



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

MARIA ISABEL ALVES CASIMIRO

**A DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO NO CAPS AD DA CIDADE
DE SOUSA-PB: COM A PALAVRA OS USUÁRIOS.**

SOUSA - PB
2014

MARIA ISABEL ALVES CASIMIRO

**A DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO NO CAPS AD DA CIDADE
DE SOUSA-PB: COM A PALAVRA OS USUÁRIOS.**

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

Orientador: Ms.Luan Gomes dos Santos
Oliveira.

Sousa-PB

2014

MARIA ISABEL ALVES CASIMIRO

**A DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO NO CAPS AD DA CIDADE
DE SOUSA-PB: COM A PALAVRA OS USUÁRIOS.**

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

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

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

Kallyne Rubyan Oliveira Queiroga
Bacharel em Enfermagem/UFCG

Prof. Ms. Ane Cristine Hermínio Cunha

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que iluminou os meus passos durante toda esta caminhada e que mesmo diante dos obstáculos me fez ter força, renovando a cada dia a minha fé de que tudo daria certo.

Agradeço de forma grata e grandiosa a minha mãe por existir e está sempre presente em minha vida, por ter passado as noites indo dormir tarde para poder me esperar, mesmo com todo o seu cansaço do dia a dia, por ter vivenciado desde o início dessa batalha todas as minhas angústias, preocupações, estresses, me fortalecendo com seu amor, respeito e confiança, é ela a quem eu devo essa vitória que é tanto minha quanto dela, e que essa é a primeira de muitas que virão. Amo você!

A minha família por ter acreditado que eu seria capaz de chegar até o final, pelo incentivo e amor que sempre destinaram a mim e de terem proporcionado a chance de realizar os meus sonhos, sempre com a certeza de que iria conseguir, e por terem seguido comigo durante este difícil caminho me dando coragem para seguir.

Ao meu namorado e amor David Batista, que de forma muito carinhosa e especial me deu força e coragem para não desistir, por ter aguentado todos os meus estresses sempre me perguntando se faltava muito para terminar e dizendo que ia dar tudo certo. Obrigada por ter entrado na minha vida, pelo apoio, compreensão e pela paciência durante todo esse tempo.

Aos colegas de turma, que durante o curso dividiram comigo as dificuldades e os prazeres da vida acadêmica em especial: Alyne, Natana, Irla, Silvinha e Suzane, as quais eu compartilhei desde o início momentos de alegrias, tristezas, angústias, desespero, por terem aguentado minhas perturbações que não foram poucas, por terem compartilhado a aprendizagem de vocês, e por sempre estarem disponíveis a ajudar, quer fosse com coisas da faculdade ou não, e dizer que se não fossem os nossos estudos teria sido muito difícil chegar até aqui. Vocês são 10.

Aos profissionais do CAPS ad pelo acolhimento, carinho e respeito dedicado durante o período de estágio, em especial a grandiosa Assistente Social Laurenilza Gomes Mendes (Lala), por ter se empenhado, contribuindo para o meu conhecimento enquanto profissional.

A todos os professores do curso aqueles que estiverem conosco desde o início dessa batalha lutando para que chegássemos até aqui e que foram importantes nessa minha trajetória acadêmica.

Ao meu orientador Luan Gomes, por seus ensinamentos sempre conduzidos com simplicidade e dedicação, mesmo no pouco tempo que lhe coube, pelo compromisso, paciência e incentivo que tornaram possível a construção desse trabalho. Muito obrigada!

A todos aqueles que de alguma forma fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

*“Vencer um desafio,
Procurar a superação,
Escapar por um fio,
E tornar-se campeão
Supera-se em cada gesto,
Conquistar o infinito,
Ir mais além do que o certo,
Ultrapassar o mais bonito,
Ir além da superação
E conquistar o impossível,
Ir mais além da imaginação
Para vencer o invencível”.*

(Ir mais além, Rômulo Paulino)

RESUMO

A referente pesquisa consiste em analisar os fatores relacionados à descontinuidade do tratamento dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial Walter Sarmiento de Sá na cidade de Sousa-PB, identificando as circunstâncias que os levam ao CAPS ad, passando dessa forma a conhecer as principais dificuldades vivenciadas por eles que incidem sob a desistência do tratamento, e ainda buscaremos identificar a motivação e as expectativas dos usuários em relação ao CAPS ad. Tendo em vista que o uso de substâncias psicoativas ainda é um fator bastante presente na atualidade, atingindo não apenas as pessoas que fazem uso, passando a incidir na sociedade como um todo. Realizou-se uma pesquisa de caráter bibliográfico, abordando sobre o processo da Reforma Psiquiátrica. A metodologia utilizada foi uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, seguida de uma pesquisa empírica de campo, onde os dados foram coletados por meio de um questionário contendo questões semi-estruturadas, aplicado aos quatro usuários entrevistados no CAPS ad. Este trabalho toma como fundamentação a abordagem logoterapêutica de Viktor Frankl. Conclui-se que a desestruturação familiar apresenta-se como o fator principal que faz com que a maioria dos usuários abandone o tratamento.

Palavras chave: CAPS ad. Logoterapia. Redução de Danos. Descontinuidade do tratamento.

ABSTRACT

The related research is to examine the factors related to treatment discontinuation users in Psychosocial Care Center Walter Sarmiento de Sá in the city of Sousa -PB by identifying the circumstances that lead to ad CAPS , passing this way to hear about the main difficulties experienced they levied on the withdrawal of treatment, seek further identify the motivation and expectations of users in CAPS ad . Given that the use of psychoactive substances is still very present today factor, affecting not only the people who use, from the focus on society as a whole . We conducted a survey of bibliographical character, addressing about the process of psychiatric reform. The methodology used was a qualitative exploratory research, followed by an empirical field research, where data were collected through a questionnaire containing semi- structured questions , applied to the four users interviewed in CAPS ad . This work takes as its foundation the logoterapêutica approach Viktor Frankl. It follows that the family structure is presented as the main factor that makes most users abandon the treatment.

Keywords: CAPS ad. Logotherapy. Harm Reduction. Discontinuation of treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CRP-RJ	Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro
DINSAM	Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
PREV SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RS	Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de curso

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
METODOLOGIA.....	13
1 CAPITULO.....	15
1.1 Loucura e Reforma Psiquiátrica.....	15
1.2 A Construção Histórica da Loucura.....	15
1.3 O surgimento da Reforma Psiquiátrica.....	20
1.4 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	25
1.5 CAPS ad e a Política de Redução de Danos.....	32
2 CAPITULO.....	36
2.1 Descontinuidade do tratamento no CAPS ad da cidade de Sousa-PB: com palavra, os usuários.....	36
2.2 O Novo Modelo Assistencial em Saúde Mental: limites e possibilidades.....	36
2.3 O Sentido da Reforma Psiquiátrica: pontos positivos e negativos.....	41
2.4 O Sofrimento Psíquico e os Aspectos de Inclusão e Exclusão.....	45
2.5. Os Informantes.....	50
2.6 A Descontinuidade do Tratamento.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE A.....	62
APÊNDICE B.....	63

INTRODUÇÃO

O uso abusivo de substâncias psicoativas tem se apresentado como um fator presente nos mais diversos grupos sociais e culturais, e que independente da classe econômica a que pertence o indivíduo, bem como do grau de desenvolvimento intelectual e cultural, há um disparo da dependência química de forma alarmante na atualidade.

A questão das drogas tem prejudicado não apenas as pessoas que as consomem, tendo em vista que a sociedade passa a sofrer os efeitos destrutivos que as mesmas vêm a desencadear. Além da complexidade que atinge os fatores de ordem psicológica, física e emocional, a dependência causada pelo uso de substâncias psicoativas provoca nas pessoas que são dependentes um profundo vazio existencial, tendo em vista que a vida das mesmas passa a ser permeada por um constante tédio advindo da falta de interesse que passa a ser desencadeada e da indiferença pelas quais esses usuários sofrem.

É notório que o consumo de álcool e outras drogas tem sido um grave problema de saúde pública, tendo em vista esse fator o presente trabalho tem como objetivo realizar uma análise logoterapêutica da descontinuidade do tratamento dos usuários no CAPS ad Walter Sarmiento de Sá, localizado na cidade de Sousa-PB.

Sendo importante ressaltar que o CAPS ad desenvolve um trabalho de extrema importância para a recuperação dos usuários, tendo como ênfase recuperar a dignidade humana da pessoa. Uma vez que são atendidos apenas os pacientes que buscam ajuda, ao ser levado em consideração que é um tratamento aberto, no qual a internação ou qualquer outro tipo de atendimento não chegam a ser realizados sem que a iniciativa venha do usuário.

Dessa forma, o presente trabalho se apresenta de extrema relevância, pois irá possibilitar uma visão crítica acerca do tratamento, ao identificar as dificuldades e desafios vivenciados cotidianamente pelos usuários. Contribuindo para que a instituição conseqüentemente passe a obter uma visão mais crítica a respeito do tema em questão, e a partir disso desenvolver estratégias eficazes para uma melhor aplicação do tratamento, o que vem a resultar no fortalecimento do vínculo com essas pessoas em acompanhamento, trazendo benefícios para a vida desses usuários no tocante ao reconhecimento da importância do tratamento.

A escolha pelo referido tema foi fruto de inquietações, decorrentes de leituras e observações no campo de estágio, nas quais podemos constatar os relatos apresentados pelos usuários, colocando em evidência as motivações que o levaram a buscar o tratamento bem como os fatores que resultam na desistência do mesmo. Pretendemos assim dar voz a estes usuários.

O presente trabalho encontra-se estruturado em dois capítulos, onde no primeiro discorremos sobre a construção histórica da loucura, apontando suas variadas definições, em seguida abordou-se o surgimento da Reforma Psiquiátrica, a qual deu origem a variados movimentos que traziam em seu interior denúncias direcionadas ao asilo. Dando continuidade será feita uma abordagem sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, onde a mesma tem como objetivo a modificação do tratamento da doença mental e posteriormente foi dada ênfase ao CAPS ad e a Política de Redução de Danos, apresentando o seu surgimento, onde o mesmo tem como estratégia a Política de Redução de Danos.

O segundo capítulo aborda sobre o novo modelo assistencial em saúde mental, apontando seus limites e possibilidades, tendo em vista que o campo da saúde mental vem passando por diversas transformações. Em seguida foi dada ênfase aos pontos positivos e negativos da Reforma Psiquiátrica, mostrando que esse processo foi permeado por avanços, porém existem inúmeros entraves a serem enfrentados. Foi abordado acerca do sofrimento psíquico e seus aspectos de inclusão e exclusão, posteriormente foram realizadas uma breve apresentação sobre os informantes, apresentando o perfil dos usuários entrevistados no CAPS ad (Walter Sarmiento de Sá). E por último foi dada ênfase a descontinuidade do tratamento, onde traz o método logaterapêutico utilizado para uma melhor compreensão desse fator, além das motivações que incidem na vida dos usuários sob a desistência do tratamento, demonstrando-os por meio da análise que foi feita acerca dos dados achados.

METODOLOGIA

A pesquisa apresenta uma revisão de literatura especializada em Saúde Mental, que veio a contribuir para uma melhor compreensão acerca dos determinantes que envolvem a integralidade da Saúde Mental.

Para o desenvolvimento das questões em análise realizou-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, bem como uma pesquisa de campo, para que dessa forma possa haver uma obtenção efetiva dos resultados que se pretende alcançar. A pesquisa teve como campo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Walter Sarmiento de Sá, localizado na cidade de Sousa-PB, onde para coletar os dados foi aplicado um questionário com questões semiestruturadas e abertas, e foram realizadas entrevistas com quatro usuários presentes na instituição.

Para compreender a problemática em questão utilizou-se o método da Logoterapia, o mesmo foi criado pelo psiquiatra e psicólogo Viktor Emil Frankl, o qual apresenta como foco da sua análise o sentido.

A Logoterapia consiste no sentido da existência humana, através do qual há uma busca da pessoa por esse sentido, uma vez que o ser humano mediante os determinantes encontrados no decorrer de sua trajetória de vida sejam eles bons ou ruins, tornam-se capazes de sobreviver, pois essa busca de sentido é para a logoterapia uma motivação primária para o ser humano em sua vida, e que o único fator que irá permear nossas escolhas é o sentido. Que se desdobra nos seguintes blocos analíticos: a vontade de sentido, onde é ressaltado que essa busca do indivíduo mediante um sentido é o fator primordial, não sendo caracterizado como meros impulsos naturais. Tal sentido apresenta-se de forma única, podendo ser executado apenas por aquela determinada pessoa.

Essa busca por encontrar um sentido na vida é permeada em muitos casos pela frustração, o que vem a desencadear um vazio existencial decorrente justamente do sentimento da falta de sentido, vindo a ocasionar possíveis transtornos psicossociais. Sendo importante levar em consideração que da mesma forma que há um sentido para a existência, há também para o sofrimento, tendo em vista que a busca pelo sentido pode ocorrer em um momento onde nos encontramos mediante uma situação difícil ou que de forma alguma pode ser mudada.

No entanto podemos perceber que, mesmo que o usuário passe por dificuldades em sua vida, esse sentido dado ao sofrimento ocasionado pela drogadição pode ser aceito e superado pelo usuário por meio da responsabilidade a ser adquirida diante de uma situação, tendo em vista que a vontade do mesmo só vai ser fortalecida quando ele passa a aceitar o sofrimento, passando a dar um sentido positivo a tudo o que está a sua volta. Uma vez que a pessoa pode ser e permanecer otimista diante das dificuldades, o que para a logoterapia é denominado de otimismo trágico. De modo que o mesmo não se apresenta como uma resignação, uma abdicação do adicto nesse caso, e sim como uma aceitação que o leva a olhar tudo aquilo de sofrimento como um fator que pode se reverter como algo positivo que leva a um caminho para a superação.

1 CAPÍTULO

1.1 Loucura e Reforma Psiquiátrica

Neste capítulo, iremos nos reportar a construção social da loucura, tendo em vista que o conceito acerca da mesma se apresenta de forma diversificada, sendo permeada por várias transformações ao longo do tempo. Fazendo em seguida uma abordagem sobre os diversos movimentos que foram de fundamental importância para o surgimento da Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil, e por fim uma breve análise sobre o CAPS ad e a Política de Redução de Danos.

1.2 A Construção Histórica da Loucura

A compreensão que existe em torno do fenômeno da loucura é bastante variada, no decorrer da história ocorreram diversas transformações não apenas no que diz respeito à concepção de loucura, como também na forma do homem encarar tal fenômeno. É possível reconhecermos que, ao longo do tempo, as construções sociais voltadas às doenças, eram decorrentes de processos de estigmatização e segregação.

A ligação existente entre os elementos presentes em uma determinada sociedade, quais sejam no âmbito social, político e econômico, e o modo como a doença se profere dificultando o desenvolvimento do indivíduo de exercer os papéis impostos pela sociedade é o que pode estabelecer a maneira perante a qual esta doença será representada pela coletividade.

Segundo Amaral (2006), um exemplo bastante claro no qual podemos nos reportar a esse contexto diz respeito à lepra, uma vez que até o período da Idade Média foi vista com total repugnância pela sociedade, fato que resultava na segregação e no afastamento das pessoas em meio ao convívio na sociedade.

Desse modo, é por intermédio de Foucault que as mudanças voltadas para a percepção acerca da loucura e a medicalização do doente mental são pensadas,

momento em que é dado origem ao surgimento do discurso psiquiátrico. Seguindo essa concepção tem-se 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).

Entretanto, em períodos anteriores a Idade Média outras construções acerca da loucura foram possíveis ser resgatadas. Uma delas diz respeito à civilização babilônica, período em que as doenças mentais estavam atreladas a possessões diabólicas e as influências malignas, sendo a cura obtida por meio de métodos pertencentes à religião e a magia, e que depois de realizado o diagnóstico de tal doença os médicos- sacerdotes invocavam o deus que tinha especificidade para a cura da doença detectada.

Na Grécia Antiga, as doenças não mais eram vistas através de explicações sobrenaturais, e sim atreladas às causas naturais, fato enriquecido por Hipócrates, ao levar em consideração que o ambiente físico se apresenta como um importante fator relacionado à causa das doenças. Sendo importante ressaltar que neste período, ocorre uma sobreposição do conhecimento racional sobre as ideias místicas, o que vem a diferenciá-lo das civilizações postas em questão anteriores.

Conforme CIRILO (2006)

Na Grécia Antiga, a loucura não era tratada como doença, nem mesmo como um aspecto negativo, pelo contrário, a loucura era considerada um privilégio. Filósofos importantes da época como Sócrates e Platão, evidenciaram a existência de uma forma de loucura considerada como divina, e eram através de delírios que essas pessoas consideradas privilegiadas possuíam acesso as verdades divinas.

É importante considerarmos que, mediante as várias concepções que se tem acerca da doença mental, expostas nos diferentes períodos e civilizações, a loucura está ligada a uma causa, assim como a um tratamento, seja por meio de métodos mágicos ou religiosos, sejam por meio de conhecimento racional ou pela explicação

atrelada as causas naturais, não se apresentando como foco de marginalização, segregação, muito menos de perseguição.

Podemos registrar que no início da Idade Média tem-se a presença intensa do Cristianismo, influenciando a sociedade em diversos aspectos principalmente no tocante as doenças. De modo que com a crise do Império Romano, a insegurança e o medo se propagaram entre as pessoas, que se antes se apegavam aos deuses, agora se apegavam a Deus e aos santos da Igreja Católica, que passavam a ser responsáveis pela cura e prevenção das doenças. Seguindo essa perspectiva tem-se que,

[...] a “ciência médica” que vinha se desenvolvendo acaba sendo interrompida pelos desmandos da fé cristã, que em nome de Deus provocou não apenas a estagnação do que estava sendo desenvolvido, como também retrocedeu, sobretudo, no que diz respeito ao tratamento mental que passa a ser sinônimo de exorcismo. Além disso, aqueles que insistiam em dar continuidade aos estudos iniciados pelos hipocráticos na Grécia Antiga eram impedidos pelo dogma cristão que não permitia, sequer, o conhecimento da anatomia humana em sua totalidade (Amaral, 2006, p.57).

Em meio a esse contexto é perceptível à forma pela qual a religião exercia influência na sociedade, uma vez que tinham em si a crença de que as perturbações mentais eram ocasionadas mediante alguma força externa ou pela invasão de demônios, e que a cura seria obtida por meio do exorcismo tido sob o domínio dos sábios clericais. Partindo dessa análise, é somente no início do período renascentista, sendo o mesmo marcado pela retomada das escolas filosóficas, das artes, e demais pontos, que diversas transformações são desencadeadas, momento em que ocorre o declínio do feudalismo, bem como da Igreja Católica e a Reforma Protestante encontrava-se um estado de pleno fervor, ambos marcados pelo surgimento do chamado humanismo.

Com toda essa agitação advinda do espírito renascentista, se fez necessário tomar uma série de medidas que viessem estabelecer a ordem. Sendo assim uma das iniciativas conquistadas pela Igreja Católica foram direcionadas as mulheres, que na época eram consideradas feiticeiras. As mesmas eram responsáveis por estimular a licenciosidade dos homens, sobretudo dos próprios monges e demais membros pertencentes à igreja, e aquelas que tivessem seu posicionamento diferente do que pregava a igreja, ou que de alguma maneira tornasse público suas

fantasias sexuais, ou que tivessem ainda algum problema mental, seriam perseguidas.

Apesar das doenças mentais estarem por muito tempo atrelado ao imaginário supersticioso, sendo fundamentada pelos demônios e feitiços, existia alguns estudiosos e médicos que nesse período se posicionavam de forma contrária a perseguição das mulheres tidas como feiticeiras, e tinham a crença de que o doente mental seria advindo da explicação sobrenatural.

O período que segue a era renascentista se apresenta predominantemente como a “Era da Razão”, momento em que a ciência passou a ganhar total destaque, onde o raciocínio científico passou a se sobrepor a fé e a religião, havendo também o reconhecimento da racionalidade que seria atribuído a loucura, e é nesse contexto em que passa a haver a classificação e o diagnóstico das doenças por uma via mais exata.

Podemos levar em consideração que antes do século XVII a loucura não era tida como causa para a ausência do convívio social, tal fato só ganharia efeito em casos extremos em que a pessoa considerada louca trouxesse algum risco para os indivíduos. Somente com a construção das instituições asilares é que há uma mudança na forma de conviver com a loucura, uma vez que essas pessoas em sofrimento psíquico passam a viver encarceradas, ao mesmo tempo em que há uma privação dos seus direitos. As noções relacionadas à normalidade foram surgindo na sociedade em meio à difusão do processo de racionalização, porém, é no início do século XVII que a loucura é associada à ideia de normalidade, e o internamento passa a ser propagado como um meio de sustentar a ordem social.

Seguindo toda essa conjuntura, um importante ponto a ser ressaltado diz respeito à institucionalização da loucura no Brasil, período marcado por diversas mudanças sociais e econômicas, permeadas pela chegada da Família Real no início do século XIX. Mediante esse processo gera-se a necessidade de criar instituições específicas de modo a controlar as pessoas em sofrimento psíquico, assegurando os espaços públicos.

Em 1543 foi consolidada a primeira Santa Casa de Misericórdia, localizada em Santos- SP, a mesma abrigava além das pessoas acometidas de transtorno mental, doentes, pobres e velhos. Tem-se que o fato mais remoto voltado à internação psiquiátrica ocorreu no Brasil, em 1817, na Santa Casa de João Del Rei,

em Minas Gerais, período em quem houve diversos casos de internação nos demais estados brasileiros, a exemplo da Bahia e Pernambuco.

Segundo Ornellas, 1997 *apud* Amaral, 2006 é no período de 1830 em que há a eclosão voltada para a situação em que se encontravam os loucos no interior da instituição, uma vez que o tratamento oferecido não apresentava condições favoráveis para os mesmos, propondo dessa forma a criação de hospícios voltados para os alienados. Um marco considerado de grande importância para a institucionalização da loucura no Brasil, diz respeito à criação do hospício Imperador Pedro II, em 1852, de modo que nesse mesmo período outros hospícios foram criados, todos orientados no princípio do isolamento, tendo sido expandidos por Pinel. Com isso, é importante destacar que,

Tal princípio só era imposto aos “loucos” pobres, os de família rica, poderiam, até mesmo, ser mantidos em suas casas. Isto, porque, muitas vezes, a própria família não tinha interesse que seus “loucos” pudessem ser conhecidos. Quando estes eram internados, as condições de internamento eram diferenciadas, tanto com relação ao tipo de “hospedagem”, como também aos tipos de tratamento (Ornellas, 1997 *apud* Amaral, 2006 p.74).

Tendo em vista esse fator, percebemos que o tratamento oferecido aos loucos diferenciava-se perante a sua condição socioeconômica, sendo notório perceber esse fato até mesmo nas tarefas que eles exerciam, onde eram extremamente seletivas, uma vez que aos loucos pobres era oferecida a realização de tarefas árduas, e aos ricos o desenvolvimento de atividades voltadas para o meio artístico.

Em meio a todo esse processo com ênfase na loucura, começaram a surgir questionamentos acerca da forma de como os loucos eram tratados nesse ambiente, dentre eles, o relacionamento mantido entre o louco e sua família, bem como o louco e o Estado, havendo toda uma abordagem direcionada ao funcionamento oferecido na instituição asilar.

É apenas no período da Proclamação da República que irão ocorrer transformações no interior das instituições psiquiátricas, havendo um distanciamento da prática religiosa que permeava o tratamento no hospício, onde os médicos passaram a assumir o controle destas instituições voltadas para a psiquiatria. Sendo assim, uma série de fatores principalmente os de ordem econômica, irão favorecer o

surgimento de vários processos direcionados a Reforma Psiquiátrica, conforme veremos a seguir.

1.3 O surgimento da Reforma Psiquiátrica

O período pós- Segunda Guerra Mundial, caracterizado como um momento em que foi dada origem a uma série de fatores, dentre eles os de ordem econômica, propiciará a emergência de vários processos no âmbito da Reforma Psiquiátrica. É nessa fase em que há o desencadeamento de diversos movimentos sociais, de modo a denunciar o asilo como espaço de tratamento decorrente das pessoas acometidas de transtornos mentais. “O período pós-guerra torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar” (Amarante, 1995, p.27).

Frente a esse contexto, pode-se ressaltar que as constantes cenas de violência e exclusão pelas quais as pessoas acometidas por transtornos mentais vivenciaram no período da guerra, favoreceram uma profunda reflexão no tocante ao modo pelo qual a psiquiatria vinha tratando a questão do sofrimento mental, em especial no que diz respeito à privação da liberdade e o desrespeito aos direitos humanos.

Desse modo, passou a haver um questionamento acerca da eficiência das instituições asilares, sendo a mesma alvo de severas críticas. Com isso, surgem diversos movimentos psiquiátricos os quais irão refletir no processo da reforma psiquiátrica brasileira.

O movimento da Comunidade Terapêutica surge na Inglaterra a partir da década de 1950, tendo como seu principal militante Maxwell Jones. Tal movimento tinha em sua filosofia a democracia das relações, ou seja, objetivava envolver o paciente em sua própria terapia, contando assim com a participação da própria comunidade, como também dos profissionais e familiares, para que dessa forma todos pudessem participar na organização das atividades, na administração do hospital e no âmbito terapêutico.

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

Idêntico ao movimento da Comunidade Terapêutica surge na França, no mesmo período, um movimento chamado de Psicoterapia Institucional. O mesmo insere-se em um contexto que de início tem como proposta originar mudanças que seriam realizadas no âmbito do próprio modelo do hospital psiquiátrico, tendo como precursor François Tosquelles, s/d *apud* Amarante, 1995

[...] Se o hospital psiquiátrico foi criado para curar e tratar das doenças mentais, tal não deve ser outra sua destinação. Entende-se desta forma que, em consequência do mau uso das terapêuticas e da administração e ainda do descaso e das circunstâncias político-sociais, o hospital psiquiátrico desviou-se de sua finalidade precípua, tornando-se lugar de violência e repressão.

A Psicoterapia Institucional tinha como foco primordial a recuperação do aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico, de modo a propiciar à instituição hospitalar uma função terapêutica, para que a mesma pudesse ser transformada em um instrumento de cura destinada as pessoas em sofrimento psíquico, e isso aconteceriam em meio a uma série de mudanças que seriam realizadas em sua organização interna, mediante o processo de adaptação às situações que iriam surgir.

Um caráter de novidade trazido pela psicoterapia institucional está no fato de considerar que as próprias instituições têm características doentias e que devem ser tratadas (daí a adequação do termo psicoterapia institucional de Daumezon e Koechlin). A psicoterapia institucional alimenta-se ainda do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica do poder médico e da verticalidade das relações intra-institucionais (Tosquelles, s/d *apud* Amarante, 1995, p.32).

Esses dois movimentos relatados até o momento apresentam em comum o fato de que seria possível haver uma qualificação da psiquiatria, a partir do momento em que fossem introduzidas mudanças no hospital psiquiátrico, de tal maneira que o mesmo se constituísse de fato uma instituição terapêutica.

Outro movimento em que há uma discussão em torno da psiquiatria foi o da Psiquiatria de Setor surgida também na França, em 1945, sendo a mesma anterior

ao movimento da Psicoterapia Institucional. Participava desse processo um grupo de psiquiatras progressistas liderados por Bonnafé.

A Psiquiatria de Setor era voltada para a necessidade de um trabalho que fosse externo ao manicômio, sendo necessária uma adoção de medidas de continuidade terapêutica após a realização da alta hospitalar, de modo que a internação constituía-se como uma etapa desse processo de tratamento. Com isso, para que houvesse a efetivação do mesmo, teria que ser feita uma divisão da comunidade em setores geográficos.

O referido movimento procurava tratar o paciente mediante uma responsabilização regionalizada, uma vez que esse recebia tratamento na própria comunidade onde vivia, não sendo distanciado dessa forma do convívio social.

A ressocialização das pessoas acometidas de transtorno mental não era o único foco do movimento da Psiquiatria de Setor, de maneira que também era dada ênfase ao modo de tratá-los, tratamento esse que seria feito em meio a um conjunto de modalidades multiprofissionais, onde não haveria mais exclusividade do médico psiquiatra com relação à forma de lidar com esse tratamento, e sim de uma equipe constituída por psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Para tanto,

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

Outra proposta apresentada nesse período diz respeito à Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, desenvolvida na década de 60, nos Estados Unidos, inspirada nas ideias de Caplan sobre Psiquiatria Preventiva. A mesma se apresentava como sendo a terceira revolução psiquiátrica devido à descoberta de estratégias relacionadas à forma de intervenção em meio às causas e ao surgimento das doenças mentais, pretendendo dessa forma ir mais além da prevenção das mesmas, atingindo assim o nível de promoção da saúde mental. Ao ser levado em consideração que,

As taxas de incidências dos distúrbios mentais continuavam a crescer em progressão geométrica, as cronificações se mantinham e os custos que isto acarretava às famílias e ao Estado cresciam em igual velocidade. Necessário mudar os métodos, as estratégias e os espaços das novas intervenções (Birman & Costa, 1994 *apud* Amarante, 1995, p.36).

Em meio a esse contexto, um conceito básico que facilita a realização de uma intervenção preventiva é o de crise. A crise é vista como uma fase de desajustamento, sendo transformada em objeto de intervenção ao ponto em que promove o reequilíbrio do indivíduo e conseqüentemente a sua saúde mental. Um importante ponto a ser ressaltado nesse aspecto relacionado à crise, é que a mesma não é sinônimo de doença mental, porém pode conduzir à doença. No entanto, com relação a essa abordagem de produzir a Saúde, pode-se afirmar que “a Crise torna-se um objeto privilegiado, já que se ela é um caminho seguro que pode conduzir à doença ela pode ser também encarada como uma possibilidade de crescimento para o indivíduo” (Amarante, 1995, p.40).

Portanto, tem-se a crise como um meio de promover a saúde mental, ao mesmo tempo em que possibilita o crescimento das pessoas, momento que pode ser considerado crucial para que se evite ou não o desenvolvimento da doença.

Todas as experiências relatadas acima apresentam em comum o fato de não fazerem críticas acerca da psiquiatria, ou seja, da competência contida na psiquiatria para lidar com a doença mental. No entanto, duas outras abordagens realizaram esta crítica, onde a primeira delas é caracterizada como Antipsiquiatria.

A Antipsiquiatria expandiu-se no início dos anos 60, na Inglaterra, por um grupo de psiquiatras, dentre os quais David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson, apresentando-se como um movimento contestador ao fazer questionamentos acerca das relações existentes entre psiquiatria e sociedade. Conforme afirma Amarante, 1995,

A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação / compreensão e tratamento das doenças mentais.

Tal proposta apresenta uma crítica ao saber médico-psiquiátrico, de modo a buscar uma nova forma de lidar com a esquizofrenia, utilizando-se do modelo de comunidade terapêutica. Um importante ponto a ser ressaltado é que a antipsiquiatria considerava a loucura como um fato social, político e mesmo como

uma experiência de libertação. E que uma possível saída para enfrentar esse fenômeno seria a modificação da realidade social.

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

A segunda corrente a discutir sobre o saber psiquiátrico foi à chamada Psiquiatria Democrática Italiana. Movimento que surgiu na Itália no final da década de 60, tendo influência do psiquiatra italiano Franco Basaglia. Sua crítica à psiquiatria se dava por compreender que a loucura está relacionada ao homem, a sociedade, a família, ou seja, que sua complexidade é muito extensa para que a psiquiatria sozinha consiga dar conta. Dessa forma,

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

De início Franco Basaglia desenvolveu seus trabalhos em Gorizia, no período de 1961. Nesse momento, empregou contribuições que faziam parte do modelo da Comunidade Terapêutica no seu projeto prático voltado para abertura e transformação do manicômio. Em 1971, chegou a Trieste, vindo a realizar uma transformação considerada de maior fundamento para o processo de reforma psiquiátrica italiano. Desse modo, ao fazer uma crítica radical sobre o modelo psiquiátrico tem-se que,

[...] A tradição iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana afirma urgência de revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua práxis. A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento 'político': traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar da centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que,

simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam (Amarante, 1995, p.47).

Em meio a todo esse contexto, iremos fazer uma abordagem voltada para o surgimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, onde a mesma tem como objetivo a modificação do tratamento da doença mental, uma vez que é a partir desse momento que passa a haver realmente a garantia da cidadania dessas pessoas acometidas por transtorno mental, onde passam a ter seus direitos e deveres como cidadãos assegurados.

1.4 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

O processo de Reforma Psiquiátrica surge no Brasil no final dos anos 1970, tendo como objetivo a construção de um novo papel social para as pessoas em sofrimento psíquico, de modo a garantir cidadania e fazer valer o respeito a seus direitos e deveres como cidadãos. Entretanto, não se pode fazer uma compreensão acerca da Reforma Psiquiátrica como uma lei que surgiu em um dado momento, uma vez que a mesma advém de um processo histórico relacionado tanto as lutas sociais quanto aos fatores políticos.

Apesar de fazer parte do mesmo contexto histórico da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica tem identidade própria pautada em mudanças que resultam na superação da violência asilar. A Reforma Psiquiátrica Brasileira se apresenta como um movimento histórico embutido de caráter político, social e econômico, trazendo em suas ações estratégias de implementação no que diz respeito à desinstitucionalização do modelo hospitalocêntrico. Assim,

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

Em meio a esse contexto, um importante ponto a ser ressaltado é que no Brasil, a loucura só veio a se tornar efetivamente objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir do século XIX, com a chegada da Família Real. Em

detrimento das transformações ocorridas no país tanto no âmbito econômico como social, faziam-se necessárias à implantação de medidas eficientes direcionadas ao controle social, o que facilitaria o crescimento ordenado das cidades e conseqüentemente das populações.

Mediante esse quadro, surgem no Rio de Janeiro, a necessidade da criação de um espaço de recolhimento, cuja função seria abrigar os loucos que de fato tinham sua vivência atrelada aos asilos, ruas, prisões e Santas Casas de Misericórdia. Segundo AMARAL (2008), as Santas Casas de Misericórdias eram instituições atreladas aos cuidados para com os doentes, pobres, indigentes e órfãos, apresentando um caráter voltado muito mais para o assistencialismo, espiritualismo e ações filantrópicas, do que direcionadas ao poder médico. De modo que ainda simbolizaram o papel do Estado no que diz respeito à atenção a saúde, durante um período de tempo muito extenso.

Desse modo, o surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos se dá no Brasil, como um meio voltado para a solução de problemas do âmbito social, cujo foco seria retirar o louco do espaço urbano.

É nesse sentido que é dada origem a construção do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício de Pedro II, inaugurado em 1852. Momento em que passa a haver o reconhecimento da loucura como doença, ao mesmo tempo em que é submetida ao tratamento médico. O mesmo, ao trazer em seu bojo o princípio do isolamento, adotou novas formas no tocante ao tratamento dos loucos, onde passou a haver a divisão das pessoas acometidas de transtorno mental por sexo, de modo que qualquer possibilidade de contato entre homens e mulheres era descartada, sendo perceptível a divisão entre classes.

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

O Hospício de Pedro II apresentava como princípio o fato de haver um afastamento do louco, caracterizado por uma via dupla, que seria o distanciamento do meio urbano ou social, o que aconteceria por meio do distanciamento ou exclusão da pessoa portadora de transtorno mental, fato esse que pode ser compreendido a partir do momento em que foi escolhido um local distante do centro

urbano para a construção do hospício. Dessa forma, era notório perceber que a prática de exclusão era fortemente presente nas diversas formas de lidar com a loucura.

Numa perspectiva histórica, os portadores de transtorno mental tem se caracterizado como um dos grupos sociais que apresentam maior índice de exclusão, sendo despossuídos de direitos e cidadania. A prática de asilamento dessas pessoas tem sido voltada para a discriminação, preconceito e segregação, processos que tem prejudicado de forma intensa o fator relacionado à recuperação e a reintegração dos mesmos a sociedade.

Desse modo, embora tenha sido realizado vários movimentos em diversos países no intuito de transformar o modelo de atendimento voltado para a saúde mental, tem-se que é apenas a partir da década de 1970 que haverá a implementação de experiências de cunho inovador no Brasil, de forma a combater o poder médico psiquiátrico, as práticas excludentes que permeavam as pessoas em sofrimento psíquico, bem como o elevado número de internações, propiciando assim a implantação de uma rede destinada aos serviços comunitários no tocante a assistência psiquiátrica brasileira. Assim, nota-se que,

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

Momento esse em que foi dado início a uma série de denúncias relacionadas à situação em que se encontravam essas pessoas acometidas de transtorno mental, uma vez que a superlotação, os maus tratos e a falta de higiene se apresentavam como um fator constante, e além da ausência de uma assistência médica eficaz, a qualidade dos serviços a eles oferecidos era a mais precária possível.

Mediante esse quadro, um marco importante da Reforma Psiquiátrica Brasileira diz respeito ao movimento caracterizado como a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM, órgão pertencente ao Ministério da Saúde, destinado à tarefa de formular políticas de saúde voltadas para o subsetor de saúde mental. De modo que os profissionais das quatro unidades pertencentes à DINSAM, todas

localizadas ao Rio de Janeiro, decidem deflagrar uma greve em abril de 1978, logo após ter ocorrido a demissão de 260 estagiários e profissionais.

A crise teve início após profissionais de medicina terem executado uma denúncia de forma a expressar as irregularidades que permeavam os hospitais, expondo a população à situação acometida no prezado momento. Após ter tomado várias dimensões, o presente fato acabou por mobilizar profissionais de várias unidades, e imediatamente começaram a receber adesão por parte de diversos movimentos. Desse modo, reuniões constantes em meio às assembleias, grupos, entre outras entidades começaram a ocorrer, e em consequência desse processo foi dada origem a um movimento denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM.

Criado em 1978, o MTSM traz em seu bojo uma série de denúncias voltadas para a falta de recursos que permeiam as unidades, bem como as condições de precarização do trabalho repercutida na assistência, que deveria ser destinada diretamente à população. Tendo como foco reivindicações pautadas na regularização da situação trabalhista, aumento no salário, críticas acerca da cronificação dos manicômios, bem como ao uso do eletrochoque.

Desse modo, tem-se nos dois últimos anos da década de 1970 o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MSTM. O mesmo tem como objetivo, não apenas transformar o modelo assistencial, como também o de lutar por um novo lugar social para essas pessoas em sofrimento psíquico, tendo como ponto primordial a denúncia da violência dos manicômios, da loucura como forma de mercantilização, construindo assim uma crítica aos modelos no tocante à assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico. Para tanto,

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

É mediante a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, em outubro de 1978, que estes movimentos passam a ter a oportunidade de se organizarem a nível nacional. Evento que ficou conhecido como o Congresso da Abertura, tendo em vista que foi a primeira vez que os movimentos direcionados

a área da saúde compartilhavam de um encontro, que antes se apresentava como exclusivo apenas aos setores conservadores. No presente Congresso, foram realizadas críticas voltadas para a privatização do setor de saúde, fato que desembocaria na falta de participação democrática direcionada a elaboração dos planos no âmbito da saúde.

Outro momento que se fez presente no final dos anos 1970, foi à realização de vários Congressos e Encontros em diversos estados brasileiros. Em meio a esse contexto, podemos destacar que no decorrer dos anos 1978 e 1979, por duas vezes Franco Basaglia esteve presente no Brasil, ao participar do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Assim, tem-se que a chegada de Franco Basaglia ao país foi de extrema relevância para o fortalecimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM), uma vez que é sob a influência dos princípios da psiquiatria democrática de Basaglia que é dada origem a tal movimento.

Um ponto importante a ser ressaltado é que, outros dois eventos de fundamental importância ocorrem em 1979. O primeiro foi realizado em São Paulo, e trata-se do I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, evento em que se registrou a necessidade de uma organização voltada para um maior nível de participação dos técnicos, em meio aos órgãos responsáveis pela consolidação das políticas nacionais e regionais no âmbito da saúde mental. Outro fato que se apresenta como relevante no presente evento, dizem respeito aos grandes hospitais psiquiátricos públicos e seu caráter asilar, caracterizado como refúgio dos marginalizados. Consequentemente coloca-se também em debate,

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

O segundo evento diz respeito ao III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em Belo Horizonte, momento em que os primeiros debates postos em questão tiveram como centro o levantamento voltado para a realidade assistencial.

Porém, foi apenas em meados da década de 1980 que o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro passou a assumir caráter social, político e

econômico. Tal período, permeado pelo final da ditadura militar, possibilitou aberturas voltadas para significativas mudanças no âmbito da saúde, consentindo dessa forma que além do setor da saúde, outros segmentos tivessem participação direcionada a esse processo, não sendo apenas exclusividade dos médicos.

Com isso, em 1986, é elaborada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, movimento esse que marcou o processo de democratização da saúde no país. Tendo como diferencial, o fato de que seria a primeira vez em que além da participação dos trabalhadores inseridos no setor da saúde, outros segmentos como representantes populares, estudantes e diversos setores da sociedade civil, iriam ter vez e voz. E é a partir desse momento que há o estabelecimento de uma nova concepção de saúde, ao ter sido efetivada como um direito do cidadão e dever do Estado, por meio da demarcação de alguns princípios básicos, quais sejam: a universalidade do acesso voltado à saúde, a democratização e centralização.

Em 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro, momento em que as críticas voltadas à psiquiatria se direcionam não especificamente ao aspecto da falência terapêutica, e sim ao conjunto das questões sociais, possuindo no seu fio condutor a cidadania e a exclusão.

Segundo Amarante (1995) tem-se que é após a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, que se compreende a necessidade de uma atuação frente a novas situações, construindo uma nova forma de encarar as questões acerca da saúde mental. Fato que se apresenta como um marco, no que diz respeito à inclusão das entidades e associações de usuários e familiares que ainda não possuíam um papel de destaque em torno das discussões voltadas para as políticas em saúde mental.

No II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru-SP, também em 1987, há o surgimento de estratégias consideradas de suma importância, tal movimento se expande, tornando-se um movimento social na luta por transformações no campo da saúde mental. Trazendo em seu bojo o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, o mesmo volta-se para a necessidade de uma maior abrangência da sociedade no debate e encaminhamento das questões com ênfase na doença mental e assistência psiquiátrica.

Entretanto, é notório que houve uma mudança na forma de tratar essas pessoas em sofrimento psíquico, porém ainda há a prevalência de hospitais psiquiátricos, não sendo esses a única forma de tratamento, pois em virtude da

redução dos leitos desses hospitais, ocorre um aumento expressivo da rede de serviços de atenção psicossocial, dentre elas os CAPS, havendo dessa forma o predomínio dos serviços substitutivos, embora apresentando diversas limitações.

Um acontecimento bastante importante nesse período, diz respeito ao Projeto de Lei Paulo Delgado de 1989, que tem como ênfase “a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (Brasil, 2005, p.7), sobretudo dos hospitais especializados, substituindo-os por outras modalidades assistenciais. O referido Projeto de Lei ampliou as discussões no tocante a Saúde Mental, de modo a serem criadas diversas associações destinadas aos usuários e seus familiares, trazendo em sua aprovação modificações consideráveis. Desse modo,

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

A publicação da lei 10.216 trouxe um impulso inovador para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, momento paralelo à realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, trazendo em seu bojo uma ampla participação dos movimentos sociais, bem como dos usuários e familiares, fato que vem a solidificar a reforma psiquiátrica como política do governo, apontando questões bastante relevantes, dentre elas, o reconhecimento do papel estratégico do CAPS na modificação do modelo assistencial, dando ênfase no que tange a construção de uma política específica voltada para os usuários de álcool e outras drogas.

Com isso, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica que tem ênfase na modificação do tratamento clínico da doença mental, de modo a eliminar a internação como forma de exclusão social, passa a haver a substituição desse modelo por uma rede de serviços de atenção psicossocial, que tem ênfase na integração da pessoa em sofrimento psíquico à sociedade.

Diante dessa rede de serviços proposta pela Reforma Psiquiátrica ocorre o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de modo a substituir o antigo modelo dos manicômios, para que assim as pessoas que estão em

sofrimento psíquico tenham a oportunidade de conviver de forma livre na sociedade. Dessa forma,

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

A partir da Constituição de 1988, houve uma reorganização e reestruturação das políticas no âmbito da previdência, saúde e assistência social ao serem incorporados novos princípios e diretrizes, compondo assim o sistema de seguridade social brasileiro. Após o estabelecimento desse sistema os princípios de universalidade e integralidade foram mantidos no âmbito da saúde em detrimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com isso mediante os avanços ocorridos na área da saúde é que se dá o surgimento do SUS, sendo esse articulado as gestões federal, estadual e municipal e tendo como foco a integração da rede de atendimento.

Sendo assim, o que se espera da Reforma Psiquiátrica não é unicamente a transferência da pessoa acometida por transtorno mental para além dos muros do hospital, limitando-o aos cuidados da família e a vida em casa. E sim que seja resgatada sua cidadania, bem como o respeito a sua dignidade e subjetividade, fazendo com que ele se torne sujeito do seu próprio tratamento, sem que a ideia de cura se torne seu único princípio, e que consequentemente haja a reintegração e autonomia do mesmo perante a família e a sociedade.

Contudo, tem-se que entre todos os dispositivos de atenção a saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial tem importante valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao ser levado em consideração que é a partir do surgimento destes serviços que passa a existir a possibilidade voltada para a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país.

1.5 CAPS ad e a Política de Redução de Danos

A Política Nacional de Saúde Mental que tem como objetivo a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental, de forma que as pessoas em sofrimento

psíquico circulem livremente pela comunidade e serviços, entre outros espaços, oferecendo cuidados através dos recursos oferecidos pela comunidade, inclui em sua rede de serviços os Centros de Atenção Psicossocial.

Entre os dispositivos estratégicos criados pelo Ministério da Saúde podem-se destacar os CAPS ad, de modo que como forma de tratamento são propostas a reinserção social, melhor qualidade de vida por programas de redução de danos e apoio familiar no tratamento dos usuários.

Desse modo, o CAPS ad se apresenta como um serviço especializado em saúde mental que tem como objetivo atender pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, tendo na base do tratamento a busca pela reinserção social do paciente em liberdade. Ao fazer parte também de um importante processo na conquista de direitos dos sujeitos com problemas psíquicos, incorporando nas ações de saúde mental os princípios e garantias dos direitos humanos.

Esse serviço oferece atendimento diário a pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas, não havendo distinção de condição socioeconômica, uma vez que ao se tratar de Política de Saúde é atribuído o caráter de universalidade. Um ponto importante a ser ressaltado é que o atendimento é feito apenas quando os pacientes buscam ajuda, visto que, não há internação ou qualquer outro procedimento contra a vontade do dependente, uma vez que o CAPS ad oferece os recursos necessários para a efetivação do tratamento.

Desse modo,

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

Nesse espaço são realizadas ações de assistência a esses usuários dentre elas: terapias, oficinas terapêuticas, grupos de atenção à família, entre outras, ações essas relacionadas à prevenção e capacitação dos profissionais para melhor se relacionar com os usuários.

No que diz respeito à funcionalidade, é desenvolvido no CAPS ad o trabalho interdisciplinar, uma vez que a problemática das drogas requer uma atenção integrada e complexa, privilegiando as atribuições de cada setor do serviço. Sendo assim, faz-se necessário um acompanhamento em equipe de forma interdisciplinar

para que essas pessoas em situação de dependência química se mantenham no tratamento, pois somente com a integração dos profissionais é que passa a haver a efetivação dos serviços oferecidos pela instituição, dentre eles, acompanhamento clínico, reinserção social dos usuários por meio do acesso ao trabalho, fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Vale salientar que mesmo depois de passar por um processo de tratamento, nem sempre se consegue alcançar de forma imediata à abstinência do uso da droga, o que leva muitas pessoas a continuar a usá-las, se fazendo necessário o desenvolvimento de estratégias que sejam capazes de reduzir os prejuízos causados pelo uso dessa substância.

Ao considerar esse fato, é importante ressaltar que o CAPS ad tem ênfase na redução de danos não considerando a abstinência como único objetivo a ser alcançado pelos usuários, uma vez que ao se tratar de vidas humanas é necessário saber lidar com as singularidades que se fazem presentes diante das diferentes escolhas e possibilidades, de modo a traçar com os usuários estratégias voltadas não apenas para a abstinência, e sim no tocante a defesa da vida. Fala-se, pois,

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

Dessa forma a redução de danos se apresenta como uma alternativa para aquelas pessoas que de modo algum conseguem interromper logo no começo o uso da droga, ou as que não possuem a mínima vontade de largar o vício, visto que isso vai da particularidade de cada indivíduo. E em virtude do uso de drogas essas pessoas são vistas pela sociedade de forma estigmatizada, como sendo "diferentes".

