profissionais sobre a Assistência de Saúde Mental proposto pela Lei 10.2016/2001	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE A	70
APÊNDICE B	71
APÊNDICE C	72

INTRODUÇÃO

Os impactos sociais resultante dos problemas relacionados ao consumo excessivo de substâncias psicoativas tem se mostrado cada vez mais presente no nosso cotidiano, fazendo-se necessário um amparo social na recuperação e reinserção desses indivíduos na sociedade. Devido à grande discriminação que ainda sofrem os dependentes químicos, mesmo que recuperados ou em tratamento, esse preconceito não atinge só o usuário, mas sim todo o núcleo familiar, havendo casos em que esse preconceito parte da própria família. Essa é uma realidade presente nos mais diversos grupos sociais e culturais, e que independem da classe econômica a que pertence o indivíduo.

Essa problemática não atinge apenas as pessoas que consume álcool e drogas, toda sociedade sofre os efeitos destrutivos desencadeados pelo consumo dessas substâncias. Além da complicação de ordem física, há também impactos emocionais e psicológicos, causando nos dependentes químicos um profundo vazio existencial, falta de interesse e constante tédio, decorrente das indiferenças que esses usuários sofrem.

Apesar de ser o uso de drogas lícitas e ilícitas um problema que atinge toda a sociedade, indiscriminadamente, é fato que a problemática da drogadição afeta de maneira muito mais forte os indivíduos das classes menos favorecidas, agindo como uma válvula de escape para as mazelas sociais que os atinge. Na maioria dos casos o contexto familiar está desestruturado, tornando-os mais suscetíveis as vulnerabilidades sociais.

É notório que o uso de álcool e outras drogas tem-se inserido no contexto familiar cada vez mais cedo, tendo em vista que o primeiro contato de um adolescente com álcool acontece muitas vezes com o consentimento familiar, sem ser dada a devida importância a esse início do consumo do álcool, que pode evoluir para o uso de outras drogas.

Dessa forma o presente trabalho tem por finalidade conhecer os limites e possibilidades de reinserção social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) de Sousa-PB, partindo do modelo Assistencial de

Saúde Mental proposto pela Lei 10.216/2001, considerando a importância do suporte socioassistencial atrelado ao tratamento psicossocial oferecido pelo CAPSad de Sousa-PB, na recuperação do indivíduo usuário de álcool e outras drogas. Mesmo diante de um cenário de desigualdades sociais a falta de projetos de reabilitação do indivíduo, e oportunidade na sociedade, podemos verificar a ausência de políticas públicas nesse setor que abarque toda a demanda existente, entretanto, um estímulo para que o usuário continue o tratamento seria uma articulação entre os serviços e garantias de direitos socioassistenciais de modo a garantir uma ressocialização para o usuário e um amparo social para os familiares de modo eficaz.

A escolha pelo referido tema surgiu a partir de uma inquietação em conhecer a política de saúde mental, mais precisamente voltada para os usuários do CAPSad e qual sua relevância no tratamento dos usuários. Visto que o alcoolismo e drogadição na sua grande maioria está vinculado ao contexto de vulnerabilidade social em que o indivíduo está inserido.

Diante disso, essa proposta de pesquisa tem relevância acadêmica e social, objetivando disseminar a importância do tratamento para dependentes químicos vinculado a um aparato socioassistencial, que busca uma melhoria no tratamento ofertado pelos CAPS. Também à nível acadêmico esse estudo tem grande relevância para a graduação em Serviço Social, uma vez que o tratamento ofertado influencia diretamente o contexto social ao qual o usuário está inserido afligindo as relações sociais.

O presente trabalho encontra-se organizado em três capítulos, onde no Primeiro capítulo disserta-se sobre o Conceito Histórico da Loucura, apontando suas variadas definições, posteriormente discorre sobre os movimentos que culminaram com a Reforma Psiquiátrica, a qual deu início a vários movimentos que carregavam em seu interior denúncias em desfavor dos manicômios. Seguidamente será feita uma abordagem acerca a Reforma Psiquiátrica em âmbito nacional, onde a mesma tem como objetivo mostra as mudanças no tratamento de saúde mental no Brasil.

No Segundo capítulo faz-se uma abordagem, sobre Histórico do consumo das substâncias psicoativas e sua influência atualmente. Seguindo-se a esta feita, foi dada a ênfase uma breve abordagem sobre a política de Redução de Danos aplicada nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas aos seus usuários diagnosticados como dependentes químicos.

O terceiro capítulo fez-se uma exposição sobre os Problemas de ordem física, emocional e psicológica, aspectos de Inclusão e Exclusão. Na sequência investiga a relevância do tratamento oferecido no CAPSad de Sousa-PB, buscando identificar a motivação e as expectativas dos usuários em relação ao CAPS ad. Por fim, foram apresentados os limites e possibilidades do novo modelo assistencial em saúde mental, mostrando os avanços, e os entraves existentes a serem enfrentados, atrelado a perspectiva de efetivação dos serviços oferecidos no CAPSad de Sousa-PB.

A pesquisa realizada nesse estudo pode ser classificada como exploratória e descritiva, de caráter qualitativo. Quanto ao aporte teórico optou-se pelo método dialético de Marx.

A pesquisa teve como campo para sua realização o CAPSad Walter Sarmiento de Sá, localizado na cidade de Sousa-PB. Sendo importante ressaltar que a condição de dependência em que esses sujeitos se encontram, leva-os a uma situação de extrema vulnerabilidade social, e assim se faz perceptível que os usuários que frequentam o serviço precisam mais do que um tratamento de saúde para livrar-se desse problema.

A referente pesquisa contou com a participação e disponibilidade da equipe multiprofissional, formada por Psiquiatra, psicóloga, enfermeira e assistente social, e de usuários dispostos a colaborar com a pesquisa, tendo em vista compreender os limites e possibilidades na efetivação dos serviços dentro da política de saúde mental e qual relevância do tratamento para os usuários. Para efeito do desenvolvimento da pesquisa, o instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista temática de caráter semi-estruturado, destinada aos usuários para obtenção das perspectivas dos mesmos. E a aplicação de questionário para equipe de profissionais, na busca de compreender os desafios diários enfrentados pelos mesmo para efetivar os serviços e consolidar sua atuação no campo da saúde mental.

1. Processo histórico da assistência à Saúde Mental

1.1 Histórico da Loucura

Ao longo da história ocorreram diversas transformações no que se refere à loucura, como também aos modos de interpretar esse fenômeno. No decorrer do tempo é possível discernir que as representações sociais direcionadas às doenças resultavam em processos de estigmatização¹ e isolamento do sujeito doente, fosse ele considerado doente mental ou portadora de patologias de caráter diverso.

A maneira como as doenças se manifestam dificultando o desenvolvimento do indivíduo, impedindo-o de exercer os papéis impostos pela sociedade, seja no âmbito social, político e econômico é o que determina o modo que a doença será representada pela sociedade.

Um exemplo citado por Amaral (2006) remete-se à lepra, onde desde a Idade Média, o “leproso” foi visto pela sociedade com total repugnância, caso que resultava no isolamento das pessoas acometidas por aquela doença, de caráter contagioso e sem possibilidade de cura, para as quais o convívio em sociedade era vetado.

De acordo com Foucault, é a partir do desaparecimento da lepra e do esvaziamento dos leprosários, que a loucura começa a ganhar visibilidade. Para Foucault,

Diante do controle e da diminuição da [lepra] no final do período medieval, gradativamente aquelas instituições – então denominadas leprosários – passam a reunir outros tipos de pessoas que, assim como os leprosos, compartilhavam o estigma daqueles que não deveriam conviver com a sociedade: os portadores das doenças venéreas e os loucos (AMARAL, 2006, p.55).

¹ Estigma social é definido enquanto marca ou sinal que designa o seu portador como desqualificado ou menos valorizado, ou segundo a definição de Erving Goffman: “a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena” (GOFFMAN, 2004, P.4).

Além da condição de incurável os loucos[as] foram representados de diversas maneiras, ora tendo seu significado positivado, ora negativado. Assim, considere-se os conceitos acerca da loucura remoídos no período anterior à Idade Média. Um deles refere-se aquele atribuído pela sociedade babilônica, quando as doenças mentais estavam atreladas a possessões diabólicas e as forças malignas, acreditavam que a cura seria por meio de procedimentos religiosos ou de magias, para a cura da doença identificada os médicos-sacerdotais invocavam deuses que acreditavam ter o poder da cura (ROSEN, 1974).

Na Grécia Antiga, as doenças em geral não mais eram entendidas por meios de explicações sobrenaturais, e sim associadas a causas naturais, fato evidenciado por Hipócrates. Um fator importante relacionado à causa da doença era o ambiente físico ao qual estava inserido o indivíduo. Observa-se aí uma sobreposição do conhecimento racional sobre as ideias místicas, o que deferência a civilização grega das civilizações anteriores, onde a doença estava relacionada a castigos e acontecimento sobrenaturais.

No que se refere à loucura, segundo Cirilo (2006), na Grécia Antiga, os loucos[as] não eram tratados como doentes e a loucura, não era considerada doença. A loucura naquela sociedade não era concebida como um aspecto negativo, pelo contrário, ser louco[a] era considerado um privilégio. Filósofos importantes da época como Sócrates e Platão, evidenciaram a existência de uma forma de loucura considerada como divina, e eram através de delírios que essas pessoas consideradas privilegiadas possuíam acesso as verdades divinas. Os loucos[as] eram espécies de profetas.

Em relação ao uso de drogas, durante a Idade Média, é necessário pontuar que a Igreja Católica, que possuía um grande poder nesse período, tanto em termos religiosos quanto em termos econômicos e sociais, passou a condenar o uso das plantas consideradas como “diabólicas”, as quais eram vistas como sinônimo de feitiçaria. É importante esclarecer que durante a Idade Média a única droga permitida pelo Cristianismo era o álcool, mais precisamente o vinho, o qual até hoje é considerado um elemento relevante dentro dessa religião, uma vez que simboliza o sangue de Jesus Cristo (TOSCANO JR., apud PRATTA & SANTOS, 2009).

A “ciência médica” que vinha se desenvolvendo [desde a antiguidade] acaba sendo interrompida pelos desmandos da fé cristã [medieval],

que em nome de Deus provocou não apenas a estagnação do que estava sendo desenvolvido, como também retrocedeu, sobretudo, no que diz respeito ao tratamento mental que passa a ser sinônimo de exorcismo. Além disso, aqueles que insistiam em dar continuidade aos estudos iniciados pelos hipocráticos na Grécia Antiga eram impedidos pelo dogma cristão que não permitia, sequer, o conhecimento da anatomia humana em sua totalidade (AMARAL, 2006, p.57).

Na sociedade medieval, a religião Católica exercia uma forte influência na sociedade, onde se pregavam que as perturbações mentais eram provocadas através de alguma força externa ou pela apropriação de demônios, e que a obtenção da cura seria por meio do exorcismo, praticados pelos sábios clericais. Conforme podemos encontrar nas escrituras da Bíblia diversas passagens relatam esses acontecimentos. Dentre as passagens encontradas no “livro Sagrado”, destaque-se o evangelho de Marcos, 3:14-15, que observa: Jesus “escolheu doze [homens], designando-os apóstolos, para que estivessem com ele, os enviasse a pregar e tivessem autoridade para expulsar demônios.” (BIBLIA SAGRADA, 2007); também em Marcos 1:34, pode-se ler: “e Jesus curou muitos que sofriam de várias doenças. Também expulsou muitos demônios; não permitia, porém, que estes falassem, porque sabiam quem ele era.” (BIBLIA SAGRADA, 2007).

É somente no período renascentista, sendo este marcado pela volta das escolas filosóficas, das artes, e do surgimento do movimento cultural chamado de humanismo², onde ocorre várias mudanças, momento esse também onde ocorre o enfraquecimento da Igreja Católica. Nesse contexto de mudanças, desencadeados pelo espírito renascentistas, se fez necessário a submissão de várias medidas para estabelecer a ordem. E uma das iniciativas tomadas pela Igreja Católica foram direcionadas para o controle das mulheres que eram consideradas feiticeiras. As mesmas seriam perseguidas se seu posicionamento fosse contrário ao que a igreja pregava.

² O Humanismo é um termo relativo ao Renascimento, movimento intelectual surgido na Europa, mais precisamente na Itália, inspirado na civilização greco-romana, que valorizava um saber crítico voltado para um maior conhecimento do homem e uma cultura capaz de desenvolver as potencialidades da condição humana, onde colocava o homem como o centro de todas as coisas existentes no universo. Disponível em: <http://brasilescola.uol.com.br/literatura/humanismo.htm>. Acesso em: 10.01.2018.

“Na mudança de atitude com relação à bruxaria, a psiquiatria nasceu como disciplina médica”, escrevia Henry Singerist³, passando a acreditar que as pessoas tidas como bruxas (feiticeiras) eram, na verdade doentes mentais, transformando o que antes era ideologia religiosa em ideologia científica, atribuindo um conceito patologia à bruxaria (NOGUEIRA, 2004).

Por muito tempo as doenças mentais foram associadas ao imaginário supersticioso, embasada pelos feitiços e demônios, existia alguns médicos e estudiosos que nesse período se puseram contra esses pensamentos e a essas perseguições das mulheres vistas como feiticeiras. Na maioria dos casos tais mulheres eram consideradas loucas. Porém os diagnósticos divergiam quanto a cada caso, os médicos defendiam a bruxaria como causadores dos males que não conseguiam diagnosticar (NOGUEIRA, 2004).

A época subsequente à era renascentista se define preeminentemente como a “Era da Razão”, momento em que a ciência passou a ganhar espaço, onde o raciocínio científico passou a suprir à fé e a religiosidade, ocorrendo o reconhecimento da racionalidade que seria aludida a loucura. É nessa conjuntura que as doenças em geral passam a ser classificadas e diagnosticadas com base na ciência.

A loucura não era vista como causa para ausência do convívio social antes do século XVII, isso só vinham a ocorrer em casos extremos, onde a pessoa acometida de problemas mentais oferecesse algum perigo para os ditos “normais”. Apenas com a construção das instituições asilares foi que houve uma modificação na maneira de conviver com a loucura, onde as pessoas com sofrimentos psíquicos passaram a viver encarceradas, ocorrendo uma privação dos seus direitos. Foi a partir daí que apareceu noções associadas a normalidade-anormalidade, em meio a propagação do processo de racionalização. Enfim, foi no início do século XVII que a loucura passou a ser relacionada à ideia de normalidade, e o internamento passou a ser disseminado como uma forma de manter a ordem social.

Um dos precursores da psiquiatria, o médico Phillipe Pinel no final do século XVIII, ao ser nomeado diretor do Hospital de Bicetrê, uma instituição assistencial e filantrópica na França, influenciado pelos ideais da Revolução Francesa começou a

³In: ZILBOORG, Gregory. The medical man and the witch during the Renaissance. Baltimore, 1935. pp. IX-X.

separar e classificar os diversos tipos de “desvio” ou “alienação mental” que encontrava, com o intuito de estudá-los e tratá-los. A loucura para Pinel merecia uma atenção especial, pois acreditava-se que as principais causas de alienação/ loucura era de ordem moral e, no entanto, justificava a necessidade de isolamento das pessoas acometidas por sofrimento psíquico, no asilo para que recebesse um tratamento adequado de acordo com os princípios humanitários e liberais do período revolucionário em questão (AMARANTE, 1996).

As primeiras instituições a receberem loucos[as] no Brasil foram as Casas de Misericórdia, inauguradas no país, ainda no século XVI, por volta do ano de 1543, em Santos-SP. Ali se abrigava tanto as pessoas acometidas por transtornos mentais, como doentes de outras moléstias, pobres, idosos e desvalidos em geral.

Apesar desse marco, no Brasil, a institucionalização da loucura foi marcado por várias modificações no âmbito social e econômico, iniciada com a chegada da Família Real Portuguesa, no início do século XIX (JUNQUEIRA, 2016). Diante desses acontecimentos e mudanças gera-se a necessidade de criar instituições específicas para controlar as pessoas consideradas loucas, ou com problemas alcoólicos, para garantir a ordem social nos espaços públicos.

No processo de organização política do Império brasileiro, competia às Câmaras a responsabilidade de administrar os municípios. Porém, somente em 1828, foi criado seu regime próprio, prevendo suas funções e ordenamentos. A lei de 1 de outubro de 1828 regularizava o legislativo, através de noventa capítulos divididos entre os seguintes títulos: Forma de eleições nas Câmaras; Funções municipais; Posturas Policiais; Aplicações de renda e Dos Empregados. Destacando o artigo 66 que determinava a respeito de posturas policiais, abrangendo os aspectos que afligiam a moral pública, garantido um controle e organização social dos espaços públicos das povoações. (Leis e Decretos do Império. 1828. Lo42, p 192-196v. AHRIS)

Cabe ressaltar que o internamento dessas pessoas eram feitos muitas vezes sem diagnósticos apenas com o intuito de limpar as vias públicas e manter a ordem, conforme assinala a pesquisadora Helmara Junqueira (2016).

De acordo com Ornellas (1997), foi nos anos de 1830 que houve um interesse em analisar a situação em que se encontravam os loucos[as] internados nas

instituições totais brasileiras (prisões e hospitais), o que levou a conclusão de o tratamento ofertado não eram condizentes com as necessidades dos mesmos, sugerindo a implantação de hospícios voltados para atender os acometidos por sofrimentos psíquicos. Tal diagnóstico contribuiu para a institucionalização da loucura no Brasil, no que tange a criação do hospício Imperador Pedro II, inaugurado em 1852, seguindo orientações e Pinel, onde tinha o princípio de isolamento (apud AMARAL, 2006).

Tal princípio só era imposto aos “loucos” pobres, os de família rica, poderiam, até mesmo, ser mantidos em suas casas. Isto, porque, muitas vezes, a própria família não tinha interesse que seus “loucos” pudessem ser conhecidos. Quando estes eram internados, as condições de internamento eram diferenciadas, tanto com relação ao tipo de “hospedagem”, como também aos tipos de tratamento (apud AMARAL, 2006 p.74).

Considerando essa condição, observa-se que o tratamento oferecido aos loucos[as] divergiam conforme a condição financeira, sendo nítido esse fato até mesmo nas tarefas que os mesmos exerciam dentro da instituição, de caráter seletivo, uma vez que os loucos[as] pobres cabia tarefas árduas, e aos ricos atividades voltadas para as artes.

É importante observar que a partir de meados do século XIX, surgiram no Brasil outras instituições de caráter manicomial, tais são os casos de Pernambuco, onde foi inaugurado o hospício da Visitação de Santa Izabel, em Olinda, em 1864, Bahia, onde em 1874 foi inaugurado o Asilo São João de Deus e, o Ceará, cujo hospício São Vicente de Paula foi inaugurado em 1886 Na Paraíba, somente em 1889 é que foi criado o Asilo de Sant’Ana, na Cruz do Peixe (JUNQUEIRA, 2016, p. 127).

Apesar da disseminação das instituições exclusivamente para loucos[as] no Brasil, não se pode afirmar que tais espaços eram destinados a cura das doenças mentais. De acordo com a pesquisadora Helmara Junqueira (2016), essa fase do asilamento tinha o caráter de separar os loucos[as] dos criminosos e doentes, respectivamente. O que se observa é que a partir da instituição do regime republicano ocorreram modificações na assistência aos alienados, observando-se um distanciamento gradativo em relação a ordem religiosa vigente nos hospícios brasileiros, administrados pelas Santas casas de Misericórdia, onde os médicos passaram a assumir o comando dessas instituições voltadas para a

psiquiatria, num movimento denominado por Machado et al. de medicalização, sendo esse um processo onde o modo de vida dos homens foi moldado pela medicina, influenciando diretamente na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos, e de comportamentos sociais. Deve-se observar que uma série de fatores, principalmente os de ordem econômica, favoreceram a Reforma Psiquiátrica, de caráter manicomial iniciada no final do século XIX e que culminou com a primeira lei, a 1.132, de 2 de dezembro de 1903, passando a regulamentar as internações das pessoas acometidas com algum tipo de insanidade mental.⁴ Nessa época a psiquiatria defendia a prática de isolamento para garantir um tratamento apropriado ao indivíduo em sofrimento psíquico, também exercendo um controle dos espaços públicos para manter a ordem social.

No século XIX, na Paraíba a loucura era tratada como ameaça à ordem e a moral, sendo essa restringida ao poder judiciário, que a convertia em desordem e marginalidade e a aprisionava em cadeias, e nos porões dos hospitais de caridade, sem nenhum acompanhamento médico, os excluindo e baniam do convívio social. Esse lento processo de medicalização da loucura no Estado da Paraíba foi concretizado com a inauguração do Hospital-Colônia Juliano Moreira, no final dos anos 1920 (JUNQUEIRA, 2016).

A inauguração do Hospital-Colônia Juliano Moreira, em 23 de julho de 1928, prometia abrir na Paraíba “Uma nova era no atendimento aos infelizes insanos, torturados pela fatalidade e ignomínia de um cárcere” (JORNAL A UNIÃO, 23 de julho de 1928).

O manicômio, inaugurado na verdade tinha por objetivo resguardar a ordem sócia, mantendo o caráter de exclusão da loucura, aprimorando a intervenção da psiquiatria, pondo em prática as técnicas de submissão e de normatização dos doentes mentais. Além disso, o tratamento psiquiátrico eram associados a maus tratos, castigos e má alimentação.

⁴BRASIL Decreto Lei nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em 12 de jan. 2018.

Essas práticas de violação aos direitos humanos, só veio mudar nos primeiros anos do século XXI, influenciado pelo movimento antimanicomial, que resultou na publicação da Lei 10.216 de 2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Mas somente em 2004 a Reforma Psiquiátrica foi regulamentada pela lei 7.639, muito embora esse processo de desmanicomialização se estende até os dias atuais.

1.2 Os movimentos políticos sociais que culminaram com a Reforma Psiquiátrica de caráter antimanicomial.

A partir do período após 2º Guerra Mundial surgiu na Europa e nos EUA, os primeiros movimentos que almejavam mudanças mais eficazes no modelo de saúde mental vigente, de caráter manicomial. Segundo Paulo Amarante “O período pós-guerra torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar” (AMARANTE, 1995, p. 27).

Foram as frequentes cenas de violência e exclusão sofridas pelas pessoas acometidas por transtornos mentais no período da guerra, que levou a reflexão acerca de como eram tratados os indivíduos com sofrimentos psíquicos pela psiquiatria vigente, destacando principalmente sobre a privação da liberdade e o descumprimentos do direitos humanos e sociais dos mesmos.

Logo se observa o surgimento de vários questionamentos acerca da eficiência dos hospícios, que passaram a sofrer duras críticas a seus atos violentos e excludentes no tratamento da doença mental, partindo daí para um pensamento de participação democrática e do bem-estar social, se adequando a nova ordem política mundial que visava exterminar qualquer tipo de tratamento que ameaçasse a vida e dignidade dos sujeitos.

Posteriormente surgiram várias iniciativas de modificação das práticas institucionais que passaram a serem chamadas de Reformas Psiquiátricas. Tais reformas apresentavam caracteres diferentes, destacando-se as comunidades

terapêuticas e as psicoterapias institucionais, a psiquiatria de setor e a psiquiatria comunitária e a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana.

A partir da década de 1950 surge na Inglaterra o movimento da Comunidade Terapêutica, que tinha como principal militante Maxuel Jones. Esse movimento defendia a democracia das relações, ou seja, visava o envolvimento da comunidade, contando com a participação dos profissionais de saúde mental, familiares e do próprio paciente em sua terapia, de modo que todos participassem das organizações das atividades e na administração das instituições terapêuticas.

O termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar (AMARANTE, 1995, p. 28).

Surge na França, semelhante ao movimento da Comunidade Terapêutica, na mesma época, o movimento intitulado de Psicoterapia Institucional. O modelo propõe transformações que seriam realizadas no espaço institucional do hospital psiquiátrico, tendo como principal mentor François Tosquelles, que considerava que

Se o hospital psiquiátrico foi criado para curar e tratar das doenças mentais, tal que não deve ser outra sua destinação, entende-se dessa forma que, em consequência do mau uso das Terapêuticas e da administração e ainda do descaso e das circunstâncias político-sociais, o hospital psiquiátrico desviou-se de sua finalidade precípua, tornando-se lugar de violência e repressão (apud AMARANTE, 1995, p. 32).

O principal objetivo do movimento Psicoterapia Institucional era recuperar o aspecto terapêutico dos hospitais psiquiátricos, para que os mesmos se transformassem em um instrumento de cura direcionado para as pessoas que necessitassem de tratamento para as doenças mentais, e isso ocorreria por meio de uma série de mudanças que aconteceria na organização interna, por meio de processos de transformação as situações que eventual mente poderiam surgir.

Um caráter de novidade trazido pela psicoterapia institucional está no fato de considerar que as próprias instituições têm características doentias e que devem ser tratadas (daí a adequação do termo psicoterapia institucional de Daumezin e Koechlin). A psicoterapia institucional alimenta-se ainda do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica do poder médico e da verticalidade das

relações intra-institucionais (TOSQUELLES, apud AMARANTE, 1995, p.32).

Os dois movimentos citados até o momento, tem em comum o fato de questionarem uma melhoria na qualificação das instituições e práticas psiquiátricas a partir das mudanças impostas pelos movimentos introduzidos nos hospitais psiquiátricos para que de fato os mesmos se constituíssem em instituições terapêuticas.

É importante notar que ainda nos anos 1940, notadamente em 1945, também na França surgiu um movimento de caráter reformistas, intitulado de Psiquiatria de Setor, sendo esse anterior ao movimento Psicoterapia Institucional. Vários psiquiatras progressistas participaram dessa discussão. Esse movimento procurava tratar o paciente por meio de uma responsabilização regionalizada, onde o paciente recebia tratamento na própria comunidade onde vivia, não sendo privado do convívio social. Assim sendo, para que se tivesse uma concretização do mesmo, teria que ser feita uma divisão da comunidade em setores geográficos. Sendo necessário esse trabalho externo ao manicômio, adotando medidas de continuidade terapêutica após a realização da alta hospitalar.

A ressocialização das pessoas com transtorno mental não era o único propósito do movimento da Psiquiatria de Setor. Tal modelo dava ênfase também ao modo de como tratá-los, não ocorrendo mais exclusividade do médico psiquiátrico, o tratamento seria feito por uma equipe multiprofissional construída por psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Portanto,

Com a oficialização desta política, os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, contendo uma parcela da população não superior a setenta mil habitantes, contando, cada um deles, com um equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que têm a função de assegurar o tratamento, a prevenção e a pós-cura das doenças mentais. Desta forma, são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de internação psiquiátrica (AMARANTE, 1995, p.35).

Já na década de 60, nos Estados Unidos, uma outra proposta de reforma psiquiátrica foi desenvolvida, trata-se da chamada Psiquiatria Comunitária, inspirada

nas ideias de Caplan⁵ sobre psiquiatria preventiva. A mesma consistia na descoberta de estratégias relacionadas à forma de intervir nas causas e no surgimento das doenças mentais, apresentava como sendo a terceira revolução psiquiátrica. Tendo como propósito ir além da prevenção das doenças mentais, atingindo o nível de promoção da saúde mental. Levando em consideração,

[...] as taxas de incidências dos distúrbios mentais continuavam a crescer em progressão geométrica, as cronificações se mantinham e os custos que isto acarretava às famílias e ao Estado cresciam em igual velocidade e os espaços das novas intervenções (apud AMARANTE, 1995, p.36).

Os movimentos até agora citados tem em comum o fato de não criticar a psiquiatria, isto é não contestam a competência contida na psiquiatria para tratar a doença mental. Porém duas outras abordagens fazem esta crítica, a primeira delas é conhecida como Antipsiquiatria.

Desenvolvida no início dos anos 60, na Inglaterra, o movimento Antipsiquiatria, criado por um grupo de psiquiatras, dentre eles David Cooper, Ronald Laing e Aurore Esterson, manifestando-se como um movimento contestador levantando questionamentos a respeito das relações existentes entre a psiquiatria e a sociedade. Segundo Amarante, 1995, a Antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, como o modelo assistencial vigente, buscando distribuir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação / compreensão e tratamento das doenças mentais.

A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Critica a nosógrafia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que a mesma procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade. O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê o tratamento químico o físico e, sim, valoriza a análise do 'discurso' através da 'metanoia', da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podada [...] (Amarante, 1995, p. 44).

A outra proposta que contestou o saber psiquiátrico foi à Psiquiatria democrática Italiana, movimento que também teve sua origem na década de 60, só que na Itália, sendo influenciado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia. Sua crítica

⁵Caplan, psiquiatra, foi professor da Escola de Saúde Pública e Diretor do Programa de Saúde Mental Comunitária da Universidade de Harvard. Participou de programas de Psiquiatria comunitária e como consultor de programas comunitários de saúde pública e mental em mais de dez países. Segundo Felix (1980). FELIX, R. H. Apresentação. In G. Caplan, **Princípios de Psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

a psiquiatria se embasava por entender a loucura um fenômeno complexo e muito amplo para que a psiquiatria abarcasse sozinha, ele relacionava a loucura ao homem, a família e a sociedade. Assim sendo,

[...] Podemos situar a experiência italiana enquanto “um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve desta o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a ideia de territorialidade” (Denise Barros, 1994 apud Amarante, 1995, p.45).

A princípio Basaglia criou seus trabalhos em Gorizia, no ano de 1951, nesse período utilizou-se de contribuições do modelo da proposta da Comunidade Terapêutica, uma década depois, chegou a Trieste, realizando uma grande transformação no processo de reforma psiquiátrica na Itália. De maneira, a fazer uma crítica profunda ao modelo psiquiátrico considerando que,

[...] A tradição iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana afirma urgência de revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua práxis. A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas traz em seu interior a necessidade de uma análise histórica- crítica está se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento ‘político’: traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar da centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/ reinventam (Amarante,1995, p. 47).

Depois de muita luta antimanicomais, no ano de 1978, o parlamento italiano aprovou a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 180 ou também chamada de Lei Basaglia, essa foi a primeira lei que estabeleceu condições e possibilidades, efetivas para extinção do modelo manicomial. Portanto a possibilidade de tratar transtorno mental de maneira inovadora, e acima de tudo com responsabilidade, garantindo dignidade e cidadania ao paciente, colaborando para demais transformações nos modelos de assistência psiquiátrica, dando um novo significado ao conceito e a prática da reforma psiquiátrica no mundo, e de maneira particular no Brasil.

Esses modelos reformistas se diferenciavam em seus conceitos, suas práticas e abordagens, porém com alguns pontos em comum. Tais movimentos psiquiátricos influenciaram no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

1.3 A institucionalização da loucura no Brasil: Da Era dos Manicômios À Reforma Psiquiátrica Antimanicomial

É importante ressaltar que, no Brasil, a loucura só veio a se tornar de fato objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir do século XIX, com a chegada da Família Real. Em decorrência das mudanças ocorridas no país, nos âmbitos econômico e social, fez-se preciso a implantação de novas medidas voltadas ao controle social o que auxiliaria no crescimento ordenado das cidades e das populações.

Em meio a esses acontecimentos surgiu, no Rio de Janeiro, a necessidade da criação de espaços de acolhimentos. Tais espaços tinham como função abrigar os sujeitos que de fato tiveram suas existências cerceadas em asilos, ruas, prisões e hospitais, notadamente, nas Santas Casas de Misericórdia. De acordo com AMARAL (2008), as Santas Casas de Misericórdias eram instituições que tinham por objetivo cuidar de doentes, pobres, indigentes e órfãos, possuindo um caráter muito ligado ao assistencialismo, espiritualismo e ações filantrópicas, destituídas do poder médico. De todo modo tais instituições simbolizaram o papel do Estado durante muito tempo no que se referia a atenção à saúde.

Os primeiros hospitais psiquiátricos surgiram no Brasil com o objetivo de solucionar problemas do âmbito social, tendo como foco a retirada dos loucos do espaço urbano, agindo como uma limpeza social nas ruas e em espaços públicos, tais como praças, calçadas, portas de igrejas, entre outros.

O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, foi fundado em 1853 no Rio de Janeiro, o Asilo Pedro II, momento esse em que a loucura foi reconhecida como doença, e submetida aos cuidados e tratamento médico. Esse Modelo era inspirado na teoria do francês Pinel, considerado o pai da psiquiatria, trazia como princípio o isolamento e observação do paciente. Pinel adotou mudanças no que se refere ao tratamento dos loucos, onde passou a ocorrer as divisões das pessoas com transtorno mental por sexo, tipo de doença e por classe social, onde o contato entre homens e mulheres era proibido (GONÇALVES,2008).

O hospício constitui-se como local de isolamento e contenção dos internos. A proposta terapêutica era o tratamento moral, compreendido como isolamento e vigilância dos doentes, organização do espaço terapêutico e distribuição do tempo. Quanto à instituição, caracterizava-se por seu fechamento em relação ao mundo externo (GONÇALVES, 2008, p. 20).

O principal foco dos hospícios e asilos era o fato de ocorrer um afastamento do louco, tanto do meio urbano quanto do convívio social, isso ocorria por meio do isolamento ou exclusão da pessoa portadora de transtorno mental, fato que pode ser assimilado desde a construção dos hospícios que foram construídos distantes dos centros urbanos. De maneira nítida se percebe como a loucura era tratada com práticas de exclusão nas mais variadas formas de lidar com a questão.

Na Paraíba, o primeiro hospício, nomeado como Hospital-Colônia Juliano Moreira, só foi construído na primeira metade da década de 1920, vindo a ser inaugurado apenas em 1928, constituindo-se como uma instituição modelo no Nordeste, onde já existiam os Hospícios da Tamarineira, em Pernambuco e o São Vicente de Paula, no Ceará (JUNQUEIRA, 2016).

Assim, como os Hospícios construídos em outras partes do território nacional, o Hospital-Colônia Juliano Moreira também tinha como principal objetivo o ordenamento social, visando retirar do centro da cidade os homens e mulheres chamados de loucos.

Historicamente, a população que sofre de algum transtorno mental é caracterizada como uma das mais excluídas socialmente, sendo desprovida de direitos e cidadania. As práticas asilares dessas pessoas tem sido atreladas a discriminação, preconceito e segregação, fatores que tem sido apontado como responsável por prejudicar, de forma intensa, a recuperação e reintegração dos doentes mentais na sociedade.

Assim, influenciado pelos movimentos realizados em diversos países com intuito de transformar o modelo de atendimento voltado para saúde mental - notadamente a Itália-, tem-se que somente a partir da década de 1970 ocorreu a implantação de experiências de caráter inovador no Brasil, de maneira a contrapor o poder médico psiquiátrico. As práticas excludentes que permeavam as pessoas com

transtornos psíquicos, como também o elevado número de internações, propiciava assim a implantação de uma rede destinada aos serviços comunitários no que refere-se a assistência psiquiátrica brasileira (CIRILO, 2006). Portanto é notório que,

No Brasil, foi a partir da década de 70 que se disseminaram alguns movimentos de crítica ao modelo hospitalocêntrico no que se refere à assistência psiquiátrica. A violência nos manicômios e a exclusão já eram pautas de discursões que reivindicavam os direitos do doente mental. Os principais questionamentos estavam relacionados à natureza do modelo privatista e à sua incapacidade de oferecer um tratamento que atendesse à necessidade dos usuários (CIRILO, 2006, p.42).

Nesse período iniciou-se uma série de denúncias referente à situações ao qual se encontravam as pessoas com transtorno mental, denunciando as más condições em que essas pessoas eram acometidas no interior dos hospícios, ocorrendo superlotações, maus tratos e falta de higiene, esses eram os fatores mais denunciados, além da ausência de uma assistência medica eficaz, onde a qualidade dos serviços oferecidos eram muito precários.

No final da década de 70 inicia-se no Brasil o processo da Reforma Psiquiátrica, processo esse contemporâneo do “Movimento Sanitário”, que visavam mudanças dos modelos de atenção às práticas de saúde. A Reforma Psiquiátrica apesar de fazer parte do mesmo contexto histórico que o Movimento Sanitário tem características particulares traçadas à favor de mudanças que resultam na superação da violência asilar.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve/tem como objetivo a construção de um novo papel e lugar social para as pessoas com transtorno psíquico, buscando garantir a cidadania e fazer valer o respeito aos seus direitos e deveres como cidadãos. Se manifestando como um movimento histórico com caráter político, social e econômico, a Reforma Psiquiátrica Brasileira acarreta, em suas ações estratégicas de implementação, à desinstitucionalização do modelo hospitalocêntrico. Portanto,

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

No contexto citado, um importante marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi o movimento caracterizado como a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, órgão pertencente ao ministério da saúde, com a finalidade de formular políticas de saúde voltadas para o subsetor de saúde mental. De maneira que os profissionais das quatro unidades pertencentes à DINSAM, todos com lugares no Rio de Janeiro, decidiram deflagrar uma greve em abril de 1978, logo depois de ter ocorrido a demissão de 260 estagiários e profissionais em saúde mental (BRASIL, 2005).

Diante de tal acontecimentos foi instaurada uma crise, oriunda das denúncias dos profissionais de medicina, de modo a expressar as irregularidades que permeavam os hospitais psiquiátricos, expondo a população à situações ofensiva naquele momento. Logo após ter sido tomada algumas decisões, o ocorrido acabou por motivar profissionais de diversas áreas e unidades de saúde a deflagrarem o movimento que, de imediato, começou a receber adesões de profissionais das áreas de saúde e familiares de pacientes psiquiátricos. Desse modo, reuniões constantes e assembleias que visavam acabar com as práticas abusivas existentes nos hospícios brasileiros começaram a acontecer. Em decorrência desse processo foi criado um movimento chamado de Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental- MTSM.

O início efetivo do movimento social pelos direitos do pacientes psiquiátricos no Brasil ocorreu no ano de 1978. Trazendo uma série de denúncias voltadas para a ausência de recursos que afligiam as unidades de assistência psiquiátrica, como também as condições precárias de trabalho reproduzida na assistência, que deveria ser destinada para a população. O movimento reivindicava a regularização da situação trabalhista, aumento de salarial, críticas a respeito de cronificação dos manicômios, como também combatia o uso de eletrochoque, responsável por elevado obituário naquelas instituições.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi o principal elemento que passou a protagonizar e a construir, a partir de denúncias de violências dos manicômios, da mercantilização da loucura e a assistência às pessoas com transtornos mentais, as bases da reforma antimanicomial. Este movimento era composto por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de

familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

O principal objetivo do MTSM era transformar o modelo assistencial brasileiro, de caráter manicomial, e lutar por um novo lugar social para as pessoas em sofrimento psíquico, constituindo assim uma crítica aos modelos assistenciais, ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico. Portanto,

Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é construir-se um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classes, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 52).

Ainda em 1978, a partir do mês de outubro, o MTSM, passou a se organizar a nível nacional, com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Esse evento ficou conhecido como o Congresso da Abertura, pelo fato de ter sido a primeira vez que os movimentos voltados para a saúde participavam de um encontro, antes exclusivos aos setores conservadores. Nesse congresso, foram levantadas críticas direcionadas para a privatização do setor de saúde, isso acarretava a falta de participação de forma democrática na elaboração dos planos na área da saúde.

Enfim, nos dois últimos anos da década de 1970 foram realizados diversos Congressos e Encontros em vários Estados brasileiros. Inclusive é válido destacar a presença de Franco Basaglia no Brasil entre os anos de 1978 e 1979, no I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e no III Congresso Mineiro de Psiquiatria. A presença do psiquiatra italiano no país foi de extrema relevância para fortalecer o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, já que o movimento foi influenciado pelos princípios psiquiátricos democráticos defendidos por Basaglia, na Itália.

Também é importante destacar o evento ocorrido em São Paulo, em 1979, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde foi registrada a necessidade de uma organização em saúde mental atrelada a participação dos técnicos em um nível maior, nos órgãos responsáveis pela criação das políticas nacionais e regionais na área da saúde mental. Nesse evento também foram levantadas críticas aos grandes hospitais psiquiátricos públicos e seu caráter asilar, com características de refúgio para os marginalizados.

[...] os limites dos suportes teóricos de racionalização dos serviços e as diretrizes legais para alterar-se a assistência psiquiátrica, num indício de que a situação política se faz necessária. Tais questões apontam para um direcionamento do MTSM, em que passam a merecer maior destaque os aspectos relacionados ao modelo de atenção psiquiátrica e perdem importância os aspectos mais especificamente corporativos (AMARANTE, 1995, p. 55).

Mas somente na década de 80 foi que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira assumiu um caráter social, político e econômico. Período esse marcado pelo fim da ditadura militar, o que proporcionou aberturas para grandes mudanças no âmbito da saúde, tirando dos médicos a exclusividade no atendimento à saúde.

O movimento que marcou o processo de democratização da saúde no país, ocorre no ano de 1986 em Brasília, trata-se da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como diferencial a participação não apenas dos trabalhadores da saúde, mas como também representantes populares, estudantes de diversos setores da sociedade civil, e pela primeira vez tiveram voz e vez. E foi a partir daí que foi estabelecido uma nova concepção de saúde, onde foi efetivado como um direito do cidadão e dever do Estado, e definidos alguns princípios básicos, que foram a universalidade do acesso a saúde, a democratização e centralização.

Em março do ano de 1986 foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido popularmente como CAPS da rua Itapeva (BRASIL, 2004).

No ano seguinte ocorreu no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de saúde Mental, onde surgiram várias críticas à psiquiatria brasileira. Os conferencistas criticavam o modelo hospitalocêntrico e propunham ações voltadas não apenas para o aspecto da falência terapêutica, mas também para o conjunto das questões sociais, visando garantir a cidadania e a inclusão do doente mental.

Ainda em 1987 aconteceu em Bauru - SP, o II Congresso Nacional do MTSM que adotou o lema "Por uma Sociedade sem manicômios", o movimento cresceu e se tornou um movimento social na luta por mudanças no campo da saúde mental, voltando-se para a necessidade de maior participação da sociedade no debate e

encaminhamento das questões com destaque para a doença mental e assistência psiquiátrica.

A regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no país teve como marco o ano de 1989, quando o deputado Paulo Delgado (PT/MG), deu entrada, no Congresso Nacional, no Projeto de Lei da Reforma psiquiátrica, que ficou conhecido por seu nome. O projeto tinha como propósito “a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e o fim progressivo dos manicômios no país” (BRASIL, 2005, p. 7), especialmente dos hospitais especializados, trocando-os por outras modalidades assistenciais. O projeto originou diversas discursões no que se refere a Saúde Mental, de maneira a da origem a várias associações voltadas para os usuários e seus familiares, proporcionando com sua aprovação mudanças relevantes.

O projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado inova e impulsiona a Reforma Psiquiátrica brasileira, e inspira os movimentos sociais, para aprovações em vários estados brasileiros, em meados de 1992 a política do Ministério da Saúde voltado para a saúde mental passa a ganhar proporções mais definidas. Entretanto, foi somente em 2001 que a Lei 10.216 foi sancionada no país. Nesse mesmo ano foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, movimento que contou com uma grande participação dos movimentos sociais, como também dos próprios usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, elemento esse que fortaleceu a Reforma Psiquiátrica como política de governo, pontuando relevantes questões, como o reconhecimento do papel estratégico do CAPS nas mudanças do modelo assistencial, destacando a construção de uma política especializada para atender os usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005). Assim,

[...] A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitárias, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais mas não institui mecanismo claro para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe no impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005, p. 8).

A rede de serviço proposta pela Reforma Psiquiátrica, deu origem a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o Brasil, vindo a substituir os manicômios. Assim sendo, as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico

passam a ter o direito de conviver em sociedade, e seus direitos civis respeitados como qualquer outro cidadão. Portanto,

Os CAPS são instituições que fazem parte da rede de atenção diária a saúde mental de caráter substitutivo aos hospitais psiquiátricos, que obtiveram a redução dos leitos psiquiátricos, acolhimento dos pacientes de transtornos mentais, estimulando sua reinserção social e conseqüentemente, proporcionando a eles maior a autonomia e exercício do seus direitos civis (BRASIL, 2007 apud MACIEL 2012, s/p).

Feitas estas considerações é importante observar que desde a Constituição Federal de 88, ocorreu uma reorganização e reestruturação das políticas tanto na previdência, quanto na saúde como na assistência social, que foram introduzidos para compor o sistema de seguridade brasileira, com novos princípios e diretrizes. Com isso foram definidos princípios de universalidade e integralidade que foram mantidos no âmbito da saúde, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, sendo articuladas entre as gestões Federal, Estadual e Municipal, tendo por objetivo a integração da rede de serviço. A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do SUS, instituído no país pelas Leis Federais 8080/ 1990 e 842/ 90. Leis, portarias e resoluções do Ministério da Saúde dão prioridade ao portador de transtorno mental no atendimento em sistema comunitário (CF, 1988).

É inegável que, no decorrer desses acontecimentos, ocorreram significativas mudanças na maneira de tratar as pessoas com sofrimentos psíquicos, no entanto ainda havia o predomínio dos hospitais psiquiátricos, mesmo com outras formas de tratamento, pois mediante a vários eventos que levaram a redução dos leitos desses hospitais, se teve um expressivo aumento na rede de serviços de atenção psicossocial, dentre elas os CAPS, ocorrendo uma vantagem nos serviços substitutivos, apesar de apresentar diversas limitações.

Finalmente, foi a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica que teve destaque as mudanças do tratamento clínico da doença mental, de maneira a excluir a internação como forma de tratamento e exclusão social, passando a substituir esse modelo por uma rede de serviços de atenção psicossocial, que visa a integração social da pessoa em sofrimento psíquico.

Diante da longa e lenta trajetória traçada pela Reforma Psiquiátrica no país, com avanços e permanências não esperamos apenas dar visibilidade as pessoas acometidas por transtornos mentais e as práticas de tratamento para além dos muros dos hospitais, limitando-se aos cuidados dos familiares e a vida em casa. Esperamos que essas pessoas sejam tratadas com respeito, dignidade, resgatando sua cidadania e subjetividade para que os mesmos sejam sujeitos do seu tratamento. Que a cura não seja o único princípio, e que aconteça interação e autonomia dos mesmos perante à família e a sociedade.

Cabe ressaltar o importante valor estratégico dos CAPS para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois foi a partir do surgimento desses serviços que passou a existir a possibilidade de uma rede substitutiva dos manicômios no país.

1.3.1 Saúde Mental e o novo modelo assistencial

A Reforma Psiquiátrica avançou marcada por impasse, tensões, conflitos e desafios. É um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e reflete em diversos territórios. Como foi observado antes, a reforma brasileira apresenta uma nova visão para o tratamento e acompanhamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, uma vez que os CAPS adquirem um papel estratégico na articulação e planejamento das redes de cuidados em saúde mental, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulamentação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, quanto a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários articulando os recursos existentes em outras redes, estratégicas importantes voltadas para a transformação do modelo hospitalocêntrico.

Conforme afirma Costa Rosa, as novas práticas em saúde mental são desencadeadas a partir de diversos movimentos sociais e científicos, de vários campos teóricos. Uma gama de teorias influenciou na mudança da atenção em saúde mental no Brasil. A psiquiatria de setor e a psicoterapia institucional francesa, a anti-psiquiatria e as comunidades terapêuticas inglesas, a saúde mental comunitária norte-

americana e o movimento da desinstitucionalização italiana são exemplos da complexidade teórica que influenciou o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira (apud QUINDERÉ,2010).

Todos esses movimentos são voltados para a substituição progressiva do modelo de atenção e gestão em saúde mental (que antes se direcionavam para a assistência psiquiátrica hospitalar, dando ênfase ao modelo biométrico), buscando a construção de uma rede de apoio mais complexa, que tivesse a interdisciplinaridade dos serviços, para que oferecesse um melhor suporte nos cuidados das pessoas acometidas por transtornos mentais. A reforma Psiquiátrica também objetivava que o acesso a essa rede ocorresse de forma gratuita, ocorrendo uma integração ao SUS, substituindo os hospitais psiquiátricos pelos serviços de atenção psicossocial de forma abrangente.

A partir dos programas Federais, como parte do processo de reforma psiquiátrica implantou-se uma política voltada para a capacitação dos recursos humanos, desenhando-se uma política direcionada para a questão do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), passando a inserir em seu âmbito estratégico a política de Redução de Danos.

Dentro da atual política de saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passaram a ganhar um valor efetivamente estratégico. A partir do surgimento destes serviços demonstrou-se a possibilidade de organização de uma rede que pudesse substituir o hospital psiquiátrico e suprir as demandas do país.

Os serviços oferecidos pela Rede de atenção psicossocial tem o objetivo de conceder um acolhimento efetivo as pessoas que apresentam transtornos mentais, e de serem responsáveis pela busca de autonomia desses indivíduos, preservando seus laços sociais e familiares, como também sua valorização e reinserção na sociedade.

Apesar dos avanços, mudanças e transformações aqui reportado, é perceptível que há um longo caminho a ser trilhado para a efetivação da inclusão social dos sujeitos que sofrem de transtornos mentais.

2. Conceitos ao longo da história sobre o uso de substâncias psicoativas e sua relação com a saúde mental.

2.1 Histórico do consumo das substâncias psicoativas e sua influência atualmente

O uso de substâncias psicoativas é uma prática universal que se faz presente desde os primórdios da humanidade. Sua procura se tornou comum em diversas sociedades e o grau de aceitação do consumo dessas substâncias varia muito de uma cultura para outra, estando muitas vezes relacionadas aos cultos religiosos e práticas de cura, observando-se modificações no decorrer do tempo dentro de uma mesma cultura (CHALHOUB, 1996).

Existem registros sobre a utilização de substâncias psicoativas que remetem ao período neolítico. Tal é o caso do uso dos extratos da papoula (ópio), da cannabis sativa (maconha) e da iboga pelos homens e mulheres primitivos⁶. Estudos apontam que o álcool é uma das drogas mais populares e antigas que teve sua origem há cerca de 6000 anos a.C. Como foi dito, no decorrer da história é possível verificar uma relação das drogas com remédios utilizados pelas pessoas para amenizar seus sofrimentos,

A droga não era símbolo de nada. Apenas ajudava as pessoas miseráveis a sobreviver e há sofrer um pouco menos. Talvez também ajudasse algumas pessoas no sentido de diminuir suas dores mentais. (GIKOVATE, 1992, p7).

A embriaguez, por sua vez, é um assunto presente ao longo da história documentada, presente nas mais antigas sociedades. De acordo com a literatura existente sobre o tema o alcoolatra sempre foi associado a criminoso ou doente mental. Apenas no século XVIII o alcoolismo passou a ser tratado como uma patologia.

Podemos encontrar narrativas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas na Bíblia. Porém, na Bíblia não fala diretamente sobre drogas mas diz que devemos

⁶Sobre isso ver <https://super.abril.com.br/ciencia/drogas-5-mil-anos-de-viagem/>. Acesso em 11/12/2017.

evitar substâncias que alteram o nosso raciocínio e comportamento. Devemos ser sóbrios e ter controle sobre aquilo que dizemos e fazemos. Quando uma pessoa se droga, afeta a sua mente e leva a comportamentos destrutivos, maus para a saúde e para os relacionamentos.

Em Coríntios 1:6;12, pode-se ler: “Tudo me é permitido, mas nem tudo convém. Tudo me é permitido, mas eu não deixarei que nada me domine” (BÍBLIA SAGRADA, 2007).

O livro de Provérbios 23:29-35, também trata do tema:

De quem são os ais? De quem as tristezas? E as brigas, de quem são? E os fermentos desnecessários? De quem são os olhos vermelhos? Dos que se demoram bebendo vinho, dos que andam à procura de bebida misturada. Não se deixe atrair pelo vinho quando está vermelho, quando cintila no copo e escorre suavemente! No fim, ele morde como serpente e envenena como víbora. Seus olhos verão coisas estranhas, e sua mente imaginará coisas distorcidas. Você será como quem dorme no meio do mar, como quem se deita no alto das cordas do mastro. E dirá: Espancaram-me, mas eu nada senti! Bateram em mim, mas nem percebi! Quando acordarei para que possa beber mais uma vez? (BÍBLIA SAGRADA, 2007).

Nas sociedades antigas as drogas eram consumidas moderadamente, seu consumo estava atrelado a crenças religiosas ou cultura de um povo, ou a questões espirituais. O capitalismo tornou-se empreendedor para o comércio ilícito de drogas em geral, aumentando o consumo das drogas. Esse aumento está relacionado à implantação do capitalismo e aos meios de comunicação, acarretando à sociedade um aumento no consumo.

Nesse contexto, a mídia passou a exercer uma forte influência na vida das pessoas, impondo regras e padrões de vida a serem seguidos. Nessa perspectiva observe-se, por exemplo a influência midiática sobre o consumo de cigarro, transformado em símbolo de sensualidade para as mulheres e de masculinidade para os homens, pois a mídia retratava o tabaco como sinônimo de liberdade sexual, ousadia, riqueza e status social. Motivando o consumo desenfreado dessa substância psicoativa no cotidiano de milhares de pessoas, conforme sugerem as imagens abaixo:

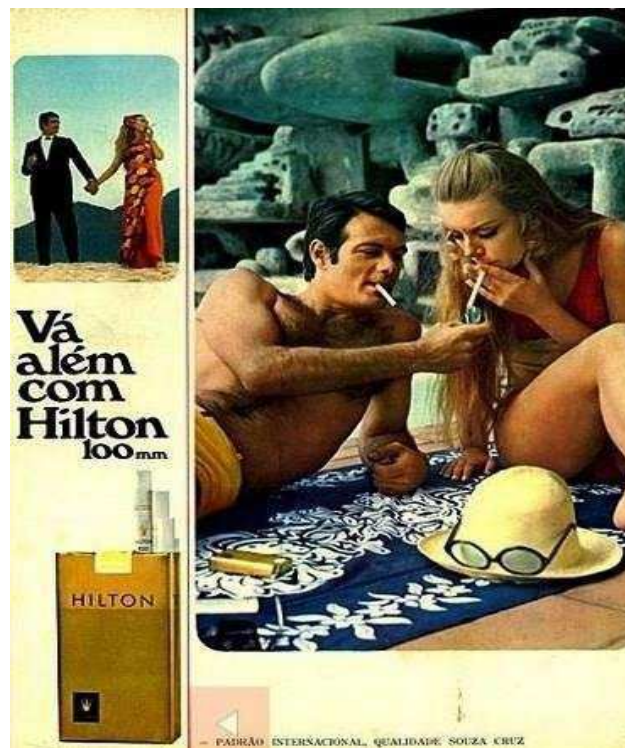


IMAGEM 1: HILTON. O cigarro, uma companhia agradável num momento agradável. 1969 Disponível em: <http://www.ibamendes.com/2011/11/anuncios-antigos-de-carros-antigos-vii.html>. Acesso em 11/12/2017.



IMAGEM 2: Cerveja Antarctica. Anos 1930. Disponível em: <http://www.cervejasdomundo.com/Brasil3.htm>. Acesso em 11/12/2017.

Não se deve subestimar a eficiência dessas formas mais sutis de propaganda. Elas funcionam do mesmo modo que funcionavam as propagandas de cigarro – hoje prejudicadas pela necessidade de se informar que a nicotina faz mal à saúde. Elas aparecem na tevê, estão nas revistas, nos cinemas, chegam até nós por diversas fontes. Nossos heróis fumam maconha, abusam do álcool; logo, nós também queremos usar essas drogas. Especialmente na adolescência, entre 14, 15 ou 16 anos de idade (GIKOVATE, 1992, p. 11). As recepções dessas propagandas levam muitos de nós, a desejar ser iguais aos nossos ídolos, a acreditar que é possível sermos iguais a eles se fizermos as coisas que eles fazem, se vestirmos as roupas que eles vestem, se ouvirmos suas músicas, se usarmos as drogas que eles usam.

O uso abusivo de substâncias psicoativas tem se apresentado como um fator presente nos mais diversos grupos sociais e culturais, e que independente da classe econômica

a que pertence o indivíduo, bem como do grau de desenvolvimento intelectual e cultural, há um disparo da dependência química de forma alarmante na atualidade (PRATTA & SANTOS, 2009). Esse sistema econômico em que estamos inseridos traz uma busca exacerbada pelo lucro, e o tráfico de drogas é uma de suas mazelas, atraindo desde o morador da favela, até intelectuais, empresários e representantes do alto escalão do governo. Comprovando assim uma grande influência do capitalismo no crescimento e disseminação das substâncias psicoativas nos mais variados níveis e/ou classes sociais.

A procura por essas substâncias psicotrópicas vem se tornando cada vez mais comum, seja para uso recreativo ou rituais, para as mais diversas finalidades seja elas de prazer, sentimento de liberdade e religiosidade, aceitação, fuga do real, controle de ansiedade, entre outros motivos (PRATTA & SANTOS, 2009). Por sua vez, visando alertar sobre os riscos provocados pelo consumo de tais substâncias, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta os graves problemas mundiais relacionados a dependência química dessas substâncias psicoativas tanto no âmbito da saúde pública quanto no esfera socioeconômico.

Em geral o conceito de drogas para a sociedade é um tanto quanto distorcido, associado apenas ao álcool, maconha etc. sendo estas drogas ilícitas, porém a variedade de drogas é muito ampla e está presente no nosso cotidiano, sem que nos dermos conta. Ora os fármacos, são drogas usadas para o tratamento de enfermidades, entretanto, seu uso indiscriminado e exagerado pode provocar grandes danos ao ser humano, assim, como disse Roger Stankewski, “a diferença entre o veneno e o remédio é a dose”.

O tratamento do estado agudo não é outra coisa que a intervenção médica destinada a resolver doenças físicas derivadas de causas sociais ou morais. A intoxicação alcoólica, o abuso de narcóticos, os alojamentos insalubres, o ar mefítico modificam, como dissemos, o temperamento e se associam a enfermidades agudas que precisam ser medicamente tratada [...] (CAPONI, 2012, p. 95).

No que se refere ao uso das drogas ilícitas e álcool, é importante observar que essa problemática não atinge apenas as pessoas que as consomem, toda sociedade sofre os efeitos destrutivos, desencadeados pelo consumo dessas substâncias, basta dizer que o aumento da delinquência é reflexo dessa dependência, o usuário pode chegar a cometer delitos para suprir sua necessidade de manter o vício; existe dois

tipos de delitos: os diretos que são aqueles provocados pelo efeito das drogas, e os delitos indiretos, que tem por finalidade a própria substância, a exemplo do tráfico em si. Além das complicações de ordem física, emocional e psicológica, causando nos dependentes químicos um profundo vazio existencial, falta de interesse e constante tédio, decorrente da discriminação e isolamento social que esses usuários sofrem.

Discussões sobre esse o uso de drogas e álcool é de grande importância na atualidade, por ser um problema que atinge uma sociedade que enfrenta constantes e profundas transformações sociais, econômicas, políticas e culturais.

Embora se observe como o atual sistema econômico pode influenciar de maneira direta e indiretamente o indivíduo a aproximar-se das drogas lícitas ou ilícitas, pode-se perceber que a problemática da drogadição⁷ afeta de maneira muito mais forte os indivíduos das classes menos favorecidas economicamente, como uma válvula de escape para as mazelas sociais que os atinge. As pesquisas revelam que, na maioria dos casos, o contexto familiar desses sujeitos está desestruturado, o que os torna ainda mais vulneráveis.

A dependência química atualmente corresponde a um fenômeno bastante conhecido e discutido, visto que o uso abusivo de substâncias psicoativas tornou-se um grave problema social e de saúde pública em todo o mundo. Contudo falar sobre o consumo de drogas, particularmente sobre dependência química, implicar relacionar diretamente ao campo da saúde, se fazendo necessário realizar uma reflexão sobre as concepções de saúde e doenças vigentes no decorrer da história da humanidade até o momento atual. Isso porque os termos saúde, doença e drogas sempre estiveram em relação ao longo da história do homem, ainda que em cada período apresentem uma maneira particular de interpretar e lidar com esses fenômenos, de acordo com os interesses e conhecimentos de cada época (PRATTA & SANTOS, 2009).

O consumo abusivo das substâncias psicoativas cresceu assustadoramente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se, nas últimas décadas do

⁷Com origem no latim (*addictu*), o termo drogadição foi criado para definir todo e qualquer vício bioquímico de seres humanos em relação à alguma droga. Além disso, o termo é utilizado para se referir às causas do vício químico no que se refere à inclusão e exclusão do indivíduo na sociedade, fatores econômicos, políticos, genéticos e biofarmacológicos. Por Felipe Araújo. Disponível em <https://www.infoescola.com/saude/drogadicao/>. Acessado em 12 / 01/ 2018.

século passado, como uma questão de saúde pública (MARINHO, 2005). Tendo em vista à proporção que a questão da drogadição alcançou no mundo e no Brasil, associada a criminalização e a violência, atingindo todas as classes sociais e uma faixa etária cada dia mais precoce, observou-se o surgimento de políticas públicas com foco nessa questão de saúde, embora implantadas de maneira lenta e gradativa.

É importante observar que, embora as discussões acerca da dependência química e seus danos para a saúde seja uma questão discutida desde o início do século XX, o debate permanece atual, uma vez que apenas a partir da segunda metade do século passado o conceito de dependência⁸ deixou de ser visto como um desvio de conduta, ou apenas como um conjunto de sintomas, para ganhar contornos de transtornos mental como características específicas. (RIBEIRO, 2004)

Quando se trata de dependência química é importante destacar que há aspectos físicos, psicológicos e sociais que afetam o usuário, exigindo uma abordagem coerente com o modelo psicossocial de saúde da atualidade, levando em consideração os mais variáveis fatores sociais, políticos, econômicos, legais e culturais.

Hoje a dependência de drogas é mundialmente considerada um transtorno psiquiátrico, sendo pintado como uma doença crônica que acompanha o indivíduo durante toda sua vida, podendo a doença ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, tendo o indivíduo longos períodos de controle sobre a doença, podendo ocorrer retorno da sintomatologia (AGUILAR & PILLON, LEITE, apud PRATTA & SANTOS, 2009)

Também, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o uso de substâncias psicoativas é considerada doença, causando transtornos mentais decorrentes do uso. A OMS destaca ainda, que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e também como um problema social. Pode ser caracterizada como problema e muitas vezes, físicos que resultam da relação entre organismo vivo e droga, causando uma compulsão por consumir a substância e

⁸Dependência físicas ou psicológica, quadro relativo às características psicológicas do abuso de substâncias ou atos.

experimentar seu efeito psíquico e, as vezes, evitar o desconforto provocado pela sua ausência (OMS, 1964).

Portanto, não basta apenas identificar e tratar os sintomas provocados pela dependência química, o tratamento consiste em identificar as consequências e motivos que levaram à mesma, levando em conta a totalidade do indivíduo, para que se possa oferecer outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão droga. Para diagnosticar uma dependência química se exige uma avaliação abrangente de diversos aspectos, uma vez que os padrões de consumo de drogas na atualidade são bem mais diversificados, sendo a dependência o último estágio.

O tratamento da drogadição deve ser extenso, pois romper o ciclo vicioso ocasionado pela dependência é algo extremamente difícil e delicado, uma vez que os indivíduos que se tornam dependentes vivenciam sofrimentos intensos, tanto físico quanto psíquicos, tendo sua vida toda afetada no que tange os aspectos sociais, familiares e comunitários de forma geral.

Portanto, discutir e tratar a dependência química na atualidade é encará-la dentro de um modelo biopsicossocial⁹ de saúde levando em conta a totalidade do usuário, abrangendo o indivíduo, bem como o impacto e as consequências do consumo excessivos dessas substâncias sobre as diversas áreas da vida do mesmo.

⁹Relativo a fatores biológicos, psicológicos e sociais.

2.2 CAPSad e a política de Redução de Danos

Na atual política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para organizar a rede de atenção em saúde mental. Foi a partir da criação desses centros, que se promoveu uma organização de uma rede que substituísse os hospícios no país. Consolidando um modelo de atenção em saúde mental, onde as pessoas em sofrimento psíquico transitem livremente pela comunidade e serviços nos mais diversos espaços, fornecendo aos mesmos cuidados através dos recursos oferecidos pela rede (BRASIL, 2001).

Mediante a Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002, foi definido as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, e CAPSi, determinando-os por ordem crescente de porte de complexidade e abrangência populacional. Cabe destacar os CAPSad, como uma grande mudança do modelo de assistência à saúde mental, onde foi criado um centro voltado para defender e atender a construção de uma política de saúde mental para usuários que fazem usos abusivos de álcool e outras drogas e estabelece o controle social, como um dos grandes avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Onde uma das principais propostas é a reinserção social, apoio familiar, melhor qualidade de vida por meio dos programas de redução de danos no tratamento dos usuários.

Nos CAPSad são oferecidos diariamente atendimento para os pacientes que consomem de maneira abusiva e prejudicial substâncias psicoativas, não ocorrendo distinção de condição socioeconômica, onde o caráter de universalidade abrange toda a política de saúde. Ressaltando que o atendimento só é feito quando os pacientes buscam ajuda, pois não ocorre qualquer procedimento contra a vontade do paciente, uma vez que o CAPSad oferece os recursos necessário para efetivação do tratamento.

Para ser atendido num CPAS pode-se procurar diretamente esses serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou qualquer serviço de Saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atenda à região onde mora (BRASIL, 2004, p. 15)

As ações realizadas nesse espaço de assistência a esses usuários são, dentre outras: terapia, oficinas terapêuticas, grupos de atenção à família. Tais ações são voltadas para prevenir e capacitar os profissionais para melhorar o relacionamento com a equipe e os usuários. É importante que cada usuário tenha um projeto terapêutico individual. Caracterizado como um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades, potencialidades e limitações.

É desenvolvido no CAPSad o trabalho interdisciplinar, já que a problemática das drogas exige uma atenção integrada e complexa, favorecendo as atribuições de cada setor do serviço. Portanto, se faz fundamental um acompanhamento de uma equipe interdisciplinar para que essas pessoas em situações de dependência química se mantenham no tratamento, pois a partir dessa integração da equipe profissional é que ocorre verdadeiramente a efetivação dos serviços oferecidos pela instituição, destacando-se a interação por parte do acompanhamento clínico, reinserção social dos usuários por meio do trabalho e efetivações de seus direitos, além do fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Também é de conhecimento que mesmo passando por um processo de tratamento, nem todo caso consegue atingir de imediato a abstinência do uso da droga, de modo que alguns sujeitos a continuar a usá-las, gerando a necessidade de implantar estratégias que sejam possíveis de reduzir os prejuízos causados pelo uso dessas substâncias. Considerando esse impasse, é importante destacar que o CAPSad não considera a abstinência como o único objetivo a ser alcançado pelos usuários, dando destaque a Redução de Danos. Em razão de se tratar de vidas humanas é fundamental saber lidar com as particularidades de cada indivíduo. Nesse sentido faz-se necessário elaborar, com os usuários, estratégias voltadas não apenas para a abstinência, mas para a defesa da vida.

De uma “perspectiva de redução de danos” que se traduz numa proposta alternativa associada ao “conceito de prevenção do uso abusivo ou do uso indevido de drogas”, isto é, aquele que causa sofrimento. Trata-se, então, de uma proposta “Construída na contramão do controle dos sujeitos”, e que se preocupa em situar os diferentes tipos de relação com a droga e as diferentes possibilidades de ação educativa (BRAVO, 2009, p.172).

A redução de danos é uma alternativa para os usuários que não conseguem para com o uso de drogas mesmo com o início do tratamento, ou para os que não almejam largar o vício, sendo que isso varia para cada indivíduo e suas particularidades. Devido ao uso de drogas essas pessoas são tachadas pela sociedade como diferentes, e na maioria das vezes tratadas com desprezo e preconceito.

Pensar na Redução de Danos é pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida (VINADÉ, 2009 apud BITTEN COURTT, 2010, p. 6).

Portanto, é importante destacar que a política de Redução de Danos sugere uma queda no que se refere aos danos ocasionados pelo uso de drogas, proporcionando melhoras na qualidade de vida do sujeito, respeitando sua autonomia de decidir quando parar de usar a droga, se caso for de sua vontade. Tenho como princípio fundamental a centralidade da pessoa humana, e no sofrimento ocasionado ao sujeito pelo uso da droga.

Os danos decorrentes do uso de drogas não são determinados apenas pelo produto em si, mas resultam da interação dentre um sujeito, um produto e um contexto sócio - cultural (BRAVO, 2009, p. 173).

A política de redução de danos tem por finalidade compreender as particularidade do indivíduo levando em conta sua fragilidade e autonomia, permitindo ao mesmo ser sujeito de seu tratamento, proporcionando a ele o exercício de conhecer, refletir assim poder decidir sobre parar ou não com o uso da droga. Atuando em via dupla para criar práticas estratégicas que venha diminuir os danos tanto para os usuários de droga como para as pessoas que convive com essas pessoas.

3. Limites e Possibilidades para reinserção social dos usuários do CAPSad de Sousa-PB a partir do modelo Assistencial de Saúde Mental proposto pela Lei 10.216/2001.

3.1 Os Aspectos de Inclusão e Exclusão que permeiam à Reforma Psiquiátrica

Durante muitos anos no Brasil, as políticas de saúde, especificamente as políticas de saúde mental, foram elaboradas tendo como modelo a exclusão nas mais variadas formas, sejam, socialmente, economicamente e, sobretudo humanas.

No Brasil pelo menos 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual. Segundo dados do Ministério da Saúde de dezembro de 2005, cerca de 3% dos brasileiros sofrem com transtornos mentais severos e persistentes e mais de 2% do orçamento do SUS vai para a área de saúde mental. Por afetar um contingente tão grande da população é preciso prosseguir a luta para tornar o atendimento ao doente mental mais humanizado (BRASIL, 2006, p. 3).

No decorrer dos últimos anos sucederam inúmeras mudanças no campo da saúde mental, muito embora a reforma direcionada para o atendimento psiquiátrico tenha passado pela sociedade de forma despercebida. Porém mesmo com algumas dificuldades a Reforma Psiquiátrica resultou em grandes avanços para a desmanicomialização da loucura, partindo daí para a extinção dos manicômios, defendendo os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, defendendo e garantindo assistência em saúde no seio da sociedade.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi de fato efetivada pela aprovação do Projeto de Lei de Paulo Delgado, a lei 10.216/2001, que tinha por objetivo a proposta de abertura de novos serviços para tratar as pessoas acometidas de transtorno mental, substituindo os hospitais psiquiátricos, implantando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RT) dentre outros dispositivos, que substituíssem e extinguissem gradativamente os manicômios, iniciativas instituídas pelos movimentos iniciados na década de 1970.

A reforma além de contribuir e abarcar todo o processo em torno da construção de novos serviços de atenção à saúde mental, que veio eliminar as formas mais antigas de tratamento, incidiu na desconstrução na maneira de tratar essas pessoas acometidas com transtorno mental de forma isolada da sociedade, proporcionando

assim a oportunidade de resgatar sua cidadania garantindo seus direitos e o convívio em sociedade, transformando a relação de cuidar e de dar atenção à loucura, passando a considerar a singularidade dos sujeitos.

Dessa forma os movimentos sociais passaram a ganhar visibilidade e com isso se fortalecer, desencadeando assim nos primeiros manifestos no campo da saúde, onde se destacou o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), momento esse onde teve início uma série de denúncias contra o sistema nacional da assistência psiquiátrica.

O principal objetivo desse movimento em saúde mental estava voltado para a modificação do modelo de atendimento psiquiátrico instaurado no país até então. Visando a redução dos leitos psiquiátricos e uma expansão no atendimento dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), onde o tratamento dos usuários passaria a ser realizado em conjunto com a família, ocorrendo assim uma integração a comunidade. Os CAPS, por sua vez, visavam a substituir os hospitais psiquiátricos, uma vez que as internações eram por um logo período de tempo, privando o indivíduo do convívio familiar e social.

Após aprovação da lei 10.216/2001, foi instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, vindo a mostrar necessidade que se tinha em reformar o campo da saúde mental. Apesar disso, segue em questão o debate “Por uma sociedade sem manicômios”. O mesmo conta com a participação e apoio do Conselho Regional de Psicologia (CRP-RJ), com o objetivo de pôr em prática uma discussão acerca da forma na qual os pacientes eram internados nas instituições psiquiátricas contra a própria vontade, e assim oferecer apoio efetivo nessa luta que envolve as instituições brasileiras de psiquiatria, passando a trazer para o debate outras formas para tratar essas pessoas acometidas por transtorno mental que não fosse baseada na internação.

Atualmente, com o percurso feito pela Reforma Psiquiátrica, é nítido que houve uma considerável diminuição das internações no interior dos manicômios, resultando na criação e ampliação de uma rede que fosse substitutiva ao hospital psiquiátrico.

A Reforma Psiquiátrica visa à inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, o que pressupõe o exercício da cidadania que se expressa na ação política, mas também está presente no desejo, nas paixões e nas necessidades dos sujeitos [...] (SAWAIA, 2004 *apud* Rodolpho, 2013, p. 53).

No entanto, os traços dos antigos manicômios ainda encontra-se enraizados nas práticas de uma boa parte dos serviços oferecidos por essa rede.

As perspectivas apontam para a importância da família no tratamento dessas pessoas em sofrimento psíquico, no qual o ser social encontra apoio para se relacionar, apresentando-se como uma ponte na relação entre o indivíduo e a sociedade, considerando os mais variados princípios e formas de aprendizagem. Família essa nos mais variados formatos, não apenas no sentido de ser composta por laços sanguíneos, mas permeado por laços de solidariedade, afeto, bem como de afinidade, podendo ser ao mesmo tempo espaço de crescimento, alegria, criando e renovando laços, trazendo para seu interior o ser, ou ser um espaço que reduz o sofrimento.

O fator da exclusão que permeia o âmbito do relacionamento interpessoal e grupal é expresso conseqüentemente pelos fatores que venham a discriminar, segregar e marginalizar, desencadeando assim uma fragilização dos vínculos sociais (RODOLPHO,2013). Desse modo faz-se necessário ressaltar que,

O estigma é um dos fatores que podem dificultar as trocas sociais e a vinculação das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade, pois a ênfase na doença e na incapacidade leva à descrença do que é falado pelas pessoas em sofrimento psíquico, excluindo-as do direito de expor sua opinião e serem ouvidas. (Rodolpho, 2013, p.54).

É primordial levar em consideração a importância da relação e comprometimento do profissional da saúde para com o usuário, para ser estabelecida a construção e o fortalecimento de vínculos entre ambos, para que dessa forma os usuários afastem o medo da exclusão, de serem vistos como perdedores, fracos e até mesmo loucos.

Os indivíduos com transtorno mental passa a ser incluído no meio social a partir do momento em que ele passa a ter voz, passando dessa forma a representar, em seu discurso, o que de fato ele quer expressar, não sendo levado em consideração obrigatoriamente o estado clínico em que se encontra naquele momento. A inclusão, é, portanto, uma maneira de garantir sua cidadania em defesa dos direitos do ser social em questão, levando em conta sua subjetividade.

Com relação a subjetividade da pessoa acometida por sofrimento psíquico é necessário destacar vários fatores como, por exemplo, a emoção, a identidade, o

afeto, fatores esses que tocam no ponto sensível do ser. Já os aspectos subjetivos da exclusão remetem aos sentimentos existentes interior dessa pessoa, como a questão da humilhação, da perda de valores, da indiferença social que os mesmos tendem a enfrentar diariamente. É notório que as pessoas excluídas pela sociedade passam a desvalorizar toda sua história de vida, substituindo-a por sentimento de não valorização, abafando assim o entusiasmo pelo o que pode vir acontecer em sua vida, perdendo totalmente sua autoestima.

Esse sentimento de inferioridade existente na vida dessas pessoas está associado à forma como são vistas pela sociedade, de não ter de fato um espaço, levando o indivíduo a dificuldades na forma de se relacionar com as outras pessoas, resultando assim no isolamento do mesmo. Tudo isso vem a provocar o sofrimento psíquico, e que mediante essa situação pode ser denominado de sofrimento social.

O sujeito que sofre a exclusão carrega os sentimento de culpa e vergonha a todo momento de sua vida, se encontra em estado de privações econômicas, uma vez que são excluídos do mercado de trabalho, com isso aumenta a sensação de que não estão tendo espaço algum enquanto sujeito que vive em sociedade, sendo marcados pela discriminação e marginalização, uma vez que é visto como pessoa que pode apresentar algum perigo a sociedade, que pode causar algum dano, tais sentimentos propagam-se fazendo com que a sociedade não se interesse em mudar esse quadro o que vem a dificultar a possibilidade de encontrar caminhos/ estratégias para que esses problemas possam ser enfrentados e superados.

Ao ter enfatizado o aspecto subjetivo da exclusão, faz-se necessário considerar tal aspecto partindo da inclusão social, uma vez que se observa que os sentimentos ligados ao pertencimento a determinado grupo desencadeia a felicidade, o desejo de se auto realiza, entre outros fatores. (RODOLPHO, 2013).

“A inclusão social pode ocorrer por meio da arte, do trabalho, do esporte e de várias outras formas, desde que estas funcionem como uma possibilidade de fortalecimento, de encontro entre pessoas, de pertencimento, de trocas de afeto e de construção de vínculos” (RODOLPHO, 2013, p.57).

Quando a inclusão passar a acontecer na vida desses indivíduos em sofrimento psíquico, é que os sentimentos negativo se transformam em força para enfrentar os obstáculos que vierem a aparecer, convidando o indivíduo a lutar pela vida e por seu espaço em sociedade, mesmo que permeada pelo sofrimento.

Inclusive é importante observar o papel do trabalho na vida desses sujeitos. Através do trabalho o indivíduo pode mudar e se moldar, ou seja, o homem cresce, dignifica, transforma, edifica a cultura e a sociedade. Portanto, o trabalho apresenta-se como um fator apontado para a questão aspecto material do processo de inclusão e exclusão das pessoas em sofrimento psíquico no âmbito da sociedade. Podendo funcionar como um fator de exclusão social se exercer apenas a função de produção de uma população, de modo a tachar como doente a pessoa incapaz de produzir, onde por meio dessa situação ter ou não valor na sociedade vai depender se a pessoa está presente no campo de trabalho, uma vez que busca unicamente à produção.

Cabendo destacar uma questão de exclusão relacionada as desigualdades decorrentes da qualidade de vida que essas pessoas obtêm devido às transformações ocorridas nos espaços de trabalho, onde as mudanças no modo de produção em relação do fator da flexibilização do próprio trabalhador como também das máquinas, resultam, de fato, em competitividade, passando com isso ser um fator de exclusão, já que obtêm êxito no mercado de trabalho aqueles que corresponde as exigências, sejam elas de porte físico, sanidade mental, capacidade intelectual, polivalente, entre outras características exigidas pelo modo de produção capitalista (RODOLPHO, 2013). Aspectos esses que dificultam a inserção das pessoas em sofrimento psíquico.

Por outro lado, o trabalho é visto como um meio de inclusão social, a partir do momento em que proporciona ao indivíduo o estado de independência, de realização pessoal, onde ele passa a instituir sua identidade própria, se sentir útil, ser incluído na sociedade, o indivíduo passa a ter oportunidades de vivenciar com a comunidade e a aprender novas atividades, são estimulados a buscar uma melhor qualidade de vida, e isso auxilia no seu tratamento, os ajuda a superar o sofrimento psíquico.

A Reforma Psiquiátrica, em seu bojo, passa a partilhar desses princípios ao tomar uma postura ideológica, ética e política de modo a proporcionar que as pessoas em sofrimento psíquico sejam reinseridas na sociedade, tendo também efetiva participação na economia e que, dessa forma, passem a exercer seus direitos e sua cidadania ao se tornarem sujeitos de sua própria história.

Mesmo em face das mudanças propostas para o campo da saúde, em específico para a inclusão social no âmbito da na saúde mental, se faz perceptível que ainda há muito a se fazer para que haja de fato uma Reforma Psiquiátrica no Brasil.

3.2 Expectativas e as motivação dos usuários entrevistados no CAPS ad, Walter Sarmiento de Sá, na cidade de Sousa-PB

Neste tópico será explanado brevemente os aspectos subjetivos dos usuários do CAPS ad, Walter Sarmiento de Sá, na cidade de Sousa-PB, onde serão analisadas as falas concedidas nas entrevistas. Antes de conhecer as subjetividades dos usuários dos serviços daquele estabelecimento, faz-se importante observar que o número de usuários desse centro é, em maior escala, do sexo masculino, isso refletiu nas entrevistas, onde se observa que apenas uma entrevistada é do sexo feminino.

O primeiro entrevistado conta com a idade de 30 anos, é separado, exercia a profissão de encanador e frequenta o centro há seis meses. Ele foi o mais entusiasmado em contribuir com a pesquisa, respondeu todas as perguntas com muita exatidão e fácil diálogo, apresentando resposta claras, explicitando todos os fatores que o levaram ao uso de drogas até o tratamento no CAPS ad.

O que podemos perceber durante a entrevista foi que o mesmo começou a fazer o uso das drogas recentemente, tendo iniciado no ano de 2015. Para preservar sua identidade vamos chama-lo de H.F. Ele relata que passou a consumir drogas por não conseguir superar a separação da esposa. H.F. alega ter se mudado para a cidade de Sousa por conta da mesma, pois o mesmo é natural de João Pessoa-PB, e logo depois ela decidiu pôr fim na relação. Ele se viu sem ninguém e por influências de más companhias passou a fazer uso dessas substâncias psicoativas, começando no álcool e partindo para outras substâncias, observando que a partir do momento que iniciou o consumo só teve perdas tanto no quesito familiar, como no econômico e social, chegando a buscar recursos por meios ilícitos o que ocasionou em problemas com a justiça, intensificando ainda mais seu consumo de drogas.

Meu maior desejo é se manter fora das drogas, voltar a ter vida social, ser uma pessoa respeitada, construir uma família... faz seis meses que não uso, estou vendo resultado no tratamento, graças à Deus! (H.F., 2018).

O segundo entrevistado tem 43 anos, é divorciado, trabalha de auxiliar de serviço gerais, faz 2 meses que frequenta o centro, mas relata que já frequentou por 4 meses uma clínica particular na cidade de São Paulo-SP, e que interrompeu o tratamento devido a condições financeiras e voltou a fazer o uso das drogas. Só

depois de um tempo a família, que reside aqui na cidade de Sousa, o ajudou a voltar pra sua terra natal e, assim que chegou, iniciou o tratamento na instituição. J.A., como vamos chamá-lo, se mostrou tranquilo durante a entrevista e respondeu a todas as perguntas sem problemas, apresentando respostas curtas, bem objetivas.

No decorrer da entrevista o colaborador relatou os motivos que o levou a fazer o uso de drogas. O mesmo afirmou que foi depois de se separar da esposa e ser proibido por ela de visitar seu filho. J.A relata que à medida que o contato com o filho ia diminuindo ele entrou em profunda depressão.

Eu não bebia, já comecei usando as drogas mais pesadas, da cocaína já passei pro crack, mas tô saindo dessas mais fortes e pra falar a verdade hoje uma vez ou outra uso maconha pra aliviar a vontade mas diminuiu foi muito graças ao tratamento.

Desejo muito parar, pra voltar minha vida de antes ter novas oportunidades. Quero melhorar de vida para convidar meu filho pra vim passear aqui, e também ir lá em são Paulo visitar ele (J.A, 2018).

O terceiro entrevistado conta com a idade de 27 anos, é solteiro, já trabalhou como servente de pedreiro, faz 2 meses que está frequentado o CAPSad de Sousa. Durante a entrevista se mostrou tranquilo, respondendo sem problemas a todas as perguntas, algumas com resposta breve e outras mais elaboradas. Este colaborador será identificado com P.R.

Durante a entrevista o que se pode observar a partir dos relatos do entrevistado é que o mesmo começou a consumir drogas na adolescência, aos 14 anos, por curiosidade. P.R. enfatizou em seu discurso que “não falta quem ofereça” drogas e afirmou ainda ter provado por rebeldia, já que na época enfrentava conflitos em casa com o padrasto, mas retifica foi mais curiosidade. Depois, jurou arrependimento, pois sua vida poderia ter tomado outro rumo, desde que iniciou o uso das drogas interrompeu os estudos e perdeu oportunidades de emprego, sem falar no distanciamento dos laços familiares e dos amigos, que segundo o mesmo fazem muita falta.

Eu pedir ajuda ao advogado, ele que me indicou o CAPSad, eu vim. Decidi que não quero isso pra minha vida, definitivamente acordei. Esse não é um bom caminho, perdi muito tempo de minha vida... (P.R, 2018)

O quarto entrevistado tem 37 anos, vive em uma união estável. F.J., como vamos chama-lo nesse estudo relatou que sua companheira também faz uso de drogas, porém não busca tratamento. Essa declaração é muito reveladora, pois os problemas

sociais decorrentes do uso de drogas por casais, se estendem não apenas a eles. Além dos transtornos familiares, que podem provocar o distanciamento da família, há o risco de que o casal tenha filhos com sérios problemas de saúde, inclusive, com doenças mentais crônicas. Some-se a isso o fato de que recém-nascidos e crianças de até doze anos ficam vulneráveis à situação, o que pode comprometer seu desenvolvimento físico, mental e sua interação social. Ademais, considere-se que os usuários de drogas fazem parte dos grupos mais atingidos pela violência física provocada pelo tráfico.

De acordo com os relatos desse colaborador entende-se que o mesmo começou a fazer uso de drogas muito cedo, aos sete anos de idade. J.F. afirma que iniciou o consumo de drogas, fazendo uso do entorpecente “cola de sapateiro” e, depois maconha. Ao longo dos anos, entretanto, F.J. disse já ter feito uso dos mais variados tipos de substâncias psicoativas. No início da entrevista, F.J. mostrou-se um pouco inquieto, no entanto conseguiu responder as perguntas, apesar de se estender bastante durante a entrevista, o que sugere que talvez o mesmo tenha utilizado as entrevistas como válvula de escape para desabafar sobre seus problemas e/ou como parte do tratamento de ressocialização. Chamou a atenção no relato de F.J., o fato desse colaborador afirmar que os danos provocados à sua saúde pelo uso de entorpecente são tão grandes que o impossibilita de trabalhar.

Faço uso quase toda minha vida, nem sei dizer o que mudou. Mas os anos foram passando e eu me viciando mais. Só sei que quero muito me livrar. Ainda bem que minha família não se afastou de mim... mas afetou bastante minha saúde hoje não posso trabalhar por problemas de saúde. (F.J., 2018)

A quinta entrevistada tem 45 anos, é solteira, já trabalhou em residência de família, mas hoje não exerce nenhuma ocupação, relata que faz um ano que frequenta o CAPSad da cidade de Sousa-PB. Durante toda a entrevista se apresentou tranquila, respondendo a todas as perguntas, porém de forma bem breve.

A usuária, que será identificada como M.F., não soube relatar a quanto tempo faz uso de álcool, não lembrando exatamente quando tinha iniciado. M.F. fez questão de afirmar que não faz uso de outras substâncias psicoativas, apenas fazia uso do álcool. Em seguida a mesma sublinhou que desde o início passou a usar álcool constantemente, sem ter tempo pra mais nada em sua vida, causando muito desgosto a seus familiares e, observa que o consumo só a prejudicou.

Fez um ano agora em fevereiro que venho pra aqui [CAPSad]. Venho todo dia porque é melhor tá aqui do que em casa pra não dá vontade de beber. Porque se vejo minhas amigas bebendo aí vou e bebo também (M.F, 2018)

É essencial destacar que o uso abusivo de substâncias psicoativas é considerado uma doença, onde a vontade de iniciar o tratamento tem que partir do próprio dependente. É de extrema importância essa motivação para iniciar de forma efetiva o tratamento, porém o apoio da família é de suma importância para dar força, fazendo com que o mesmo mantenha-se motivado.

Nos discursos de alguns usuários, quando questionados acerca da motivação que os levavam a procurar o tratamento, bem como as expectativas dos mesmos em relação ao CAPS ad, nos passaram os seguintes depoimentos conforme pode ser observado nos relatos a seguir:

Minha maior motivação é ter minha vida de volta, recuperar a confiança das pessoas, fazer boas amizades. As drogas só traz coisa ruim pra nossas vidas, é uma bola de neve quando você entra nessa vida, atrai tudo que não presta. O CAPSad tá me ajudando é difícil sem ajuda (H.F, 2018).

J.A, mostrou-se confiante quanto ao seu restabelecimento e ressocialização a partir das ações desenvolvidas no CAPSad. O referido colaborador aposta no restabelecimento dos vínculos familiares a partir de sua recuperação, conforme pode-se observar:

Voltar a ter contato com meu filho, ser respeitado e viver em paz, da esse orgulho a minha mãe que se preocupa comigo, tô confiante que vou conseguir (J.A, 2018).

Para P.R., sua recuperação tem significado de reinserção no mundo do trabalho, o que significa independência, dignidade:

Me libertar desse vicio ter minha vida de volta. Terminar os estudos e arrumar um emprego bom, espero sair daqui outra pessoa, acredito que vou conseguir com esse tratamento (P.R,2018).

F.J., que além de enfrentar a doença, convive com parceira que faz uso de drogas e recusa-se a fazer o tratamento também é otimista e relata como os serviços do CAPSad Sousa são importantes para seu tratamento.

Porque eu adoro o CAPSad e preciso do tratamento, aqui os funcionários me tratam bem. Avista do que eu era devagar tô diminuindo, é difícil deixar de tudo (F.J, 2008).

Também M.F. declarou precisar da ajuda do pessoal do CAPS ad para enfrentar o alcoolismo e suas consequências.

Minha vontade de parar, e construir tudo o que eu já destruí, através do alcoolismo, pedir emprego, não construir família o tempo passou e eu não fiz nada. Sem essa ajuda fica ruim de enfrentar o vício (M.F, 2018).

Outro dado importante acerca dos nossos colaboradores é que todos eles residem em bairros humildes, que apresentam um incidente maior de vulnerabilidade social, deixando em evidência a facilidade com que os mesmos tinham para entrar em contato com as drogas, levando em consideração que essas localidades apresentam como características a violência generalizada, famílias desestruturadas, desassistidas e esquecidas tanto pela sociedade como pelo Estado. Claro, apesar da população entrevistada pertencer aos segmentos menos favorecidos economicamente, o que não foi critério de inclusão, o uso de entorpecentes atinge também pessoas dos segmentos mais abastados da sociedade, alguns dos sujeitos pertencentes a esses grupos, inclusive, também fazem tratamento no CAPSad. Apesar disso, durante a realização das pesquisas, os mesmos não estavam no centro, o que impossibilitou conhecer suas experiências.

Ainda com relação à família, é importante citar os diversos fatores em que os dependentes químicos apresentam-se incluídos, tais como a questão da insegurança, do desemprego e, sobretudo permeados pela violência. Vários fatores que representam as reais expressões da questão social, sendo necessário a partir desse ponto, colocar em questão o papel que a família assume no tratamento contra o uso de drogas, uma vez que carrega em seu interior uma tarefa bastante difícil.

Em quase todos os relatos foi possível perceber que os usuários relataram sua carência no seio familiar ocasionado um vazio relacionado à sua existência, e que quando indagados sobre o motivo pelo qual haviam procurado o serviço do CAPSad. Conforme podemos constatar nesses relatos:

Eu mesmo procurei, sentir necessidade, não tava conseguindo me libertar das drogas sozinho, vi que precisava de ajuda (H.F, 2018).

Eu que procurei o serviço. Meus familiares que me contou aqui do CAPS ad, ai eu vim. Pra conhecer né? o pessoal vivia falando do CAPS, eu tinha receio de vir, tinha vergonha, porque eu pensava que

era só pra doido sabe? Aí eu vim a primeira vez, vinha um dia outro não, aí fui e gostei, porque tá me ajudando a se libertar do vício (J.A, 2018).

Quem me indicou foi Dr. Marco Aurélio, eu pedir ajuda a ele aí ele me indicou o CAPSad, aí eu vim e já faz dois meses. Quero continuar! (P.R, 2018)

Quem me trouxe foi minha mãe. Eu estava só dando desgosto a ela direto. Eu ia usando sem ter tempo pra nada, não trabalhava, não fazia nada, só usava drogas, só isso! Mas minha mãe já faleceu (F.J, 2018)

Mim lembro, bebia demais, já tava alcoólica, aí minha irmã me falou pra eu vim. Eu no começo não queria, mas ai ela insistiu, ai vim e tô aqui faz um ano (M.F, 2018).

E em alguns relatos dos nossos colaboradores, quando questionados sobre o que era preciso melhorar nos serviços oferecidos pelos CAPSad, destacaram a ausência de atividades ocupacionais e de lazer. Conforme descrito nesses relatos:

Tá faltando só oferecer alguma atividade tipo artesanato, mas disseram que vai começar, isso é bom pra ocupar a mente e passar o tempo. (J.A, 2018)

Assim, falta mais atividade pra entreter, gente já joga bola, joga dama, mais lazer sabe? Como banhos de piscinas, passeios e artesanato também (P.R, 2018).

Na maioria dos relatos podemos constatar a dificuldade enfrentadas pelo usuário para conter o vício e prosseguir o tratamento, sem um apoio e participação ativa da família, isso nos revela uma certa carência nesse fortalecimento de vínculo e nos remete a visualizar a necessidade de haver um maior fortalecimento do CAPSad em relação ao acompanhamento familiar tendo em vista que a família se apresenta como a ponte fundamental entre o usuário e o tratamento e sua reinserção na sociedade ao participar de forma ativa contribuindo dessa forma para a permanência do mesmo no tratamento.

3.3 Perspectiva dos profissionais sobre a Assistência de Saúde Mental proposto pela Lei 10.216/2001

Neste tópico será abordado as perspectivas dos profissionais do CAPSad, Walter Sarmiento de Sá, da cidade de Sousa-PB, sobre a assistência de saúde mental proposta pela Lei 10.216/2001, lei essa que regulamenta a Reforma Psiquiátrica no país. Com o objetivo de compreender se de fato os serviços oferecidos pelo centro rompem com a terapêutica predominante no modelo manicomial, saindo em defesa das pessoas acometidas por transtornos mentais, na busca de garantir seus direitos, sua dignidade e cidadania, garantindo também o convívio em sociedade.

A coleta de dados ocorreu através da aplicação de questionários direcionados a equipe multiprofissional do CAPSad Sousa-PB, e que em seu dia-a-dia enfrenta desafios e impasses para consolidar suas ações profissionais. Em seguida foi feita análise das respostas concedida.

Os profissionais que colaboraram com a pesquisa foram, um psiquiatra da instituição, uma enfermeira, uma psicóloga e uma assistente social. Além da aplicação do questionário tivemos a oportunidade de dialogar com os profissionais, de modo a compreender suas competências, como se dá o funcionamento do centro e os procedimentos do tratamento oferecido naquele estabelecimento, informações que enriqueceram a pesquisa proporcionando novos conhecimentos. As respostas serão analisadas em bloco, para uma melhor compreensão sobre a interação da equipe.

Partindo para a análise das questões, inicialmente buscou-se saber qual a opinião profissionais que atuam no CAPSad acerca das mudanças ocorridas no atendimento à saúde a partir da implantação dos CAPS em Sousa?

Com a implantação dos CAPS houveram significativas mudanças, uma conquista para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, que proporcionou melhores condições aos pacientes, do que as que eram oferecidas pelos manicômios. Porém isso não quer dizer que tudo está resolvido a luta continua para fortalecer as políticas de saúde mental e estruturarem os CAPS e seus profissionais cada vez mais. Atrelado a humanização dos serviços e também em projetos de conscientização para a sociedade tratar esses usuários, temos que conscientizá-los que eles são também cidadãos de direito e garantir sua dignidade mesmo em sofrimento psíquico (PSICÓLOGA, 2018).

Os CAPS vieram ajudar as pessoas acometidas por transtorno mental, oferecendo cuidados e acompanhamento de saúde que abarquem suas necessidades e os garanta o direito de se tratar (ENFERMEIRA, 2018).

A implantação dos CAPS foi um grande avanço, trouxe significativas mudanças nos serviços ofertados para os necessitados de tratamento no âmbito da saúde mental, implantando uma rede que atenda de forma abrangente e gratuita, um dispositivo que representou uma grande vitória na luta antimanicomial, para extinguir os antigos meios de tratamentos. Mas ainda há muito o que se conquistar, esse foi o primeiro passo, a luta é constante para garantir dignidade e cidadania aos indivíduos em sofrimento psíquico sem os privarem da sociedade e do convívio familiar (ASSISTENTE SOCIAL, 2018).

Um dos pontos positivos dos CAPS é o tratamento contínuo, antes da implantação desses centros os doentes mentais eram isolados em manicômios e/ou asilos e pronto, eram esquecidos lá, havia uma escassez de conhecimento científico na época. Hoje a psiquiatria foi uma das áreas que mais avançou. Então a implantação desses novos serviços acompanhou essa evolução, foi um grande avanço para o âmbito da saúde mental (PSIQUIÁTRA, 2018).

Quanto as respostas, podemos observar que todos partilham de um mesmo pensamento, onde consideram que a criação dos Centros de Atenção Psicossocial tenha sim proporcionado melhorias no atendimento à saúde mental. Embora cada um levante considerações relacionadas a sua área de atuação.

A psicóloga levanta a questão da humanização tantos dos serviços como da sociedade, com intuito de melhorar o atendimento e o tratamento para com os sujeitos em sofrimento psíquico. A enfermeira, por sua vez, retifica que os serviços deve atender as necessidades dos usuários e garantir o direito desse indivíduos de se tratarem. Já a assistente social sublinhou que a luta antimanicomial ainda está em marcha, há muito a se conquistar, embora manter o indivíduo integrado à sociedade e garantir seus direitos seja um grande avanço. O psiquiatra se volta mais pro lado tecnicista, levantando a questão do tratamento contínuo e o avanço na maneira de tratamento e no conhecimento científico.

Na segunda questão é perguntado se os profissionais encontram desafios para sua atuação junto aos usuários do CAPSad de Sousa. Segundo nossos colaboradores,

É desafiador trabalhar com a saúde mental, lidar com o psiquismo humano é muito complexo. Nos deparamos com vários casos e situações, porém isso é motivador, de certa forma nos estimula a pesquisar mais, se aprofundar mais. E outro desafio é alinhar seus conhecimentos com outros profissionais de outras áreas que compõe a equipe. Tem que haver comprometimento por parte de todos para o serviço dá certo, objetivando os caminhos para nós ajudarmos o usuário, então assim, é sempre um desafio (PSICÓLOGA, 2018).

Encontro sim vários desaafios, mais o principal é a falta de capacitação, falta de incentivo para com os profissionais para melhorar os serviços. A qualificação iria nos ajudar bastante oferecer melhores condições no tratamento (ENFERMEIRA, 2018).

Sim, um deles é o número reduzidos da equipe de profissionais para atender uma demanda bem abrangente, hoje a instituição só tem a mim como Assistente Social, fica inviável responder a demanda com uma equipe mínima. Mas vamos fazendo o que pode dentro dos limites oferecidos pela gestão (ASSISTENTE SOCIAL, 2018).

Muitos, mais o maior deles é contar com um número reduzido de profissionais, o que sobrecarrega a equipe (PSIQUIATRA, 2018).

A psicologia relata sobre os desafios diários de formular um trabalho que responda a um cuidado maior em trabalhar com equipe de multiprofissionais, mais enxerga um ponto positivo, pois é na busca de um melhor atendimento que ela aprimorar seus conhecimentos. A enfermeira se queixa da falta de comprometimento dos gestores em ofertar capacitação aos profissionais. Já os demais profissionais demonstraram uma insatisfação em relação ao número de funcionários da instituição para responder as demandas dos usuários.

Na terceira questão, os profissionais do CAPSad de Sousa foram questionados sobre quais seriam as possibilidades para melhorar sua atuação profissional. Para a citada questão obtivemos as seguintes respostas:

São várias as possibilidades. Estamos empenhados em buscar novas atividades para que o usuário saia do CAPS e não confie só na medicação, mas confie também nas atividades desenvolvidas, a oficina terapêutica, no grupo terapêutico... Nós também fazemos intervenções individuais, mas devemos criar novas possibilidades, ampliar a atividades e ofertar atividades que chegue na mente dos usuários para passar uma maior confiança nas demais possibilidades (PSICÓLOGA, 2018).

Um maior investimento nos profissionais tanto de conhecimento como financeiro e melhorar a visão com a saúde mental, pois estou achando pouco investimento, acho que está abandonada (ENFERMEIRA, 2018).

O profissional precisa de autonomia para poder exercer suas funções poder criticar conforme o que está errado de acordo com o código de ética que rege minha profissão, tendo condições favoráveis para atuar na instituição tanto para mim, quanto para o usuário. Mais respeito para com nós profissionais! Outra possibilidade para uma melhor atuação seria ter mais respeito com nós profissionais, realizar reuniões de planejamentos que possibilitem formular melhores formas de atendimento, fortificar a rede e a instituição, é importante a interdisciplinaridade (ASSISTENTE SOCIAL, 2018).

O profissional tem que se qualificar constantemente, acompanhar as mudanças, as novas descobertas e possibilidades. A sociedade está em constante transformação as pessoas mudam, precisamos acompanhar. Os gestores deveriam se comprometer em oferecer melhores condições de trabalho, infraestrutura... isso resultaria num melhor acolhimento aos usuários, melhorando assim o tratamento oferecido (PSIQUIATRA, 2018).

Como se observa, são apontadas diversas possibilidades, a Psicóloga acredita numa expansão das atividades ofertadas para fortalecer a confiança do usuário no tratamento; a enfermeira reivindica uma maior atenção por parte do gestor tanto em remuneração, quanto em investimento na política de saúde mental. O psiquiatra compactua desse pensamento de um maior comprometimento dos gestores, porém também destaca a qualificação constante dos profissionais. Já a assistente social considera a falta de autonomia um grande empecilho para exercer suas funções corretamente.

Também foi questionado se profissionais acham suficiente o empenho do Estado e da Prefeitura em efetivar as políticas voltadas para a área da saúde mental. Embora as respostas da pergunta anterior já tenham relatado algumas insatisfações a respeito da insuficiência das ações dos gestores públicos os mesmos acrescentaram:

Existe uma carência nesse aspecto, existe uma política voltada para saúde mental garantida pela Constituição Federal, no entanto, existe deficiência na execução dessas políticas por faltar recurso necessário. Isso é reflexo do descomprometimento dos políticos (PSICÓLOGA, 2018).

Não, nos últimos anos a minha impressão é que a saúde mental foi abandonada (ENFERMEIRA, 2018).

Existe na secretária de saúde a coordenação de saúde mental em que apoia todos os municípios para efetivação da política, o CAPS trabalha isolado, existi uma rede de serviços que dá suporte. Começa no PSF, tem os CREAS, os CRAS e os serviços são articulados para que essa política se instale, daí dividimos a demanda, que além de termos os

CAPS infantil, CAPS III e CAPS ad, fazemos também a residência terapêutica, então a rede está firmada aqui dentro, então a política de saúde mental nos dá esse suporte e o Estado nos dá essa contra partida, mas acredito que poderia ser maior o empenho (ASSISTENTE SOCIAL, 2018).

O Psiquiatra deixou essa questão sem resposta.

Podemos chegar à conclusão de que há uma deficiência no empenho do Estado e prefeitura de Sousa-PB, principalmente no que se refere a investimentos financeiros. Que os profissionais se doam para pôr em prática, minimamente, o que é possível dentro de um cenário fragilizado, onde os gestores públicos que se ausentam de suas responsabilidades. As respostas nos guiam para a concretização de um saber popular, um saber já suspeitado, qual seja: tanto o Estado como a Prefeitura se ausentam da responsabilidade de promover uma política de saúde mental efetiva, em consonância com o que prevê a Lei 10.216/2001.

A quinta questão interroga se o profissional enxerga a necessidade de mudanças nas políticas públicas de saúde mental:

Precisa existir uma união entre os setores, à saúde mental não caminha só, isso depende do interesse dos gestores, a rede tem que funcionar em conexão para que de fato os serviços funcionem. A luta é constante principalmente agora com essa questão dos cortes do atual governo federal, significa que vai diminuir os investimentos. A saúde mental não deve ser trabalhada apenas nos CAPS. Precisa sim um aprimoramento das políticas (PSICÓLOGA 1, 2018).

Sim está precisando de mais estudos, conhecimento na elaboração de novas políticas pra esse setor, mais investimento e qualificação dos profissionais da área (ENFERMEIRA, 2018).

Sim, nossa realidade está necessitada de novas políticas, elaboradas com a participação de quem entende e vive a realidade e carências desse setor, está ocorrendo retrocesso nesse governo Temer autorizando uma portaria em que autoriza a criação de leitos de internamentos em hospitais psiquiátricos, devemos lutar contra, ou vamos perder o que conquistamos com tanta luta (ASSISTENTE SOCIAL, 2018).

Sinceramente não, deveria seguir o modelo de CAPS, é muito bom, ampliar os CAPS III e colocar em prática o que está no papel. Não concordo com o retrocesso deferido pelo atual governo federal (PSIQUIATRA, 2018).

Todos os profissionais participantes da pesquisa concordam que existe uma necessidade de mudanças, ressaltando a necessidade de mudar constantemente e

aprimorar os serviços, visto que esse trabalho é realizado com pessoas e isso se refere na constante mudança de comportamento do ser social. A maior insatisfação é com os gestores. Já na opinião do psiquiatra bastava pôr em prática como realmente é a política no papel. Embora todos entrem em consenso sobre não acatarem as medidas tomadas pelo governo federal caracterizados como um retrocesso nos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica.

Podemos vislumbrar o quanto a política de à saúde mental brasileira está fragilizada, considerando o descaso por parte do presidente e os cortes anunciados, e o que foi conquistado mediante muita luta está desmanchado por incompetência dos nossos representantes.

Na sexta questão, está o questionamento se o profissional enxerga mudanças no tratamento dos sujeitos nomeados como “doentes mentais” e/ou “dependentes químicos” pela população da cidade de Sousa-PB:

Sim, aos poucos vamos mudando isso ainda precisa melhorar mas essa mudança está acontecendo, à população já tem um certo entendimento sobre o assunto. Mais ainda tem as pessoas que são leigas e o preconceito acontece, não tem jeito, é algo cultura falando de um modo geral sim, as vezes ele parte do próprio indivíduo que se envergonha em buscar tratamento no CAPS por tachar o local ambiente para “loucos” (PSICÓLOGA, 2018).

Sim, graças a muito esforço e trabalho de alguns dos profissionais da área, nesses últimos anos melhorou muita coisa, mas ainda falta muito (ENFERMEIRA, 2018).

Um pouco, ainda há muito preconceito com essas pessoas, muitas vezes isso acontece por falta de informação, ignorância no assunto, uma questão cultural que vislumbram essas pessoas como “loucos” e “delinquentes” respectivamente. Até os próprios usuários tendem a ter um certo ressentimento de vim ao CAPS por achar que só os loucos frequentam. Isso precisa ser desmitificado. (ASSISTENTE SOCIAL, 2018).

Não vejo expressivas mudanças, a população ainda encara essas pessoas com bastante preconceito, existe casos que a própria família rejeita, alguns casos de internação acontecem por que essas pessoas são abandonadas pelas famílias e a única saída é o amparo do internamento (PSIQUIATRA, 2018).

As afirmativas nos remetem a visualizar o quanto as pessoas acometidas por transtornos mentais sofrem devido a discriminação, na cidade de Sousa-PB, e, também em todo país. Conforme citado pelos entrevistados é uma questão cultural, o

preconceito se manifesta até dentro da própria família. Isso é reflexo de falta de informação e da pouca divulgação das políticas de saúde mental no país, esse preconceito deve ser desmitificado para que assim, essas pessoas possam ter seus direitos assegurados de fato e não sejam privados do convívio em sociedade, para que os mesmos sejam visto como cidadãos.

Na sétima questão foram questionados se os doentes mentais têm seus direitos efetivados na cidade de Sousa-PB:

Sim. Aqui na cidade trabalhamos em cima da portaria do ministério 336, obtivemos excito, principalmente nos serviços de saúde, mais hoje os usuários frequenta variados serviços e já são mais respeitados, participam de eventos, hoje ainda não se garante todos os seus direitos efetivamente, mas melhorou bastante. (PSICÓLOGA, 2018).

Nem sempre (ENFERMEIRA, 2018).

Muitas vezes não eles ainda encontram muitas barreiras para acessar alguns serviços, que prejudicam na ressocialização social desses indivíduos. Foram conquistados alguns direitos, como mostra a ampliação dos CAPS nesse processo de reforma, mas tudo é muito bonito no papel, na pratica não funciona como deveria (ASSISTENTE SOCIAL, 2018).

Em partes, em muitos setores ainda eles são privados. Em alguns casos tem paciente que quer se aproveitar de sua condição e tirar vantagens alerto eles sobre suas incapacidades e suas limitações muito embora existam os que podem exercer muito bem algumas atividades mas eles ainda sim preferem tirar vantagens, falo com relação aposentadoria, não posso atestar o que na realidade não condiz (PSIQUIATRA, 2018).

Todos os profissionais afirmaram que os usuários alcançam alguns direitos, porém ainda enfrentam algumas barreiras. As respostas nos mostram que, mesmo depois de 30 anos de muita luta para garantir significativas mudanças não só no tratamento psiquiátrico, mas também no tratamento social, para que esses indivíduos tenham seus direitos assegurados. Os doentes mentais ainda sofrem com a falta de compromisso da população e das instituições em garantir esses direitos de fato. As coisas são bem organizadas e planejadas no papel, no entanto na prática a realidade se configura diferente.

Finalmente foi perguntado aos profissionais que colaboraram com a pesquisa qual a maior causa de reincidência no tratamento:

Os maiores são a falta de oportunidade de emprego, a falta de apoio familiar, ou o fato de estar inserido em meio a um cenário que o incentive a continuar no vício. São inúmeros os elementos, mas acreditamos que com força de vontade se superar (PSICÓLOGA, 2018).

As mudanças ocorridas no CAPS ao final de uma gestão interfere no continuamente do tratamento, muita a equipe fica tudo muito solto isso não ajuda o usuário (ENFERMEIRA, 2018).

A maior causa de reincidência acontece por causa do usuário está inserido em bairros com um alto nível de vulnerabilidade social, onde está cercado por expressões da questão social, isso dificulta o indivíduo a prosseguir com o tratamento. E também tem a falta de oportunidade para o mesmo se ressocializar (ASSISTENTE SOCIAL, 2018).

Acredito ser o apoio familiar e por parte da sociedade isso o enfraquece no tratamento. Perdendo suas perspectivas de alcançar êxito (PSIQUIATRA, 2018).

De acordo com os profissionais do CAPSad, a maioria dos casos de reincidência é a falta o apoio familiar, o que é acarretado muitas vezes pela desestrutura familiar. Também a exclusão social representa um desestímulo para tais sujeitos, uma vez que a sociedade trata esses indivíduos com preconceito e marginalização, tal como relatado pelos usuários, durante as entrevistas realizadas com os mesmo. Isso nos faz chegar ao consenso de que a reforma psiquiatria no país apenas iniciou com a Lei 10.2116/20011, mas que ainda tem muito a se conquistar e mudar no que se refere a política de saúde mental. A luta de 30 anos não consolidou de fato a reforma, ela representa os primeiros passos para a mudança no atendimento à saúde mental. Inclusive, as diretrizes propostas pela lei da Reforma Psiquiátrica devem ser seguidas em conjuntos, pelos profissionais em saúde mental, os usuários, os familiares e por toda a população, só assim podemos mudar o quadro de exclusão ainda vivido pelos usuários do CAPS.

Sublinhamos que essa luta seja ainda mais difícil depois das portaria e cortes orçamentários sancionados pelo atual Presidente da República, Michel Temer. Vivemos uma fase de desconstrução de conquistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Proporcionar um debate e uma reflexão acerca do processo de reinserção social oferecidos no Tratamento do CAPS ad da cidade de Sousa-PB, apresenta-se como sendo um fator bastante relevante para o campo da Saúde Mental.

Tendo em vista o longo processo da Reforma Psiquiátrica, onde a implantação dos CAPS ad traz como principal objetivo a importante tarefa de recuperar a dignidade das pessoas em tratamento contra o uso de álcool e drogas. No entanto, o que podemos concluir frente as pesquisas realizadas para o presente trabalho, é que há uma série de fatores que travam a consolidação dessa ressocialização, dentre os quais podem ser elencados: 1) a falta de compromisso dos gestores; 2) a falta de informação da população, que acarreta na falta de colaboração da mesma.

Conseqüentemente, ao levar em consideração tudo o que foi abordado no decorrer deste trabalho, tem-se que todos os objetivos foram alcançados, uma vez que as motivações e expectativas dos usuários do serviço oferecido pelo CAPS ad obtiveram resultados eficazes, fazendo com que dessa forma a instituição passe a desenvolver melhores estratégias a fim de que esses usuários venham a permanecer de forma efetiva no tratamento, buscando com isso um fortalecimento do vínculo entres eles e a própria instituição.

A pesquisa obteve relevância para que de fato pudéssemos ter uma melhor compreensão e aprofundamento acerca do tema em questão, sendo importante ressaltar que ainda há muitos entraves a serem enfrentados para que efetivamente o modelo asilar seja superado, e que as possíveis estratégias surgidas em torno dos novos debates acerca da Saúde Mental da atual conjuntura possam ser repensadas, pois as mesmas significam um retrocesso no processo de Reforma Psiquiátrica conquistados ao logo dos últimos 30 anos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Marcela Corrêa Martins. **Narrativas de Reforma Psiquiátrica e Cidadania do Distrito Federal**. Brasília, maio de 2006

AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. / coordenado por Paulo Amarante. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AQUINO, Thiago Antônio Avellar de. **Logoterapia e análise existencial: uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl** / Thiago Antonio Avellar de Aquino. – São Paulo; Paulus, 2013.

BITTENCOURTT, Pedro Vicente Canesim [et al.]. **Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde: diminuir para somar**. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Portaria/ GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i. Diário Oficial União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. Lei 10.216 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. Artigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. Constituição Federal.
Em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Obtido em 10/12/2017.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990,

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, Obtido em 11/12/2017.

BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. In: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm, obtido em: 11/12/2017.

BRAVO, Maria Inês Sousa [et al]. **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

CIRILO, L.S. **Novos Tempos: saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares**. Campina Grande, 2006.

CHALHOUB, Sidney. Cidade Febril. **Cortiços e epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

COSTA, Joelma Santos. **A importância da família para o tratamento de álcool e drogas**. Rio de Janeiro, 2008.

E. M. M. Pratta & M. A. Santos. **Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa** Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 203-211. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf> . Acessado em 20/ 11/ 2018.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração** / Viktor E. Frankl. Traduzido por Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline, 25. ed. – São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008.

GIKOVATE. Drogas: **Opção de um Perdedor**. São Paulo: Moderna, 1992.

JUNIOR.C.Drogas. Rio de Janeiro: Codecri, 1983.

GONÇALVES, Lilian. **Integralidade e Saúde Mental**. Socoraba - SP. Editora Minelli, 2008.

JUNQUEIRA, Helmara Giccelli Formiga Wanderley. **Doidos [as] e doutores: a medicalização da loucura na Província / Estado da Parahyba do Norte 1830-1930** / Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira – 2016.

MACIEL, Katiane Dalila Brito. **A Eficácia das Oficinas Terapêuticas na Reinserção Social dos Usuários de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**.

NOGUEIRA, Carlos Roberto Figueiredo. **Bruxaria e história: as práticas mágicas no ocidente cristão**. – Bauru, SP: EDUSC, 2004. 312 p.: il. ; 21 cm. – (Coleção Histórica)

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias [et al.]. (Des) **Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição de Práticas e Serviços**. Saúde e Sociedade. São Paulo, jul/set. 2010.c

RIBEIRO, M. **Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool**. Revista Brasileira de Psiquiatria, n. 26. 2004. p. 50-62.

ROSEN, George. **Locura y sociedad** (Sociologia histórica de La enfermedad mental). Madri: Alianza Editorial, 1974.

ROSA, Lúcia Cristina do Santos. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade/** Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, José Augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (org). – 4. ed – São Paulo: Cortez, 2008.

Saúde Mental: **cuidado e subjetividade**: vol.2 / Ana Lúcia Machado, Luciana de Almeida Colvero, Juliana Reale Caçapava Rodolpho (orgs). São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro; Editora Senac Rido de Janeiro, 2013

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Dispositivos Associativos de Luta e Empoderamento de Usuários, Familiares e Trabalhadores em Saúde Mental no Brasil**. 2007.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Endereço:

Profissão:

ROTEIRO DE ENTREVISTA (DESTINADO AOS USUÁRIOS)

- 1- Qual a sua opinião a respeito do serviço oferecido pelo CAPS ad?
- 2- Você frequenta ativamente o CAPS ad?
- 3- Qual o motivo que o levou a procurar este serviço de saúde e quem indicou?
- 4- Quando e como iniciou o uso de drogas?
- 5- Porque faz uso de drogas?
- 6- Quais os problemas surgidos por conta do uso e/ou abusos de drogas, e quais as consequências que essa substância teve na sua vida?
- 7- Você deseja parar de usar drogas? Por quê?
- 8- Qual a sua motivação para o tratamento, e quais as expectativas em relação ao CAPS ad?
- 9- Para você as atividades desenvolvidas no CAPS ad contribuem para a permanência no tratamento?
- 10- O que você acha que precisa melhorar no serviço oferecido pelo CAPS ad, e como gostaria de participar?
- 11- Você é reincidente no tratamento?
- 12- Qual empecilho para dá continuidade ao tratamento?
- 13- Já teve ou responde processo na justiça?

APÊNDICE B

ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Gênero:

Profissão:

QUESTIONÁRIO (DESTINADO AOS PROFISSIONAIS)

- 1- VOCÊ COMO PROFISSIONAL CONSIDERA QUE HOVE MELHORIAS NO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL DOS
- 2- ENCONTRA DESAFIOS PARA A SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL?
- 3- QUAIS AS POSSIBILIDADES PARA MELHORAR A ATUAÇÃO PROFISSIONAL?
- 4- VOCÊ ACHA SUFICIENTE O EMPENHO DO ESTADO E DA PREFEITURA EM EFETIVAR AS
- 5- ENXERGA A NECESSIDADE DE MUDANÇAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL?
- 6- COMO PROFISSIONAL VOCÊ ENXERGA MUDANÇAS NO TRATAMENTO DA SOCIEDADE SOUSENSSE PARA COM OS SUJEITOS NOMEADOS COMO “DOENTES MENTAIS” OU “DEPENDENTES QUIMICOS”?
- 7- OS DIREITOS DOS USUARIOS SÃO ASSEGURADOS NA CIDADE DE SOUSA-PB?
- 8- QUAL O MAIOR MOTIVO DE REICIDENCIA NO TRATAMENTO?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre os Limites e Possibilidades para reinserção social dos usuários do CAPSad de Sousa-PB no novo modelo Assistencial em Saúde Mental, com os usuários do CAPS ad Walter Sarmiento de Sá, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Iohany Daniely Alves de Paula Guedes aluna do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação do Professora Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira. O objetivo do estudo é analisar os desafios enfrentados pelos profissionais e pelos próprios usuários pra reinserção social dos mesmo na sociedade e no mercado de trabalho.

Ao participar dessa pesquisa o Senhor (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esse estudo proporcione informações importantes sobre os impactos causados pela dependência química na sociedade e assim adquirir melhores estratégias para a obtenção de um tratamento eficaz.

Solicitamos a sua colaboração para que ao participar deste estudo o Senhor (a) permita que o (a) pesquisador (a) além de observar sua atuação na instituição mediante o tratamento, possa aplicar um questionário (profissionais) e possa realizar uma entrevista semi-estruturada (usuários), para que assim os resultados possam ser obtidos. O Senhor (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o Senhor (a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora (abaixo). Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área da Assistência Social e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Iohany Daniely Alves de Paula Guedes (83) 9109-5139.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável