



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

ALYNE DE ALMEIDA DANTAS

**RELAÇÃO FAMILIAR COM O TRATAMENTO E  
ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS NO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA CIDADE DE  
SOUSA – PB.**

SOUSA – PB  
2014

ALYNE DE ALMENIDA DANTAS

**RELAÇÃO FAMILIAR COM O TRATAMENTO E  
ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS NO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA CIDADE DE  
SOUSA – PB.**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao curso de graduação em  
Serviço Social, da Universidade Federal  
de Campina Grande – UFCG.

Orientador: Prof. Ms. Luan Gomes dos  
Santos de Oliveira

SOUSA – PB

2014

ALYNE DE ALMEIDA DANTAS

**RELAÇÃO FAMILIAR COM O TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE  
USUÁRIOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS NA CIDADE DE SOUSA – PB.**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado a Universidade Federal de  
Campina Grande – UFCG, como  
exigência pra obtenção de diploma em  
Serviço Social.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Luan Gomes dos Santos de Oliveira (Orientador)  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Ane Cristine Hermínio Cunha  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Juliana e Silva de Oliveira  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Dedico este trabalho a minha Mãe Isnalda, a minha irmã Beatriz, a meu avô Toinho Olimpio (In Memoriam) e ao meu amor Emanuel Pires, por todo o incentivo e ajuda que fosse possível.

## **AGRADECIMENTOS**

Fica aqui o meu reconhecimento e agradecimento para os que de certa forma contribuíram ou torceram pra que essa vitória acontecesse. Confesso que nesse período pude conhecer pessoas novas e reconhecer quem são os verdadeiros, quem deixou marcas... Marcas de companheirismo, de solidariedade, de força e de união.

A Deus, por estar comigo constantemente renovando a minha fé, me dando força pra continuar e me fazendo acreditar que seria possível encerrar mais uma etapa de minha vida. Sem ele eu nada seria.

À minha Mãe Isnalda, pelo amor, pela dedicação, pela paciência, pelo cuidado, pela compreensão, pelas fortes orações, por ser essa mãe amiga de todas as horas e por ter acreditado que eu conseguiria chegar até o final dessa etapa. A senhora que esteve ao meu lado nas horas que chorei e nas horas que sorri nas horas que me lamentei. Agradecer pelo sorriso diário, sem mágoas nem rancores. Agradeço por ter aguentado os meus dias de mal humor. A senhora fez, faz e fará sempre parte de minha história. Essa VITÓRIA é nossa MAINHA, e é através dela que eu irei lhe retribuir um pouco do que a senhora fez e faz por mim. Obrigada por tudo. TE AMO!

À minha irmã Beatriz, que durante todo esse tempo aguentou os meus estresses calada e ainda rezou pra que tudo desse certo. Obrigada. Te Amo!

Ao meu amor Emanuel Pires, pelos momentos em que chorei e você veio carinhosamente me beijar e me fazer sorrir. Pelos momentos em que perdi a paciência e você veio com palavras amenas e doces e me acalmou. Pelos momentos em que, meu coração estava em pedaços e você veio cheio de amor e me curou. Pelos momentos de alegria que dividiu comigo. Pelos momentos que com muita esperança, pensou junto comigo no nosso futuro. Obrigado, por existir na minha vida, por me fazer feliz, por ser meu amigo, por acreditar em mim, quando eu achei difícil acreditar em mim mesmo, por ser sempre presente e por ter emprestado o teu ouvido para todos os desabafos. Você é peça fundamental nessa conquista Para você a minha gratidão e todo o meu amor. Te Amo. Agradecer na oportunidade, a sua família que passou a ser minha também, a todos o meu muito obrigada, pela força e carinho dedicado a minha pessoa.

Ao meu velho, meu amigo, meu eterno pai-avô, Antonio Inácio de Almeida (in memoriam), você foi um exemplo de vida que se eternizou em mim, a você devo todos os agradecimentos possíveis, jamais esqueço as suas palavras de incentivo, de carinho, de reconhecimento e de conselhos. Sei que é o meu anjo, que continua a me proteger e guiar pelos caminhos certos, afinal, esse sempre foi seu objetivo. Obrigada por cuidar de mim. AMO-TE

Agradecer aos meus AMIGOS (AS), irmãos de coração, irmãos que a vida me presenteou, Fernanda, Mayra, Danilo, Daniel, Lidiane, Everton, Jessica, Hemilliany, Heloisa, Dawylla, Rafael, as queridas Raizza e Eloisa que além de amigas foram minhas digitadoras, muitíssimo obrigada meninas, a Laysiane, pessoa essa, que compartilhou de todos os momentos dessa jornada e que dedicou total atenção, preocupação, me ligando todos os dias pra saber como andava o desempenho e me desejar boa sorte. A vocês meus amigos que torceram, rezaram, dedicaram um pouco do tempo de vocês para minha pessoa, o meu muito obrigada, e digo mais, no banquete da vida um dos melhores pratos é a amizade. SOU FELIZ POR TER VOCÊS.

A uma amiga e conterrânea, que durante toda essa jornada se fez presente e se tornou uma pessoa muito especial, aquela que posso contar sempre, aquela que eu brigo, grito, mas tudo acaba bem, porque a gente se entende. Uma pessoa que com suas técnicas e saberes, muito me serviu, falar em servi, esse é um dos seus dons, é humana demais e durante essa caminhada sempre se disponibilizou a ajudar, o SIM foi sempre a sua resposta para com a minha pessoa. Foi minha companheira de idas e vindas. Meu muitíssimo obrigado essa pessoa é você, Luziane Queiroga.

A minha família materna e em especial aos meus tios(as), que sempre me passaram forças sempre torceram por minha vitória e sempre se mostraram disponíveis para ajudar, como fosse preciso. Aos meus primos e em especial a Bebel, Manoel Filho, Tadeu Junior, Patricia, Fhelipe e Joaquim Neto, que foram ainda mais presentes nesse caminhar pois, muitas foram as vezes em que eles saíram de seu aconchego, do seu sono, do seu descanso para atender aos meus pedidos. FAMILIA ALMEIDA devo muito, muito a vocês.

Aos meus familiares paternos que também acreditaram no meu potencial e torceram para que essa vitória fosse conquistada. E em especial a minha querida e sempre lembrada pelo seu jeito amoroso, que não teve a oportunidade de estar

presente fisicamente nesse momento, mas, que esteve me guiando. (Vovó Mundinha, in memoriam).

Ao meu orientador Luan Gomes, pelos ensinamentos transmitidos, por me permitir conhecer um novo método e fazer acreditar que seria possível e que crescemos com os desafios. Sua paz é algo incrível e de certa forma causa tranquilidade aos que te cercam. Foi sem dúvidas uma experiência única. Obrigada Mesmo!

A equipe de professores da UFCG que de forma carinhosa me acolheu na graduação e que tornaram os dias mais sábios, me passando ensinamentos riquíssimos.

As minhas amigas de sala, pessoas que dividiram comigo as angustias e dificuldades apresentadas no decorrer dessa etapa. Vocês que sempre fizeram as aulas parecerem menos cansativas e que de alguma forma me incentivaram, me ajudaram e tornaram os dias mais alegres, tenho um carinho enorme por vocês. Agradecer em especial a minha equipe de estudos, minhas parceiras de sempre: Irla, Isabel, Natana, Silvinha e Suzane por estarem sempre comigo, dividindo os afazeres, as tristezas, as alegrias e por aguentar os meus estresses. Vocês jamais serão esquecidas, foi uma honra poder criar esse vínculo com vocês. Obrigada meninas pela AMIZADE!

A minha supervisora de estágio Laurenilza, (LALA) pela disponibilidade em me receber e dividir comigo suas experiências e saberes, tornando ainda mais importante esse momento. E na oportunidade agradecer também a toda equipe do CAPS ad, que sempre demonstraram simpatia e disponibilidade, aos usuários e seus familiares que me permitiu conhecer a história deles de perto, nunca rejeitando a minha presença nos momentos de visitas e demais encontros. Obrigada a todos vocês.

A minha supervisora acadêmica de estágio Carmen Silva, pelo seu carinho, atenção, dedicação, por ter contribuído de forma significativa na minha vida acadêmica, admiro demais você.

Agradecer a FAMILIA CASIMIRO pelo apoio, aconchego, pelo carinho, pela alegria que me demonstraram durante todas as vezes que precisei. Lúcia você é uma mulher guerreira, é um exemplo de vida de honestidade e humildade. Obrigada por tudo FAMILIA CASIMIRO, inclusive e de forma especial a você Isabel, que sempre foi a minha amiga, companheira de toda a jornada, que dividiu comigo os

melhores e piores momentos do âmbito acadêmico, até mesmo a experiência de estágio. Adoro Vocês!

A todos o meu muito obrigado!

*“Mesmo quando tudo pede  
Um pouco mais de calma  
Até quando o corpo pede  
Um pouco mais de alma  
A vida não para  
Enquanto o tempo  
Acelera e pede pressa  
Eu me recuso, faço hora  
Vou na valsa  
A vida é tão rara  
Enquanto todo mundo  
Espera a cura do mal  
E a loucura finge  
Que isso tudo é normal  
Eu finjo ter paciência  
O mundo vai girando  
Cada vez mais veloz  
A gente espera do mundo  
E o mundo espera de nós  
Um pouco mais de paciência  
Será que é tempo  
Que lhe falta pra perceber?  
Será que temos esse tempo  
Pra perder?  
E quem quer saber?  
A vida é tão rara  
Tão rara  
A vida não para.”*

*(Paciência, Lenine)*

## RESUMO

Nesse presente estudo, objetivamos discutir a relação e acompanhamento de usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na cidade de Sousa-PB, por meio das Representações Sociais. Buscando analisar a percepção e interação dos familiares no processo de tratamento e recuperação dos usuários, bem como, identificar as repercussões vivenciadas pelas famílias em meio ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Visto que, o uso de substâncias psicoativas é algo que vem afetando gradativamente a vivência e a convivência dos usuários e seus familiares na sociedade e por isso, a necessidade e a importância da criação de vínculos entre familiares, usuários e instituição para que juntos possam traçar estratégias que contribuam para um melhor resultado no tratamento dos usuários e que possa também contribuir na qualidade de vida de todos. Metodologicamente realizou-se uma pesquisa qualitativa e bibliográfica sendo ela também baseada nas experiências de estágio. O caminho metodológico utilizado foi o das Representações Sociais. Permitindo assim uma desconstrução ao processo de tratamento no qual se pautava de forma pronta e muitas vezes generalista, com base nesse método foi possível perceber a singularidade de cada caso e colocar a família como auxílio necessário e permanente.

**Palavra Chave:** CAPS ad; Família; Redução de Danos.

## ABSTRACT

In this present study , we aimed to discuss the relationship and monitoring of users in treatment in Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs in the city of Sousa -PB , through representations Sociais. Buscando analyze the perception and interaction of family in the treatment process and recovery users as well as to identify the repercussions experienced by families amid the abuse of alcohol and other drugs . Whereas, the use of psychoactive substances is something that is gradually affecting the experience and familiarity of users and their families in society and therefore , the need and importance of establishing family links , users and institutions so that together we can devise strategies that contribute to a better outcome in the treatment of users and can also contribute to the quality of life for all . Methodologically conducted a qualitative and literature This was also based on the internship experiences . The methodological approach used was that of Social Representations . Thus enabling a deconstruction of the treatment process in which was ruled ready and often general , based on this method it was possible to realize the uniqueness of each case and put the family as necessary assistance and permanent .

**Keywords:** CAPS ad; Family; Reduction Damage.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de atenção psicossocial
CAPS ad	Centros de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre drogas
GREIA	Grupo Interdisciplinar de Estudo e Drogas
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de previdência Social
LBDH	Liga Brasileira de Higiene Mental
MTSF	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
PNAD	Político Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	17
2 UMA ANÁLISE CONCEITUAL SOBRE FAMÍLIA.....	19
2.1 Formação social da família brasileira e suas configurações.....	19
2.2 Família e saúde mental.....	22
2.3 Saúde mental no Brasil: Aspectos históricos e as novas perspectivas da assistência psiquiátrica.....	25
2.4 Reforma psiquiátrica.....	32
3 O USO ABUSIVO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	36
3.1 Efeitos e consequências relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, levando em consideração o papel da família.....	36
3.2 CAPS ad incorporando a proposta de redução de danos como estratégia de atendimento.....	44
3.3 CAPS ad, família sob a perspectiva das experiências vivenciadas no campo de estágios.....	54
CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

## INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso buscou contribuir com os estudos a cerca da relação familiar e acompanhamento de usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas em Sousa-PB, por meio das Representações Sociais.

Sendo assim, é relevante destacar que no Brasil a Reforma Psiquiátrica teve significantes avanços, pois, o que antes estava pautado no modelo asilar e manicomial, onde as práticas violentas e isoladas do convívio social tornaram-se frequentes, hoje se pauta em serviços substitutivos de atenção psicossocial. A desinstitucionalização passa a ser o foco das ações, visto que, o novo modelo prioriza a reinserção social por meio de um atendimento humanizado o qual é oferecido pelas redes de serviços destinados a saúde mental.

Os CAPS é um dos serviços substitutivos do modelo hospitalocentrico, o mesmo tem se mostrado efetivo, sendo eles estratégias advindas da Reforma Psiquiátrica. Esses modelos substitutivos que buscam a promoção da saúde e do bem estar das pessoas em sofrimento psíquico, foi se aplicando em 2002. Foram criados os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) segue articulado com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo o intuito de prestar atendimento diário e individualizado e de evolução continua a pessoas que fazem uso e/ou abuso de substâncias psicoativas.

Destarte, o estudo transcorre fazendo uma abordagem do quanto é preocupante esse aumento do uso prejudicial de substâncias psicoativas, visto que, afeta indivíduos de diferentes faixas etárias, raça, gênero e classe social, ou seja, afeta a vida de quem faz uso e de quem convive com os mesmos, implicando serias consequências no âmbito social e familiar. A família foi tratada nesse percurso como peça fundamental no processo de tratamento em saúde mental, sendo ela, lugar privilegiado, pois, fornece uma espécie de reenergização ao individuo. Contudo é preciso pensar que existem perspectivas comportamentais diferentes, onde em certos momentos a família se culpa outros não dão importância ao tratamento em parceria normalmente não dão importância aos serviços oferecidos pela instituição

e/ou não conhecem os serviços, outros acham necessário à inserção e o apoio dado aos usuários enfim, é um contexto dinâmico que foi avaliado de forma singular, onde não houve sobreposição de uma opinião sobre outra, até porque não nos pautamos em tratar de conceitos prontos que culpabilize um lado ou outro, mas sim, compreender a complexidade da realidade vivida no cerne familiar e institucional, sendo neste caso o CAPS ad, longe de querer dar respostas definitivas à problemática social em pauta.

Considerando a relevância dessa temática, o interesse surgiu da inquietação provocada pela ausência dos familiares ao tratamento dos usuários de substâncias psicoativas, a qual foi observada a partir da prática dos Estágios Supervisionados I e II, realizados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Walter Sarmiento de Sá, na cidade de Sousa-PB, entre os meses de Fevereiro a Setembro de 2013. A experiência possibilitou conhecer de perto esse contexto complexo e diverso que perpassa o cotidiano dos familiares, dos usuários e até mesmo da instituição, visto que, o referencial teórico metodológico utilizado foi o das Representações Sociais, tendo como base a perspectiva moscoviciana, a qual salienta que para se conhecer as Representações Sociais de um determinado grupo, visualizando qual seu conteúdo simbólico, em qual realidade ele se insere incluído a maneira como os indivíduos veem o mundo.

Como forma de alcançar o objetivo realizou-se uma pesquisa qualitativa, bibliográfica com o intuito de compreender os mais diversos estudos já apresentados sobre a temática, facilitando assim, o desenvolvimento do estudo. A presente pesquisa ainda se apropriou das experiências vivenciadas no período de estágio.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes, na primeira parte, foi feita uma breve contextualização histórica da família brasileira e as mudanças ocorridas em sua estrutura no decorrer dos anos salientando sobre a importância da família em meio à saúde mental. Em seguida foi feita uma contextualização da trajetória da ausência psiquiátrica no Brasil, abordando a história da Reforma Sanitária até a ascensão da Reforma Psiquiátrica, podendo assim, observar as mudanças ocorridas na forma de tratar as pessoas em sofrimento psíquico, sendo essa uma característica marcante para a saúde mental no Brasil, sequenciando e levando sempre em consideração a importância da relação familiar com a instituição.

Na segunda parte, foi realizada uma abordagem sobre o uso prejudicial das substâncias psicoativas, levando em consideração que esse consumo vem aumentando de forma alarmante no Brasil, trazendo efeitos e consequências para o meio familiar. Em seguida, foi dando ênfase sobre o CAPS ad e a utilização da proposta de redução de danos sendo está uma estratégia de tratamento para os usuários que fazem uso de álcool e outras drogas, além de fazer uma discussão de forma breve levando em consideração as experiências de estágios, retratando a questão de como é visto pelos familiares dos usuários o serviço oferecido pelo CAPS ad, ressaltando a participação dos mesmos nas atividades da instituição e por fim trazendo uma pequena explanação sobre como Representações Sociais visualizam esses fatores.

## 1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a construção dessa pesquisa faz-se necessário incorporar instrumentos e técnicas para responder a questão central, onde em função disso foi realizada uma revisão literária, subsidiada pelo acervo bibliográfico com intuito de aprimorar conhecimentos, bem como, dar respostas á temática que se pretendia trabalhar tendo como categorias a família, o acompanhamento de usuários e o CAPS ad.

A pesquisa se apropriou da metodologia qualitativa, visto que a mesma trabalha com “o universo das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2007, p.21) Sendo ela também baseada nas experiências de estágio vivenciadas no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas o qual tem por nome Walter Sarmiento de Sá, localizado na Rua Dom Pedro II, Nº 133, no bairro Estação, cidade de Sousa – PB, funciona a partir das 08:00 horas e encerra seu expediente as 17:00 horas.

O CAPS faz parte de uma rede de serviços assistenciais em saúde mental, tem como ênfase a reabilitação e a inserção social tanto dos usuários como de seus familiares, levando em consideração que as pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas devem receber cuidados extras – hospitalares, tendo como pressuposto a redução de danos.

Dessa experiência surgiu o interesse em compreender a relação familiar com o acompanhamento e com o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas do CAPS ad na cidade de Sousa – PB, utilizando – se do método das representações sócias, o mesmo foi criado por um psicólogo social, Serge Moscovici.

As representações sociais nos faz entender as crenças, desejos, valores, que os sujeitos elaboram em meio a um determinado objeto social, pois tem o propósito de tornar aquilo que é estranho em algo familiar, de forma que, sempre consegue dar significados aos objetos. Esse método consiste em tratar o individuo na sua singularidade e subjetividade sendo este produto da realidade.

As representações Sociais podem e tratam dos fenômenos dos homens de forma coletiva, contudo, jamais deixa de dar a devida importância do individuo em sua singularidade. Trata-se de um conhecimento social construído e compartilhado, ou seja, são resultados de interações sociais entre indivíduos e grupos, onde buscam PR significados e não por teorias prontas.

Entretanto é preciso que se saiba que a representação não se dá por uma mera cópia da realidade, mas por, meio de exercício mental onde assim se torna possível o indivíduo ou seu grupo recompor a realidade em que geralmente ele mantém uma relação conflituosa, atribuindo assim, sentido específico.

## 2 UMA ANÁLISE CONCEITUAL SOBRE FAMÍLIA

### 2.1 Formação social da família brasileira e suas configurações

Para se discutir a importância e como a família brasileira se encontra estruturada nos dias de hoje é necessário analisar a sua formação nos mais diversos aspectos históricos e culturais, visto que a mesma passou por várias diferenciações no contexto social. E a partir disso abordar a necessidade e mais precisamente a importância da família no contexto da saúde mental.

A tradicional família brasileira tem sua origem mediante o modelo familiar que os colonizadores aqui trouxeram, ou seja, a família patriarcal, o qual recebe influência de três culturas diferentes, quais sejam: a europeia, a indígena e a africana, o que caracteriza o fenômeno da miscigenação de raças, ponto forte que distingue o povo brasileiro de outras culturas.

[...] o modelo de família patriarcal decorreu da transição, para os trópicos brasileiros, de padrões culturais portugueses. Impondo seu domínio na colônia, subjugando os indígenas e mais tarde, importando escravos negros, os portugueses foram destruindo formas familiares próprias desses grupos (BRUSCHINI, 2000, p. 67).

A família patriarcal era composta pelo chefe da família, mulher, filhos e netos, sendo estes os representantes principais. Faziam parte ainda, os filhos ilegítimos, escravos, agregados dentre outros, todos dependentes do comando patriarcal. No geral, esse formato de família tinha grande influência política, sendo ela 'idolatrada', era uma família que comandava os papéis de procriação, administração econômica e política, caso contrário àquilo que não era de sua ordem, representava um corpo indesejável e estranho.

Nessa época o homem era quem comandava as funções militares, religiosas, afetivas e empresariais, portanto, as mulheres viviam em total submissão ao marido. As mulheres não passavam de seres insignificantes, servindo apenas para tarefas domésticas e para cuidar dos filhos (as).

Contudo, esse modelo de família patriarcal se propagou durante muito tempo, o que implica dizer que o homem assumiu uma posição de liderança nos

mais diversos aspectos, durante séculos. Para o homem o modelo de família patriarcal seria o seu preferencial, pois, o modelo de família representava a dominação masculina, onde era baseado na diferenciação dos papéis.

De acordo com a obra de Gilberto Freyre (1975) a denominação de “família patriarcal” serviu de modelo para a historiografia brasileira, onde a mesma era sinônima de família extensa. Estudos mais recentes afirmam que é notório o exagero quando se fala em marido dominador e mulher submissa, pois, apesar da família patriarcal ignorar outras possíveis estruturas familiares às quais fossem organizadas conforme tempo, espaço, grupos sociais ou até mesmo sobre características sociais. Não são raros os casos de mulheres na ausência do marido, que zelavam pelos patrimônios da família.

[...] a mulher desempenhou papel dinâmico em todas as classes sociais na era colonial, podendo ser um pouco mais submissa e enclausurada nos estratos superiores, com a presença masculina no espaço doméstico, situação provavelmente esporádicas, pelas próprias exigências do empreendimento colonial que requisitava dos homens funções militares para interiorização, bem como a exploração e defesa territorial da colônia. (ROSA 1987, apud SAMARA 2008, p. 176).

Com o passar dos anos a estrutura familiar brasileira modifica-se, acompanhando e adaptando-se as mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais que se adequam também no âmbito do legislativo. A primeira delas ocorreu a partir da entrada da Corte Portuguesa no Rio de Janeiro, tendo em vista moldar o contexto familiar e precisamente à rotina da mulher, sendo agora chamada de família conjugal. Sendo esta composta pelo “chefe de família” (pai), sua esposa e seus descendentes legítimos, não havendo assim um agrupamento de demais familiares como na família patriarcal, nesse novo modelo de família não existia um total poder de mando por parte do chefe da família.

Aos poucos vai acontecendo uma mudança na configuração familiar, onde as mulheres começam a se ocupar de outros afazeres como: cozinheiras, costureiras, rendeiras, engomadeiras, etc. fora dos serviços domésticos e em meados do século XX, ocorreram mais algumas modificações, dessa vez mais radicais, pois, as mulheres passam a compor o mercado de trabalho e com isso uma série de coisas foram sendo moldadas. A exemplo disso temos o crescimento do número de divórcios, redução no número de filhos por família, a religião não mais sustentava uma relação insatisfatória dentre outros fatores, marcam as novas

configurações sociais da organização familiar e em meio a tudo isso, algo imaginário aconteceu, baseado nos princípios da dignidade, da liberdade e da igualdade que são assegurados com a Constituição Federal de 1988 estabelecem uma nova roupagem de valores, onde direitos e deveres de homens e mulheres passam a ser considerados iguais e principalmente tratados de forma equitativa.

Com todas essas mudanças no âmbito da família, em meio a Constituição 1988 e as autorizações legais do novo Código Civil instituído em 2002, o qual foi reconhecido pela Carta Magna, é correto afirmar que a família nos dias de hoje perpassa por diversas mudanças e ganha novos arranjos, onde o casamento já não é mais o fator essencial para uma construção de uma família.

A mudança do conceito de família na Constituição Federal de 1988 e as alterações legais contidas no novo Código Civil aprovado em agosto de 2001, para entrar em vigor em janeiro de 2002, com vista a: acompanhar a revolução nos costumes, padronizar leis recentes, como a do divórcio, e dispositivos constitucionais referentes à família; e regulamentar jurisprudência que, nos tempos atuais, não mais poderiam pautar-se pelo Código Civil vigente, escrito em 1916. Assim, tanto na Constituição quanto no Código Civil, a família não é mais aquela que, com qualificação de "legítima", era formada pelo casamento e constituía o eixo central do direito de família (SILVESTRE, SOUSA apud IAMAMOTO 2004, p.39).

Percebe-se que em favor dessas mudanças, novas organizações familiares passam a compor o cenário brasileiro, onde se torna possível todo tipo de união seja de casais homossexuais, seja por produção independente, seja por mães solteiras e/ou separadas dividindo as responsabilidades dos filhos. Com isso é importante ressaltar que:

[...] em consonância com os artigos constitucionais 226, 5º, e 5º, inciso I, que preceituam a igualdade de direitos e obrigações entre homem e mulher, o novo Código Civil não tem mais a referência mestra o "homem", mas sim a "pessoa". (PEREIRA, 2010, p. 4).

As organizações passam a ser maleáveis não tendo mais aquele rigor de séculos passados, chegando e sendo reconhecido em pleno século XXI como família pluralista, justamente devido aos tipos alternativos de convivência. E é em meio a esse contexto que Szymanski (2008), traz um discurso onde ressalta que ao pensar na família é necessário analisar como a mesma se encontra estruturada nos dias de hoje, tendo em vista as diversas mudanças ocorridas no seu meio, levando

em consideração também essas novas relações e esses novos modos de cuidar da vida familiar.

Mesmo dentro do contexto de diversidade que se encontra as famílias nos dias atuais, é necessário pensar que ainda assim, a família desempenha papel fundamental, sendo ela, palco em que se vivem as emoções mais intensas e marcantes da vivência humana. Segundo PEREIRA (2010, p. 36):

[...] a família, como toda e qualquer instituição social, deve ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca. Forte, porque ela é de fato um lócus privilegiado de solidariedades, no qual os indivíduos podem encontrar refúgio contra o desamparo e a insegurança da existência. Mas ela também é frágil, pelo fato de não estar livre de dispositivos, violência, confinamentos, desencontros e rupturas.

A família é extremamente dinâmica isso está claro, porém, independente da complexidade que envolve o meio familiar, não se pode deixar de perceber a importância que a mesma tem diante dos seus membros, seja qual for a forma que a família se encontre estruturada, ela deve ser sempre convidada a participar do dia a dia de seus membros, participando assim de sua vida de forma intensa estando o indivíduo em condição de vulnerabilidade ou não.

## **2.2 Família e Saúde Mental**

Conforme vínhamos falando anteriormente temos uma imagem da família como fonte de proteção e também de extrema importância para o desempenho do indivíduo nos mais variados aspectos. E se tratando da pessoa em sofrimento psíquico a realidade não é diferente, contudo, existem alguns impasses por parte de alguns familiares e até mesmo da sociedade no momento de aceitação de tal realidade sendo assim necessário compreender o contexto familiar em seus mais diversos arranjos, visto que a mesma apresenta conflitos, desajustes e fragilidades não sendo ela palco apenas de harmonia.

Sendo ainda necessário resgatar o contexto que antecede o movimento reformista, onde os cuidados a pessoa em sofrimento psíquico era destinado á instituição hospitalocêntrica, de forma que as famílias permaneciam alheias, pois,

não participavam do tratamento que ali era oferecido ao seu familiar, sendo essa a única forma de cuidado para aqueles que apresentavam sofrimento psíquico.

Com isso a pessoa em sofrimento psíquico perdia o convívio familiar e conseqüentemente tinha seus laços enfraquecidos, perdendo assim, o seu espaço no âmbito familiar. Porém, com surgimento do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, novos rumos são proporcionados para aqueles que passavam por sofrimentos psíquicos, visto que, foi com esse movimento que ocorre o processo de desinstitucionalização o qual teve como objetivo substituir os manicômios por outra prática terapêuticas de forma que venha a contribuir com novas formas de relação entre a sociedade e o (doente mental). Em favor disso, foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais têm suas modalidades previstas na Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

[...] têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, p. 12)

Entretanto, esse processo de desinstitucionalização traz consigo alguns desafios, estando um deles relacionado à família, pois, cabe a ela a maior parte da responsabilidade com o cuidar da pessoa em sofrimento psíquico. Em meio a isso, vale ressaltar que, o CAPS tem se lançado a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica ao modo que vem substituindo o modelo hospitalocêntrico, visto que, tem o propósito de:

[...] incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004, p. 29).

Porém, é preciso entender que o familiar para lidar com a pessoa em sofrimento psíquico e até mesmo, pra manter essa parceria com a instituição, precisa muitas vezes ser acompanhado por profissionais para que haja um preparo

e apoio suficiente para lidar com o indivíduo em sofrimento psíquico, para que não haja lacuna no momento de prestar assistência ao (doente mental) e para que também ocorra o incremento na qualidade de vida tanto da pessoa em sofrimento psíquico, quanto do meio familiar. Visto que, se encontra em uma situação contraditória, pois, assume a responsabilidade de um indivíduo que demonstra comportamento e necessidades até então não conhecidos e vivenciados.

É de extrema importância o reconhecimento da família, quando em seu âmbito existe pessoa em sofrimento psíquico, pois o sucesso do tratamento do indivíduo em sofrimento depende muito do apoio familiar e também da inclusão social do mesmo, uma vez que, ao tratar de forma excludente e discriminada, demonstrando preconceito gera-se conseqüentemente um descompasso no tratamento, dificultando assim a recuperação e também a reabilitação psicossocial.

Sendo assim, fica ainda mais clara a necessidade de haver uma parceria dos profissionais da saúde com os familiares do indivíduo em sofrimento psíquico, para que juntos possam traçar estratégias para melhorar o convívio com os mesmos, dividindo com os familiares os cuidados através de serviços psicossociais diário, serviços esses que são fruto dos avanços que o Movimento de Reforma Psiquiátrica proporcionou, de forma que priorizou a participação da família no tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico, resultando assim um novo modo de olhar a “loucura”.

Então, quando a família é posta no cerne do serviço, tendo em vista que dessa forma a mesma passa a melhor entender a pessoa em sofrimento psíquico, aprendendo a cuidar, lidar e controlar o comportamento, despertando assim, uma intenção de manter aquele indivíduo no convívio familiar e mais precisamente em seu lar.

### **2.3 Saúde Mental no Brasil: aspectos históricos e as novas perspectivas da assistência psiquiátrica.**

A história da loucura vem sendo discutida desde os primórdios da civilização, onde os mesmos eram tratados de forma excludente, não havendo assim, espaço social para os mesmos, mantinha-se o discurso de que o louco tinha

de ser isolado da família e do convívio social, sendo assim hospitalizado em asilos de modo que efetivou o processo de exclusão.

Em favor disso, Rosa (2008) vem retratar que, quando os loucos são entregues aos asilos, resta a família o papel de fornecer informações necessárias sobre o indivíduo e visita-lo, pois, tudo passa a ser ditado pelos responsáveis pela cura da pessoa em sofrimento psíquico. Havendo assim, uma ruptura, um desligamento do indivíduo com a sociedade e com sua família gerando assim, uma alienação nessas famílias de que o louco voltaria curado ou ao menos recuperado.

Contudo, como já vínhamos falando anteriormente é em meio a toda essa conjuntura que surge o novo modelo de assistência psiquiátrica brasileira a qual difere desse modelo, questionando a instituição asilar e a prática médica para humanizar a assistência, adotando assim, o modelo de experiência europeia hospitalocêntrico/hospiocentrico.

Sendo assim, é preciso deixar claro que a institucionalização do hospício no Brasil existia antes mesmo da emergência psiquiátrica, a qual era administrada pelas irmandades religiosas e mais precisamente pelas Santas Casas de Misericórdias, sendo estas as primeiras instituições do país. Vale resaltar que nesse período somente as ordens religiosas mantinham o poder dos serviços de saúde no Brasil. Porém, em 1852 com a concretização do agrupamento dos loucos em um espaço determinado ao tratamento dos mesmos, o qual foi um marco no âmbito da assistência psiquiátrica no Brasil, pois, foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e também da América Latina, o Hospício de Pedro II, o mesmo foi vinculado as Casas de Misericórdias até 1890 e surgiu para dar resposta ao louco e a loucura, tendo em vista a forma como o louco era conceituado na época, onde era tido como criminoso, desordeiro, e por isso, era caso de polícia.

De acordo com Rezende (1990, apud ROSA 2008, p.86).

Embora igualmente excluídos da sociedade e privados da liberdade de ir e vir, os loucos com a criação do hospício, recebiam tratamento distinto, sendo reclusos nos porões das Santas Casas de Misericórdia, mantidos sob a vigilância de guardas e carcereiros, submetidos à camisa - de - força e maus-tratos. A função principal do hospício nessa fase foi a de remover, excluir e sanear a cidade de um segmento que potencialmente era considerado desordeiro e perigoso.

Então, por muito tempo o saber psiquiátrico isolou o (doente mental), argumentando que o isolamento era algo preciso tanto para a sua proteção como

para a proteção da sociedade. Os loucos eram vistos como ameaça a ordem pública e a paz social e por isso, a sociedade era extremamente contra a liberdade dos mesmos.

Em favor disso Rosa (2008, p. 87) evidencia que:

As demandas pela intervenção estatal na questão do louco e da loucura se originam de três fontes: a) Social, pela intranquilidade provocada pela “loucura solta na rua”, que ganha maior visibilidade em meio aos riscos de tumultos urbanos, gerados pelo contingente de homens livres e desocupados. b) Clínica, pois os médicos majoritariamente higienistas, em nome de princípios humanitários e da higiene pública passam a denunciar os maus-tratos a que são submetidas os loucos (principalmente furiosos e agitados) [...], já reivindicando para si, desde 1830, por intermédio da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, o monopólio da cura e do tratamento. c) Caritativa, pois as irmandades religiosas pleiteavam uma ação sobre a loucura, a fim de atenuar os sofrimentos humanos dela decorrente.

Entretanto, as reclamações de maus-tratos, desqualificação dos atendimentos e falta de assistência médica continuava sendo pauta de reclamações. No Hospício Pedro II os indivíduos em sofrimento psíquico eram violentados e muitas vezes assassinados. Contudo só com a proclamação da República que o louco e a loucura passam a ser olhada com a necessidade de prestar assistência ao (doente mental), passando para o novo contexto das instituições psiquiátricas, onde se torna objeto de estudo para os especializados uma vez que, sai do empirismo diretamente para a área científica.

E em meio a isso, Rosa (2008) vem retratar que, o Hospício Pedro II ganha uma nova roupagem e passa a ser conhecido como Hospício Nacional dos Alienados, quando isso acontece ocorre à desvinculação com as Santas Casas de Misericórdias, se firmando como instituição pública em 1890. Porém, agora sendo medicalizada e configurada como espaço de cura, mudando assim o caráter assistencialista para a natureza científica, causando o rompimento do Estado com a igreja no campo da psiquiatria.

Vários foram os acontecimentos relacionados ao âmbito da psiquiatria, porém vale ressaltar que foi com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) no ano de 1923, que ocorre o movimento com a tradição francesa, tendo em vista a nova perspectiva do pensamento psiquiátrico brasileiro. A mesma se firmou no Brasil através da importante contribuição nos problemas sociais que se elevava gradativamente no país, tinha como princípio a melhoria dos serviços no âmbito da

psiquiatria bem como, capacitar os recursos humanos de forma que desse ênfase a recuperação dos doentes. Diante disso, é importante frisar que essa ação teve maior respaldo com a Revolução de 1930, onde segundo Vasconcelos (2000, apud ROSA 2008, p. 93):

[...] quando integrantes e defensores da higiene mental lutaram pela ocupação de espaços importantes na esfera administrativa, política e legislativa do governo federal, incluindo de forma direta na formulação de políticas sociais voltadas principalmente para a educação higiênica, para o amparo da maternidade e da infância.

Mediante todas as transformações históricas, políticas e econômicas que o país vinha passando relacionado à questão da política de saúde no Brasil, pode-se dizer que a mesma foi formulada a partir da década de 1930. Nesse período a mesma passa a ser feita por meio da intervenção estatal, tendo como objetivo fornecer respostas às manifestações da classe medica atrelada a filantropia e a práticas liberais.

Diante das imensas reivindicações da classe trabalhadora do setor industrial em meio aos problemas de saúde e de higiene da classe operaria criou-se através da Lei de Elói Chaves as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), no intuito de fornecer respostas à classe trabalhadora. E dentro desse contexto Rosa (2008, p. 94) vem afirmar que:

A Lei Elói Chaves, de 1923, que cria as caixas de aposentadorias e pensões, de âmbito privado das empresas, é um dos primeiros protótipos de iniciativas legislativas no campo previdenciário, originado das experiências dos próprios trabalhadores, por meio do sistema de ajuda mútua, pelas caixas de socorro mútuo.

Porém apesar das (CAPs) serem os primeiros protótipos do sistema de seguridade social, é preciso salientar que são ações pontuais, onde assistiam apenas camada de trabalhadores urbanos tendo em vista que, nesse momento se inseriam nos setores mais importantes da produção do capital, sendo eles: os ferroviários em 1923; os estivadores e os marítimos, em 1926, e as demais categorias só tiveram acesso após 1930.

Na década de 1930 houve ainda a substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) sendo um marco importante para a medicina previdenciária. Onde, de acordo com Bravo, et al (2009, p.26):

O modelo previdenciário teve orientação contencionistas, ao contrário do modelo abrangente das CAPs. Ou seja, em que pese à inclusão de outras categorias profissionais, houve nos IAPs uma redução da oferta de serviços prestados.

Com isso, amplia-se a resguarda assistencial para um maior número de categorias de trabalhadores urbanos, tendo em vista, atender as reivindicações da classe operaria e concomitantemente amenizando a problemática existente entre os empregados e os empregadores, pois, até o presente momento, as atitudes postas pelo Estado relacionadas à saúde pública não atendia aos ditames da população rural. Sendo assim, podemos dizer que a Política Nacional de saúde no Brasil a qual vinha sendo planejada desde 1930, só vai ter sua ascensão em meados de 1945 a 1950, tendo como principio “a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias” (BRAVO; MOTA, 2007, p.27).

No entanto, no final de 1950 o Serviço Nacional de Doenças Mentais terá alterações, propagou-se um discurso que estimulava a atenção ambulatoria e os serviços comunitários, contudo o discurso não se efetiva, pois, o mesmo se mostra contraditório, uma vez que nas ações efetivas, o governo continuou apoiando e consequentemente incentivando a construção de estruturas asilares. Sendo assim, pode-se dizer que a assistência psiquiátrica continuava pautada ao modelo hospitalocentrico de modo que as pessoas em sofrimento psíquico passavam por constantes violações de seus direitos humanos.

Com isso Rosa (2008, p.97) vem dizer que:

[...] a partir de 1995, quando as drogas psicotrópicas são disponibilizadas no mercado, é que as estruturas asilares têm possibilidades de ter sua fase relativamente alterada, fato que vê ao encontro das exigências da acumulação capitalista o período, que requeria uma psiquiatria que reparasse a mão de obra, desgastada no processo produtivo.

Apesar de todos os avanços e retrocessos, a saúde brasileira não demonstrou grandes melhorias, havia os Institutos que proporcionavam assistência médica, porém essa assistência era de ordem privada com fins lucrativos, com isso, nem todos podiam obter essa assistência médica. Porém, essa situação só vai se modificar com o Golpe de 1964, período da Ditadura Militar, momento de intensa repressão, onde houve mudanças significativas e, nosso país, o Estado passou a intervir de forma assistencialista frente à questão social, ou seja, o Estado procurava

amenizar, contudo, não resolvia a situação daqueles vulnerabilizados, visto que, não proporcionava uma saúde pública de qualidade, agindo de forma imediatista com caráter assistencialista, dando ênfase ao setor privado e com isso, a saúde pública declinava cada vez mais.

Diante dessa conjuntura, os hospícios psiquiátricos do âmbito privado se mantinham com maior ênfase do que os hospícios públicos, tornando a pessoa em sofrimento psíquico uma mercadoria, a qual gerava fonte de lucro fácil.

A respeito dessa conjuntura, Amarante (1994, apud, BISNETO 2009, p.23) evidencia que:

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizado grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre assim, um enorme aumento de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar.

Entretanto, é sobre esse contexto da ditadura militar, assim como das diversas manifestações e das varias tentativas de reformas que surge às primeiras manifestações da Reforma Sanitária, a qual só vai obter certa ênfase no fim da década de 1970, momento em que a sociedade brasileira passou por um processo de democratização política, o qual se deu em favor da queda do regime ditatorial, onde ao mesmo tempo demonstra falência nas suas ações, propagando que, apesar das mudanças fruto das lutas democráticas, existia ainda a necessidade nos indivíduos de melhores condições de vida. Para Vasconcelos (2007, p.76), a Reforma Sanitária brasileira foi um movimento que:

Teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita a dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre a organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho e saúde.

Percebe-se que, o movimento sanitário foi de extrema importância para uma política de saúde democrática em relação ao acesso e universal em suas ações de forma que atendesse aos ditames da sociedade, portanto essas perspectivas só se

efetivaram na década de 1980, visto que, foi nesse período onde de fato houve avanços significantes nas propostas de fortalecimento ao setor público. Essa discussão ganhou maior visibilidade com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual se deu em Brasília-DF em março de 1986, sendo este o marco mais significativo da história da política pública desse país.

E em razão disso Bravo et al (2009), vem ressaltar a importância dessa VIII Conferência, os mesmos salientam que foi em favor desta que a sociedade passou a integrar aos discursos os quais, estavam relacionados a saúde, deixando de compor apenas os fóruns específicos passando assim, a ter contribuição da sociedade de forma participativa. Onde uma das principais pautas sugerida no debate foi à universalização do acesso a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Diante disso, podemos dizer que o assunto sobre saúde perpassou as entrelinhas técnicas, passando a ser assunto também dos interesses públicos. A década de 1980 nos revelou serias mudanças no contexto e nas práticas institucionais no âmbito da saúde, pois, com a Constituição Federal de 1988 que propôs a universalização da saúde, tem se a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), representando um grande marco para as práticas de saúde até então propostas. Outro fato que compôs a política de saúde e não menos importante, foi à instauração do sistema de Seguridade Social brasileira, sendo este guiado entre a lógica da assistência e a lógica do seguro.

No entanto, vale frisar que, mesmo com a reforma sanitária e as diversas conquistas da política de saúde, alguns contratempos aconteceram, o que conseqüentemente impôs alguns limites estruturais, não sendo possível atender todas as demandas esperadas, pois, acabou não contribuindo para a melhor qualidade de vida da população brasileira. Havia no final da década de 1980 uma espécie de dúvida e incerteza em meio à efetivação do projeto da reforma sanitária, sendo oportuno ressaltar que:

A fragilidade das medidas reformadas em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a dar direção no setor a partir de 1988. (BRAVO, 2007, p.99)

Toda essa problemática vem causar maior impacto nas décadas de 1990, momento em que o Estado redireciona o seu papel para a ótica neoliberal, acarretando mudanças drásticas no âmbito da saúde, pois, atinge o cerne da proposta política instituída nos anos de 1980. Ocasionalmente a subordinação da saúde ao mercado e montando estratégias junto ao setor privado e em detrimento disso o dever do Estado passa a ser repassado para a população, uma vez que, passam a assumir os custos da crise, evidenciando um processo de refilantropização da classe vulnerabilizada, tudo com o propósito de reduzir os gastos.

Nesse mesmo período a Seguridade Brasileira passa por problema, gerando uma disputa de recursos entre a previdência, a assistência e a saúde ocasionando assim, um afastamento entre essas políticas, que na verdade devem se manter articuladas.

Torna-se evidente que a política de saúde no Brasil teve avanços e retrocessos e a mesma está atrelada a política de saúde mental, o que permite dizer que, ambas se relacionam. Com isso, sob forte influência do Movimento da Reforma Sanitária no campo da saúde mental surge o Movimento de Reforma Psiquiátrica, cada qual com sua própria história, onde o movimento de reforma Sanitária pautava-se na universalização e descentralização das práticas de saúde, tendo em vista a participação da população frente às discussões sobre as questões de saúde, enquanto que, a reforma psiquiátrica lutava pela superação do modelo manicomial, assim como pelo abandono dos asilos e dos hospitais psiquiátricos. No próximo ponto faremos uma abordagem mais detalhada da história da Reforma Psiquiátrica.

## **2.4 Reforma Psiquiátrica**

O debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final dos anos de 1970, sendo esse um processo político e social complexo. Diante disso, é necessário salientar as mudanças que superaram o caráter de desassistência o qual já estava diretamente relacionado à saúde mental de nosso país.

De acordo com Amarante (1995), esse movimento da reforma psiquiátrica tem como marco inicial a greve deflagrada pelos profissionais das unidades da

Divisão Nacional de Saúde Mental, ficando conhecido como crise da DINSAM, esses profissionais almejavam melhores condições de trabalho, pois o dia a dia dos mesmos era algo muito doloroso, tendo em vista, os modos de trabalho ultrapassados e defasado e ainda passavam por ameaças de morte e violência, não sendo essas ameaças direcionadas apenas aos trabalhadores, como também, aos que se utilizava daqueles serviços.

Em meio a isso, surgiu um movimento importante na trajetória da saúde, contribuindo tanto para a Reforma Psiquiátrica como para a instauração desses serviços, sendo este o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), passando a ser propagadores de discursos relacionados à assistência manicomial dada as pessoas em sofrimento psíquicos, e isso tinha como propósito, traçar metas em favor da Reforma Psiquiátrica, visando a implementação de uma rede de serviços extra-hospitalar de atenção psicossocial mais humanitário, diferenciando do tratamento clínico, levando em consideração que a manutenção dos laços sociais é de extrema importância para as pessoas em sofrimentos psíquicos. Amarante (1995, p.52) diz que esse movimento nasceu com o objetivo de:

Construir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

O MTSM ganha visibilidade, pois, foi o primeiro movimento de saúde que introduziu a participação da população. Lutou para romper com a violência desses modelos hospitalocêntrico, os quais eram desumanos, romper com essa mercantilização dos que eram caracterizavam como loucos e perigosos e em meio a isso, formular críticas a essa assistência dada a pessoa em situação de dependência química, fazendo surgir as primeiras propostas para assim moldar a assistência em saúde mental. Entretanto, essas propostas de mudanças que permeiam o sistema asilar, é fruto das experiências vivenciadas na Itália por Franco Basaglia, as mesmas serviram de subsidio para criticar os modelos assistenciais baseados nos aparatos manicomiais e resalta a importância de haver uma ruptura com as antigas práticas, dando assim, ênfase a constituição de novos espaços e formas de vivenciar e cuidar das pessoas em sofrimento psíquicos.

No entanto, foi com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorre as primeiras iniciativas da desinstitucionalização e em decorrência disso a luta antimanicomial passa a atingir um campo mais abrangente, pois, antes disso estava ligado apenas ao campo da saúde mental. Com essa abrangência torna-se “um processo que ocorre a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político–jurídico, teórico-conceitual e sociocultural” (AMARANTE, 1995, P.76).

Destaca-se que, ainda no ano de 1987 foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru (SP), sendo este o momento em que os trabalhadores do âmbito da saúde mental lutaram pelos direitos dos usuários e também buscavam por uma sociedade onde não existissem manicômios.

Em meio a esse contexto, houve no Brasil o surgimento do I Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, o mesmo tinha como nome Professor Luiz da Rocha Cerqueira, diante disso, tem-se que o CAPS:

[...] é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004, p.13).

Podemos pontuar que com a Constituição de 1988, ocorreu a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS) e juntos proporcionaram a universalização da saúde, passando a ser um direito de todos e dever do Estado. Juntamente com o princípio da universalidade e com a comprovação de maus-tratos com certos usuários, acontece na cidade Santos uma intervenção realizada por parte da Secretaria de Saúde na Casa de Saúde Anchieta sendo este o hospital psiquiátrico da cidade, seguido dessa intervenção houve uma mobilização de alguns profissionais, onde tomaram uma espécie de atitude radical e contributiva, pois, entram no hospício para proporcionar cuidados aos pacientes que tinham um tratamento desumanizado mantidos em celas quando os pacientes passavam por crises e ainda faziam uso do eletrochoque, porém mediante essas atitudes tomadas novos patamares são alcançados, passando a ser proibido esse tipo de tratamento.

Então, depois dos usuários estarem mais fortalecidos e os profissionais mais aptos ao tratamento, saíam desse ambiente desumanizado e montavam os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), sendo:

Esses núcleos eram fundados com o trabalho prévio de mobilização dos moradores do local. Em centros comunitários, sindicatos e igrejas era discutido um vídeo que apresentava a intervenção, mostrava o Hospício para a sociedade e discutia a necessidade de conviver com as pessoas internadas no Hospital (LANCETTI; AMARANTE, 2009, P.627).

Sem dúvidas, a implementação dos NAPS foi um marco no processo da Reforma Psiquiátrica, uma vez que, esses substituíam os manicômios. Além disso, depois da criação dos primeiros CAPS e NAPS ocorreu uma extensão desses serviços nas mais diversas regiões do Brasil, tendo como responsável pelo financiamento e pela implementação o Ministério da Saúde. Percebe-se que ambos têm a intenção de fazer a substituição do modelo de assistência psiquiátrica a qual se formula em meio à intervenção e isolamento dos usuários em acompanhamento psíquico, por um serviço aberto ao convívio social e comprometido com a reabilitação psicossocial.

Em 1989 no Congresso Nacional o deputado Paulo Delgado, apresentou o projeto de lei que tinha como pauta a regulamentação dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico e a extinção dos manicômios no país, porém de início isso acontece de forma progressiva. Entretanto, em 1992 aconteceu uma mobilização por parte de uns movimentos os quais tinham como intuito almejar a aprovação em diversos estados brasileiros das primeiras leis que substituísse a desinstitucionalização dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a saúde mental. Com isso, é importante ressaltar que:

É na década de 1990, marcado pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (DELGADO et al, 2007, p.41).

A lei do deputado Paulo Delgado passou por um longo período de tramitação, mas enquanto isso, outras formas de lutas e dispositivos foram utilizadas, como a formulação da Declaração de Caracas, a Conferência sobre a

Reestruturação da Atenção Psiquiátrica. Somente em abril de 2001 depois de vários debates com os profissionais da saúde, após 12 anos foi aprovada a Lei nº 10.21 ficando conhecida como a Lei Paulo Delgado que:

Redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL/MS, 2005, p.07).

Depois de tudo isso, ainda aconteceu em Brasília, no mesmo ano de 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental tendo como intuito efetivar a Reforma Psiquiátrica de forma que proporcionasse serviços de qualidade, de caráter humanizado e mediados pelo controle social, sendo assim necessária a participação dos usuários e também de seus familiares, mantendo sempre um discurso voltado para a luta antimanicomial levando em consideração a forma de tratar a pessoa em sofrimento psíquico.

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica passou a ser conhecida e oficializada que é ainda mais importante, como política do SUS. o CAPS se deu como uma estratégia lançada para prestar assistência as pessoas em sofrimento psíquico, traçando maneiras que favorecesse a construção de uma política que estivesse direcionada aos usuários de álcool e outras drogas.

Percebe-se que a Reforma Psiquiátrica passou por muitos acontecimentos cada qual com sua importância, porém, lutando por um objetivo em comum, o de proporcionar avanços na questão da luta antimanicomial e na desinstitucionalização. Portanto, é possível dizer que houve sim, mudanças significativas, pois, moldou o perfil da assistência a saúde mental no Brasil. Contudo, se fazem necessárias a constante construção e realização das políticas intersetoriais, as quais apresentem medidas estruturadas e não paliativas, visando assim, um fortalecimento e sempre uma qualidade para a saúde pública.

### **3 O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E AS DEMAIS DROGAS**

#### **3.1 Efeitos e consequências relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, levando em consideração o papel da família.**

O uso exacerbado de drogas vem sendo considerado como um fenômeno que tem acompanhado a sociedade e com isso, faz-se necessário entender que os efeitos e consequências se portam, nos mais diversos aspectos da vida do ser humano e conseqüentemente causa impacto na vida de seus familiares, de forma que repercute em vários âmbitos, pois, se propaga nas mais variadas e complexas relações da história da humanidade.

Sem dúvidas a família é um membro importante, ela está sempre em constante transformação e em meio a essa importância surgir à necessidade de incluir a mesma como peça fundamental nos relatos de busca pelo entendimento do uso e abuso de drogas, porém não queremos construir um diálogo onde a mesma seja a responsável pela problemática do século, e sim, temos a intenção de notar e valorizar a sua dimensão potencializadora diante das positivities e negatividades desses indivíduos. Porém, tendo sempre em vista que a família esteja ela como estiver inserida em qualquer das configurações, ainda assim é o meio mais viável para as interações com o mundo.

Então, Stamm (2004) chama atenção para a necessidade de olhar os familiares dessas pessoas que fazem uso abusivo de drogas não apenas como fonte esclarecedora de dados para anamnese do usuário, mas como auxílio afetivo para que esse usuário possa se sentir motivado pelo tratamento. Geralmente esses familiares não são inclusos no serviço de saúde, sendo válido ressaltar também que, poucos são os familiares inseridos no planejamento da assistência bem como, poucos são os que recebem cuidados, e quando ocorrem cuidados prestados a esses familiares, funciona de forma empírica e sem muita fundamentação teórica.

Torna-se fundamental retratar que a droga existe desde os primórdios, porém, seu uso era feito em diversas causas e maneiras sendo usadas de forma nociva e inofensiva, visto que a droga em muitos casos era usada como medicamentos e nesse caso havia a orientação médica de como tomar a dosagem, acontecia

também de fazer uso com fins religiosos ou culturais. Por outro lado a droga era usada de forma nociva, quando usada para sanar alguns problemas, dores e sofrimento.

Com o passar do tempo, foi se modificando a forma e o motivo pelo qual o indivíduo era motivado a fazer uso dessas drogas e isso ocorria conforme o período histórico que a sociedade estava inserida passou extinguir o uso dessas substâncias como forma de medicamentos, sendo assim, usadas apenas com o propósito de alterar o estado psíquico do indivíduo que consumia, e isso acabou gerando consequências sociais que após o século XX passou a ser visualizada como questão de saúde pública, uma vez que, muitas são as complexidades e consequências causadas tanto nos núcleos familiares, como na vida dessas pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, ocasionam malefícios em seus mais variados aspectos, sendo eles morais, físicos, sociais e psicológicos, tendo em vista que:

Droga é toda substância natural ou sintética, que, usada de maneira indefinida, modifica o comportamento emocional das pessoas, que procuram em sua ação euforizante a minimização dos sofrimentos, paralelamente à busca do fantástico e controverso mundo das viagens enganosas com suas falsas emoções e prazeres (FILHO, 2001, p.163).

Diante disso, estudo como o da SENAD (2010), revelam que novos contextos foram surgindo e em favor disso, novas formas de uso e abuso dessas substâncias crescem de forma alarmante em todos os segmentos do Brasil, levando em consideração que isso acontece nos mais diversos meios, afetando indivíduos de diferentes faixas etárias, condições de vida gênero, escolaridade dentre outros. Retrata-se ainda que apesar das sociedades apresentarem formas diferenciadas de cultura com relação ao consumo de álcool e outras drogas é necessário deixar claro que existem algumas semelhanças inerentes a essas substâncias, que se pauta na possibilidade de alterar as percepções, as sensações e o humor dos indivíduos.

Ao analisarmos esse consumo exagerado consideramos que existe um grande desafio para o setor público de montar parcerias, redes articuladas que possam dar conta da demanda de amenizar e/ou quem sabe solucionar o uso exagerado dessas substâncias psicoativas, visto que, toda essa problemática vem proporcionando serias complicações para a sociedade e também para seus familiares.

De acordo com SENAD (2010), é interessante está sempre criando e proporcionando novas formas de pensar o uso abusivo de drogas. E em favor disso, vem trazer a importância da comunidade está inserida no dia a dia desses serviços, proporcionando saberes locais, para que ocorra a viabilização e um saber coletivo, fornecendo assim caminhos para uma atuação significativa, permitindo assim a transformação ou melhoria, visto que, será possível conhecer de perto a realidade.

Essa perspectiva é de extrema relevância para as famílias dos usuários, pois, no momento em que gera uma articulação entre comunidade, família, serviços no geral e saberes diferenciados tornar-se mais propicio chegar a um saber mais abrangente, abrindo assim, caminhos que possa levar a um saldo de maior êxito.

Então, diante do aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas, houve a necessidade por parte da união de planejar a criação de planos, programas e ações as quais tivesse seus objetivos voltados para dar respostas a essa problemática, sendo valido ressaltar, a criação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), a qual foi instituída pelo Decreto nº4345 de 26 de agosto de 2002. Contudo houve em 2004 uma espécie de realinhamento e atualização na política, passando a se chamar de Política Nacional sobre Drogas. Visto que:

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada (SENAD, 2010, p.217).

Entretanto, essa política trouxe contribuições para as pessoas que vivem a lutar pelo uso e abuso de drogas, de forma que a mesma possa representar uma força maior em meio ao combate ao aumento das drogas. Tomando como base tudo que vem sendo discutido e as ideias de Bucher, Oliveira (1994) onde os mesmos salientam que tanto as substâncias lícitas como ilícitas são prejudiciais à saúde em seu sentido amplo, levando em consideração e de forma particular os danos associados ao uso das demais substâncias.

O álcool é uma substância que não tem sua mercantilização proibida, culturalmente ela é aceita pela sociedade, porém, acabam esquecendo o quanto a mesma é prejudicial, pontua-se que o álcool é a droga mais consumida pelas pessoas que “sempre buscou através dos seus efeitos a sensação do prazer, o

alívio da ansiedade e demais emoções, associando-se ou não a outras droga” (FILHO, 2001, p.25).

O aumento do consumo e precocidade com que as pessoas vêm experimentando e consumindo as substâncias psicoativas, tem despertado a necessidade de cada vez mais o diagnóstico e o tratamento precoces da dependência do álcool e das demais drogas tenham papel fundamental, para que assim seja possível promover habilidades de cunho psicossociais que possam proporcionar um crescimento social e efetivo ao indivíduo.

Concomitante ao exposto acima e ao que se vem dialogando Brasil (2004), vem salientar que o álcool muitas vezes é o percussor do uso de outras drogas, e por isso a necessidade de detectar esse “problema” precocemente, segue ainda dizendo que, pesquisas realizadas constatam que em âmbito geral, existe certo despreparo e desinformação dos indivíduos que convivem de forma direta com esse agravante, ou seja, os usuários, familiares e até mesmo os profissionais de saúde.

Essa comprovação causa uma preocupação extrema, ainda mais quando se sabe que já se foram feitas pesquisas que comprovam em números e dados que pessoas estão fazendo uso cada vez mais cedo do álcool. No ano de 2005, pela SENAD em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), a Unidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e também o Grupo Interdisciplinar de Estudo de Álcool e Drogas (GREA), as quais são relatadas no livro da SENAD (2010), esclarecem que 75% dos brasileiros que haviam sido entrevistados já fizeram uso de bebida alcoólica em alguma ocasião na vida, contudo, 12,3% tem idade entre 12 e 65 anos, tornando os mesmos dependentes dessa droga.

Percebe-se então que o crescente número de pessoas dependentes do álcool tornou o debate sobre esse tema algo expressivo, abrangendo as consequências advindas desse consumo precoce e abusivo o qual vem comprometendo a segurança e de forma mais expressiva, a saúde dos indivíduos. Em favor disso, surgiu à necessidade de uma política relacionada a essa problemática, e de fato foi criada no ano de 2007 a Política Nacional sobre o Álcool, a mesma apresenta como objetivo geral:

Estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a

redução dos danos sociais, à saúde e a vida, causados pelo consumo dessa substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (SENAD, 2010, p.222).

Diante do exposto, fica claro que a Política Nacional sobre Álcool tinha por intuito propor ações concretas e efetivas que viessem sanar efeitos causados pelo consumo do álcool, de forma que despertasse na consciência dos indivíduos o quanto essa droga é prejudicial para as pessoas que estão ao seu redor, assim como, para o próprio usuário. Muitas vezes a pessoa demonstra violência em seus atos e essa é uma das consequências do uso abusivo do álcool, mais precisamente isso repercute a doméstica, e varias são as pesquisas feitas nesse âmbito, inclusive o Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas demonstrou em uma de suas pesquisas que “52% dos casos de violência doméstica estavam ligados ao consumo de álcool pelo espancador” (SENAD, 2010, p. 103), porém esses são atos que nos revela o quanto esse uso vai gerando dependência e como o mesmo, influência no controle das atitudes do consumidor.

O uso de álcool é histórico e vem desempenhando papel relevante nos meios sociais, culturais e econômicos. E de maneira particular esse uso indevido de álcool, que muitas vezes gera dependência e independente disso gera consequências é tido como um grande desafio para os indivíduos que estão envolvidos, para os profissionais que lidam com eles e também para os familiares. A partir disso, é clara, porém, não é nova a necessidade de haver uma maior atenção às ações integrais, aos cuidados destinados as pessoas em situação de uso e dependência química, sendo também necessário dar suporte a família que convive com esse problema.

Visto que, o índice elevado de complicações familiar e social advindas do uso de álcool e de seus dependentes é uma problemática que ainda não foi resolvida, prevalecendo ainda a estigma, o preconceito, a exclusão, a discriminação desses indivíduos e de seus familiares.

Contudo, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), a qual “estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas possam ser conduzidos de forma planejada e articulada” (SENAD, 2010, p.217). A mesma é autora de significativa conquista que aconteceu em 2006, onde segundo a SENAD (2010), fez com que o Brasil fosse palco de destaque no cenário internacional, pois havia sido aprovada a Lei de Drogas nº 11343/2006 a qual tinha em vista, uma nova

forma de analisar, cuidar e tratar os usuários de drogas de modo a privilegiar o atendimento a partir da redução de danos, fazendo com que os usuários tivessem a oportunidade de pensar como estão fazendo uso dessa substância, assim como, buscava propor a reinserção do dependente ao meio social. Havendo assim, uma mudança na forma de punição, pois o que antes era baseado em castigos, agora estava associado a uma assistência que busca a reestruturação, tendo em vista a ressocialização do usuário, por meio de ações socioeducativas, ou seja, por penas alternativas.

Esse é um dos mecanismos de atenção à saúde mental, que tem como objetivo a humanização da assistência, uma vez que, apresenta uma nova forma de trabalhar, interpretar e lidar com essas pessoas que fazem uso e/ou abuso das substâncias psicoativas. Vale retomar e ressaltar que a Lei nº11.343/2006 (Lei De Drogas) institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) que tem como objetivos:

1. Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
2. Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
3. Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
4. Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
5. Promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

Entretanto, o nível de práticas e de promoção, que visam à inserção social e familiar do indivíduo ainda é baixa, porém, em favor dos avanços das pesquisas que dão ênfase aos vários motivos os quais são responsáveis pela dependência da pessoa ao uso de substâncias psicoativas, torna-se necessário atitudes e ações que visem formas de tratamento para o álcool e demais tipos de drogas, de forma que a realidade seja encarada de maneira particular, levando em consideração que cada pessoa tem uma motivação para fazer uso dessas substâncias psicoativas, ou seja, predomina a heterogeneidade, visto que, afeta aos indivíduos nas mais variadas maneiras, por diversos motivos, nos diferentes contextos e circunstâncias.

Ao se pontuar a questão da dependência química Schenker e Minayo (2003), ressalta que a família é alvo de grande importância, em meio a toda e qualquer literatura, levando em consideração seu papel de coautora, pois, é preciso levar em consideração que muitas vezes a família está inserida tanto, na esfera do

surgimento do abuso de drogas, assim como, fornecedora de meios de saúde para seus respectivos membros.

Silva (2004) vem trazer a ideia que a pessoa que se encontra na condição de dependência dessas substâncias psicoativas, materializa sua existência mediante as relações consolidadas com os outros indivíduos e não deve ser pensado de forma isolada, portanto, existe necessidade de dar relevância aos sentimentos familiares, pois, muitas vezes se encontram inconscientes e distantes emocionalmente.

Contudo, Caldeira (1999), propõe que o uso abuso e até mesmo a dependência, somente são deliberado diante da conjuntura que envolve a droga, a pessoa que faz uso da substância e o contexto familiar que no qual o usuário está inserido são fatores que fazem sim, diferença e acaba por influenciar.

Sendo assim, é preciso pensar que, geralmente as famílias do dependente químico encontra-se em situação de vulnerabilidade, fragmentada, em meio aos diversos e constantes conflitos, levando em consideração o alto índice de consumo dessas substâncias o que torna ainda mais difícil o controle da situação.

Silva (2004) traz a ideia que essa mesma família pode sim, ser analisada pela equipe de saúde como uma peça fundamental no tratamento e recuperação da pessoa em dependência química. Ainda sobre o relato da autora, a mesma diz que cada indivíduo assume e/ou desempenha uma atividade diferenciada, onde naturalmente essa distribuição é feita pela própria família.

Então, cabe dizer que em alguns casos a inserção do vício na família acaba por ocasionar prejuízos tanto emocionais, de instabilidade financeira e isso de certa forma reflete no desempenho do papel familiar, sendo assim, necessário um reajuste onde, a família passa a obter uma nova forma de lidar com o usuário, visto que, o vício acarreta problemas como brigas, separações, rompimento com os laços afetivos e até mesmo a morte. Em comum com essa ideia, Matos et al (2008), traz que um fato importante e comum que ocorre no cerne de algumas famílias de dependentes químicos é a quebra de vínculos, antes afetivo, ou seja, o afastamento entre o indivíduo e sua família.

Por outro lado, Silva (2004), diz que as famílias tem o poder de construir uma maneira de lidar e cuidar tão firme e estruturada que são capazes de enfrentar e superar as controvérsias do dia-a-dia, o que torna a recuperação do indivíduo mais eficaz.

Segundo Sandock e Sandock (2007), as famílias podem influenciar indiretamente no processo de uso, abuso e até mesmo de dependência química. No cotidiano é comum deparar-se com os termos co-dependência, co-alcoolismo, co-adicção, sendo os mesmos, usados para assinalar os padrões comportamentais dos indivíduos acometidos pelo uso abusivo ou dependência de substâncias químicas de algum familiar. Outro fato a ser mencionado é a questão da aceitação da dependência como doença, pois muitos são os familiares e usuários que negam a realidade e conseqüentemente evita procurar tratamento. A negação torna-se o frequente no âmbito de algumas famílias, e essa é uma forma de se proteger, pois na verdade em alguns casos a família acaba se culpabilizando pelo problema.

Rosa (2008) comunga dessa ideia quando vem dizer que, tanto os usuários de álcool como os das demais drogas estabelecem uma negação que parte dos usuários e também dos familiares. Conseqüentemente, torna-se mais inviável trabalhar com esses indivíduos, visto que, os mesmos carregam a ideia de que são capazes de beber e se drogarem, pois, tem controle de si próprio. Ainda segunda a autora, vale ressaltar que em alguns casos quando reconhecidos pela família como pessoas em dependência química é interpretado pela mesma como indivíduo que tem falta de vontade de largar o vício, que não larga por safadeza, sem-vergonhice, ou até mesmo por falta de caráter. Essa atitude muitas vezes é fruto da recaída, da descontinuidade do tratamento, deixando a família de certa forma frustrada, desanimada e decepcionada.

Diante de tudo que foi exposto é importante pensar pelo lado de que, para que haja uma mudança na vida do usuário que faz uso prejudicial de substâncias psicoativas, é necessário encarar a realidade sabendo que o indivíduo no momento que busca participar desse tratamento, sem dúvidas ele avançou, porém, é um movimento constantemente crescente e decrescente, ou seja, é normal haver recaídas. O indivíduo passa por essas fases, entretanto quando negativa não devem ser encarada nem pelo indivíduo nem pela família como retrocesso do tratamento e sim, como algo advindo do processo de abstinência.

Portanto, quando essa abstinência insistir em se manter é necessário montar estratégia que possibilite uma nova rotina, novo ritmo, outras ocupações as quais, tenham o intuito de afastar o indivíduo de toda e qualquer motivação relacionada ao uso de substâncias psicoativas.

As lutas contra o uso abusivo de substâncias psicoativas devem ser baseadas no amor, afeto, cumplicidade e também numa nova chance de credibilidade e confiança, a qual deve ser proposta pela família no intuito de fazer valer na recuperação do dependente, visto que, o tratamento para apresentar um melhor resultado requer que o usuário tenha o desejo de romper com o uso dessas substâncias psicoativas, assim como requer redes de afeto efetivo para que juntos possam propor o restabelecimento do indivíduo e também do seu familiar.

Vale ressaltar, que ainda está impregnada a exclusão social ao indivíduo que faz uso de substâncias psicoativas acarretando assim, perda dos direitos humanos e cívicos dos mesmos. E é justamente diante desse contexto que se pauta a política de saúde mental no Brasil, pois, a mesma busca o reconhecimento do indivíduo em sofrimento psíquico, como sujeitos de direitos, os quais necessitam de uma assistência de melhor qualidade que proporcione acesso a um tratamento que possibilite inserção social junto à família, no trabalho, que insiram no meio social de forma que possa ao menos amenizar o preconceito que perpassa a vida destes usuários e de seus familiares.

No próximo tópico, será feita uma abordagem sobre a implementação CAPS ad, os quais tem grande relevância, pois oferece tratamentos aos usuários de álcool e outras drogas, será abordado também a proposta de redução de danos, sendo essa uma estratégia de atendimento implantada no CAPS ad.

### **3.2 CAPS ad incorporando a proposta de redução de danos como estratégia de atendimento.**

Ao longo desse estudo temos discutido que no Brasil, assim como em outros países a realidade quanto ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, tem acarretado sérios problemas de vida devido ao uso, abusivo e dependência cada vez mais precoce de substâncias psicoativas. Diante disso, o ministério da Saúde oferece e orienta no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a prática terapêutica, sendo essa considerada como a maior política de inclusão social. Visto que, está pautada nos princípios doutrinários e éticos, da universidade, integralidade e da equidade. Vale ressaltar que a saúde pública durante longos tempos não proporcionava ações

ordenadas que viabilizasse o tratamento e prevenção do uso e abuso de substâncias psicoativas.

Foi publicada no mês de abril de 2001 a Lei nº 10216/2001 a mesma tinha suas diretrizes conforme os princípios promulgados na política de saúde mental que se encontra em vigor, propondo a proteção e também os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, dispõem de novo impulso e também novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Tanto essa lei como as resoluções da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a mesma contou com a participação dos movimentos sociais de usuários e seus familiares, ocasionando mudanças nas práticas direcionadas as pessoas em sofrimento psíquico e conseqüentemente aos que sofrem de transtornos advindos do consumo abusivo de álcool e outras drogas.

Foi crescendo a instauração de novas práticas de saúde destinadas para pessoas que faziam uso dessas substâncias psicoativas. Em 2002 é instaurado o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos usuários de álcool e outras drogas em consonância com o SUS, tendo como princípio a assistência aos usuários com problemas conseqüentes do uso de álcool, e também a seus familiares, salientando a importância dos serviços articulados as redes, sendo estes abertos as comunidades e não hospitalares, vinculados ao apoio das estratégias de redução de danos.

Os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de drogas (CAPS ad) são dispositivos estratégicos dessa rede, os mesmos foram criados em 2002, ou seja, mesmo ano em que foi instaurado a Política Nacional sobre Drogas (PNAD).

Com a implantação do CAPS ad, os dependentes químicos passaram a ter assistência diferenciada e específica de modo que possibilita atender a esses usuários e conseqüentemente suas necessidades de forma singular.

Oferece atendimento diário em três modalidades, intensiva, semi-intensiva e não intensiva, contribuindo e possibilitando o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua e intervenções precoce, limitando o estigma associado ao tratamento (OLIVEIRA, 2007, p. 187).

Tanto os CAPS ad, como os demais serviços encontrados na rede de saúde mental atualmente, têm de propor o uso contínuo e efetivo dos conceitos de rede e território e também uma abordagem de modo ampliado sobre a redução de danos, de forma que, realize um exercício ativo e ordenado de procura das necessidades,

as quais devem ser atendidas por inteira, necessidades as quais devem ser atendidas por inteira, necessidades essas que se encontram no meio cultural e da comunidade que os usuários estão inseridos, porém deve estar pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Com isso podemos salientar que:

Como nas outras áreas da saúde mental, a organização da rede deve ser diversificada, complexa, com abordagens diversas e na perspectiva da integração social do usuário. É uma rede em formação, ainda muito distante das necessidades da demanda, e que busca recuperar o tempo perdido pela saúde pública no enfrentamento da questão (DELGADO et al, 2007, p. 74).

Entretanto os CAPS ad são instituições que tem como objetivo proporcionar aos seus usuários, a população e também aos seus familiares, um atendimento que ofereça atividades terapêuticas, ambulatoriais, preventivas a qual possibilite a reinserção do usuário de drogas na sociedade, uma vez que, essas instituições buscam:

01. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; 02. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; 03. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; 04. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; 05. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; 06. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, mostrando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas; 07. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso de dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influencia dos fatores de risco para tal consumo; 08. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (BRASIL, 2004, p. 34).

Entretanto, o CAPS ad requer o bem-estar dos usuários e também de seus familiares, com isso desempenha ações com o propósito de melhorar a vida de ambos de forma que viabilize os seus direitos e como ter acessos aos mesmos. Diante disso, é importante salientar que necessariamente o CAPS ad deve manter uma estratégia onde a abstinência não seja o único critério levado em consideração, visto que, o papel da família é de extrema relevância e por isso tanto a família como o usuário devem ser chamados a participar, discutir e até mesmo reconstruir o desempenho terapêutico destinado ao usuário, demandando o cuidado.

Contudo, não trata apenas de substituir ou aprimorar as estruturas já existentes, mas criar sempre novas estratégias de cuidados, e claro, de natureza comunitária ou territorial. Com isso, percebe-se a necessidade de manter um trabalho em rede, onde a mesma esteja vinculada a saúde mental de base comunitária de forma que os indivíduos e familiares desenvolvam suas vidas em ambiente social e cultural concreto, esquivando-se do isolamento. Visando propor um melhor resultado para essa luta que vem sendo demandada por muito tempo e que se tornou caso de saúde pública, comprometido com um atendimento diferenciado, atendimento extra-hospitalar, os quais são substituídos aos modelos hospitalocêntricos.

Como já mencionados os CAPS, dentre os vários dispositivos de que compõe a rede comunitária de serviços de atenção à saúde mental, segundo o Ministério da Saúde, são consideradas as principais estratégias do processo de reforma psiquiátrica.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004, p.9).

Diante disso, vale salientar que apesar de estratégicos os CAPS precisam dos demais dispositivos que fazem parte da rede de cuidados em saúde mental, sendo, portanto, fundamental a união entre a atenção básica e a saúde mental.

As ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais dessa articulação entre saúde mental e Atenção Básica: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade /interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares. (BRASIL, 2004, p.79).

Várias são as modalidades de CAPS evidenciados na rede de Atenção a Saúde Mental, porém foi o CAPS ad que acolheu os princípios da Política de Atendimento Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, assumindo "(...) de

modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2004, p.9).

De acordo com Brasil (2004) essa prevenção pode ser direcionada para as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas podem ser determinadas como um processo de planejamento, implantação e implementação de diversas estratégias articuladas a redução de elementos de riscos específicos, assim como ao fortalecimento dos elementos de proteção.

Nesse sentido, é válido dizer que não só as prevenções, mas também as ações incentivadas passam a serem estratégias de grande relevância, porém, as mesmas devem ser executadas nas mais variadas esferas do âmbito social e mais precisamente em todos os níveis de atenção e por isso, a necessidade de implantar ações intersetoriais, de forma que todos tenham o mesmo objetivo, onde juntos, esses diferentes setores possam propor um resultado mais objetivo, ou melhor:

(...) instaurar em todos os campos da saúde pública uma atitude que, ao mesmo tempo, garante as especificidades acumuladas ao longo do tempo em cada núcleo de saber e, para os outros, de modo a constituir novos olhares, novos dispositivos de intervenção (BRASIL, 2004, p.9).

Diante disso, é preciso salientar que a Portaria de nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 determina nas normas e diretrizes para a organização de serviços que estão vinculados a saúde mental, ou seja, aos diversos serviços substitutivos que vem se instaurando no Brasil são regulamentados por essa portaria e contempla a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Pode-se dizer ainda que:

Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que tem a missão de dá um atendimento diurno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p.12).

Pontua-se que, para chegar aos objetivos almejados o CAPS ad tem de executar atividades que tenha o propósito de aperfeiçoar a assistência concedida aos usuários, de forma que realize:

a- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); b- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativa, atividades de suporte social, entre outras); c- atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio; d- visitas e atendimentos domiciliares; e- atendimento à família; f- atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; g- os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias; h- atendimento de desintoxicação (PORTARIA GM/336, 2002).

São essas atividades acima citadas que proporcionam o entrosamento dos usuários entre si com os profissionais, familiares e também com a comunidade, assegurando assim a uma saúde de melhor qualidade.

Ainda conforme pontua a portaria 336/GM de 2002, os CAPS ad pode atender até 45 usuários por dia, geralmente funcionam de 08:00 as 18:00 horas durante dois turnos, nos cinco dias úteis da semana. Sendo necessário manter entre 2 a 4 leitos para caso de crise de abstinência e também para repouso dos usuários, porém, em casos de crises fortes o CAPS ad não dispõe de estrutura suficiente para atender a essas crises, portanto quando acontece torna-se necessário a internação dos mesmos, sendo assim removidos para hospitais gerais, o que torna indispensável à união, parceria dos CAPS ad com a rede de assistência a pessoas em sofrimento psíquico.

A portaria GM/336 em consonância com os recursos humanos, vem nos dispor da informação que, a equipe de CAPS ad deve ser composta por 01 psiquiatra, 01 médico clínico, 01 enfermeiro especialista em saúde mental, 06 profissionais de nível superior, os quais sejam das categorias profissionais: assistente, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, enfermeiro e preparador físico, visto que, os mesmos assumem relevância para realizar o projeto terapêutico e ainda mais 06 profissionais de nível médio, estando eles distribuídos entre os técnicos administrativos, técnico educacional, técnico de enfermagem e artesão. Todos esses formam a equipe de profissionais, os quais assumem suas responsabilidades conforme suas especialidades, sendo os serviços: primeiro atendimento, grupo operativo, acompanhamento diário, triagem, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, assistência ambiental, avaliação e acompanhamento das necessidades clínicas.

Os usuários quando chegam ao CAPS ad tem um primeiro atendimento,

momento onde ocorrem os repasses das informações sobre o objetivo, as regras e metas que compõem a instituição, em seguida são feito o Projeto Terapêutico Individual (PTI) do usuário, pontuando quais as necessidades mais urgentes para que mediante isso possa ser realizada ações que ajude de forma eficaz na sua recuperação, proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida tanto para eles, quanto para seus familiares.

A instituição em sua chegada faz-se também o seu perfil sócio econômico, no qual é delimitado a sua faixa etária, escolaridade, renda mensal, etnia e isso é realizado, pois possibilita conhecer onde e como vivem esses usuários e também como forma de entender quais as necessidades sociais onde os mesmos são inseridos.

De acordo com Brasil (2004), o CAPS ad precisa de uma equipe que tenha um posicionamento acolhedor e que passe disponibilidade, sendo assim um dos fatores importantes para adesão do usuário em tratamento, contudo não se resume somente a isso, assim como, as várias técnicas terapêuticas usadas pelos profissionais, é sem dúvidas um meio de facilitações de adesão aos cuidados oferecidos pelo serviço e sem falar, no vínculo que acontece entre profissionais, usuários e entre os familiares (quando presentes) no momento em que se realizam essas atividades.

O vínculo terapêutico é aquele que desenvolve entre o paciente e o profissional ou a equipe que o atende. Esse laço se desenvolve lentamente, pois estas pessoas preocupam-se em serem enganadas ou abandonadas. O vínculo também não tem um desenvolvimento linear e sofrem altos e baixos de acordo com o surgimento dos sentimentos e acontecimentos que envolvem o tratamento. Mas, pouco a pouco este vínculo se desenvolve, propiciando o surgimento de confiança e facilitando o engajamento do paciente. O conceito psicanalítico de "transferência" se refere a certa de vínculo do paciente com o terapeuta, que é considerada ferramenta fundamental para as mudanças ocorridas em análise. (SENAD, 2010, p.184).

Essas e tantas outras regalias como o funcionamento em lugar amplo, onde tenham espaços suficientes para comportar todos eles de forma que os acomode da melhor maneira e garanta o seu bem estar, são peças de grande significância para a permanência do usuário no tratamento. Portanto, como vem se discutindo o CAPS ad oferece tratamento as pessoas vítimas de substâncias viciantes, cuja implicação se da em decorrência do uso e/ou abuso das mesmas, onde procura trabalhar de

forma preventiva. Porém, para que aconteça é necessário que o CAPS ad seja norteado pela Política Nacional de Redução de Danos, uma vez que, busca minimizar os efeitos e consequências que o álcool e as outras drogas trazem para a sociedade, para os familiares e para os próprios usuários.

Considerando especificamente a atenção aos problemas de álcool e outras drogas, a estratégia de redução de danos visa minimizar as consequências adversas criadas pelo consumo de drogas, tanto na saúde quanto na vida econômica e social dos usuários e seus familiares. Nessa perspectiva, a redução de danos postula intervenções singulares que podem envolver o uso protegido, a diminuição desse uso, a substituição por substâncias que causem menos problemas, e até a abstinência das drogas que criam problemas aos usuários (SILVA 2012 apud, BRASIL, 2013, p.58).

Essa estratégia de redução de danos desempenhada pelo Ministério da Saúde vem desenvolvendo um papel no qual reconhece os usuários em sua particularidade e incentiva o mesmo a participar e integrar em meio as estratégias de defesa de sua vida. Segundo SENAD (2010), a proposta de redução de danos surgiu no ano de 1992 em Santos no Brasil, a mesma estava atrelada e articulada com os princípios do SUS, sendo essa via de resposta ao aumento do HIV entre usuários de drogas injetáveis, nesse momento foram inclusas atividades de redução a esse fato, sendo elas as seguintes:

A troca de seringas usadas por estéreis e descartáveis, a distribuição de preventivos, a disponibilização de informações sobre o usar o equipamento de injeção com menos risco de contaminação e sobre cuidados para a prática de sexo seguro. Além disso, os usuários recebem informações sobre serviços de saúde para a realização de exames e de tratamento para problemas clínicos e para a dependência de drogas (SENAD, 2010, p. 178).

Essas atividades tinha em vista a saúde do usuário, no intuito de trazer benefícios as suas vidas, contudo não existiam ações de repressão que coibisse os usuários, e em favor desse posicionamento, geraram-se dúvidas quanto as propostas de redução de danos, pois esse posicionamento foi por muitas vezes encarado como incentivo e aumento do uso da droga e não como um meio de solucionar essa problemática.

Se tratando de álcool e demais drogas, a redução de danos vem sendo uma estratégia de saúde pública, a qual tem como foco a redução de prejuízos causados pelo uso das drogas lícitas e ilícitas, mantendo sua vida preservada, ou seja, buscam meios que proporcione atitudes não preconceituosas, visando assim a

autoestima e a motivação dos usuários a procurar tratamento, sem exigências imediatas de abstinência. Visto que:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Alias, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde em qualquer nível de ocorrência devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, como cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2004, p.11).

Então, percebe-se que essa estratégia precisa ser analisada sem padronização de abordagens, o que implica dizer que cada usuário tem uma forma diferenciada de lidar com as drogas e em função disso, é necessárias práticas que compreendam a diversidade.

Vale salientar, que o foco dessa estratégia é mais voltado para a defesa da vida humana do que para a abstinência, uma vez que, as estratégias demandadas pela redução de danos não privilegia o consumo de drogas, de forma que almeje a solução e/ou até mesmo a extinção imediata, e sim, almeja estratégias que priorize a diminuição no que tange ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas, colocando em foco as questões centrais que devem ser abordada no tratamento, sendo elas, “os aspectos emocionais e sociais, os modos como o paciente se relaciona com os demais e consigo mesmo, a função que tem o uso da droga para essas pessoas” (SENAD, 2010, p.185).

Diante do que vem sendo exposto vale mencionar algumas estratégias de redução de danos relacionados ao consumo abusivo de substâncias psicoativas, onde de acordo com Brasil (2004), uma delas está pautada na produção de bebidas com baixo nível de teor alcoólico, assim como uma maior dificuldade de acesso as bebidas alcoólicas, visto que, os prejuízos causados e função da mesma e das demais drogas são posto em pauta a todo o momento, a direção de um veículo no momento de embriagues é um fator de risco não só para o indivíduo como também para a população. E em meio a isso faz necessário a considerar que mesmo sabendo desses riscos, as pessoas podem muito bem considerar ou não esse fator como sendo crucial para o “deixar de consumir”, contudo, independente da posição é necessário esclarecer os riscos que correm essas pessoas que fazem uso dessas substâncias psicoativas.

Ainda se referindo as estratégias para diminuir os riscos no tratamento direcionado as substâncias psicoativas, Cruz (2003) e a Senad (2010) comungam dessa ideia quando se reportam a favor da “terapia de substituição”, ou seja, quando ressaltam que a troca de uma determinada droga por outra, desde que, apresente diminuição nos riscos e danos causados as pessoas que fazem uso dessas substâncias psicoativas. Os mesmo dizem ser uma das práticas de redução de danos.

Sendo assim, podemos dizer que a estratégia de redução de danos tem como objetivo “o desenvolvimento de ações que diminuam os danos provocados para cada individuo e para a coletividade” (CRUZ, 2003, p.356). Porém, existem críticas a essa estratégia, visto que, a mesma pode ser um incentivo ao uso e/ou abuso de substâncias psicoativas. Em resposta a essas críticas Cruz (2003), diz que apesar de acatar a ideia de que os indivíduos não deveriam fazer uso de drogas, todavia ele prefere beber da ideia, de que cada qual tem seu posicionamento e o dele está atrelado a perspectiva onde está pautado o discurso de que se fazem, façam com o menor risco possível. Com isso, é preciso pontuar que a estratégia de redução de danos vem disponibilizando de práticas acolhedoras, preventivas, sem julgamento, dando oportunidade ao que é possível e necessário, reconhecendo sempre o usuário perante sua individualidade. Traçando com os mesmos estratégias e meios de tratamento, as quais estejam voltadas para o acesso de uma vida mais digna.

Nessa perspectiva, Veloso, Carvalho e Santiago (2007), enfatizam que a redução de danos proporciona uma melhor qualidade de vida para o usuário, mostrando-o e considerando sua liberdade como alvo para suas decisões, desde que tenha consciência dos efeitos e consequências trago por essas substâncias. E isso, reflete na centralidade da pessoa humana, visto que, é na pessoa que faz uso prejudicial de drogas que se encontra o objetivo central para a redução de danos e não na proibição da substância. Com isso, percebe-se que os danos advindos desse uso não são deliberados pelo consumo da droga em si, mas também pelos diversos motivos que ocasionou o uso em meio ao seu contexto sociocultural.

Pontua-se que, a utilização dos conceitos de redução de danos como estratégia de tratamento no CAPS ad é de total relevância, pois proporciona um relacionamento dos danos e riscos que o uso dessas substâncias psicoativas traz para a vida dos usuários. Viabilizam ainda, um contato onde haja entendimento e respeito com as decisões tomadas pelos mesmos.

### **3.3 CAPS ad, família sob a perspectiva das experiências vivenciadas no campo de estágios**

O CAPS ad é um dispositivo de assistência especializada de saúde pública e integram a rede do Sistema Único de Saúde, é um serviço aberto e destinado para fazer atendimento de pessoas com transtornos, cuja implicação se dá em decorrência do uso e/ou abuso de substâncias psicoativas, onde procura trabalhar de forma preventiva, através da estratégia de Redução de Danos, uma vez que a mesma busca minimizar os efeitos drásticos causados pelas drogas seja elas, na saúde, na vida econômica e social dos usuários e de seus familiares.

Se tratando de família é importante frisar que a mesma assume um elo significativo entre os usuários e o mundo. Por isso, a necessidade articular parcerias dos familiares com o tratamento dos usuários, porém, essa relação deve ocorrer com muita proximidade, onde os familiares possam ser informados sobre o serviço que ali é destinado a seu familiar. Contudo, é implícito que o conhecimento que esses familiares detêm é algo superficial sobre esse serviço.

Entretanto, não estamos aqui pra culpar nenhum dos lados e isso é preciso ficar claro, pois assim como há falhas nos serviços prestados pelos CAPS ad, também existe falhas no papel da família. Visto que, muitas vezes as famílias não tem interesse em aprofundar seu conhecimento sobre o assunto, sobre o serviço.

E isso nos leva a concordar com Rosa (2008), quando a mesma diz que a família tende a repassar seus deveres e sua esperança de cura para a instituição e, sobretudo para o serviço médico. Diante disso, é possível notar que a família em muitos casos não está capacitada para lidar com o problema. Podendo também levar em consideração que os serviços podem estar voltados especificamente para os usuários e com isso a família tende a ser deixada de lado, como se a mesma não tivesse tanta importância no desempenho do tratamento, restando apenas a condição de esperar os resultados advindos do tratamento, podendo ser eles positivos ou negativos.

Portanto, em alguns casos falta, um esclarecimento aos familiares sobre esse tratamento que é oferecido na instituição. Sendo também necessária a busca desses familiares por maior entendimento até porque, como foi citado anteriormente o conhecimento é superficial sabem na maioria dos casos que o CAPS ad é o local

onde trata das pessoas que fazem o uso de álcool e droga e esse é um conhecimento restrito, porém, para que haja uma melhor informação é necessário que os profissionais estejam disponíveis para prestar informações claras e também traçar estratégias das quais os familiares esteja envolvidos, para que assim aconteça um melhor desempenho do tratamento e na convivência.

Afinal, a relação da família com o dependente químico chega muitas vezes a ser dolorosa e difícil, pois se encontra atrelada as consequências geradas pelo uso prejudicial de substância psicoativa e em meio a isso a convivência, as relações familiares passa a ser ainda mais fragilizadas. Caldeira (1999) ressalta que alguma dessas consequências acarretam para as famílias a sensação de medo, insegurança e também de impotência em meio a situação.

Diante disso, é possível perceber também que não só o familiar tem consequências devido ao uso, usuário é o mais afetado, levando em consideração que a saúde se torna fragilizada, o convívio com o social e com a família passa a ser algo que não tem tanta importância, pois alguns optam viver nas ruas como forma de facilitar o acesso ao consumo e quando passam a viver em função da droga é preciso entender que esse é também um caso de saúde pública, onde de acordo com Schenker (2008), o uso e/ou abuso de drogas pode ser considerado um problema de saúde pública, pois é preciso levar em conta que, ocasiona problemas tanto ao usuário quanto a seus familiares e a sociedade.

Normalmente, os familiares apresentam comportamentos diferenciados em relação a instituição, sendo que uns frequentam muito pouco a instituição e quando questionados pelos profissionais da instituição os familiares normalmente relatam que o motivo é falta de tempo, quando isso acontece, é possível perceber a falta de compromisso de alguns em não articular o tempo de forma que encaixe sua frequência a instituição.

Alguns familiares até reconhecem a importância da família acompanhar o tratamento para recuperação dos usuários sendo que, nem todos que reconhecem participam como deveriam, outros relatam não ser necessário o apoio da família e na maioria desses casos a superação do vício passa a ser ainda mais difícil. Visto que, [...] “a função básica da família é a socialização de seus membros sendo ela uma instituição mediadora entre o sujeito e os hábitos, as leis e a ética social” (SCHENKER, 2008, p.152).

Outra insatisfação apresentada pelos familiares está relacionada à questão do CAPS ad de Sousa-PB não prestar atendimento integral deixando livres os usuários durante as noites e fins de semana. Fato esse que geralmente influencia os usuários voltar a consumir drogas.

Diante disso, é possível pensar na necessidade de um maior comprometimento tanto dos familiares, [...] “não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diariamente das atividades do serviço [...]” (BRASIL, 2004, p.9). Assim como, e não menos importante é necessário que as instituições articulem estratégias mais motivadoras fazendo com que os familiares sintam-se atraídos a participar dos serviços do tratamento e também na qualidade de vida de todos.

Em meio a esse tópico, onde se encontra opiniões diversas que envolvem o papel familiar e institucional enquanto articuladores de estratégias para uma melhor vivência e convivência entre familiares, usuários e sociedade é entendido pelas representações sociais como algo que simboliza as situações e atos, visto que, o modo de encarar a realidade e algo que varia. Levando em consideração e de modo particular a forma que cada qual se posiciona perante os fatos baseados nas experiências sociais, envolvendo “fenômenos específicos que estão relacionados com um modelo particular de compreender e de se comunicar um modo que cria tanto a realidade como o senso comum” (MOSCOVICI, 2003, p.49).

Ainda de acordo com o que se foi discutido nesse tópico, conforme as representações sócias Moscovici (2003), vêm dizer que os indivíduos não são propagadores de informações prontas, ou até mesmo seguidores de ideologias e/ou crenças coletivas, mas sim, indivíduos pensantes, diante das mais diversas circunstâncias presentes na sociedade, capazes de criar e comunicar suas próprias representações e soluções diante das questões que se colocam.

Diante disso, fica possível entender porque tantos pensamentos diferenciados diante de um único objetivo. Pois, no contexto das representações o pensamento é algo que parte do real, algo que é construído e não determinado.

## CONCLUSÃO

O estudo aqui exposto, intitulado pela relação familiar com o CAPS ad da cidade de Sousa – PB remete ao entendimento de como a família está implicada no desenvolvimento do tratamento oferecidos aos usuários de álcool e outras drogas.

Sendo assim, permitiu - se aprender que a desinstitucionalização trás em seu cerne questões atreladas ao âmbito familiar, quando no mesmo existem pessoas em sofrimento psíquico, pois, os avanços apontados a esse novo modelo assistencial, requer da família um comprometimento efetivo para com o tratamento oferecido aos usuários.

No entanto, foi possível perceber a adversidade de opiniões sobre essa temática, contudo, tomando como base, a pesquisa bibliográfica feita a respeito da temática, bem como, a experiência de estágio, é possível perceber que os familiares muitas vezes apresentam – se ausentes no período de tratamento, além disso, ainda foi possível constatar que em alguns casos a família se encontra fragilizada com o surgimento da droga em seu núcleo e como consequência a reação da família, ao saber de exclusão, rejeição do usuário, porém, tem casos em que a família nega a existência da droga como forma de defesa.

Se tratando dessa irrelevância quanto à participação dos familiares ao tratamento, é necessário ressaltar que isso, não se justifica pelo único viés do não querer, mas, também está relacionada ao quesito instituição, no momento em que não trabalham com a participação ativa dos mesmos, de forma a despertar nos familiares a necessidade de trabalhar em parceria, mostrando de forma clara o serviço prestado pela instituição, enfocando as devidas necessidades e condições da família.

A família e a instituição devem ter claro a ideia que não é apenas o usuário que precisa de cuidados, os familiares também precisam, uma vez que é a família que está diretamente ligada ao desenvolvimento saudável ou adoecido de seus membros.

Nesse sentido, é preciso pensar que são nas famílias que nascem os primeiros vínculos, desde os mais harmoniosos aos conflituosos, afinal se trata de um grupo aonde as relações vão se construindo e por isso a necessidade da própria ser considerada como parte importante no tratamento, com isso é necessário

analisar quais as suas representações acerca da doença, de modo que busque sempre e cada vez mais a motivação da mesma para a mudança.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Louco pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial.** Disponível em:

<[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)> Acesso em: 25/08/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde Mental: **Política Para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília 2004B.

Disponível em:

<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>> Acesso em: 20/03/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição.** Brasília: 2004C Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool\\_reducao\\_danos2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool_reducao_danos2004.pdf)>. Acesso em: 31/03/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção Psicossocial.** 1ed. Brasília: Ministério da Saúde 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Mental. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma Psiquiátrica dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Carecas.** OPAS: Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e projeto ético – político do Serviço Social: elementos para o debate.** In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. *saúde e Serviço Social.* 4ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

\_\_\_\_\_. BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de saúde no Brasil.** IN: MOTA, Ana Elizabete et al. *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.* 2 ed. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2007.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, 1994.

BRUSCHINI, Cristina. **Teoria Crítica da Família**. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo (orgs). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CALDEIRA, Zélia Freire. **Drogas, Indivíduo e Família**: um estudo de relações singulares. Disponível em: <<http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/caldeirazfm/pdf/capa.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

Cruz, M. S., Sáad, A. C. & Ferreira, S. M. B. **Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: v.52, 2003.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho [et al]. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. In: MELLO, Marcelo Feijó; Mello, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Roberto (orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FILHO, Pedro Cardoso. **Álcool e drogas ilícitas**. Vol. 1. João Pessoa: A União Superintendência da Imprensa e Editora, 2001.

FREYRE, Gilberto. **Casa grande & Senzala**: Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 48 ed. Recife: Global Editora, 2003.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Saúde Coletiva**. IN: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Tratado de saúde coletiva*. 2ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MATOS, Maria Tereza Soares. et al. Grupo de orientação familiar em dependência química: uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n.1, janeiro/ abril de 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOSCOVICI, Serge. O fenômeno das representações sociais IN: MOSCOVICI, Serge **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho Guaresch. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, Claudete J. **O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo Estado brasileiro**. In: BRAVO, Maria Inês Sousa et al. *Saúde e*

Serviço Social. 3ª ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro. 2007.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. **Do ajustamento à intervenção da cidadania: Serviço Social, Saúde Mental e intervenção da família no Brasil.** In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão [et al]. Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5ª ed. São Paulo: Cortez. 2010.

**PORTARIA N° 336/GM, EM 19 DE FEVEREIRO DE 2002.** Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em 30 mar. 2014

REZENDE, Heitor. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica.** In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. 7ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família.** 2ª ed. São Paulo: Cortez. 2010.

SADOCK, Benjamin James; substâncias. In: SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** Tradução de Claudia Dorneles. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, Muriella Sisa Dantas; VELÔSO, Thelma Maria Grisi. **Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares.** Interface - Comunicação, Saúde e Educação, São Paulo, v.12, 2008.

SCHENKER, Mirian; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.8 nº1, 2003.

\_\_\_\_\_. Mirian. **Valores Familiares e o uso abusivo de drogas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SENAD, Presidência da República. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para conselheiros e lideranças Comunitárias.** 3 ed. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas – SENAD, 2010

SILVA, Priscila Soares **A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: a experiência dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Juiz de Fora - MG. JUIZ DE FORA 2012.** 135f. Tese (Mestrado) Universidade Federal de Juiz de Fora. 2012. Disponível em <<http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2012/05/priscila.pdf>> acesso em: 26 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Mara Regina Santos. Convivendo com o alcoolismo na família. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos. **O viver em família e sua interface com a saúde e doença**. 2 ed. Maringá: Eduem, 2004.

\_\_\_\_\_. Priscila de Lima. **As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento**. 205f. Tese (Mestrado). Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia. 2007.

SILVESTRE, Alex Alves; SOUSA, Ana Carmita **Bezerra**. **Compreendendo os arranjos familiares Contemporâneos e os reflexos dessa Reestruturação social no espaço escolar**. Disponível em: <<http://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/10c66082c124f8afe3df4886f5e516e0.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

STAMM, Maristela. **Quebrando o silêncio no cuidado transdimensional a mulheres alcoolistas em família**. 218f. Tese (Mestrado). Pós graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/101753/210718.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

SZYMANSKI, Heloísa. **Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança**. In: Serviço Social e Sociedade 71. Cortez, 2008.

VASCONELOS, Ana Maria de. **Sociedade, saúde e Serviço Social**. IN: VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 5ed. São Paulo: Cortez, 2007.