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

Assim, é importante ressaltar que essa Política de Redução propõe uma diminuição em relação aos danos decorrentes do uso de drogas, possibilitando nesse sentido melhorias na qualidade de vida do sujeito, de modo a respeitar sua

autonomia de decidir em qual momento parar de usar a droga, se caso for de sua vontade. Tendo como foco principal a centralidade da pessoa humana, no sofrimento adquirido em detrimento da relação que o sujeito possui com a droga, ao considerar que,

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

Como podemos ver, essa proposta de redução de danos compreende a fragilidade do indivíduo, possibilitando ao mesmo o exercício de conhecer, refletir e de decidir sobre o uso da droga. Atuando assim na formulação de práticas, de modo a diminuir os danos tanto para os que usam a droga como para as pessoas que convivem com esse fator.

2 CAPITULO

2.1 Descontinuidade do tratamento no CAPSad da cidade de Sousa-PB: com a palavra, os usuários

Neste capítulo iremos abordar sobre o novo modelo assistencial em saúde mental bem como seus limites e possibilidades. Em seguida será feita uma abordagem sobre o sentido da reforma psiquiátrica enfatizando os pontos positivos e negativos que permeiam a mesma. Na sequência iremos fazer uma abordagem sobre o sofrimento psíquico e seus aspectos de inclusão e exclusão. Fazendo em seguida uma breve apresentação do perfil dos usuários e por fim será feita uma discussão acerca da descontinuidade do tratamento.

2.2 O Novo Modelo Assistencial em Saúde Mental: limites e possibilidades

A Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe em seu bojo uma nova visão em relação ao tratamento e acompanhamento para as pessoas acometidas de transtornos mentais, uma vez que se faz perceptível o fato de que a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como a inserção de ações voltadas para a área da saúde mental nos mais variados níveis de complexidade inseridos no âmbito do sistema de saúde, contraem um papel de extrema importância no seio das novas práticas de saúde mental, apresentando-se como dispositivos estratégicos direcionados a transformação do modelo hospitalocêntrico.

No decorrer dos últimos 30 anos, o campo da saúde mental vem atravessando diversas transformações, desde as formas com ênfase na organização dos serviços, a maneira de abordar as pessoas com transtornos mentais, as práticas no âmbito da saúde, os saberes no campo psiquiátrico e o novo modelo assistencial, se apresentando como fatores que tem sofrido alterações na sociedade.

Todo esse processo acontece em virtude das mobilizações políticas realizadas nas décadas de 1970 e 1980, decorrentes do processo de

redemocratização pelo qual estava passando o país, tendo em vista que de um modo geral a área da saúde vem apresentando uma nova configuração mediante novas práticas e saberes.

Essa nova visão de tratamento e acompanhamento para as pessoas acometidas de transtorno mental trazida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, advém de experiências positivas que permearam o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, em meio a novas práticas no campo da saúde mental e da influência recebida de teorias dos mais variados países, tais como, França, Inglaterra, Itália, todas voltadas para o âmbito da saúde mental e da psiquiatria, indicando dessa forma a construção direcionada a um novo modelo de atenção. Conforme Costa-Rosa, 2000 *apud* Quinderé, 2010,

As novas práticas em saúde mental são desencadeadas a partir de diversos movimentos sociais e científicos, de vários campos teóricos. Uma gama de teorias influenciou na mudança da atenção em saúde mental no Brasil. A psiquiatria de setor e a psicoterapia institucional francesa, a antipsiquiatria e as comunidades terapêuticas inglesas, a saúde mental comunitária norte-americana e o movimento da desinstitucionalização italiana são exemplos da complexidade teórica que influenciou o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em meio a esse contexto, o modelo assistencial em Saúde Mental apresenta-se permeado por avanços e recuos, componentes presentes na dinâmica histórica que abarca todo esse processo. De modo que se torna evidente tanto no campo da academia como no meio profissional, a presença de um processo voltado para a desinstitucionalização, bem como para a reforma psiquiátrica, ambas solidificados como política de Estado.

Esse processo traz em seu bojo a substituição progressiva do modelo de atenção e gestão em saúde mental, antes direcionado à assistência psiquiátrica hospitalar, ao âmbito hospitalocêntrico e com ênfase no modelo biomédico, procurando dessa forma um meio que fosse destinado à criação e implantação de uma rede complexa que tivesse em sua composição a interdisciplinaridade, para que fosse oferecido um melhor acesso ao modo de cuidar dessas pessoas acometidas de transtorno mental, e que tal acesso fosse disponibilizado de forma gratuita, pública e universal, havendo uma integração com o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como com os serviços de atenção psicossociais abertos, totalmente substitutivos ao hospital psiquiátrico.

No Brasil, esse processo teve início em 1978, ano em que é dada ênfase ao surgimento de vários movimentos sociais populares, vivenciados também pelos trabalhadores, com tendência a uma democratização política seguida de uma mudança no âmbito do perfil das políticas sociais, ambas impostas pelo regime militar. No âmbito da saúde essas absorções desembocam no surgimento do chamado Movimento Sanitário, sendo esse responsável pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e no âmbito da saúde mental resultou no fator direcionado a formação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, como também de Reforma Psiquiátrica. Assim,

Em 1978, houve a fundação do Movimento da Luta Antimanicomial, que teve importância política fundamental como impulsionador do processo de reforma psiquiátrica e dos dispositivos organizativos dos trabalhadores, usuários e familiares a partir da década de 1990. Desde então, tem ocorrido um reconhecimento, embora desigual e descontínuo, da organização desses dispositivos, e eles têm sido bastante difundidos, particularmente no âmbito dos novos serviços de atenção psicossocial, os chamados CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), muitas vezes a partir de núcleos locais do Movimento da Luta Antimanicomial (Vasconcelos, 2007, p.174).

Mediante esse quadro, o Movimento da Luta Antimanicomial surgido em 1987 se dá em função das mudanças de bases estratégicas no interior do movimento de luta direcionado a Reforma Psiquiátrica, tendo em vista expandir as bases que fomentavam esse movimento, uma vez que as mesmas passaram a se tornar bastantes restritas devido à inserção dos principais responsáveis pelo movimento no âmbito do Estado, estando em conjunto com os diversos movimentos sociais populares, bem como a sociedade civil de um modo geral.

Dessa forma, ocorreu uma primeira tentativa de mudança no país voltada para o sistema global de saúde, o chamado plano PREV-SAÚDE, processo que mais na frente ganhou o título de reforma sanitária, partindo de uma iniciativa do movimento dos trabalhadores da saúde como um todo, tendo como direção à obtenção de um modelo de reforma sanitária que fosse sistematizado de forma integrada, regionalizada, havendo assim uma hierarquização da saúde, se configurando no início dos anos 1980 no que foi denominado de “Ações Integradas de Saúde”.

Nesse mesmo período houve um avanço dos objetivos estratégicos do movimento, inspirados no movimento de Psiquiatria Democrática Italiana proposta por Basaglia, com o lema:

Por uma sociedade sem manicômios”, visando colocar em xeque a própria existência do hospital psiquiátrico como recurso de assistência e adotando a experiência de desinstitucionalização italiana como inspiração (Vasconcelos, 2007, p.187).

Seguido desse movimento, outras iniciativas foram tomadas para dar continuidade à construção do modelo de assistência em saúde mental, partindo dessa perspectiva foi lançado o Projeto de Lei Paulo Delgado no ano de 1989, com o propósito de extinção e substituição dos serviços manicomiais, redirecionando os cuidados em saúde mental e evidenciando a importância dos serviços comunitários.

Em seguida no ano de 1990 foi realizada a Conferência de Caracas, de modo a estabelecer um acordo entre os governos latino-americanos direcionados à reforma psiquiátrica, debatendo num contexto mais amplo as políticas de saúde mental, trazendo como princípios a promoção de modelos que fossem alternativos, concentrados na comunidade e inseridos nas suas redes sociais, bem como o respeito pelos direitos das pessoas com transtornos mentais, por meio da superação do modelo do hospital psiquiátrico e da luta contra todos os tipos de abuso e formas de exclusão pelas quais são vítimas as pessoas acometidas de transtorno mental.

Por último a difusão do discurso direcionado aos novos serviços nos níveis municipais, estaduais e federais em todo o Brasil que desembocam nas conferências participativas, dando origem a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, tida como um marco histórico no processo de transformação da Saúde Mental. Trazendo para esse cenário a participação dos familiares e usuários em conjunto com os profissionais, onde foram debatidos e ajustados os princípios e as diretrizes orientadoras da Reforma Psiquiátrica Brasileira. E é nesse momento em que passa a vigorar no país as primeiras regulamentações federais em torno da implantação de serviços substitutivos e as primeiras normas direcionadas a implantação dos serviços de atenção diária, consolidada nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia.

Ainda inserido nesse período, com a entrada do novo modelo assistencial, as primeiras experiências municipais com ênfase na rede de cuidados no âmbito da saúde mental foram realizadas no estado de São Paulo, em meio a um governo municipal contraído pelo Partido dos Trabalhadores, onde foram instituídos os Núcleos de Atenção Psicossocial.

[...] inspirados na experiência de Trieste, Itália, um serviço comunitário de portas abertas durante 24 horas por dia, sete dias por semana, e capaz de atender a praticamente todo tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais (Vasconcelos, 2008, p.26).

Nesse sentido podemos afirmar que esse período foi marcado por significativas e intensas mudanças no cenário histórico das políticas de Saúde Mental no Brasil, solidificando a possibilidade da desinstitucionalização psiquiátrica. Uma das principais mudanças ocorridas diz respeito a II Conferência Nacional de Saúde Mental e as portarias ministeriais que foram lançadas a partir de 1991-1992, onde ambas se tornaram responsáveis pelo processo de normatização e financiamento que antigamente se restringiam apenas aos hospitais psiquiátricos convencionais, e que agora passariam a fazer parte da composição dos novos serviços de saúde mental, em especial os de atenção psicossocial.

Segundo Mourão (2008) em virtude de todas essas mudanças ocorreu um processo chamado de “desospitalização saneadora”, onde houve uma efetiva diminuição do número de leitos tanto nos hospitais públicos como privados, em decorrência da falta de assistência. E que em consonância com o processo de desospitalização ocorreu à abertura de inúmeros leitos psiquiátricos, bem como de serviços de atenção psicossocial, havendo dessa forma uma substituição do modelo de assistência psiquiátrica com ênfase na internação para os serviços abertos, uma vez que um novo modelo de atenção em saúde mental estava sendo efetivado. Tendo em vista que a partir da constituição desses novos serviços, profissionais não somente da área da saúde, mas também de outras áreas, são convocados a compor as equipes multiprofissionais.

Entretanto, com a disseminação desses novos quadros que resultaram em significativos movimentos inseridos no país, as organizações que envolviam usuários e familiares aumentou significativamente e a partir disso se faz perceptível que esse grupo passou a ter vez e voz, deixando de lado o fato de ser mero objeto de “escuta”, e assumindo efetivamente seu papel enquanto cidadão de direito, passando a participar dos vários processos que permeiam os serviços de saúde, bem como da política de saúde mental.

Desse modo, tem-se que o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas por muito tempo tem impulso a partir da criação de Programas Federais, e com isso a reforma psiquiátrica passa a ser permeada pela construção de uma política direcionada aos recursos humanos, sendo desenhada uma política voltada para a questão do álcool e outras drogas, passando a inserir em seu âmbito a estratégia de redução de danos.

É nesse cenário que os Centros de Atenção Psicossocial em meio a todos os dispositivos de atenção a saúde mental, passam a adquirir valor efetivamente estratégico dentro à atual política de saúde mental. É o aparecimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede que vinhesse a substituir o hospital psiquiátrico no país.

Esses serviços de atenção psicossocial têm por objetivo favorecer um acolhimento efetivo as pessoas que apresentam transtornos mentais graves, e de serem responsáveis pela busca da autonomia desses indivíduos, pela preservação de seus laços sociais e familiares, bem como sua valorização e reinserção perante a sociedade.

Sendo importante ressaltar que os mesmos têm funcionamento de segunda à sexta-feira, envolvendo em suas equipes diferentes profissionais de modo a proporcionar um trabalho conjunto, bem como a dissolução dos papéis atribuídos a cada profissional, facilitando dessa forma uma visão mais abrangente do paciente e sua dinâmica. Além de serem desenvolvidas diversas propostas voltadas para o atendimento, proporcionando formas diferenciadas de abordagens psicológicas e atendimentos direcionados ao próprio indivíduo e aos seus familiares, facilitando a participação dos mesmos em atividades eminentemente produtivas que venham a ser realizadas dentro e fora do serviço, numa tentativa de reinserir o usuário na sociedade.

Após todo esse percurso, é perceptível que ainda há um longo caminho a ser traçado, porém os primeiros passos já estão sendo executados a partir da construção da nova política e dos novos serviços em saúde mental.

2.3 O Sentido da Reforma Psiquiátrica: pontos positivos e negativos

Mediante inúmeras reformas que ocorreram no campo da saúde mental no decorrer dos últimos anos, a reforma voltada para o atendimento psiquiátrico foi uma em meio a qual a sociedade se manteve um pouco despercebida. E que mesmo com alguns impasses a reforma psiquiátrica trouxe em seu bojo significativos avanços voltados para a desinstitucionalização da loucura, passando a haver dessa forma a extinção dos manicômios, ao colocar em questão o fato de que as pessoas em sofrimento psíquico passariam a ter direitos, uma vez que foram implementadas mudanças direcionadas a assistência em saúde no interior da população.

Um importante passo para a instituição efetiva do movimento de Reforma Psiquiátrica diz respeito à aprovação da Lei Paulo Delgado, a lei 10.216/01, que trouxe em seu interior a proposta de abertura de novos serviços para tratar as pessoas acometidas de transtorno mental, que fossem substitutivos ao hospital psiquiátrico, entrando em cena os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RS) entre outros serviços, iniciativas tidas como um avanço trazido por esse movimento durante os anos 1990.

No entanto, mesmo com esses avanços ainda há muitos entraves a serem derrubados, especialmente no que diz respeito à forma de atendimento voltada para os “loucos infratores”, uma vez que a real imagem que se tem acerca dos chamados manicômios judiciários, é tida como sendo um local em que os doentes mentais vistos como delinquentes eram segregados, o que vai totalmente em direção contrária à imposição voltada para a segurança dessas pessoas em sofrimento psíquico, quais seja o foco no tratamento e a ressocialização desses indivíduos a sociedade.

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

Seguido desse contexto, além da contribuição envolvendo todo o processo em torno da construção desses serviços de atenção que vieram a eliminar as formas antigas de tratamento, houve a desconstrução sobre a forma de tratar essas pessoas acometidas de transtorno mental de maneira isolada da sociedade, oferecendo-lhes assim a oportunidade de resgatar seus direitos em meio ao convívio

social, bem como o resgate da sua cidadania. Serviços que passassem a considerar os sujeitos em sua singularidade, além das diversas possibilidades existentes com relação de cuidar e de dar atenção à loucura.

Com isso, tem-se que os movimentos sociais passaram a ganhar efervescência, desembocando assim nos primeiros manifestos no âmbito da saúde, onde ganhou destaque o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, momento em que foi dado início a uma série de denúncias contra o sistema nacional direcionado a assistência psiquiátrica, estando o mesmo envolvido por um conjunto de frações que viriam a prejudicar as bases para uma melhor efetivação do setor de saúde.

Um importante ponto a ser ressaltado é que o objetivo desse movimento em saúde mental estava voltado para uma real modificação do modelo de atendimento psiquiátrico instaurado no país até então, de modo que fosse conquistada a redução dos leitos psiquiátricos e que houvesse uma expansão da cobertura com ênfase no atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de modo a desenvolver alternativas que fossem totalmente substitutivas ao modelo regado no hospital psiquiátrico, uma vez que antes as internações eram realizadas por um longo período de tempo, e que com a instituição desses Centros de Atenção o tratamento dos usuários passaria a ser realizada em conjunto com as famílias, havendo assim uma integração a comunidade.

Posterior a esse movimento, foi instaurado o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, vindo a mostrar a necessidade que se tinha de reformar o âmbito da saúde, e que após ter passado vários anos da sua criação ainda segue em questão o debate “Por uma sociedade sem manicômios”. O mesmo conta com a participação do Conselho Regional de Psicologia (CRP-RJ), no intuito de colocar em prática uma discussão acerca da forma na qual os pacientes eram internados nas instituições psiquiátricas contra a própria vontade, e assim oferecer apoio efetivo nessa luta que envolve as instituições brasileiras de psiquiatria, passando a trazer para o debate outras formas para tratar essas pessoas acometidas de transtorno mental que não fosse baseada na internação.

Em 1903, foi introduzida na lei brasileira uma exigência de separação dos chamados “alienados” e dos “alienados delinquentes”. Apesar disso, o Brasil não possuía manicômios judiciários até a década de 20. Com a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, o primeiro da América Latina, em 1921, os manicômios judiciários passaram a serem os locais de punição

para onde essas pessoas doentes deveriam ser encaminhadas [...] (Brasil, 2006, p.5).

Com o passar do tempo, após a instituição do código penal em 1940, houve uma mudança da concepção que se tinha acerca da punição, uma vez que os chamados “Loucos infratores” não mais passariam a cumprir penas, pois em detrimento das transformações ocorridas foi imposto a eles a aceitação das “medidas de segurança”, onde as mesmas teriam a responsabilidade de assumir um caráter eminentemente terapêutico, e que por fim houvesse a realização de tais medidas em diversas instituições, denominada atualmente de hospitais de custódia. Sendo importante levar em consideração que,

[...] essas medidas não visam a atribuir uma culpa ou uma pena a estes infratores, já que eles não teriam responsabilidade sobre os seus atos, e sim assistir os doentes mentais, nos princípios da reforma psiquiátrica, com equipes multiprofissionais, educação e formação profissional que garanta ao interno um futuro espaço na sociedade [...] (Brasil, 2006, p.5).

No entanto, na prática, a realidade desses manicômios judiciários é bastante diferenciada, o que ocorre é que os mesmos são tidos como prisões, utilizando a internação como mecanismo para a realização do tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, prisões essas que podem ter um período bastante longo voltado para o cumprimento dessas penas.

Mediante esse contexto, ocorreram efetivas transformações na legislação que desembocaram em melhorias direcionadas as condições em que se encontravam os “loucos infratores”. Dentre elas a instituição da Lei 10.216, que mesmo não estando diretamente voltada para os pacientes dos hospitais de custódia, traz em seu bojo dispositivo referente aos direitos bem como a proteção dessas pessoas acometidas de transtornos mentais.

No entanto, para que o “louco infrator” seja reinserido na sociedade é preciso que eles se libertem do preconceito que eles próprios internalizaram, e que também não podemos deixar de lado o fato de que há um grande obstáculo a ser enfrentado por parte das famílias dos internos, uma vez que são permeadas pela ausência de recursos para manter os internos em casa, ao ser levado em consideração que a maioria dos pacientes internados advém de famílias pobres.

Nesse sentido, uma das iniciativas criadas pelo Ministério da Saúde diz respeito ao programa de Volta Para Casa, tida como um dos progressos no campo

da saúde, mas que de certa forma não apresenta total solução para o problema, de modo que para que os internos passem a ter acesso a esse benefício é levado um período de tempo bastante longo. E o que de fato deveria acontecer era que os mesmos passassem a receber o benefício assim que saíssem do hospital.

É importante ressaltar que mesmo com todas essas mudanças no campo da saúde em específico na saúde mental, ocorre que nada foi modificado nos hospitais de custódia, não estando os mesmos em consonância com o que foi determinado pela Lei de Reforma Psiquiátrica. E que dessa forma se faz perceptível que ainda há muito que se fazer para que haja de fato a instituição da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

2.4 O Sofrimento Psíquico e os Aspectos de Inclusão e Exclusão

Em meio aos determinantes históricos que permeiam a sociedade, a psiquiatria passou a salientar a doença ao invés de colocar em questão a pessoa que vivencia o sofrimento psíquico, passando dessa forma a conceber uma imagem permeada pelo estigma resultando nos fatores de violência e periculosidade social. Sendo importante destacar que a produção dessa imagem atribuída aos doentes mentais se torna um fator que os impulsiona a terem uma socialização perante a sociedade, uma vez que desde antigamente a identidade atribuída ao louco era de doente.

Essa imagem de estigma que se tem acerca do doente mental é debatida desde meados do século XX, momento em que foi dado início a uma série de questionamentos direcionados ao papel assumido pelos hospícios, assim como o saber psiquiátrico com ênfase na recuperação dos doentes mentais, passando a haver uma mudança no paradigma no que diz respeito ao âmbito da saúde mental. Tal debate teve como principal determinante o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, situado na década de 1970, onde foi dada ênfase ao processo de reformular o sistema assistencial, na tentativa de solidificar o pensamento crítico as bases do saber voltado para a psiquiatria.

Mediante esse contexto tem-se que todo esse aparato direcionado para a transformação do modelo assistencial que foi dado início na década de 1970,

precisa ser estabilizado de forma constante, havendo assim urgência de direcionar os estudos acerca do processo de inclusão e exclusão social com ênfase, sobretudo as pessoas em sofrimento psíquico. Conforme Sacareno (1999) *apud* Rodolpho, 2013,

A inclusão das pessoas em sofrimento psíquico deve ser constituída por um conjunto de estratégias orientadas para aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos, ou seja, é um processo permanente que visa aumentar a capacidade contratual das pessoas em sofrimento psíquico.

Esse processo de inclusão não considera especificamente a “normalidade” da pessoa, uma vez que é preciso levar em consideração todos os fatores que estão por traz desse processo, passando assim a respeitar as diferenças de cada um, bem como incentiva-los a desenvolver as potencialidades existentes.

Tendo em vista esse processo de inclusão da pessoa em sofrimento psíquico é necessário considerarmos outro fator que também permeia a vida dessas pessoas: a exclusão. Dessa forma tem-se que o principal aspecto que desencadeia a exclusão é o estigma, havendo conseqüentemente a perpetuação do preconceito, o que vem a desembocar numa total fragilidade em meios aos vínculos sociais e familiares. O estigma torna o indivíduo como sendo diferenciado das outras pessoas, depreciativo, fazendo com que o mesmo passe a se sentir uma pessoa diminuída, sem valor algum. Uma vez que se exclui, estigmas e preconceitos são criados. Com isso,

As pessoas em sofrimento mental possuem o estigma da incapacidade, da periculosidade social e da violência, levando à discriminação que, historicamente, resultou na segregação e na marginalização nos manicômios (Rodolpho, 2013, p.52).

Com relação aos diversos aspectos que envolvem o processo de inclusão e exclusão encontra-se o aspecto político, “[...] sinalizado como possibilidade de intervenção concreta na sociedade tanto da inclusão quanto da exclusão social” (Rodolpho, 2013, p.52).

Até meados da década da década de 1970 no Brasil, foi possível percebermos que as políticas de saúde, com ênfase especificamente nas políticas de saúde mental, passaram a ser concebidas como sendo um modelo de exclusão

nas suas mais variadas formas, quais sejam, socialmente, economicamente e, sobretudo humanas.

De modo que, desde o século XIX as instituições asilares eram responsáveis pelas internações dessas pessoas em sofrimento psíquico, e as mesmas era tidas como verdadeiros dispositivos de exclusão, distanciando as pessoas que eram internadas de manter vínculos com a sociedade, fazendo com que de certa forma eles perdessem um pouco da sua personalidade.

A Reforma Sanitária surgida no Brasil também na década de 1970, ocasionou diversas mudanças nas bases da política de saúde, tendo desembocado em maiores transformações no campo da saúde mental com a promulgação da lei 10.216.

Atualmente, com o desenvolvimento do percurso realizado pela Reforma Psiquiátrica, é perceptível que houve uma significativa diminuição das internações no interior dos manicômios, havendo conseqüentemente a criação e o alargamento da rede que fosse substitutiva ao hospital psiquiátrico. Porém o que se percebe é que as maiorias dos serviços que predominam nessa rede contem ainda traços dos antigos manicômios.

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

Os aspectos relacionais trazem em questão o fato de que a família é tida como o lugar primordial no qual o ser social encontra apoio para se relacionar, apresentando-se como uma instituição de intermédio na relação entre o indivíduo e a sociedade, concebendo variadas concepções de aprender, de ter um sentido no mundo. Família essa não no sentido de ser composta apenas por laços sanguíneos, mas que passa a ser permeado por laços de solidariedade, afeto, bem como de afinidade, podendo ser ao mesmo tempo espaço de crescimento, alegria, criando e renovando laços, trazendo para seu interior o ser, ou ser um espaço que abarca o sofrimento, que oprime, ocasionando exclusão.

O fator da exclusão que permeia o âmbito do relacionamento interpessoal e grupal é expresso conseqüentemente pelos fatores que venham a discriminar,

segregar e marginalizar, desencadeando assim uma fragilização dos vínculos sociais. Desse modo faz-se necessário ressaltar que,

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

Ao levar em consideração a dimensão relacional existente entre o profissional da saúde e o usuário, é importante colocarmos em questão a importância que deve ser estabelecida para que haja a construção e o fortalecimento de vínculos entre ambos, para que dessa forma os usuários superem o medo da não aceitação de serem vistos como perdedores, fracos e até mesmo loucos.

A pessoa em sofrimento psíquico passa a ser incluída no meio social a partir do momento em que ela passa a ter voz, passando dessa forma a ser desenhado em seu discurso o que de fato ele quer expressar, não levando em consideração necessariamente o estado clínico que se encontra naquele momento.

Quanto aos aspectos subjetivos da pessoa permeada pelo sofrimento psíquico é dada ênfase a vários fatores como, por exemplo, a emoção, a identidade, o afeto, fatores esses que tocam no ponto sensível do ser. Colocar em questão o aspecto subjetivo da exclusão é se reportar aos sentimentos existentes realmente no interior dessa pessoa, assim como a questão da humilhação que os mesmos tendem a encarar de forma constante. Faz-se perceptível que as pessoas excluídas pela sociedade passam a incorporar mediante toda sua história de vida o sentimento de não ter valor algum, perdendo assim o entusiasmo pelo o que pode vir a encontrar em seu caminho, deixando sua autoestima totalmente fragmentada.

O sentimento de inferioridade presente na vida dessas pessoas de ser colocada a margem da sociedade, de não ter efetivamente um lugar, vem a permitir que o indivíduo perca a estabilidade na sua forma de se relacionar com as outras pessoas, ocasionando assim o isolamento do mesmo. Tudo isso vem a desencadear no que chamamos de sofrimento psíquico, e que mediante essa situação pode ser denominado de sofrimento social.

O sujeito que é excluído encontra-se não apenas em estado de carência de fatores de ordem material, uma vez que são permeados pela sensação de que não estão tendo reconhecimento algum enquanto sujeito que vive em sociedade, sendo

marcado pelo estigma, visto como uma pessoa que pode apresentar algum perigo a sociedade, que pode causar algum dano. O sentimento de vergonha e de culpa está presente todo o momento na vida da pessoa que sofre a exclusão, tais sentimentos perpetuam fazendo com que a sociedade perca o interesse de enfrentar esse quadro e propor estratégias de mudanças, o que vem a dificultar a possibilidade de encontrar caminhos onde esses problemas possam ser superados.

Ao ter enfatizado o aspecto subjetivo da exclusão, faz-se necessário considerarmos tal aspecto partindo da inclusão social, uma vez que é destacado no interior dos mesmos sentimentos ligados ao pertencimento a determinado grupo, a felicidade que isso ira desencadear, o desejo de se autorealizar, entre outros fatores.

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

É a partir do momento em que passa a haver essa inclusão que tudo de negativo presente na vida da pessoa em sofrimento psíquico se converte em força para enfrentar os obstáculos que vierem a aparecer, convidando o indivíduo à vida, mesmo que permeada pelo sofrimento.

O trabalho apresenta-se como um fator direcionado ao aspecto material do processo de inclusão e exclusão das pessoas em sofrimento psíquico no âmbito da sociedade. Podendo operar como um fator de exclusão social se atuar apenas como um elemento voltado para estabelecer a produção de uma população, de modo a qualificar como doente a pessoa incapaz de produzir, onde mediante essa situação ter ou não prestígio na sociedade vai depender se a pessoa esta presente no campo de trabalho, não levando em consideração a realização pessoal que a mesma poderá obter daquele trabalho, uma vez que visa unicamente à produção.

Posterior ao processo de Revolução Industrial ocorrido no século XVIII na Europa era tida como saudável e principalmente normal, a pessoa que se encontrasse em condições de uso para desempenhar sua força de trabalho em meio ao processo de produção, e que estivesse com o corpo e a mente totalmente aptos, sendo importante ressaltar que o tratamento no âmbito da saúde mental apresentava-se como um fator de complemento junto ao trabalho.

Dessa forma tem-se que ao trabalho era atribuída a função de ser uma ferramenta de treinamento, até então prescrito pelo médico, envolvido na forma de organização da instituição psiquiátrica tendo como objetivo inserir as pessoas em sofrimento psíquico, visando à normalidade das mesmas.

Outra questão a ser ressaltada com relação à exclusão são as desigualdades advindas da qualidade de vida que essas pessoas obtêm devido às transformações ocorridas no mundo do trabalho, onde as mudanças no modo de produção em detrimento do fator da flexibilização do próprio trabalhador como também das máquinas, ocasionaram de fato uma competitividade, passando com isso ser um fator de exclusão, uma vez que obteria espaço as pessoas consideradas fortes. Processo esse que se tornou uma dificuldade de inserção das pessoas em sofrimento psíquico, assim como aquelas que não apresentavam uma renda favorável, não tendo desse modo acesso ao processo de educação.

Por outro lado, podemos ver a face do trabalho visto como um processo de inclusão social, a partir do momento em que proporcionou ao indivíduo o estado de independência, de realização pessoal, onde ele passa a instituir sua identidade própria, entre outros aspectos.

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

2.5 Os Informantes

“Desejo parar de usar, porque a pessoa sem álcool a pessoa tem valor, a pessoa com álcool não tem valor, é tratado como um cachorro” (Entrevistado 1).

Será realizada neste tópico uma breve apresentação, onde serão discutidos os aspectos subjetivos dos usuários entrevistados no CAPS ad (Walter Sarmiento de Sá) na cidade de Sousa-PB, em seguida procedemos a análise das falas obtidas

através das entrevistas. Dentre os usuários do CAPS ad entrevistados, identificamos uma maior presença do sexo masculino, havendo apenas uma entrevistada.

O primeiro entrevistado tem 34 anos, é separado, exercia a profissão de pintor e está há sete dias na instituição. De início, logo quando chegou à sala para que fosse realizada a entrevista estava um pouco inquieto, porém, no decorrer foi respondendo a todas as perguntas mesmo sem se estender muito, apresentando respostas breves, mas que deixaram explícitos todos os fatores que o permeavam.

O que podemos perceber durante a entrevista foi que o usuário começou a consumir o álcool muito cedo, com apenas 15 anos e desde então passou a consumir frequentemente, se agravando ainda mais quando sua mãe chegou a falecer e os únicos familiares que ele tinha fecharam as portas, sendo notório perceber que há uma completa desestruturação do seio familiar, além da questão envolvendo sua mulher, que só estava com ele ainda por causa da casa, chegando também a abandoná-lo, que todos esses fatores contribuíram para que ele entrasse no mundo do álcool e que desde então não conseguiu mais nada de bom na sua vida.

O segundo entrevistado tem 18 anos, é solteiro, já trabalhou de garçom e também de servente, vai fazer três meses que esta na instituição. Desde o começo da entrevista apresentou-se tranquilo, respondendo sem problema a todas as perguntas.

No decorrer da entrevista o que podemos observar mediante a situação do usuário foi que o mesmo começou a fazer uso de maconha também muito cedo, não lembrando exatamente quando foi que tinha começado, chegando a afirmar que não consumia outro tipo de drogas. E que desde o início passou a usar constantemente sem ter tempo para mais nada em sua vida, causando muito desgosto a sua mãe, que antes mesmo de arrumar um emprego já fazia uso e que o consumo só contribuiu para que ele perdesse.

O terceiro entrevistado tem 43 anos, é solteiro, ajudante de várias profissões, sabe fazer tudo um pouco relacionado à construção, está há um ano e seis meses na instituição. De início apresentou-se bastante tranquilo, desenrolando com maior facilidade todas as perguntas.

Mediante a entrevista podemos notar que o usuário começou a entrar no mundo do alcoolismo a partir dos 18 anos, mas que depois do falecimento de sua mãe passou a consumir constantemente, entrando num verdadeiro vício, e que

depois que começou o consumo a família afastou-se totalmente, chegando a perder também o emprego.

A quarta entrevistada tem 64 anos, é viúva, dona de casa, está na instituição desde a fundação. Assim que chegou à sala para realizar a entrevista mostrou-se um pouco inquieta, no entanto conseguiu responder a todas as perguntas, apesar de se estender bastante chegando a abordar coisas que não tinham muito haver com o direcionamento das perguntas.

2.6 A Descontinuidade do Tratamento

Do mesmo modo que a história voltada para o uso da droga é perpassada por transformações atingindo tanto seu significado como o seu sentido, é perceptível que as questões direcionadas as formas de tratamento do abuso, uso e dependência dessas substâncias também foram e apresentam-se mudanças no seu interior.

O fato de considerarmos a bebida alcóolica como sendo uma droga ilícita, que é incentivada e até aceita pela sociedade, termina por influenciar o seu consumo durante, ou antes, a adolescência. Desse modo é notório perceber que entre os usuários que tiveram participação neste estudo, essa situação não se apresentou de forma diferente. Entre os entrevistados a maioria declarou que tal uso se iniciou muito cedo, tendo sido influenciado por amigos, mais especificamente nos finais de semana. Como podemos ver nos seguintes relatos:

Comecei o uso de álcool com 15 anos, rapaz, sei não porque faço uso, mais assim por causa de bebedeira, amizade demais com as pessoas, aí comecei a se envolver com a cachaça, começava a beber final de semana aí passei a beber todo dia (Entrevistado 1).

Ishe faz tempo, depois que eu perdi um serviço, eu comecei a usar trabalhando já tava no serviço, aí comecei a conhecer os amigos que usava né, aí foi quando eu comecei a usar, aí depois saí do serviço só usando direto (Entrevistado 2).

Os dados que foram obtidos mediante a realização da entrevista mostram que todos os usuários afirmaram logo no início que vivem sozinhos, o que significa, são

separados, solteiros ou viúvos, uma vez que a partir do momento que começaram a se envolver com o uso dessas substâncias foram abandonados pela família. Em conformidade com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), a família, de uma forma geral, é considerada o elo entre o usuário e o mundo e parceira no tratamento quando apoia e participa ativamente no seu processo de recuperação.

Um importante fator a ser considerado, é que a família se torna imprescindível para que o tratamento envolvendo a dependência química seja realizado de forma satisfatória, de modo que na maioria das vezes a pessoa que é dependente dessas substâncias podem se colocar em situações extremamente de risco, por não terem a mínima noção do estado em que se encontram.

A família é a única fonte pela qual o usuário pode ser protegido mediante possíveis recaídas, não deixando de considerar que a ajuda perante o mesmo pode partir de todas as pessoas, no entanto, o apoio primordial deve ser originado da família. É nesse momento em que o sentimento de culpa do sujeito que é usuário passa a ser desmistificado, tornando-o responsável mediante seus atos.

É necessário levar em consideração que o uso abusivo de substâncias psicoativas é considerado uma doença, onde em um primeiro momento é de extrema importância que a motivação para iniciar de forma efetiva o tratamento parta do dependente, e logo depois que a família entre em cena para dar força, fazendo com que o mesmo mantenha-se motivado.

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

Através do tratamento eu recupero minha confiança, só por questão de trabalho, porque com a bebida e o álcool eu fico irresponsável, por causa desse vício ao invés de trabalhar eu tava faltando. Trazer minha vida de volta, é melhor né! (Entrevistado 1),

Oxi, eu já parei graças a Deus, porque num tem futuro, o caba num tem confiança, num tem nada de bom. Parar, melhorar, terminar os estudos e arrumar um emprego bom, espero sair daqui outra pessoa, igual eu já sou hoje (Entrevistado 2).

Eu tenho prosperidade né, e construir tudo o que eu já destruí, através do alcoolismo, já destruí muita coisa, uma burrice de muitas pessoas, destruí tudo o que tava ao meu redor (Entrevistado 3).

Ainda com relação à família, é essencial enfatizar os diversos fatores em que os dependentes químicos apresentam-se incluídos, tais como a questão da insegurança, do desemprego e, sobretudo permeados pela violência. Um aglomerado de fatores que representam as reais expressões da questão social, sendo necessário ao partir desse ponto colocar em questão o papel que a família assume, uma vez que perante o meio social tem conquistado uma posição permeada por diversos conflitos, carregando em seu interior uma tarefa bastante difícil.

A família está condicionada a sofrer influências que são determinadas pela realidade social, econômica, bem como da cultura presente em determinado momento histórico, o que passa a desencadear possíveis crises. Com isso se faz perceptível que,

No âmbito familiar deve-se buscar espaço para o diálogo, na busca da superação de problemas, conflitos e na construção do dia-a-dia do respeito mútuo, consolidando comportamentos preventivos em relação ao uso de drogas. Em toda família coexistem tendências para saúde e para doença, o diferencial se fara a depender de como a família enfrente situações de crise, de como está a afetividade e a comunicação entres seus componentes (Costa, 2008, p.37).

No entanto, ao mesmo tempo em que a família contribui para a permanência no tratamento do dependente químico, pode também apresentar fatores que desembocam na desistência do mesmo, uma vez que a desestruturação do seio familiar é considerada como um ponto primordial para o usuário deixar de dar continuidade ao tratamento, aonde muitos chegam a desistir por não ter um objetivo de vida, um sentido pelo qual lutar. Tendo em vista que a partir do momento em que a pessoa que é dependente tem uma recaída, as pessoas que estão a sua volta no âmbito da família ou até mesmo os amigos desistem de dar apoio, tal como acontece quando o consumo é iniciado.

Fatores como a perda de algum ente familiar ou até mesmo separação entre os cônjuges, faz com que o usuário fique totalmente fragilizado, vindo a incidir em possíveis recaídas e dessa forma faz com que o mesmo abandone o tratamento. Como foi possível verificar nos seguintes relatos:

Parei de vim, porque houve aí um problema de família mesmo, e também porque que eu perdi minha mãe, aí de uma recaída e eu num vinha mais não, só vim porque a enfermeira passou lá em casa esses dias e mandou

eu vim, mais por mim mesmo eu num vinha não. Vou ficar vindo, mais num sei se é por muito tempo não, quem bebe o alcoolismo é o seguinte, é que nem um verme, se a pessoa tomar a primeira pronto, o negócio é evitar o primeiro gole, porque depois que colocar na boca toma todas que vinher (Entrevistado 2).

Agora assim não tô direto todos os dias aqui no CAPS não sabe, quando eu melhoro e paro mesmo o consumo eu num venho mais não, só procuro a unidade quando eu tô em emergência mesmo, eu tinha parado, tava sem consumir faz um tempo, aí agora aconteceu uns problemas, eu sei que nada justifica, mais mim levou a entrar em depressão e usar droga e álcool. Eu perdi minha mãe e houve uma separação, tudo num mês só, aí gerou uma confusão mental, transtorno, veio perturbação, veio pensamento, muitas coisas que mim descentralizou do meu pensamento sabe (Entrevistado 1).

Eu tinha parado aí depois bebi de novo, parei o tratamento porque eu comecei a beber de novo aí eu num quis vim, sempre que a pessoa começa a beber a tendência é andar pra trás (Entrevistado 3).

Mediante a realização deste estudo foi possível identificar entre os entrevistados essa ausência por parte da família, onde muitos foram totalmente abandonados a partir do momento em que começaram a usar essas substâncias. Vejamos:

O problema mesmo é que as pessoas que me criaram que é minha mãe e minha vó que já faleceu, aí hoje eu tô tipo uma pessoa assim abandonado pela família, que só tem duas pessoas que tava andando comigo, que era minha mãe e meu irmão, e de lá pra cá, depois que eu entrei aqui fechou as portas pra mim (Entrevistado 1).

Ah, os motivos foram vários... Afastamento da família, é muita coisa, perdi serviço, vacilo total aí. Eu tô controlando o vício, eu consumia todos os dias né, agora tô consumindo só o final de semana, sábados e domingos, já tô dando um tempo, mais o que eu queria mesmo era passar a semana e romper a barreira do final de semana, mas até agora num consegui não, quanto mais eu tento, mais eu vou pra cima, só o final de semana até um dia eu chegar lá (Entrevistado 3).

Dessa forma, para melhor compreendermos esse fenômeno do sofrimento desencadeado pelo uso das substâncias psicoativas em meio à ótica da Psicologia, iremos recorrer às hipóteses de uma de suas vertentes, a chamada Logoterapia. Tal abordagem tem como foco o sentido, e foi criada pelo psiquiatra e psicólogo Viktor Emil Frankl.

Tem-se que em meio a Logoterapia o ser humano perante qualquer circunstância que a vida venha apresentar torna-se capaz de sobreviver, desde que exista uma razão para suportar determinado sofrimento, e que exista um sentido diante do qual valha a pena viver ou até mesmo morrer. Conforme Frankl (2013,

p.42) “[...] o ser humano possui mais do que uma vontade de prazer e uma vontade de poder, constituindo-se por uma vontade de sentido como o centro gravitacional da existência”.

Ao colocar em questão o ser humano, não podemos caracterizá-lo levando em consideração a sua totalidade, uma vez que cada pessoa apresenta-se de forma única, e sua história de vida é permeada de maneira singular. Sendo assim, o sentido que o ser humano atribui à vida varia ao longo da sua trajetória, em virtude da situação que lhe é imposta naquele momento. Com isso, torna-se perceptível que a busca de sentido é visualizada como algo inerente ao ser humano, já para a Logoterapia o sentido é para o homem uma motivação básica.

Dessa maneira, é essa busca de sentido que passa a determinar toda e qualquer forma de ação humana, independentemente se o resultado de tal ação trará resultados bons ou ruins, o único fator que irá motivar nossas escolhas é o sentido. E que embora o interesse de todo o ser humano seja encontrar realmente um sentido para existir, ocorre que na maioria das pessoas encontram-se frustradas em meio a essa busca ocasionando assim um vazio existencial.

Segundo Frankl (2013) tem-se que o vazio existencial é obtido pela falta de interesse, bem como por meio do tédio e pela indiferença, podendo provocar transtornos psicossociais como: agressão, suicídio, depressão e principalmente o fenômeno da drogadição, fatores que permeiam o âmbito da sociedade contemporânea.

Tendo em vista todo esse processo que caracteriza o vazio existencial, provocado em detrimento da abstinência da droga, tem-se que o preenchimento do mesmo será obtido mediante a descoberta de um sentido, orientando a vida do dependente químico quer seja durante, como também depois do tratamento, uma vez que quando encontrado, esse sentido irá precavê-lo contra possíveis recaídas que vierem a acontecer.

Conforme Frankl (2008),

A busca do indivíduo por um sentido é a motivação primária em sua vida, e não uma “racionalização secundária” de impulsos instintivos. Esse sentido é exclusivo e específico, uma vez que precisa e pode ser cumprida somente por aquela determinada pessoa. Somente então esse sentido assume importância que satisfará sua própria vontade de sentido.

Em alguns relatos foi possível perceber que a maioria dos usuários encontrase permeados por um vazio relacionado à sua existência, e que quando indagados sobre o motivo pelo qual haviam procurado o serviço, afirmaram que o álcool não trazia nada de bom e queria dar um sentido à vida deles. Conforme podemos constatar nesses relatos:

Eu num procurei o serviço não, foi uma pessoa mesmo aqui do CAPS ad que indicou e eu vim. Pra conhecer né, o pessoal vivia falando do CAPS, eu tinha receio de vim, tinha vergonha, porque eu pensava que era só pra doido entender? Aí eu vim a primeira vez, vim a segunda vez e gostei, porque tô se libertando do álcool né? Pra quem bebia todo dia, agora tô mal bebendo no final de semana (Entrevistado 1).

Só dando desgosto a minha mãe direto, eu ia usando sem ter tempo pra nada, num trabalhava, num fazia nada, só isso. Ninguém indicou não, eu que pedi a minha mãe pra arrumar um lugar pra mim (Entrevistado 2).

Mim lembro, bebia demais, cheguei lá uma vez chorando, toda me tremendo com a bebida acredita? E hoje pra senhora ver eu nem tremo mais e mim alimentando, só quem sabe sou eu e depois que minha mãe morreu que eu piorei aí que eu comecei a chorar e gritar por minha mãe no meio da rua (Entrevistada 4).

As falas também revelam que a procura pelos serviços da instituição se deu sempre por parte do próprio usuário, sendo perceptível que em nenhum relato a busca se deu através de algum familiar, uma vez que na maioria dos casos ficou evidente que houve o rompimento desses vínculos.

Desse modo faz-se necessário haver um maior fortalecimento do CAPSad em relação ao acompanhamento familiar tendo em vista que a família se apresenta como a ponte fundamental entre o usuário e o tratamento ao participar de forma ativa contribuindo dessa forma para a permanência do mesmo no tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trazer para esse debate a reflexão acerca do processo de Descontinuidade do Tratamento no âmbito do CAPS ad da cidade de Sousa-PB, apresenta-se como sendo um fator bastante relevante para o campo da Saúde Mental.

Tendo em vista todo esse processo, tem-se que o CAPS ad traz em seu bojo a importante tarefa de recuperar a dignidade dessas pessoas em acompanhamento. No entanto, o que podemos concluir mediante a realização do presente trabalho, é que há uma série de fatores que vem a incidir sob a desistência do tratamento, dentre os quais podem ser elencados: perda de algum membro da família, desmotivação por parte do próprio usuário em querer romper, e, sobretudo a desestruturação familiar, onde a mesma apresenta-se como o fator primordial no que diz respeito ao processo de rompimento do tratamento. Sendo constante entre eles o fato de que, sempre que estão se sentindo bem e param de consumir deixam de frequentar a unidade, retornando apenas quando a situação não está favorável para eles.

Conseqüentemente, ao levar em consideração tudo o que foi abordado no decorrer deste trabalho, tem-se que todos os objetivos que nos tínhamos sugeridos foram alcançados, uma vez que as motivações e expectativas dos usuários mediante o serviço oferecido pelo CAPS ad obtiveram resultados eficazes, tornando evidentes as conseqüências que o uso dessas substâncias ocasionou na vida de cada um, uma vez que a maioria começou a fazer uso muito cedo, bem como os diversos fatores que os levam a desistir do tratamento. Fazendo com que dessa forma a instituição passe a desenvolver melhores estratégias a fim de que esses usuários venham a permanecer de forma efetiva no tratamento, buscando com isso um fortalecimento do vínculo entres eles e a própria instituição.

A presente pesquisa foi de extrema relevância para que de fato pudéssemos ter uma melhor compreensão e aprofundamento acerca do tema em questão, sendo importante ressaltar que ainda há muitos entraves a serem enfrentados para que efetivamente o modelo asilar seja superado, e que as possíveis estratégias surgidas em torno dos novos debates acerca da Saúde Mental passem a ser concretizadas.

O método da logoterapia me trouxe de contribuição enquanto pesquisadora e futura assistente social, o fato de que o sujeito não pode ser analisado em sua

totalidade, uma vez que a vida de cada um é atravessada de forma única e singular. E que o sentido que o ser humano atribui a sua vida pode apresentar modificações, dependendo da situação vivenciada em determinado momento, fazendo com que dessa forma a pessoa não passe a ser julgada, se tornando assim responsável pela própria vida.

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

APÊNDICE A

ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Endereço:

Profissão:

Renda Mensal:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

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

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre os fatores que levam os usuários do CAPS ad Walter Sarmiento de Sá a desistirem do tratamento e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Maria Isabel Alves Casimiro aluna do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação do Professor Luan Gomes Santos. O objetivo do estudo é analisar a descontinuidade do tratamento dos usuários no CAPS ad Walter Sarmiento de Sá.

Ao participar dessa pesquisa o Senhor (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esse estudo proporcione informações importantes sobre os motivos que levam os usuários a desistirem do tratamento e assim adquirir melhores estratégias para a obtenção de um tratamento eficaz.

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

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a

qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

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

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Maria Isabel Alves Casimiro (83) 9300-7162.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável