



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

ÉRICKA PALOMA DA SILVA LOPES

**A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO  
PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DO CAPS' AD EM  
SOUSA/PB.**

SOUSA/PB

2015

ÉRICKA PALOMA DA SILVA LOPES

**A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO  
PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DO CAPS' AD EM  
SOUSA/PB.**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Serviço Social como requisito parcial  
para obtenção de título de bacharel em  
Serviço Social pela Universidade Federal  
de Campina Grande,

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

SOUSA/PB

2015

ERICKA PALOMA DA SILVA LOPES

**A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO  
PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DO CAPS' AD EM  
SOUSA/PB.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como exigência para 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. Naedja Pereira Barroso  
Faculdade Santa Maria - FSM

Dedico este trabalho aos meus pais Elizabeth e Paulo, ao meu amor Tatá Costa, a todos os meus familiares e a todos que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento acadêmico.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, em reconhecimento à certeza de que ao longo de todos esses anos eu não estive só. Sempre soube que minhas provações não são maiores que Teu amor por mim, então me sinto segura e protegida para buscar todas as conquistas a mim reservadas. Todo o amor em mim vem de Ti. Obrigada!

Após isso, agradeço àqueles que, são primordiais pela existência do meu ser, por terem me dado o dom da vida, os meus queridos pais, Elizabete Silva e Paulo Lopes e ao meu irmão Lucas, pela colaboração e apoio em todas as horas e pelo amor e apoio de uma vida.

Ao meu amor, Tatá Costa pela paciência, bem como pelos sacrifícios ao longo desta jornada. Por me passar segurança com palavras de carinho e conforto, quando tive medo das dificuldades e por tornar minha vida mais bonita, espero que com muito amor, juntos possamos alcançar e realizar todos os nossos sonhos.

Torna-se também fundamental expressar o meu agradecimento e reconhecimento a meus avós, tios, primos e amigos que contribuíram para a concretização e me ajudaram ao longo deste percurso.

Ao meu querido orientador Luan Gomes, que soube me acalmar nos momentos mais críticos do trabalho, que me mostrou caminhos quando estava perdida, que apontou erros, possibilidades, enfim, que com enorme sabedoria, foi meu maior interlocutor nesse período.

Aos Mestres que encontrei neste curso, que para não cometer injustiças não citarei nomes. Foi através de vocês que descobri o sentido da palavra Acadêmico e como é valiosa a busca pelo conhecimento. Se hoje sou uma pessoa melhor, agradeço a vocês.

À equipe multiprofissional do CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá, em especial a Assistente Social Laurenilza (Lalá) por ter sido uma excelente orientadora de

campo no período de estágio me acolhendo com tanto carinho e atenção e por ter contribuído para o meu crescimento e conhecimento profissional.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão deste curso e a realização de um sonho.

Meu profundo agradecimento!

*Acredite...*

*Não importa o que é o mundo... O importante são os seus sonhos! Não importa o que você é... O importante é o que você quer ser.*

*Não importa onde você está... Importa pra onde você quer ir. Não importa o porquê... O importante é o querer.*

*Não importam suas mágoas... O importante mesmo são suas alegrias. Não importa o que já passou... O passado? Guarde na sua lembrança.*

*Nunca pense em julgar. Não veja, apenas olhe. Não escute, apenas ouça. Não toque, sinta.*

*Acredite naquilo que quiser. E não adianta sonhar... Se você não lutar. O mundo é um espelho. Não seja só o seu reflexo.*

*Só acreditando num futuro você conseguirá a paz. Para alcançar seus sonhos. Afinal, o que importa?*

*VOCÊ importa.*

*Acredite em VOCÊ!*

*Eu acredito... E VOCÊ?*

*( Milles)*

## RESUMO

A referente pesquisa objetiva analisar a Política de Redução de Danos oferecida como uma das estratégias de tratamento aos usuários de substâncias psicoativas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, em especial no CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá na cidade de Sousa/PB. Considerando-se que o uso de drogas tanto lícitas quanto ilícitas se constitui como um grande problema de saúde e há uma necessidade urgente de criar e efetivar políticas públicas eficazes para o tratamento de combate ou controle à drogadição, sempre com o objetivo maior de promoção à saúde do usuário. A metodologia utilizada foi uma pesquisa qualitativa, baseada nas experiências de estágio e de caráter bibliográfico para compreender todo o processo histórico do uso de drogas, da Reforma Psiquiátrica, até a criação dos CAPS' AD com uma nova estratégia de promover a saúde e de reconhecer o usuário, sua individualidade, suas necessidades. Conclui-se que a estratégia de Redução de Danos valoriza as escolhas do usuário e é uma prática de cuidado que visa garantir os direitos dos cidadãos dependentes, enxergando a saúde como um direito do ser, propondo uma melhor qualidade de vida e cidadania, mesmo que minimamente.

**Palavra Chave:** CAPS' AD. Redução de Danos. Drogadição.

## **ABSTRACT**

The related research aims to analyze the Harm Reduction Policy offered as a treatment strategies with users of psychoactive substances in the Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs, especially in CAPS 'AD Walter Sarmiento de Sá in the city of Sousa / PB. Considering that the use of both licit and illicit drugs, becomes a major health problem and there is an urgent need to create and carry out effective public policies for the treatment of combat or control drug addiction, always with the ultimate goal of promoting the the user's health. The methodology used was a qualitative research, based on the stage and bibliographical experiments to understand the whole historical process of drug use, the Psychiatric Reform, until the creation of the CAPS 'AD with a new strategy to promote health and to recognize you, your individuality, your needs. We conclude that the harm reduction strategy enhances the user's choices and is a health care practice which aims to ensure the rights of dependent citizens, seeing health as a right of the by proposing a better quality of life and citizenship, even if minimally.

**Keyword:** CAPS 'AD. Harm Reduction. Drug addiction.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS' AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS' i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONAPS	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
ONG	Organização Não-Governamental
PRD	Programa de Redução de Danos
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PTS's	Programas de Trocas de Seringas
RD	Redução de Danos
RP	Reforma Psiquiátrica
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviços Terapêuticos Individuais
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....	14
1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: CONTEXTO SÓCIO–HISTÓRICO E ATORES SOCIAIS.....	16
1.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA.....	16
1.2 O SURGIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	19
1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	20
1.4 OS PRINCIPAIS LIMITES E DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	27
2 DROGADIÇÃO, SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS:O SUJEITO EM ANÁLISE.....	31
2.1 O HISTÓRICO SOBRE O USO DE DROGAS .....	31
2.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS .....	38
2.3 POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: LIMITES E POSSIBILIDADES.....	45
2.4 OBSERVAÇÕES DA PESQUISADORA NO CAPS' AD WALTER SARMENTO DE SÁ .....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	52
REFERÊNCIAS.....	54

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, tem como objetivo compreender o tratamento oferecido pelos CAPS' AD, em destaque o Centro de Atenção Psicossocial Walter Sarmiento de Sá, localizado na cidade de Sousa/PB que foi meu campo de estágio nos períodos de novembro de 2013 a setembro de 2014, a partir dele surgiram dúvidas e inquietações que me impulsionaram a escolher estudar sobre a sua Política de Redução de Danos como estratégia para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas.

Hoje constitui-se como um problema de saúde pública, tamanha proporção que a droga alcançou, onde os usuários que fazem abuso de tais substâncias são desde adolescentes até os idosos e tem-se assim a necessidade de criar políticas públicas eficazes para intervir no tratamento e combate à drogadição, buscando sempre melhorar a qualidade de vida dos usuários, mesmo que minimamente como é o caso da Redução de Danos.

Para compreendermos é preciso entender todo o processo histórico até chegar nos tratamentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e saber com clareza de todos os acontecimentos que precedem a Reforma Psiquiátrica e de como ela chegou aqui no Brasil, trazendo avanços e mudanças significativas na vida do portador de transtorno mental, responsabilizando o Estado pelo desenvolvimento de políticas na área, serviços comunitários de saúde mental e apenas em último caso para o tratamento a internação hospitalar.

A Reforma Psiquiátrica trouxe muitas mudanças no atendimento ao portador de transtorno mental passando do modelo de assistência psiquiátrica hospitalar (modelo hospitalocêntrico) marcada por internações compulsórias com tratamentos em manicômios e em hospitais psiquiátricos para uma rede completa e interdisciplinar pública, gratuita e universal de saúde garantindo um atendimento mais humanizado e assim deslocando o cuidado do doente mental do hospital para a comunidade.

A Reforma Psiquiátrica transformou a forma de atendimento e perspectiva de tratar da Saúde Mental no Brasil, surgem então os CAPS que são um dos serviços substitutos do modelo hospitalocêntrico, que oferecem tratamento diário, realizam acompanhamento clínico e buscam resgatar as potencialidades do indivíduo e reinseri-lo na sociedade; são serviços municipais de saúde abertos a todos que precisam. Já a especialidade do CAPS' AD é focalizar seu atendimento a todo e qualquer indivíduo a partir de 13 anos que consomem ou são dependentes de substâncias psicoativas com o objetivo de fazer com que o usuário perceba as perdas causadas pelas drogas e juntamente com a equipe multiprofissional busque formas para solucionar seus problemas e traçar novos objetivos de vida, em um tratamento que respeite sua individualidade, suas escolhas e sempre busque proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Como muitos usuários que frequentam o CAPS' AD não conseguem ou então por escolha própria não querem abster-se de usar as substâncias psicotrópicas surge a estratégia de Redução de Danos como forma de tratamento. Vale lembrar que antes tal estratégia era usada somente para drogas injetáveis, onde eram disponibilizadas seringas, agulhas e cachimbos para evitar assim a contaminação em massa de Aids e Hepatite B e somente em 2003 a Redução de Danos torna-se Política Pública do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e a fazer parte da Política de Saúde Mental do Governo Federal.

O usuário tem a liberdade de discutir e avaliar com os profissionais quais as melhores formas de tratamento, onde a equipe multiprofissional não impõe regras e até mesmo uma redução mínima de consumo é vista positivamente, a valorização do relacionamento familiar, a volta ao trabalho, a vida social, a melhora na saúde, são alguns critérios para avaliar os resultados do tratamento.

O presente trabalho encontra-se estruturado em dois capítulos, onde o primeiro trata-se da história da loucura e todos os seus conceitos em diferentes épocas, logo após, de como surgiu a Reforma Psiquiátrica com o apoio de vários movimentos (estudantis, operários) trazendo denúncias de maus tratos nos asilos e manicômios, buscando a desinstitucionalização e assim conseguindo atenção mais humanizada aos sujeitos, levando-os a inclusão social. Na sequência é abordada a Reforma Psiquiátrica no Brasil onde é relatada a transformação da perspectiva de

Saúde Mental e o seu tratamento e por fim são citados os principais limites e desafio enfrentados hoje pela Reforma Psiquiátrica para que a mesma se consolide efetivamente.

No segundo capítulo é mencionado um histórico sobre o uso de drogas desde a pré-história aos dias atuais, em seguida aborda-se sobre o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, logo em seguida é mencionada a Política de Redução de Danos usada como estratégia para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas buscando uma melhor qualidade e promoção de saúde mesmo que mínima, e por fim, observações de uma pesquisadora na instituição CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá que foi o meu campo de estágio durante os períodos de novembro de 2013 a setembro de 2014, onde são relatados por mim brevemente acontecimentos registrados no diário de campo e também através do meu contato em conversas com a equipe multiprofissional, sobre a estratégia de redução de danos como forma de tratamento para enfrentar essa tão difícil caminhada contra as drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, que a cada dia consegue mais adeptos e conseqüentemente num futuro nem tão distante, mais usuários em busca de tratamento nos CAPS' AD.

## PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Para a construção do referido trabalho fez-se necessário um levantamento bibliográfico com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre a Política de Redução de Danos a partir de um resgate histórico de como e onde surgiu tal prática, quando chegou ao Brasil e como é aplicada tal estratégia para os tratamentos dos usuários de substâncias psicoativas, nos serviços da rede de saúde mental, mais especificamente nos CAPS' AD.

A pesquisa aprimorou-se da metodologia qualitativa no qual Minayo (2010) defende que [...] o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela. [...]. Para complementar a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, Minayo (2010) acrescenta “ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.”

Tal pesquisa também baseou-se no estudo de campo de caráter exploratório, através das experiências vivenciadas por mim como estagiária na disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I e II, no CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá, que está localizado na rua Dom Pedro II, no bairro Auto Capanema na cidade de Sousa/Paraíba. A unidade funciona de segunda a sexta das 7:30 às 17:00.

O CAPS' AD oferece serviços de tratamento aos usuários que são dependentes de substâncias psicoativas e onde também são desenvolvidas atividades que levam a ressocialização do usuário. Mas o tratamento só é bem-sucedido e eficaz se a família e a comunidade dela apoiar, entendendo o usuário como um portador de uma doença, caracterizada como transtorno mental e não como um desocupado, desconstruindo os pensamentos do senso comum e os pré-conceitos existentes na sociedade.

Foi a partir da minha experiência como estagiária do CAPS' AD de Sousa/PB que surgiu a curiosidade de entender como se dava o tratamento dos usuários de

substâncias psicoativas. Então os profissionais me informaram que a instituição trabalhava com seus usuários a estratégia de redução de danos como tratamento, pois visavam diminuir os danos causados pelo abuso e dependência de drogas.

A equipe multiprofissional me informou também que esclarece todos os riscos à saúde e malefícios que as substâncias psicoativas trazem ao corpo e é a partir da Redução de Danos que os profissionais tentam mobilizar o usuário a cuidar de si, da sua saúde, mesmo que diminuam o consumo de drogas aos poucos, a saúde é fortalecida minimamente. O usuário e os profissionais criam um vínculo, pois os usuários não são julgados, e nem associados a marginais ou com falta de caráter e sim bem acolhidos, sempre buscando um tratamento que valorize sua saúde e que respeite seus direitos, sua individualidade e suas escolhas.

Os principais autores que foram usados na pesquisa foram Marcelo Cruz, Silveira e Moreira, Eduardo Passos e Tadeu Souza, R. Laranjeira, Maria Pacheco, V. Duarte, C. Bueno, F. Mesquita, A. Marlatt e E. Zoboli apud Maria Pacheco, Katiúscia Celestino, Rita de Cassia Cutiari, Sarah Neta, Luana Reynaud, Adriana Tomé, Ricardo Silveira, Diogo Rezende e Willian Moura.

Com o auxílio de tais autores pude compreender a problemática de como funciona a Política de Redução de Danos no tratamento dos usuários de substâncias psicotrópicas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e pude compreender que a abstinência total (apesar de ser a ideal) não é a única forma de tratamento para os usuários de drogas e que o caminho em direção à uma melhor qualidade de vida pode também ser alcançado com a estratégia de redução de danos que é uma das novas práticas de se produzir saúde para os usuários que não conseguem abster-se ou não querem parar de consumi-las.

# 1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: CONTEXTO SOCIO-HISTÓRICO E ATORES SOCIAIS

## 1.1 A História da loucura

Para se chegar a compreensão do conceito de loucura, necessariamente precisa-se analisar toda uma conjuntura histórica, social e cultural de cada época onde segundo Werneck [s. d.] o “louco” era acolhido por instituições em alguns momentos para “tratá-los”, em outros apenas para “escondê-los” da sociedade ou até mesmo para “discipliná-los”.

Na Antiguidade loucura na Grécia Antiga era considerada como manifestação divina, a “loucura” era vista como algo positivo e o louco era tido como um escolhido Divino com poderes sobrenaturais que poderia interferir no destino dos homens. Sua fala era tida como uma mensagem divina, nessa época não havia necessidade de isolar o louco, o internando em instituições.

Já na Idade Média, a loucura é tida como algo negativo, e o doente passa a ser associado a demônios e visto como um problema para a sociedade. É aí onde o doente mental é afastado do convívio social, para assim haver a separação entre os “estranhos” e os “normais”. Durante todo o período da Antiguidade e da Idade Média o louco gozou de um certo grau de “extraterritorialidade” e a loucura era no essencial experimentada em estado livre... circulava... fazia parte do cenário e linguagem comuns, como afirma Resende (1987, p.20) apud Valverde (2010).

Michel Foucault fala que para compreender a loucura é necessário primeiro compreender através de uma retrospectiva o processo de exclusão e os leprosários, que foram criados com o intuito de excluir os leprosos da sociedade e não com o objetivo de tratamento da doença. Segundo esse raciocínio, Amaral afirma que

O marco inicial do estudo da loucura de Foucault (1993) é o desaparecimento da lepra no Ocidente e o conseqüente esvaziamento das instituições onde os portadores desta doença eram segregados. Diante do controle e da diminuição desta doença no final do período medieval, gradativamente aquelas instituições – então denominadas leprosários –

passam a reunir outros tipos de pessoas que, assim como os leprosos, compartilhavam o estigma daqueles que não deveriam conviver com a sociedade: os portadores das doenças venéreas e os loucos (Amaral, 2006, p.55).

Com a lepra gradativamente desaparecendo, em seu lugar ficou a loucura, onde a ciência não tinha explicação e muito menos tratamento para a mesma.

No período do Renascimento a loucura ganha o status de desrazão, eram tidos como loucos aqueles que ignoravam a moral racional, que não tinham controle sobre seus atos e viviam em um mundo criado pelo próprio sujeito, se tornando assim uma ameaça para a sociedade.

No século XVII com a emergência do mercantilismo, os que não eram considerados produtivos para o comércio e produção ficavam encarcerados sob prerrogativa de controle social, nesse patamar se encaixavam os loucos, os mendigos; Nesta época, os conceitos de saúde e doença situavam-se numa perspectiva social, subordinada às normas do trabalho industrial e da moral burguesa, com vistas à manutenção a ordem pública. (ALVES, 2009 et.al.).

E no século XVIII surge a chamada humanização dos loucos, que passaram a ser denominados de pacientes, onde também foram tiradas suas correntes. Esse novo conceito de psiquiatria surge proporcionado pelos trabalhos de Philippe Pinel, que é considerado o pai da psiquiatria, onde a loucura passa de uma questão filosófica para uma questão médica.

O tratamento da doença neste momento era medicamentoso e terapêutico. Todo este contexto contribuiu para criação dos hospitais visto como uma instituição médica. Tendo como objetivo apenas o diagnóstico e rotulação dos pacientes; um lugar onde os médicos eram os detentores do saber e a ele cabia toda autoridade sobre suas vidas como também de sua doença. Inicia-se então a grande caminhada do doente mental, este se tornando objeto de estudo da medicina, e recebendo em troca exclusão social, alienação sendo refugiado em tempo integral nos hospitais longe da família e do contexto social ao qual estava inserido; levando a um estado de cronificação da doença. A medicina justificativa esta estratégia de trabalho como sendo necessário e importante para o processo terapêutico. O ponto mais relevante

da criação de tais hospitais era claramente para haver a separação e isolamento de todos aqueles que não contribuíam com a produção.

Com a Revolução Francesa, em 1789 e a Revolução Industrial, começam a haver mudanças, os loucos ainda continuam presos, porém houve uma iniciativa de se buscar alternativas financeiras e domiciliares para aquelas pessoas que necessitavam de cuidados. Os ideais da Revolução Francesa com o *slogan* "Fraternidade, Liberdade e Igualdade", com a suposta universalização dos direitos não compartilhavam com a ação de aprisionar o louco, mas como ainda era considerado perigoso tanto para a família quanto para a sociedade, não podia ser solto, possibilitando assim, a criação de instituições exclusivas para os loucos.

[...] as antigas casas de internamento [...] foram paulatinamente reservadas aos loucos, mas desta vez, aos loucos apenas. Os que a filantropia da época liberou são então todos os outros, exceto os loucos; estes encontram-se no estado de serem os herdeiros naturais do internamento e como os titulares privilegiados da velhas medidas de exclusão. (FOUCAULT, 2000, p. 81)

Com críticas cada vez mais ferrenhas da forma como eram tratados os doentes mentais nos manicômios e nas casas de internato, onde os pacientes muitas vezes eram algemados e torturados, viviam em ambientes superlotados, era um verdadeiro "depósito de loucos", foi principalmente nos anos de 1980 que houve uma invenção de novas instituições psiquiátricas, com novas estratégias de cuidado em saúde mental que segundo Yasui (2006) "é uma mudança mais ampla e complexa e não apenas uma modificação na organização institucional das formas de cuidado ou dos processos de trabalho". É um novo método de cuidar do sofrimento humano pautado em princípios e valores para assim buscar reinventar a sociedade construindo um novo lugar para o louco.

A Reforma Psiquiátrica pretende modificar a forma de como os doentes mentais vinham sendo tratados até então, garantindo sua cidadania, o respeito a seus direitos, a sua individualidade e principalmente reintegrá-lo ao meio social depois de tantos anos sendo excluído. A forma de tratamento passa de assistência psiquiátrica hospitalar, no âmbito hospitalocêntrico para uma rede completa e

interdisciplinar de forma pública, gratuita e universal integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme Amarante (1998) a Reforma Psiquiátrica trazia uma verdadeira mudança onde as novas instituições

[...] encarregaram-se de elaborar novas propostas, produzir e reproduzir novas ideias, formar novos militantes. Operaram uma substituição de uma prática psiquiátrica conservadora ou voltada para interesses privados, por uma ação política de transformação da psiquiatria como prática social (Amarante, 1998, p. 69).

É perceptível que teremos ainda um longo caminho a ser traçado, como veremos a seguir.

## **1.2 O surgimento da Reforma Psiquiátrica**

As experiências Italianas foram de grande importância para construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que foi promovida por Franco Basaglia no hospital psiquiátrico de Gorizia a partir de 1961, o movimento acabou levantando as maiores críticas ao saber psiquiátrico e seu domínio sobre a loucura (BRASIL, 2005, p.74). Esse movimento produziu também mudanças nos saberes e práticas de assistência prestada aos doentes mentais, trazendo atenção mais humanizada aos sujeitos, levando-os a inclusão social.

Basaglia passa a propor a desinstitucionalização como forma de negação da psiquiatria como ideologia, que vai desde a negação da instituição manicomial, do poder absoluto do saber médico psiquiátrico, assim como a negação e denúncia da violência aos pacientes dentro e fora da instituição.

Surge a partir daí uma trajetória de lutas em busca da desconstrução do hospital psiquiátrico e de toda a cultura manicomial, com apoio das lutas estudantis em 1968 e da luta operária em 1969. Segundo Valverde (2010)

A luta pela desconstrução do processo manicomial abarcaria ainda problemas a serem questionados em busca de resoluções. Reconhece-se neste momento a necessidade da reconstrução da subjetividade do paciente, na reconstrução do cotidiano do mesmo. Para o paciente era necessário casa, trabalho, espaço social, assim como vias de expressão da

sua própria condição. A partir destas necessidades, começa a funcionar os primeiros Centros de Saúde Mental de base territorial, assumindo a responsabilidade de prevenção, tratamento e reinserção, com um caráter assistencial, social e terapêutico.

Após anos de lutas antimanicomiais, em 1978, o Parlamento Italiano aprovou a Lei da Reforma Psiquiátrica, conhecida como Lei 180 ou Lei Basaglia. Esta foi posteriormente englobada na Lei da Reforma Sanitária.

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento social e político para pôr um fim ao modelo manicomial de tratamento dos portadores de sofrimento psíquico (CARNIEL, 2010, p.1). Ela consiste em deslocar o cuidado com o doente mental do hospital para a comunidade.

A assistência psiquiátrica aqui no Brasil se caracteriza por ser exclusivamente compulsória a internação em hospitais psiquiátricos, desde a inauguração do Hospício Pedro II em 1852 no Rio de Janeiro. A psiquiatria começou a se tornar um negócio muito lucrativo, Yasui (2006, p. 27) complementa “adquiriu o *status* de prática assistencial de massa, com o início da mercantilização da loucura, por meio da celebração dos convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967”.

No Brasil a Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216 criada pelo então Deputado Federal Paulo Delgado, foi sancionada depois de 12 anos tramitando no Congresso Nacional, e na sua legislação dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, responsabilizando o Estado pelo desenvolvimento de políticas na área, serviços comunitários de saúde mental e apenas em último caso para o tratamento a internação hospitalar; todas essas mudanças tem a finalidade de reinserir na sociedade os portadores de sofrimento psíquico. Aprofundaremos esse assunto no tópico a seguir.

### **1.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Para pensarmos na Saúde Mental na contemporaneidade e as criações dos Centros de Atenção Psicossocial, obviamente devemos nos remeter a reforma psiquiátrica que transformou a forma de atendimento e perspectiva para a Saúde

Mental no Brasil. Entender que também se passa como desdobramento e sob influência do Movimento da Reforma Sanitária, que foi um movimento social, sobre embate dos campos privados e públicos, como expressa Freitas (2013): “e que teve como ideia central a perspectiva de que a Saúde era um Direito do Cidadão e Dever do Estado”.

Nos anos de 1970 dá início ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que está intimamente ligado ao processo de “movimento sanitário” foi marcada por movimentos sociais que buscavam melhorias nas condições de saúde da população, ou seja, era um movimento de redemocratização do país.

A Reforma Psiquiátrica só começa a ganhar autonomia a partir da crise da DINSAM, - Divisão Nacional de Saúde Mental – pois os profissionais começaram a lutar contra as condições e precarização do trabalho, eles só tinham contratos de trabalho bolsistas e em abril de 1978, os profissionais de quatro unidades do Rio de Janeiro deflagraram a primeira greve no setor público, após o regime militar que imediatamente ganhou apoio de várias entidades. Rosa (2011, p. 104) completa: “essa luta, posteriormente, volta-se contra o modelo assistencial psiquiátrico, visto que, ao denunciar as condições de trabalho, o movimento termina publicizando as condições de vida e tratamento nas instituições”.

Então foi na década de 1970 que houve a guinada efetiva nos congressos, encontros, com perspectiva a Saúde Mental no Brasil, com a intenção de discutir as melhorias nas condições de trabalho e no tratamento dado aos pacientes dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 76), com o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 1978 e o Encontro dos Profissionais de Saúde Mental em 1979, nascendo aí o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental – MTSM, um movimento formado por trabalhadores do movimento sanitário, familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, que foi o principal articular da Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois:

é sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005)

O movimento ganha força e é partir desse momento que começou a se transpor mudanças significativas no que pega o tratamento e atendimento a pessoa com transtorno mental. Apesar que, ele acaba se dividindo em dois segmentos, como Amarante sinaliza, “um que é absorvido pelas instituições públicas e dedica-se à luta no próprio campo das instituições e outro que atua numa linha sindical, buscando, inclusive, exercer vigilância sobre a atuação do primeiro segmento” (AMARANTE, 1995).

E a cada congresso, encontro e eventos o Movimento de Reforma Psiquiátrica ia ganhando espaço apesar da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) ser muito conservadora, Yasui acrescenta:

A RP foi sendo construída por quem vivenciava o cotidiano de violência das instituições, angustiados pelas contradições e questões que a prática impunha, mas que, inspirados pelo clima político cultural, acreditavam na possibilidade de transformação. Eram os atores implicados nesse processo que continuaram nos anos 80 ampliando a sua influência, ocupando espaços na administração pública e, principalmente, inventando novas instituições. (YASUI, 2006, p. 32).

Amarante (1995), destaca que em 1981 a Presidência da República criou o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONAPS), que contava com a participação não partidária de representantes governamentais, dos trabalhadores e dos universitários de áreas médicas. Criou também o Projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS) que foi um importante instrumento de descentralização e articulação institucional, possibilitando assim o repasse de recursos financeiros da União para o Estado e Prefeituras, para a cobertura assistencial da população.

Quando pensamos em Reforma Psiquiátrica imediatamente associamos ao movimento da Reforma Sanitária, que foi marcado pela desinstitucionalização como uma forma de desconstrução dos paradigmas onde foram planejadas importantes mudanças e transformações necessárias na área da saúde, marcado pela redução de leitos nos hospitais psiquiátricos fazendo com que as pessoas acometidas de transtorno mental e que tinham logo histórico de internação tenham a possibilidade de conviver em sociedade.

Como marco essencial da Reforma Psiquiátrica, podemos citar a experiência de Santos em São Paulo, que acabou sendo a primeira intervenção para demonstrar

com eficácia de que a Reforma seria possível, “neste período, são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações” (BRASIL, 2005), foi essa experiência que trouxe uma maior visibilidade para a real efetividade de uma rede de cuidados que poderiam substituir os hospitais psiquiátricos.

Em março de 1986 foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004). Em 1987 aconteceu em Bauru/SP o II Congresso Nacional do MTSM que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

A Constituição de 1988, que é outro marco que insere na Seguridade Social, a Saúde, junto com a Assistência Social e a Previdência Social, criando o Sistema Único de Saúde – SUS com seus princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade, trazendo e ratificando um processo que já estava em curso. A nova Constituição como explica Rosa (2011, p. 112), “inova ao estabelecer um sistema de proteção social amplo, igualitário e universal”, acaba reconhecendo a cidadania plena, social, rompendo com as antigas constituições e que contribui significativamente para impulsionar o processo de Reforma Psiquiátrica.

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado PT/MG (Lei antimanicomial 10.216), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Mas, é somente sancionada em 2001 (após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional), dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Na década de 90 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e 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 (BRASIL, 2005).

Em 1992, O Ministério da Saúde sancionou as Portarias nº 189 e nº 224, para regulamentar a implementação e o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), “com diretrizes que seguem os princípios da universalização, hierarquização, regionalização e integralidade das ações” (AMARAL, 2006, p. 108), e completa, “esse serviço constituem-se em unidades de saúde que oferecem atendimentos intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, podendo ser, ainda, a porta de entrada dos serviços de atenção à saúde mental”.

A Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 institui os Serviços Residenciais Terapêutico como uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, sendo que a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica será reduzido ou descredenciado do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital. A Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi (BRASIL, 2000).

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de pequeno porte, para municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes, destinado a atender adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Os CAPS II são serviços de médio porte, dão cobertura a municípios com população entre 70 a 200 mil habitantes e são para atender adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Já o CAPSi (infantil) é direcionado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Os CAPS III são serviços de grande complexidade, para municípios com a população com mais de 200 mil habitantes, e diferente dos demais CAPS funcionam 24 horas.

E por fim, os CAPS' AD (álcool e outras drogas), destinado a atender qualquer indivíduo a partir dos 13 anos e que faz uso demasiado e prejudicial de

álcool e outras drogas, tal instituição é recomendada para os municípios com mais de 70 mil habitantes.

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. Eles devem ser territorializados e estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Além de realizar o acompanhamento clínico deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se estruturar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares aos hospitais psiquiátricos, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória de seu tratamento (BRASIL, 2005).

Em Brasília no ano de 2001 é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, no contexto da promulgação da lei 10.216 juntamente com as Diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que a saúde mental passa a ganhar mais visibilidade no Governo Federal, consolidando-se.

Foi realizado em São Paulo no ano de 2004 o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2005). Para entender melhor como se dá os serviços dos CAPS Pierro (2012) sinaliza:

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. O principal critério para o planejamento da rede de atenção mental nas cidades e a implantação dos centros é o perfil populacional dos municípios. São organizados em CAPS de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (AD) e infante-juvenil (CAPSi). Quanto maior o número de habitantes no município, maior a complexidade desses níveis de atendimento.

Em 2005 a Portaria nº 246 destina incentivo financeiro para a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), surgem nesse contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Os SRT são um serviço municipal e servem para garantir moradia para pessoas que saem dos hospitais psiquiátricos e para auxiliar o morador no seu processo de ressocialização na comunidade. Para realizar o encaminhamento do usuário é preciso ser feita uma avaliação clínica e psicossocial pelas equipes de onde se localizam os serviços.

Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação nos municípios de Serviços Residenciais Terapêuticos. (BRASIL, 2005, p.15)

O Programa de Volta para Casa também foi de suma importância para a reintegração social daqueles usuários que viveram anos e anos em leitos hospitalares. Criado pela Lei federal 10.708, encaminhada ao Congresso pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva, votada e sancionada em 2003, tal lei trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstituicionalização e redução de leitos nos estados e municípios (BRASIL, 2005). Visando contribuir de forma eficaz para o processo de inserção social com estímulo ao pleno exercício de seus direitos políticos, civis e de cidadania, o referido Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, e vinha sendo formulado desde a época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992.

No final de junho de 2010 é realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, esta foi de grande importância, sendo marcada como a primeira com participação intersetorial, foi precedida por 359 conferências municipais e 205 regionais, estimando-se que em torno de 46.000 pessoas tenham participado do processo, consolidando as conferências nacionais como espaço para a construção das políticas públicas de saúde mental.

Vasconcelos afirma que:

[...] este componente da intersetorialidade é, sem dúvida alguma, uma marca histórica diferenciada desta IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que carrega no próprio nome institucional o complemento “Intersetorial”, e que portanto tem forte significação e enorme importância política (VASCONCELOS, 2010, p.29).

Pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216) a internação do portador de transtorno mental só pode acontecer quando os CAPS, os ambulatórios, as Unidades Básicas de Saúde, os Serviços Comunitários de Saúde, os Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos forem insuficientes para o tratamento/recuperação do usuário, combatendo assim a tradição brasileira de os internar compulsoriamente em hospitais psiquiátricos.

Essa evolução no tratamento dado as pessoas com transtornos mentais, pode-se dizer que foi uma transformação tanto política para a saúde mental, como para encarar o cidadão como ser humano, devido os sofridos tratamentos desumanos que passavam nas instituições manicomiais, dando um caráter de cidadania para aquelas pessoas que até então eram invisíveis para o restante da população.

Compreendermos que a relação da Reforma Psiquiátrica vai além de serviços mais modernos e humanizados. Se trata de uma perspectiva de intervenção nas relações entre a sociedade e a loucura, “de interferência nas representações dos sujeitos sobre a doença mental, seus significados e práticas. Além disso, tem como princípios fundamentais a inclusão social e a construção da cidadania” (AMARAL, 2006, p. 112), o processo de debate da cidadania da população com transtornos mentais está de certa forma diretamente relacionada com o processo de reforma psiquiátrica, principalmente, porque a democratização do país ajudou bastante na luta pela cidadania, universalização dos direitos e foi um grande impulsionador da referida reforma.

#### **1.4 Os principais desafios e limites da Reforma Psiquiátrica**

Com a Reforma Psiquiátrica vieram grandes e consideráveis avanços em relação ao passado, a saúde mental foi redirecionada para um patamar nunca antes visto, com uma rede integrada e multiprofissional, trazendo um tratamento mais humano e digno, um olhar de cuidado dos profissionais com as pessoas acometidas de transtorno mental, resgatou e incluiu o doente na sociedade, foi edificado o seu convívio em comunidade que desde sempre tinha sido excluído e o principal marco

da tal Reforma foram os direitos conquistados e garantidos pela Lei 10.216 para as pessoas acometidas de transtorno mental.

O Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é a favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

A Lei 10.216 trouxe muitos avanços para os estados brasileiros, mas não determinavam de forma explícita a substituição progressiva de hospitais psiquiátricos, apenas redirecionou a saúde mental para uma rede integrada de equipes multiprofissionais que privilegiam uma forma de tratamento do doente mental mais humanizada, em comunidade, garantindo e protegendo seus direitos até então bastante violados. Aparecem então para “substituir” os hospitais psiquiátricos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e tantos outros serviços e programas criados pelo Governo Federal.

O sucesso do movimento da Reforma Psiquiátrica pode ser medido em parte, pelo fato que ninguém mais resiste abertamente ao ideário antimanicomial e houve muitas mudanças que Júnia (2011) cita segundo o médico psiquiátrico Domingos Sávio, ex-coordenador do Ministério da Saúde: “O modelo antigo do hospital psiquiátrico não domina mais [...] está em declínio ideológico, técnico e de legitimação social e a Reforma está prestes a se consolidar.”

Por outro lado, segundo a Comissão de Saúde ainda existe a defesa pela existência de hospitais psiquiátricos por dois motivos: resistência à implantação dos CAPS III, para atender os casos de urgência e emergência e a falta de equipe capacitada para os sistemas de resgate tanto do SAMU como de outros serviços (JÚNIA, 2011).

Apesar de todo o processo e luta travada para a desinstitucionalização e das perspectivas que até então eram tratadas as pessoas com transtornos mentais, hoje ainda se enfrentam inúmeros desafios tanto para continuação do tratamento, como para desmistificar o preconceito dado às pessoas que sofrem do transtorno mental e

as suas famílias. Um dos tantos desafios é a falta de informação, a população ainda está encarnada com as velhas concepções de tratamento e de estigmatização da pessoa em sofrimento psíquico.

Mesmo com alguns impasses para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, vem desencadeando uma série de desafios no campo da Saúde Mental, Bezerra Jr. completa:

Mais do que buscar a aceitação de uma nova política assistencial, o desafio nesse campo é produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico. Trata-se de promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar, olhar fundado numa atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com sua normatividade psíquica restringida. (BEZARRA, 2007)

É evidente que para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira precisa-se ainda superar todos esses paradigmas e pré-conceitos que foram construídos e difundidos de “louco” e “loucura” e assim modificar e desmistificar as percepções de senso comum ainda muito presente na população onde a pessoas acometidas de transtorno mental são estereotipados negativamente.

Há um outro desafio imposto aos profissionais, exigindo uma formação com capacidade de reflexão crítica, que pode ser assegurada através de um forte programa de capacitação, supervisão e formação dos mesmos, “o distanciamento entre as instituições de formação e pesquisa e a saúde pública, no Brasil, agrava as carências de formação e qualificação dos profissionais.” (BRASIL,2005).

Exige-se uma formação técnica e teórica dos profissionais e seus salários são extremamente baixos, como não são bem remunerados muitos sentem-se desmotivados, a maior parte tem contratos precários e não são trabalhadores concursados o que dificulta mais ainda a realização de um trabalho bem-sucedido e eficiente para a população dentro dos ambientes institucionais.

Para o tratamento ser eficaz e satisfatório a equipe multiprofissional que compõe a rede de saúde mental tem que ter comunicação, capacitação profissional, integração entre todos os membros da equipe, enxergar também o lado social

desempenhado pelo serviço e não apenas como um burocrático tratamento, garantir um tratamento que valorize as individualidades dos pacientes, reconhecer os limites e potencialidades de cada área profissional e assim irá garantir uma maior promoção à saúde, resgatar a cidadania do doente mental e prestará assistência ao tratamento e reinserção social do usuário.

É dever do Estado e dos municípios, desenvolver políticas públicas de saúde acessíveis a quem necessitar, com serviços de qualidade que garantam atendimento em todas as regiões do país, mesmo as mais carentes e distantes que busquem efetivar:

[...] uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental. É fundamental, também, que as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação (SUS, 2002, p.213).

Há todo um processo de luta pela desinstitucionalização e reorientação de um modelo assistencial com vista na humanização, que cada dia vem se efetivando graças a reestruturação dos serviços de saúde passando de hospitalocêntrica para instituições de atendimento clínico de atenção diária, e a meu ver é a partir da criação dos Centros de Atenção Psicossocial onde se dá o pontapé inicial para a regressiva substituição dos hospitais psiquiátricos, os CAPS promovem a ressocialização das pessoas acometidas de transtorno mental garantindo seus vínculos familiares e comunitários, já que assim evitam internações em hospitais psiquiátricos.

A meu ver a Reforma Psiquiátrica apesar de ter iniciado nos anos de 1970, juntamente com a Reforma Sanitária, trouxe consideráveis evoluções no tratamento dos doentes mentais, encarando-o como um cidadão de direitos, dando-os um caráter de cidadania para eles que sofreram tantos maus tratos em instituições manicomiais no passado, garantindo direito a sua individualidade e tornando-os visíveis para a sociedade que os excluiu do convívio diário por muitos tempos.

## **2 DROGADIÇÃO, SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: O SUJEITO EM ANÁLISE**

### **2.1 Histórico sobre o uso de drogas**

O uso de drogas é mais antigo do que se possa imaginar, há uma relação histórica do homem com a droga, buscando alterar seus estados de consciência física, psíquica e comportamental, como Nunes (p. 232) afirma “desde há muito muito conhecidas, as drogas têm acompanhado o percurso da Humanidade, sendo consumidas em diversos contextos, de várias formas e díspares objetivos”.

Tais substâncias psicoativas alteram as funções do Sistema Nervoso Central, causando mudanças no grau de consciência e no estado emocional dos indivíduos, no início trazendo uma resposta imediata a quem as consome, oferecendo com seus efeitos uma sensação de prazer que a cada consumo vai cessando mais rápido fazendo com o que o usuário busque por doses cada vez maiores e gerando assim uma necessidade incessante de consumo.

As substâncias psicotrópicas são usadas tanto em religiões, nas experiências espirituais, terapêuticas, medicamentosas, místicas, simplesmente para se divertir ou fugir da realidade e preencher algum vazio existencial, mesmo que de efeito momentâneo.

O uso da droga tem distintos significados, eram percebidas como benéficas ou nocivas dependendo de cada época, seguindo leis e costumes que são como controles sociais formais e informais sobre o seu uso, que afetam os modos e finalidades de uso, a seguir veremos as características de cada contexto sócio-cultural.

Pesquisas arqueológicas concluíram que determinadas pinturas deixadas pelos homens da Idade da Pedra teriam sido criadas sob efeito de transe que provavelmente incluíam o consumo de plantas psicotrópicas (LESSA, 1998).

Segundo Escohotado (2004) apud Jólluskin e Nunes (p. 233) “o consumo de drogas foi durante muito tempo, instrumento pelo qual se procurou estabelecer contato com entidades divinas, funcionando como elo de ligação entre a realidade

conhecida e a ‘vida prometida’”. Passaram-se anos para que as drogas fossem usadas para outros fins, tipo: festivos, terapêuticos, medicamentoso.

Na Antiguidade eram usadas plantas por membros das diferentes culturas humanas, com finalidades terapêuticas, médica e de diversão com regras distintas para o uso, por exemplo restrição de idade, gênero, classe social, cada cultura desenvolvia seus costumes e regras. Segundo MacRae (2014, p.3), o ópio produzido a partir da folha da papoula, vem sendo usado a mais de cinco mil anos, e apesar de atualmente ser considerado muito pernicioso, foi considerado até o século XIX, uma dádiva divina para aliviar inúmeras mazelas do ser humano, especialmente a dor.

A *Cannabis* – maconha ou cânhamo – provém da China a aproximadamente 4.000 a.C. e seus usos terapêuticos estavam presentes num tratado de medicina chinesa do século I (SEIBEL; TOSCANO, 2001). Essa droga era usada contra a febre, insônia, para finalidades espirituais auxiliando na meditação ou como incenso, na alteração de consciência provocando devaneios e relaxamento, ou seja, para finalidades lúdicas (diversão) e segundo Gonçalves (2005) essa droga era usada também para estimular o apetite, curar doenças venéreas e induzir o sono.

O uso de bebidas alcoólicas, remontam da pré-história, há documentos que relatam o uso como medicamento no Oriente Médio, datados de 2.200 a. C. Como também várias referências de passagens bíblicas do consumo de vinho, no livro do Gênesis, relata a embriaguez de Noé após o dilúvio, assim como o uso do vinho nas festas sagradas (SEIBEL; TOSCANO, 2001). Ainda hoje o vinho é parte integrante de cerimônias religiosas como da católica, judaica e do candomblé (LESSA, 1998).

No século XIV período em que começam as Grandes Navegações e a colonização da América e da Ásia, a partir do contato direto com várias culturas houve a ampliação de conhecimento das mais diversas substâncias a serem usadas como drogas, até então desconhecidas pelos Europeus.

Nos séculos XVII e XVIII o consumo de drogas era privilégio de poucos, mais tarde se verificará um preocupante crescimento do número de consumidores, e com a modernidade e o avanço das ciências Lessa (1998) conclui, as drogas que antes

se apresentavam na forma de produto vindo da natureza, são agora levadas a laboratórios e transformadas artificialmente, as drogas sintéticas.

Os cientistas conseguiram isolar os princípios ativos de várias plantas, para assim produzir fármacos mais puros, onde suas dosagens podiam ser calculadas com mais exatidão e seu manejo muito mais prático e fácil que as plantas de onde eram extraídos. MarRae (2014, p. 7) cita quais drogas foram isoladas graças ao avanço da ciência no século XIX: a morfina (1806), a codeína (1832), a atropina (1833), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a heroína (1833), a mescalina (1896) e os barbitúricos (1903) e desenvolveram-se ainda os usos anestésicos de éter, do clorofórmio e do óxido nitroso.

Outro marco do século XIX foram as duas Guerras Mundiais, sendo causador de bastante sofrimento esses acontecimentos apenas contribuíram para o consumo e alastramento devastador do álcool e de outras drogas para a população, conforme Lessa (1998) complementa, sua comercialização era fator estratégico, servindo ora para enfraquecer o inimigo, ora como amenizador da dor para os feridos, ora como revigorante de energia para os soldados.

Nos anos 50, a utilização de drogas sintéticas com efeito tranquilizante, como os benzodiazepínicos, acentuou-se. Situações que eram consideradas mazelas existenciais começaram progressivamente a ser tratadas com esses calmantes, que ajudam a aliviar as tensões do dia e permitem um sono mais tranquilo. Nos dias de hoje, o uso de calmante é prática costumeira em todas as classes sociais, faz parte da cultura da medicação (LESSA, 1998).

O movimento hippie surge com uma proposta revolucionária nos anos 60 nos Estados Unidos e se espalha pelo mundo, onde os jovens contestavam as normas e valores vigentes da época, a droga para eles era usada como forma de libertação principalmente através da música, foi nesse período que o consumo de drogas se tornou mais intenso e Lessa (1998) acrescenta, os hippies utilizavam drogas psicodélicas e experiências místicas que proporcionavam efeitos prazerosos e alteravam o estado de consciência.

A faixa etária dos usuários de droga começa a se alargar. O que até os anos 50 era prática do adulto, nos anos 70 amplia-se tanto para os adolescentes quanto para os idosos. Enquanto os jovens recorrem com maior frequência às drogas ilícitas como a cola de sapateiro (solvente), a maconha e a cocaína, os idosos fazem uso das drogas lícitas como o tabaco, o álcool, a cafeína e os medicamentos (LESSA, 1998).

Para compreendermos de forma mais clara os riscos relacionados ao uso de substâncias psicoativas na vida dos usuários Silveira e Doering-Silveira (2014), fazem referência de uma pesquisa realizada no ano de 2010 e publicada na *Lancet*, revista médica de maior prestígio no mundo, sobre um artigo do professor de neuropsicofarmacologia do *Imperial College*, em Londres, David Nutt, que juntamente com um grupo de cientistas desenvolveu tal pesquisa para avaliar os riscos relacionados ao uso de diferentes drogas, lícitas e ilícitas, segundo o potencial de danos das principais drogas consumidas pode causar, definindo em uma escala de zero a cem, os danos causados pelo álcool chegaram a 72; heroína, 55; crack, 54; cocaína, 27; tabaco, 26; maconha, 20; *ecstasy*, 9; LSD, 7;

Os critérios de classificação das drogas foram avaliados conforme os danos, causados para o usuário (exemplo: câncer de pulmão provocado pelo cigarro) quanto para os sujeitos (exemplo: causar acidentes por dirigir embriagado), ou seja, uma análise que engloba fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Há uma influente cultura de consumo incentivando, mesmo que indiretamente, o uso abusivo de substâncias psicoativas alimentando a falsa promessa de preencher vazios, evitar sofrimento, como solução dos problemas e trazer prazer instantâneo, Conte (2001) apud Eckhardt (2013, p. 15) evidencia que este mercado incentiva o uso de substâncias por meio da promessa de consumo como via de alívio e satisfação para enfrentar conflitos subjetivos e satisfazer necessidades orgânicas.

Com o uso das drogas vem a sensação de profundo bem-estar causado pela mesma, o sujeito tende então, por impulso consumi-las repetidamente e mesmo o uso ocasional ou experimental das substâncias psicoativas, tanto lícitas quanto

ilícitas, causam prejuízos à saúde, não está isento de riscos. Há também o abuso (uso nocivo) e a dependência, que segundo a *Classificação Internacional de Doenças* (CID-10) cada uma tem critérios específicos para o seu diagnóstico.

O uso nocivo é definido como um padrão de uso da substância que causa prejuízo à saúde. O prejuízo pode ser físico (por ex., hepatite) ou mental (por ex., crise de depressão). Segundo Who (1993) apud Lacerda (2008, p. 8) “O uso nocivo pode ter consequências sociais adversas, mas apenas essas consequências não são suficientes para justificar um diagnóstico de uso nocivo da substância.”

Silveira e Doering-Silveira (2014) esclarecem que só é considerado dependência, se durante o período de um ano, três ou mais dos seguintes quesitos forem apresentados na maior parte do tempo:

- Forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
- Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis (quantidade) de consumo;
- Estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar esses sintomas de abstinência;
- Evidência de tolerância, em que quantidades crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa; aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou consumir a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente danosas;

Quando o usuário faz uso de substâncias psicotrópicas com frequência de forma excessiva e torna-se dependente causa sempre prejuízos aos vínculos afetivos e sociais, pois não consegue controlar o consumo ou até mesmo parar.

Silveira e Doering-Silveira (2014) destacam que o indivíduo não consegue abster-se da droga por dois possíveis motivos: primeiro porque o organismo acostumou-se com a substância e sua ausência provoca sintomas físicos (síndrome de abstinência) ou porque a pessoa sente-se tão acostumado a viver sob efeitos da droga que busca usá-la com frequência.

<b>NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DA DROGA</b>
<b>Produtos do tabaco:</b> cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda.
<b>Bebidas alcoólicas:</b> cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum, tequila, gim.
<b>Maconha:</b> baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, Skank.
<b>Cocaína/crack:</b> coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho.
<b>Estimulantes como anfetaminas:</b> bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA.
<b>Inalantes:</b> solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló.
<b>Hipnóticos/sedativos:</b> ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam.
<b>Alucinógenos:</b> LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto.
<b>Opiáceos:</b> morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona.

Fonte: LACERDA, 2008, p 16.

Hoje constitui-se como um problema de saúde pública a tamanha proporção que atingiu o consumo de drogas, tem-se a necessidade de implementar políticas

públicas para intervir no tratamento da drogadição. O Sistema Único de Saúde (SUS) busca desenvolver ações e serviços que garantam preservar um dos seus princípios fundamentais, que é a noção de saúde como um direito de cidadania,

[...] o fenômeno moderno das drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, situa-se no centro dos conflitos da sociedade, sendo produzido por ela e decorrente dos seus modos desequilibrados e injustos de organização e valorização, configurando-se como grave problema de saúde pública, com repercussões em todas as esferas da sociedade [...] (MORAES, 2008, p.27)

Dentre as tentativas de regularização social do problema da drogadição, em agosto de 2006 foi sancionada a Lei n. 11.343 (BRASIL, 2006), lei que começou a enxergar o uso de substâncias psicoativas como uma questão de saúde pública e não mais como caso policial, foi excluída assim a pena de prisão para os usuários de drogas.

Foi então instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) em 23 de agosto de 2006, com a finalidade de prevenção do uso indevido, integrar e reinserir o usuário e dependente de drogas, como também opor-se e reprimir a produção e o tráfico de drogas. Faz parte do SISNAD a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas) que em suas diretrizes está: promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o SUS e SUAS (Sistema Único de Assistência Social) para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.

Há uma perspectiva transversalizadora, diversificada em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde que permitam reconhecer o usuário, sua individualidade, suas necessidades e vínculos com seus familiares. Essa política indica o paradigma de Redução de Danos como estratégia de saúde pública que visa a diminuição dos prejuízos causados pela drogadição

(BRASIL, 2004). A Redução de Danos reconhece o usuário na sua singularidade, sem julgamento, com corresponsabilidade, uma estratégia usada nos CAPS' AD visando melhorar a qualidade de vida dos usuários, mesmo que minimamente. Mas por enquanto a melhor estratégia é a PREVENÇÃO. Entenderemos o que são e como funcionam os tratamentos dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no tópico a seguir.

## **2.2 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas**

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços municipais criados para ofertarem atendimento diário aos usuários, contando com uma equipe multiprofissional que presta assistência adequada e humanizada, a partir de um tratamento que busca resgatar a reinserção social do usuário como um indivíduo atuante e capaz de mudar o meio a qual está inserido recuperando suas potencialidades dos recursos comunitários à sua volta.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

O objetivo do CAPS'AD (álcool e outras drogas) é fazer com que o usuário perceba as perdas causadas pelas drogas e juntamente com eles buscar formas para solucionar seus problemas e traçar novos objetivos de vida, devolvendo ao leito familiar um indivíduo atuante socialmente capaz de modificar os preconceitos adquiridos ao longo dos anos. Nessas instituições são desenvolvidas atividades que levam a ressocialização do usuário, já que de acordo o Ministério da Saúde (2004), mais de 6% da população brasileira desenvolveu transtornos psiquiátricos graves em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

Os CAPS' AD oferecem serviços que visam a promoção à saúde do usuário e tive a oportunidade de conhecer de perto o trabalho desenvolvido no CAPS'AD Walter Sarmiento de Sá a partir do meu estágio curricular supervisionado I e II em

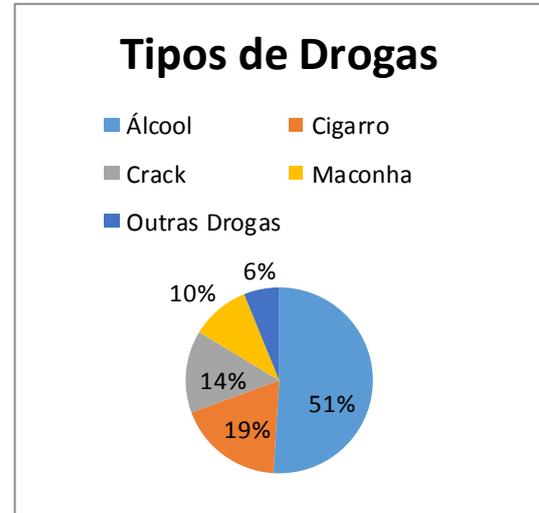
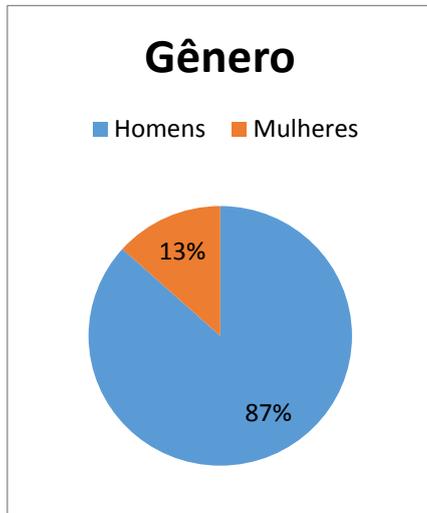
Serviço Social, entre novembro de 2013 a setembro de 2014. Foi muito importante para ampliar a minha visão e me ajudar a relacionar toda a teoria estudada até o momento de prática como estagiária, proporcionando uma aproximação da realidade da prática do Serviço Social e das outras áreas envolvidas exercidas pelos profissionais nas diversas políticas de assistência e saúde.

O CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá, foi inaugurado no dia 01/05/2004, no mandato do prefeito Salomão Benevides Gadelha, por iniciativa da secretária de saúde Aline Pires Benevides Gadelha. Está localizado na rua Dom Pedro II, no bairro Auto Capanema na cidade de Sousa/Paraíba. A unidade funciona de segunda a sexta das 7:30 às 17:00, com uma equipe multidisciplinar que tem o intuito de oferecer assistência adequada e humanizada aos usuários de substâncias psicoativas. Segundo Zenoni (2000, p. 14), “a instituição existe como uma resposta social a fenômenos clínicos de alguns estados de psicose, de passagens ao ato de depauperamento físico e uso excessivo de drogas”.

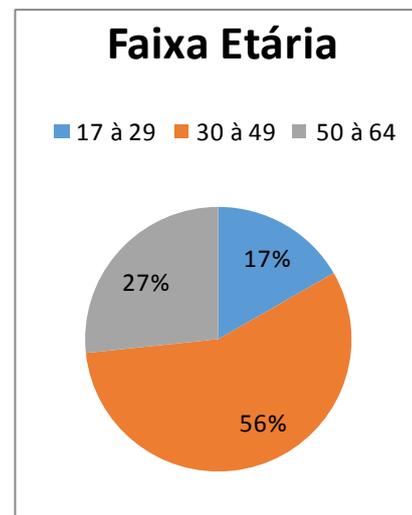
Cada usuário do CAPS' AD deve ter um Projeto Terapêutico Individual (PTI). Caracterizado como um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades, potencialidades e limitações. A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02: atendimento Intensivo; atendimento Semi-Intensivo e atendimento Não-Intensivo.

Para a construção da Caracterização Institucional (atividade requerida pela coordenação de estágio) fiz um levantamento para saber qual o perfil dos usuários do CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá que frequentaram cotidianamente o mês de fevereiro do ano de 2014, ao total de 30 usuários contabilizados.

Fonte: Elaborados pelo autor (2014).



A partir dessa pesquisa pôde-se constatar que o perfil dos usuários que buscam os serviços do CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá para tratarem de sua dependência de substâncias psicoativas é num geral homens, de idade mais avançada 50 à 64 anos e dependentes de álcool e cigarro, ou seja, as duas principais drogas são lícitas, isso não significa dizer que elas não tragam prejuízos à saúde de quem as



consome, pelo contrário, essas drogas são fáceis de serem encontradas e não custam caro para serem consumidas, mas é com o uso abusivo e principalmente a longo prazo que vem as consequências, quando aparecem as doenças e faz com que o usuário busque tratamento nas instituições de saúde no Brasil, principalmente nos CAPS' AD.

E foi realizada pela segunda vez um levantamento domiciliar sobre drogas no ano de 2005, em 108 cidades brasileiras, num total de 7.939 entrevistas e seus resultados foram semelhantes à minha pesquisa no CAPS' AD, vejamos: O uso na vida de álcool, nas 108 maiores cidades do País, foi de 74,6%. A proporção de dependentes de álcool em relação ao uso na vida mostra que, aproximadamente, para cada seis pessoas do sexo masculino que faz uso na vida de álcool, uma fica

dependente. A proporção para o feminino é de 10:1. Já o uso na vida de tabaco foi de 44,0% no total e proporção de uso na vida e dependência para o tabaco mostra dados idênticos, para ambos os sexos. Assim para cada quatro homens ou mulheres que fazem uso na vida de tabaco, um se torna dependente (BRASIL, 2006).

O CAPS' AD, aparece no cenário para prestar uma assistência pública em saúde mental, focalizando seu atendimento a todo e qualquer indivíduo a partir de 13 anos, que consomem ou são dependentes de substâncias psicoativas, como explica Tamelini (2009, p. 01): "Substâncias psicoativas são aquelas que alteram o psiquismo" e continua:

Diversas dessas drogas possuem potencial de abuso, ou seja, são passíveis da autoadministração repetida e conseqüente ocorrência de fenômenos, como uso nocivo (padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde física ou mental), tolerância (necessidade de doses crescentes da substância para atingir o efeito desejado), abstinência, compulsão para o consumo e a dependência (síndrome composta de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância torna-se prioritário para o indivíduo em relação a outros comportamentos que antes tinham maior importância). (2009, p.1)

O atendimento só pode ser desenvolvimento de forma eficaz se a família e a comunidade participar e apoiar, entendendo o usuário como portador de uma doença, caracterizada como transtorno mental, saindo da perspectiva que os indivíduos são pessoas sem vontade, sem fé, sem capacidade de mudar, percebendo – os como portadores de um distúrbio do quais não tem controle sobre o uso excessivo da droga, e que acabam transformando sua vida emocional, psíquica, física de forma grave. E entendendo também, como um ser humano capaz de mudar sua realidade.

Quando sinalizamos a particularidade dos CAPS' AD, que prestam atendimentos as pessoas que fazem uso demasiado de álcool e outras drogas, os usuários não são vistos como doentes, diferentes dos outros transtornos, que é reconhecido como tal. Os usuários são vistos pela sociedade como pessoas sem força de vontade, suas famílias não o reconhecem como capazes. Além de que, a população adquire que o atendimento por psicólogos ou psiquiatras, é uma contestação de fraqueza.

Para que se possa modificar ou amenizar as perspectivas construídas na sociedade, e até os pré-conceitos existentes sobre a instituição e sobre o usuário, é necessário investir na ampla divulgação do tratamento ofertado pelo CAPS' AD, fazendo com que a instituição chegue mais perto da comunidade e da família. Diante disso, é necessário que o usuário e a família percam a vergonha, busquem tratamento e consiga adentrar na instituição com determinação e sem medo.

Na tentativa de quebrar com essas antigas concepções, e fazer com que a instituição chegue perto do usuário é necessário reposicionar a relação entre a instituição e a população. Promovendo atividades de base preventiva que diminuam o estigma e o preconceito em relação aos usuários. Entender que, a questão de álcool e drogas é uma questão para a sociedade, para todos. É necessário ousar para poder responder a esse problema tão complexo da maneira mais singular possível. Sabemos que as dificuldades são enormes, tanto por falta de recursos humanos como recursos materiais, mas é necessário esforço para dar continuidade à luta pela cidadania da pessoa em sofrimento psíquico.

O usuário quando chega ao CAPS' AD já sente-se acolhido, pois os profissionais que compõem a instituição não o julgam, não o associam a falta de caráter ou a marginalidade, nem o culpam por fazer uso de drogas e sim dispõem-se a ajudar, o primeiro atendimento é muito importante, podendo ser feito por qualquer profissional formado da instituição, é onde criam-se os primeiros vínculos com o usuário, onde ele é escutado e recebe todo apoio da equipe multiprofissional, escolhe seu nível de tratamento (intensivo/semi-intensivo/não-intensivo) e assina um termo de compromisso com o tratamento a ser iniciado. Lembrando que é demanda livre, ou seja, não precisa de encaminhamento, pode chegar na instituição a qualquer momento que será prontamente atendido.

Além disso, Cruz (2014) informa que “o atendimento às pessoas que usam drogas deve ser feito na perspectiva da atenção psicossocial, sustentando-se sobre o tripé: acolhimento, vínculo e co-responsabilização, como condição para o cuidado.”

Os serviços oferecidos pelo CAPS' AD são: Primeiro atendimento, cada usuário deve ter um Projeto Terapêutico Individual (PTI) que respeite suas particularidades; atendimento individual e em grupos por uma equipe multidisciplinar

– psicoterapia em grupos, grupos operativos (resgatando as aptidões dos usuários) e assembleias; atendimento clínico psicossocial e medicamentoso frente aos transtornos decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas; oficinas terapêuticas; atendimento domiciliar (visitas) e familiar (atendimento individual ou reuniões em grupo); orientações de autocuidados; lazer (jogos, passeios, TV); alimentação adequada.

Tive a oportunidade de presenciar o acolhimento dos usuários no dia 15/05/2014 e pude ver de perto como agem os profissionais e os usuários na instituição. O CAPS' AD possui um carro e é esse transporte que sai nas residências pegando os usuários para levar à instituição, quando chegam tomam café da manhã e logo em seguida a enfermeira entrega a medicação a eles que o médico prescreve tais medicamentos para auxiliar nesse processo de diminuição gradativa do uso de drogas, para controlar a ansiedade e a compulsão pelo desejo de consumir drogas. Logo em seguida a profissional faz algumas perguntas a todos que estão presentes, como por exemplo: Você está bem? Tem alguma queixa? Quantos dias sem fazer consumo de substâncias psicoativas? Anota em seus respectivos prontuários e depois que todos respondem há sempre uma atividade para ser feita no decorrer do dia, seja artesanato, pintura, terapias em grupo, palestras tanto motivacionais quanto informativas mostrando a eles como fazer consumo de drogas prejudicam a saúde, os usuários sempre interagem conversando sobre seus casos, tirando dúvidas e essas atividades terapêuticas tem como objetivo direcionar o tempo e o pensamento, mantendo-os ocupados e prevenindo que pensem em fazer uso de drogas, ou seja, tem por finalidade a reabilitação do usuário.

A partir das minhas percepções como estagiária e dos relatos e queixas dos profissionais do CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá, na instituição e em todas as demais do setor público, podemos ver que o grande problema encontrado é a falta de concurso, ou seja, de trabalhadores efetivos, já que todos os profissionais de Ensino Superior são contratados de período em período eleitoral, em sua maioria, por troca de favor ou voto, ou seja, são trocados de quatro em quatro anos pela renovação dos governos municipais. Há uma falta de continuidade do trabalho desenvolvido, já que a equipe multiprofissional é sempre alterada no decorrer do trabalho. Isso é claramente um grande desafio para continuação dos serviços e

trabalhos ofertados na instituição. Outra queixa frequente dos profissionais que escutei foi a falta de capacitação para os profissionais da área.

Sabe-se que o consumo de drogas no Brasil tem crescido cada dia mais e hoje se constitui como um problema de saúde pública foi então a partir do meu campo de estágio curricular supervisionado na instituição CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá que pude observar de perto essa triste realidade. Para compreender o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, os profissionais do CAPS' AD então me explicaram que na instituição se trabalhava a estratégia da Redução de Danos com os usuários, pois visavam diminuir os danos causados pelo abuso e dependência de substâncias psicoativas, onde os indivíduos ao reduzir o consumo de tal droga consigam ter assim o fortalecimento de sua saúde, já que muitos não conseguiam abstinência total.

Segundo Rezende e Moura:

A RD é uma das políticas atuais privilegiadas pelo Governo Federal para o tratamento do abuso e dependência de álcool e outras drogas, juntamente com a implantação da rede substitutiva de atenção à saúde mental, que encontra nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) um de seus mais importantes dispositivos." (REZENDE E MOURA, 2010, p. 185)

A equipe multidisciplinar do CAPS' AD respeita o indivíduo que é dependente e que não consegue ou não quer abster-se da droga, informando os riscos à saúde, todos os malefícios que tais substâncias psicoativas trazem ao nosso corpo e tentam a partir da Redução de Danos mobilizar o usuário a cuidar de si, da sua saúde, mesmo que minimamente.

É importante salientar que a busca que se faz pelo uso controlado ou moderado da droga é em princípio uma estratégia usada pelos profissionais da instituição, e não deve ser encarada como sendo um incentivo ao uso de drogas e nem como sendo a única forma de tratamento, já que não deve ser excluída pelo usuário a possibilidade de abstinência total.

Colocando em prática a Política de Redução de Danos, o CAPS' AD rompe com as formas de tratamento tradicionais que antes eram exclusivamente de internato ou abstinência, trazendo uma forma mais humana para os cidadãos que

precisam e buscam por uma melhor qualidade de vida. O referido tema será aprofundado no tópico a seguir.

### **2.3 Política de Redução de Danos: limites e possibilidades**

A primeira aparição do conceito “redução de danos” surgiu no Reino Unido, no ano de 1926, quando um grupo de médicos definiu no Relatório de Rolleston que a maneira mais adequada de tratar os usuários de heroína e morfina era através do monitoramento do uso dessas drogas, para aliviar os sintomas de abstinência. (SILVEIRA; NIEL; 2008, p.12)

Esse movimento de Redução de Danos manteve-se inalterado até que ocorreu em todo o mundo um crescimento expressivo de doenças imunoadquiridas, foi quando os países da Europa reconheceram a necessidade de executar programas que objetivassem reduzir o risco de transmissão do Vírus de Imunodeficiência Adquirida (HIV) e o alastramento das hepatites virais, principalmente entre os usuários de drogas injetáveis (LARANJEIRA, 2004).

Na década de 1980, a Holanda tem seu primeiro programa legalizado de Redução de Danos, em decorrência dos movimentos que discutiam questões referentes à epidemia de Aids e Hepatite B nas Organizações não Governamentais e associações dos usuários de substâncias psicoativas injetáveis, exigindo das autoridades sanitárias melhorias no acesso às agulhas e seringas. Foi então que as autoridades estabeleceram um acordo com os usuários que mediante o recebimento de seringas e agulhas novas disponibilizadas pelo Estado, seriam devolvidas a usadas pelo usuário. Essa tática reduziu em mais de 80% as infecções por HIV-Aids desse grupo (LARANJEIRA, 2004).

A estratégia de RD antes era usada como prática de prevenção, tanto da Aids quanto da Hepatite B, só um pouco mais adiante que as drogas lícitas e não injetáveis tornam-se práticas das ações de Redução de Danos, mas sempre com um objetivo em comum que é a prevenção da saúde.

As práticas de Redução de Danos usadas na Europa, chegaram à Alemanha, na cidade de Frankfurt, onde carros móveis eram colocados em pontos estratégicos para a troca de seringas e também ocorriam oficinas de aconselhamento para os usuários de drogas injetáveis (LARANJEIRA, 2004).

Vale salientar que as práticas do Programa de Redução de Danos não foram efetivadas em todos os países da Europa, já que países como França e Suíça se posicionaram contra essa política direcionada aos usuários de substâncias psicoativas (LARANJEIRA, 2004).

A Redução de Danos (RD) surge no Brasil no ano de 1989, como uma estratégia de saúde pública, na cidade de Santos/SP quando os altos índices de transmissão do vírus HIV davam-se por meio do uso indevido de drogas injetáveis, as seringas. Então foi criado um programa de Troca de Seringas (PTSs), e assim promovendo uma estratégia de produção de saúde alternativa.

Contudo, o Poder Judiciário interpretou tal ação com incentivo ao uso de drogas e os coordenadores do serviço foram enquadrados como traficantes autores de crime de facilitação do uso de drogas. Neste ano a lei vigente para a prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes, no Brasil, era a lei nº 6.368, datada de 1976, ou seja, desenvolver as práticas de Redução de Danos em Santos no ano de 1989 era compreendido pelo Poder Judiciário como crime idêntico ao tráfico de drogas (BUENO, 1994; MESQUITA, 1998; apud PACHECO, 2013, p.30).

As leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, estabelecem o Sistema Único de Saúde (SUS) e instituem a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

No ano de 1995, em Salvador na Bahia, surge o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) do Brasil a realizar troca de seringas para os usuários de drogas injetáveis. Segundo Passos e Souza (2011), no ano de 1996 foi fundada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), com a função de capacitar e articular os PRD, mobilizando os redutores de danos e usuários de drogas a se organizarem politicamente, fundando diversas ONGs no Brasil podendo construir uma rede cooperativa e democrática, onde os mesmos juntamente com estudantes e pesquisadores criaram uma gestão democrática através de redes

abertas de interação e cooperação, evitando que os PRDs ficassem isolados e restritos a um contexto local.

Em 1997 é realizada em São Paulo a IX Conferência Internacional de Redução de Danos, onde foi anunciada a regulamentação da Lei nº 9.758 de autoria do Deputado Estadual Paulo Teixeira que legitimou e legalizou a troca de seringas e está em vigor até os dias atuais (DUARTE, 2011).

Antes a Redução de Danos era a política oficial de controle da Aids e é somente a partir de 2003 que a RD deixa de ser uma estratégia exclusiva dos programas de AIDS e torna-se Política Pública do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003) e da Política de Saúde Mental pelo Governo Federal.

No ano de 2005 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.028/MG, determinando e regulamentando ações que visam a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A aplicação da técnica de RD é usada quando o objetivo ideal não pode ser alcançado por múltiplos motivos dentre eles, doenças que não tem cura, apenas tratamentos de controle, ou por escolha do usuário, Celestino et.al a RD valoriza e põe em ação estratégias de proteção, cuidado e auto-cuidado, possibilitando mudança de atitude frente a situações de vulnerabilidade.

A técnica de Redução de Danos deve ser pautada na ética, com autonomia, no diálogo e no comprometimento do usuário para com a instituição, essa é uma forma do profissional humanizar o atendimento e criar um vínculo importante que vai auxiliar no tratamento do usuário e contribuir com a promoção de sua saúde e prevenção de problemas relacionados ao uso de drogas.

O que deve existir nessas instituições que prestam apoio no tratamento dos usuários de substâncias psicoativas é a corresponsabilização, que é como diz Cruz (2014), “o compartilhamento da responsabilidade no processo de busca da saúde, que o usuário e o profissional e toda a equipe da instituição [...] são responsáveis por ações necessárias para o melhor resultado do tratamento”.

Atualmente o número de pessoas dependentes de substâncias psicoativas vem crescendo, o que acarreta maior demanda nas instituições de tratamento de saúde para tais usuários. Por isso precisamos compreender todo o contexto e a história de vida que o usuário está inserido e como enfatizam Silveira e Moreira (2006) “há um grande desafio que é entender o outro, o diferente, e incluí-lo e a moderação frente ao objeto de desejo passa a ser uma alternativa possível, a estratégia de Redução de Danos”.

Essa política vem se efetivando por meio da reestruturação dos serviços de saúde mental com a implantação de novas tecnologias de cuidado, a reformulação das leis, a construção de um lugar para a loucura, o resgate da cidadania do usuário do SUS, a redução gradual dos leitos psiquiátricos e a ampliação da rede substitutiva que garanta o cuidado em saúde mental. (SILVEIRA; REZENDE; MOURA; 2010)

Essa nova política vem se tornando uma importante estratégia no tratamento dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS' AD), é importante frisar que:

Enquanto a abstinência está articulada a uma proposta de remissão de sintoma e a cura do doente, a proposta de reduzir danos possui como direção a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas de cuidados de si. No caso da RD, a própria abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, porém mesmo nesses casos trata-se de uma meta pactuada, e não de uma regra imposta pela instituição. As regras da RD, mesmo a abstinência, são imanentes à própria experiência e não se exercem de forma coercitiva, enquanto regras transcendentais. (PASSOS & SOUZA, 2011, p.160)

As metas a serem alcançadas no tratamento são discutidas e avaliadas com os usuários e não impostas como regras pelos profissionais, assim os motiva a seguir em frente com o tratamento e com o tempo faz perceber que essa é uma forma satisfatória de viver, mesmo que seja uma redução pequena no consumo, está trazendo benefícios mínimos na sua saúde e vida social.

São estratégias de redução de danos a ampliação do acesso aos serviços de saúde, por meio de distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas, a elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e

sobre as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas. Também é importante a criação de programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo.

Segundo Nardi e Rigoni (2005) apud Pacheco (2013, p. 102), mediante o consumo abusivo de substâncias psicoativas as práticas em saúde, embasadas na Redução de Danos, ampliaram o seu campo de atuação ao diminuir o uso de drogas injetáveis e aumentar outras, como a maconha, cocaína, *crack*, álcool, tabaco, psicofármacos e anabolizantes.

Interromper o uso de drogas e álcool é um dos objetivos da Estratégia de RD, mas também, a valorização do reestabelecimento do relacionamento familiar, a volta ao trabalho, a melhoria na saúde e ainda acrescenta Cruz (2014) nas condições clínicas e psíquicas, nas relações com a lei, e outros fatores que são usados para a avaliação do resultado do tratamento.

No de que diz na Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2006),

[...] a promoção de saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

A Estratégia de RD não foca somente na droga com um único objetivo de fazer o usuário parar de consumi-la (como a maioria das políticas públicas de hoje, que desconsideram a necessidade real do sujeito e quase nunca focam na sua individualidade) ela valoriza as escolhas do usuário, os profissionais o escutam, oportunizam o diálogo, sem preconceitos, conhecem sua história de vida, seus desejos e problemas, para assim traçarem juntos uma meta de tratamento, criam uma ligação entre usuário, profissionais e instituição, sempre pensando no melhor para o usuário.

## **2.4 Observações da pesquisadora no CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá**

Pela experiência que tive no CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá, a maioria dos usuários faziam uso de tal estratégia como escolha de tratamento, reduzindo o consumo de drogas para fortalecer sua saúde, seus direitos humanos, cidadania e seus vínculos sociais, que muitas vezes são quebrados por causa da dependência. A equipe multiprofissional sempre respeitando o querer do usuário sem impor abstinência total, mas sempre os alertando dos riscos que o uso de substâncias psicoativas trazem ao nosso corpo, à nossa vida, sendo caracterizada como uma:

abordagem singular, inter, multi, transdisciplinar, prospectiva, global, multicultural, inter-religiosa e sistemática, que considera a pluralidade dos contextos e tem por base o diálogo inclusivo de todos os afetados e envolvidos como interlocutores válidos. (ZOBONI, 2007, p.64 apud PACHECO, 2013, p. 105)

Vale salientar que tal política de RD não deve ser encarada como incentivadora do uso de drogas, ela é uma estratégia usada por profissionais com o intuito de trazer benefícios e qualidade de vida (mesmo que minimamente) respeitando a individualidade e autonomia do usuário que não quer ou que não consegue abster-se das substâncias psicotrópicas. Segundo Silveira (2008, p. 9) programas de RD são estratégias inteligentes que enfocam nas potencialidades das pessoas, ajudando-as a adotar comportamentos saudáveis e a mostrar que despertar no outro o desejo de se cuidar é possível.

Ressalta-se que na Política sobre Drogas, no Brasil, a Política de Redução de Danos se fundamenta na perspectiva sociocultural e geopolítica estrutural que, ao observar a problemática social, se propõe a realizar intervenções focadas na redução dos efeitos danosos das drogas, visando melhorar o bem-estar físico e social dos usuários (PACHECO, 2013, p.101).

Essas estratégias de redução de danos pretendem reduzir os prejuízos de natureza biológica, social, cultural e econômica aos usuários de substâncias psicoativas, promovendo-lhes o acesso aos serviços de saúde como uma alternativa, adotando a relação profissional-usuário como um caminho para a construção de vínculos (MARLATT, 1999 apud PACHECO, 2013, p.48).

Segundo Celestino et.al [s. d.] para que haja efetividade na estratégia de RD, é necessária articulação entre a rede, incluindo as Unidades Básicas de Saúde

(UBS) como um apoio já que a mesma presta serviços essenciais para a população vulnerável socialmente, sendo parceiras para que haja um vínculo com os CAPS' AD esclarecendo para a população quais são os serviços ofertados, e nessa atividade em conjunto facilitaria a adesão de pessoas à buscar tratamento no CAPS, conhecer seus direitos e buscar por uma melhor qualidade de vida.

Por fim, sabemos que não é possível acabar o uso de drogas, elas sempre estiveram presentes na humanidade, trazendo na maioria dos casos malefícios a quem as faz uso. Resta-nos usar estratégias para diminuir seus efeitos, como a Política de Redução de Danos e a promoção da acessibilidade ao SUS, que vem sendo ampliada nas últimas décadas pela saúde pública onde a abstinência não é o único caminho a ser seguido, agora é valorizada a particularidade do sujeito, as diferentes possibilidades de tratamento, analisar cada caso sem generalizar, a RD é um método, um caminho que busca a defesa da vida, essa prática de cuidado visa garantir os direitos dos cidadãos dependentes e enxergar a saúde como um direito do ser, propondo uma melhor qualidade de vida e cidadania.

A Redução de Danos oferece um caminho esperançoso e promissor para os usuários de substâncias psicoativas, garantindo liberdade de escolha e ao mesmo tempo co-responsabilização por suas opções, sem o impor à abstinência ou internação. A RD promove o cuidado e ampara o sujeito usuário de drogas tanto lícitas quanto ilícitas, em seu sofrimento buscando sempre a promoção e defesa de sua saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui exposto tem por finalidade compreender o que é a Política de Redução de Danos e como tal estratégia ajuda no tratamento dos usuários de substâncias psicoativas no CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá em Sousa/PB. Foram expostos ao longo do discurso relatos vivenciados por mim a partir da experiência como estagiária da instituição durante o Estágio Supervisionado I e II, no período de novembro de 2013 a setembro de 2014.

A partir do estudo bibliográfico foi possível perceber que a Reforma Psiquiátrica mudou completamente a forma de cuidar da pessoa acometida de transtorno mental ou doença, tratando-os como sujeitos de direitos, como seres humanos. Vale salientar que na referida época o país passava por uma onda de democratização na qual foi a impulsionadora da referida reforma, ajudando bastante na luta pela cidadania e universalização de direitos.

Sabendo de todos esses processos históricos, o CAPS' AD atende a pessoas que fazem uso demasiado de álcool e outras drogas e a instituição enfrenta inúmeros desafios, um deles é de levar a ressocialização do usuário, que é uma parte muito difícil pois os usuários de substâncias psicoativas são vistos como uma imagem social de vagabundos, criminosos, sofrem preconceitos e são muito estigmatizados, aos poucos que os CAPS' AD estão mudando essa concepção dos dependentes de drogas e os mesmos vão sendo vistos como doentes e que precisam de tratamento e apoio da família, da comunidade e da instituição, que dispõe-se a ajudar da melhor forma possível, criando um vínculo e buscando reestabelecer a saúde do usuário.

A presente pesquisa foi de extrema importância para que pudéssemos ter uma melhor compreensão e aprofundamento do tema em questão, que é a forma de tratamento usada pelo CAPS' AD Walter Sarmiento de Sá com seus usuários, a estratégia de Redução de Danos, buscando fazer com que façam uso mínimo de substâncias psicoativas e com tal redução melhorem a saúde mesmo que minimamente.

Os profissionais do CAPS' AD respeitam as escolhas de tratamento dos indivíduos sem ditar regras aos usuários que não conseguem ou não querem parar de consumir a droga. A equipe multidisciplinar sempre informa todos os riscos que os usuários correm por fazerem uso de tais substâncias, ao mesmo tempo que o usuário escolhe sua forma de tratamento, está se co-responsabilizando pelas mesmas.

É importante lembrar que tal prática não é para ser entendida como um incentivo ao uso de drogas e sim como uma forma de respeito ao querer do usuário, o respeito a sua singularidade, levando os profissionais a analisarem cada caso sem generalização de tratamento, mostrando que a Redução de Danos é um caminho a ser seguido e que não existe apenas o tratamento de abstinência total ou a internação.

A pesquisa deixou claro que a Redução de Danos é um método de defesa da vida, uma prática de cuidar que busca garantir os direitos dos cidadãos propondo uma melhor qualidade de vida e cidadania. Mostrou também o quanto é complexa a vida, as pessoas, suas vontades, desejos e que a redução de danos é um caminho promissor para que os usuários de substâncias psicoativas busquem a promoção e defesa de sua saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, C. F de O. et.al. **Uma breve historia da reforma psiquiátrica.** Neurobiologia, 72 (1), jan/mar, 2009. Disponível em: [http://www.neurobiologia.org/ex\\_2009/Microsoft%20Word%20%2011\\_Ribas\\_Fred\\_et\\_al\\_Rev\\_OK\\_.pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20%2011_Ribas_Fred_et_al_Rev_OK_.pdf) Acesso em: 17 dez. 2014.
- AMARAL, Marcela Corrêa Martins. **Narrativas de Reforma Psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal.** Dissertação de Mestrado. Brasília, 2006.
- AMARANTE, P. D. Asilos, Alienados e Alienistas: **Pequena História da Psiquiatria no Brasil.** Org. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1995.
- BEZZARA, Jr Benilton. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Physis. Vol 17. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002). Acesso em: 12 jan. 2015.
- BRASIL. **Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000.** Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2000.
- BRASIL. **Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS i. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, DF. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: **Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. **Portaria nº 246 de fevereiro de 2005.** Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2005.
- BRASIL. **Portaria/GM 1028 de 1 de julho de 2005.** Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**: Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei 11343 de Agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2006.

BRASIL, **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CANIEL, ALINE CRISTINA. Atendimento em Saúde Mental: **desafios e perspectivas**. Disponível em: [http://www.faepa.br/Downloads/palestras/ALINE\\_CRISTINA\\_D\\_CARNIEL.pdf](http://www.faepa.br/Downloads/palestras/ALINE_CRISTINA_D_CARNIEL.pdf) 27,05.2010. Acessado em: 19 dez. 2014.

CELESTINO et. al. **Práticas de Redução de Danos em uma Unidade Básica de Saúde: Um relato de experiência**. Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/Saúde Mental, crack, álcool e outras drogas. [s. d.]

CRUZ, Marcelo Santos. **O cuidado ao usuário de drogas na perspectiva da atenção psicossocial**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ed. 6. Rio de Janeiro, 2014.

DUARTE, P. C. A. V. A política e legislação brasileira sobre drogas. In: **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: Ed. 4. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

ECKHARDT, Natália dos Santos. **Itinerários Terapêuticos, Drogadição e Serviços Públicos: Uma abordagem contemporânea**. Monografia de Bacharelado – UNIVATES. Rio Grande do Sul, 2013, p. 15.

FREITAS, Lúcia. **Como Surgiu o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil?** Disponível em: <http://www.luciafreitas.com.br/blog/?p=372> . 31 de agosto. Acesso em: 19 dez. 2014.

FOUCAULT, M. **Doença mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000. P. 81.

JÚNIA, Raquel. **Desafios da Reforma Psiquiátrica**, 25/05/2011. Disponível em: [https:// http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=513](https://http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=513). Acesso em: 12 jan. 2015.

LACERDA, Roseli Boemgem de. **As drogas na sociedade: informações sobre as drogas psicotrópicas**. Revista Igualdade, Livro 41, edição especial, Curitiba, 2008, p. 8.

LARANJEIRA, R. **Políticas públicas para o Álcool**. São Paulo: Roca, 2004.

LESSA, M. B. M. F. **Os paradoxos da existência na história do uso das drogas**. 1998. Disponível em <http://www.ifen.com.br/artigos.htm>. Acesso em: 25 jan. 2015.

MACRAE, Edward. **A história e os contextos sócio culturais do uso de drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ed. 6. Rio de Janeiro, 2014. p. 3 - 7.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. 29. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. Disponível em: <https://mariogaudencio.wordpress.com/2013/01/02/maria-cecilia-de-souza-minayo/>. Acesso em: 26 fev. 2015.

MORAES, Maristela. **O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais**. Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 13, 2008, p. 27.

NUNES, Laura M.; JÓLLUSKIN, Glória. **O uso de drogas: breve análise histórica e social**. p. 232-233.

PACHECO, Maria Eniana Araújo Gomes. **Política de Redução de Danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no projeto Consultório de Rua em Fortaleza, Ceará**. Monografia de Bacharelado, - UECE, Fortaleza, 2013, p. 30 - 105.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. **Redução de Danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”**. Psicologia & Sociedade, 23, 2011, p. 160.

PIERRO, Bruno de. **Especial CAPS – A Reforma Psiquiátrica**. 30/01/2012 Disponível em: <http://advivo.com.br/materia-artigo/especial-caps-a-reforma-psiQUIATRICA>. Acessado em: 19 dez. 2014.

REZENDE, Diogo; SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado; MOURA, Willian Araújo. **Pesquisa-intervenção em um CAPS’ AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas**. Minas Gerais. Revista de Interinstitucional de Psicologia, 2010, p. 184 - 185.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. 3 ed. SÃO PAULO. CORTEZ. 2011.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO, A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Reflexões sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas**. Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), Ministério da Saúde, São Paulo, 2008, p. 9.

SILVEIRA, D. X.; DOERING-SILVEIRA, E. **Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ed. 6. Rio de Janeiro 2014.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependência**. São Paulo: Atheneu. 2006.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da; NIEL, Marcelo. **Drogas e Redução de Danos: Uma cartilha para profissionais de saúde**. Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), Ministério da Saúde São Paulo, 2008, p. 12.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília 11 a 15 de dezembro de 2001. Ministério da Saúde, 2002, p. 213.

TAMELINI, Mellissa Garcia. **Dependência de Substâncias Psicoativas**. 01/02/2009. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/160331144/Dependencia-de-Substancias-Psicoativas>. Acessado em: 22 dez. 2014.

VALVERDE, Dayana Lima Dantas. **Reforma Psiquiátrica: Panorama sócio-histórico, político e assistencial**. 2010. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2010/11/21/reforma-psi-qui-trica-panorama-s-cio-hist-rico-pol-tico-e-assistencial/>. Acesso em: 12 jan. 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios Políticos no Campo da Saúde Mental na atual conjuntura**: Uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. Rio de Janeiro, abril-maio de 2010, p. 29.

WERNECK,, Giovanna Carrozzino. **As muitas histórias da loucura**. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfaLAAD/as-muitas-historias-loucura#>. Acesso em: 15 dez. 2014.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese de Doutorado – ENSP, Rio de Janeiro. 2006, p. 18-32.

ZENONI, A. **Qual instituição para o sujeito psicótico?** In: Revista Abre campos, Ano 1, Belo Horizonte: FHEMIG, 2000, p. 14.