

UNILEÃO  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

MARIA SOCORRO BARBOSA DA SILVA

**SOBRECARGA FAMILIAR VIVENCIADA PELAS FAMÍLIAS DE PESSOAS EM  
SOFRIMENTO MENTAL DECORRENTE DO USO ABUSIVO DE DROGAS EM  
TRATAMENTO NO CAPS AD DE JUAZEIRO DO NORTE – CE:** uma dificuldade  
posta no caminho da efetivação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2019

MARIA SOCORRO BARBOSA DA SILVA

**SOBRECARGA FAMILIAR VIVENCIADA PELAS FAMÍLIAS DE PESSOAS EM  
SOFRIMENTO MENTAL DECORRENTE DO USO ABUSIVO DE DROGAS EM  
TRATAMENTO NO CAPS AD DE JUAZEIRO DO NORTE – CE:** uma dificuldade  
posta no caminho da efetivação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira

Trabalho de Conclusão de Curso –  
Monografia, apresentado à Coordenação  
do Curso de Graduação em Serviço  
Social Do Centro Universitário Dr. Leão  
Sampaio (UNILEÃO), em cumprimento às  
exigências para a obtenção do grau de  
bacharelado.  
Orientadora Jamille de Lima Vieira

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2019

MARIA SOCORRO BARBOSA DA SILVA

**SOBRECARGA FAMILIAR VIVENCIADA PELAS FAMÍLIAS DE PESSOAS EM  
SOFRIMENTO MENTAL DECORRENTE DO USO ABUSIVO DE DROGAS EM  
TRATAMENTO NO CAPS AD DE JUAZEIRO DO NORTE – CE: uma dificuldade  
posta no caminho da efetivação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira**

Trabalho de Conclusão de Curso –  
Monografia, apresentado à Coordenação  
do Curso de Graduação em Serviço  
Social Do Centro Universitário Dr. Leão  
Sampaio (UNILEÃO), em cumprimento às  
exigências para a obtenção do grau de  
bacharelado.

Orientadora Jamille de Lima Vieira

Data de aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Jamille de Lima Vieira  
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Jacsa Vieira de Caldas  
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO  
1<sup>a</sup> Examinadora

---

Prf<sup>a</sup>. Msc. Sheyla Alves Dias  
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO  
2<sup>a</sup> Examinadora

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Deta e Pedrinho, aos meus numerosos irmãos que sempre me apoiaram no caminho desta conquista e aos meus amados sobrinhos.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Senhor que me deu forças e coragem para vencer cada obstáculo posto todos os dias no caminho desta longa e árdua jornada.

Aos meus pais, Pedrinho, diminuto no tamanho e apelido, porém gigante na coragem e força para buscar o melhor para seus muitos filhos, superando muitas dificuldades neste processo, e Deta, minha Super-heroína, que assim como meu pai lutou para possibilitar o melhor para mim, aos meus irmãos e sobrinhos que me apoiaram e me mantiveram mais forte, encorajando-me diariamente a estudar e não desistir do meu sonho de conquistar o meu tão sonhado bacharelado.

Às minhas queridas colegas de turma, Patrícia, Ana Paula, Natália e Vanessa, que ao longo dos anos passaram a ser mais que isso e se tornaram amigas as quais levarei dentro do meu coração.

Aos professores da UNILEÃO, em especial a Aldair Péricles, o qual, além de professor da instituição, foi também meu supervisor de campo nos Estágios Supervisionados I e II, contribuindo de forma tão contundente, assim como os demais professores da instituição, os quais acrescentaram saberes e deram grande parcela de conhecimento para minha formação acadêmica e para minha futura carreira como profissional em Serviço Social.

À minha orientadora Jamille, que tão bem me orientou e visualizou o melhor com que eu poderia contribuir para o desenvolvimento deste trabalho, e às professoras Sheyla Alves Dias e Jacsa Vieira de Caldas que se dispuseram a fazer parte, além da minha formação acadêmica, mas também da defesa deste TCC como examinadoras deste trabalho de conclusão do curso de Serviço Social.

E a todos, que mesmo indiretamente, tenham contribuído para a realização deste ensaio acadêmico e durante a minha graduação, como os porteiros, auxiliares de serviços gerais, recepcionistas, bibliotecárias e profissionais do DTI da Unileão, o meu muito Obrigada.

*“O que se opõe ao descuido e descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.*

*Leonardo Boff*

## RESUMO

A família passou nos últimos tempos a ser considerada como o cerne do cuidado e atenção aos membros que a constituem. Dentro da área de atendimento à Saúde Mental essa realidade permanece a mesma, assim como também na subárea de atenção às pessoas em sofrimento mental em virtude do uso excessivo de drogas. Com o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira a atenção e cuidado passaram a ganhar novos contornos e a família assume parcela de grande importância ao ser responsável por colocar em prática os novos preceitos psiquiátricos, através da viabilização dos meios necessários para a socialização de seus membros com algum tipo de sofrimento mental no meio em que vivem. O tema escolhido merece atenção por tudo o que já foi descrito acima, mais também pelo sempre iminente perigo do retorno em nossa sociedade da atuação de práticas conservadoras e dicotomizadas da realidade social. Diante disso, este ensaio busca elucidar as indagações a respeito dos principais empecilhos encontrados pela família de pessoas em tratamento no CAPS AD III de Juazeiro do Norte – CE, que colocam em xeque os princípios debatidos e, parcialmente, conquistados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e dificultam o tratamento desses indivíduos. Sendo assim, a pesquisa faz um traçado histórico sobre o uso de drogas nas sociedades; traz a historicidade do fenômeno da loucura percebida em diferentes contextos; apresenta os principais determinantes que deram início a um movimento contestatório quanto ao modelo de atenção à Saúde Mental em vigência na época que culminaria na Reforma Psiquiátrica; além de discutir acerca do papel histórico da família e a nova configuração em que esta está adentrada no Neoliberalismo. Para tanto, utiliza-se da pesquisa descritiva e explicativa. Tem abordagem qualitativa. Constitui-se como uma pesquisa de tipo bibliográfica e de campo, além de utilizar o método dialético para elucidação dos fenômenos sociais. Dessa forma, conclui-se que são as dificuldades financeiras enfrentadas no cotidiano do lar, a recusa dos sujeitos adoecidos mentalmente em virtude do uso abusivo de drogas em aderir ao tratamento e a estigmatização dos sujeitos em sofrimento mental decorrente do uso de psicoativos advinda da sociedade as principais dificuldades encontradas pelas famílias ou cuidadores familiares.

Palavras-chave: Família. Saúde Mental. CAPS AD III. Capitalismo. Estigmatização.

## ABSTRACT

The family has recently passed to be considered as the core of care and attention to the members that constitute it. Within the area of Mental Health care, this reality remains the same, as well as in the subarea of attention to people in mental suffering due to excessive use of drugs. With the movement of the Brazilian Psychiatric Reform care and care began to gain new contours and the family takes on a very important role in being responsible for putting into practice the new psychiatric precepts, through the viabilization of the necessary means for the socialization of its members with some kind of mental suffering in the environment in which they live. The theme chosen deserves attention for all that has been described above, but also for the ever imminent danger of the return in our society of the performance of conservative and dichotomized practices of social reality. Therefore, this essay seeks to elucidate the inquiries about the main obstacles encountered by the family of people being treated in the CAPS AD III of Juazeiro do Norte - CE, which challenge the principles debated and partially conquered by the Brazilian Psychiatric Reform and make difficult the treatment of these individuals. Thus, the research makes a historical trajectory on the use of drugs in societies; brings the historicity of the phenomenon of the madness perceived in different contexts; presents the main determinants that started a contestatory movement regarding the Mental Health care model in force at the time that would culminate in the Psychiatric Reform; in addition to discussing the historical role of the family and the new configuration in which it is embedded in Neoliberalism. To do so, it is used descriptive and explanatory research. It has a qualitative approach. It is a research of a bibliographic and field type, in addition to using the dialectical method to elucidate social phenomena. Thus, it is concluded that the financial difficulties faced in the daily life of the home, the refusal of mentally ill individuals due to the abusive use of drugs to adhere to the treatment and stigmatization of the subjects in mental suffering due to the use of psychoactive substances coming from society difficulties encountered by families or family caregivers.

Keywords: Family. Mental health. CAPS AD III. Capitalism. Stigmatization



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1 -Estigmatização e ilegalidade de algumas substâncias psicoativas..... 64

## LISTA DE SIGLAS

CAPS -Centros de Atenção Psicossocial  
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CGMAD – Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas  
CLT -Consolidação das Leis de Trabalho  
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social  
DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental  
LSD –Dietilamida do Ácido Lisérgico  
MPRJ – Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro  
MS – Ministério da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PNAS - Política Nacional de Assistência Social  
PSF – Programa Saúde da Família  
PTS - Plano Terapêutico Singular  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SNDM- Serviço Nacional de Doenças Mentais  
SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1. HISTÓRICO SOCIOCULTURAL DO CONSUMO DE DROGAS: DO LIVRE CONSUMO À CRIMINALIZAÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1. Origem e consumo de drogas: breve análise histórica.....	16
1.2. (Des) criminalização do uso de drogas: um processo estigmatizador.....	26
<b>2. SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E O PARADOXO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DO SUJEITO EM SOFRIMENTO MENTAL DECORRENTE DO USO ABUSIVO DE DROGAS</b> .....	<b>35</b>
2.1. Um pequeno balanço histórico da instituição da saúde mental no contexto social brasileiro: suas primeiras formas e instauração do modelo excludente na área psiquiátrica. ....	35
2.2. Os caminhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: o poder da mobilização social neste processo e o surgimento de um novo modelo de assistência em Saúde Mental.....	42
2.2.1. Trilhando os caminhos do retrocesso: revisão da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional Sobre Drogas instituída pelo governo federal no ano de 2019 .....	48
2.3. O paradigma da família no cuidado das pessoas em sofrimento mental decorrente do uso abusivo de drogas .....	51
<b>3. OS ENTRAVES ENCONTRADOS PELA FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO FAMILIAR COM SOFRIMENTO MENTAL DECORRENTE DO ABUSO DE DROGAS</b> .....	<b>58</b>
3.1. Percurso metodológico.....	58
3.2. O objeto de estudo do ponto de vista lúdico: a arte imitando a vida .....	61
3.3. Análise e interpretação dos dados .....	64
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>80</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>86</b>

## INTRODUÇÃO

A família passou nos últimos tempos a ser considerada como o cerne do cuidado e atenção aos membros que a constituem, tendo ganhado a centralidade nas políticas públicas voltadas ao atendimento das necessidades dos cidadãos. Tem a responsabilidade no cuidado dos seus entes de modo integral, devendo arcar com os recursos financeiros, emocionais e de trabalho e dentro desta perspectiva cabe às famílias a busca pelo cumprimento dos direitos e sua real efetivação no campo de suas necessidades.

Dentro da área de atendimento à Saúde Mental essa realidade permanece a mesma, assim como também na subárea de atenção às pessoas em sofrimento mental em virtude do uso excessivo de drogas.

Com o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira a atenção e cuidado anteriormente descritas passaram a ganhar novos contornos, uma vez que se objetiva um tratamento em meio aberto e comunitário para a reabilitação biopsicossocial das pessoas com transtornos mentais, onde a família assume parcela de grande importância ao ser responsável, também, por colocar em prática tais preceitos, através da viabilização dos meios necessários para a socialização de seus membros com algum tipo de sofrimento mental no meio em que vivem, buscando fugir da ótica de exclusão a que estes estavam predispostos antes do movimento supracitado ter dado novas perspectivas ao modelo de assistência psiquiátrica.

Ao Estado cabe o desenvolvimento e articulação de uma rede de cuidados que possa dar sustentação e apoio às famílias, além, é claro, de prestar a devida assistência aos indivíduos carentes de proteção e cuidado. Essa rede precisa ser bem conectada e de caráter interdisciplinar para que se possa conceber uma visão de tratamento percebendo o indivíduo de maneira totalizante e enxergando o contexto social ao qual este está inserido, em que os profissionais promovam um tratamento visando não apenas a cura em si, mas também os aspectos subjetivos dos sujeitos. Dessa maneira o cuidado aos sujeitos em sofrimento mental fica dividido entre os profissionais especializados da área e a família, que compõe o que se pode entender por rede informal de atenção, porém, o que se percebe, muitas vezes, é a sobrecarga posta à família, a qual se torna a principal e, em alguns

casos, única responsável pelo tratamento dos sujeitos com transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas e é nesse ínterim que podem surgir as principais dificuldades para a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

O tema escolhido merece atenção por tudo o que já foi descrito acima, mais também pelo sempre iminente perigo do retorno em nossa sociedade da atuação de práticas conservadoras e dicotomizadas da realidade social, as quais colocam em risco conquistas que levaram anos para serem alcançadas. Ademais, foram as observações feitas durante o Estágio Supervisionado no CAPS AD III Álcool e Drogas de Juazeiro do Norte – CE acerca do papel da família e sua busca por tratamento naquela instituição para algum familiar adoecido mentalmente em decorrência do uso e dependência em álcool e outras drogas que proporcionaram uma profunda inquietação, além de que esta temática ainda deve ser explorada para a fomentação de discussões no meio acadêmico e busca por respostas possibilitadoras de ações da supressão de deficiências, pelo poder público, encontradas dentro da perspectiva do caminho da concretização dos novos preceitos psiquiátricos.

Dessa forma, e levando-se em consideração o que foi disposto nos três primeiros parágrafos, este ensaio busca elucidar as indagações a respeito dos principais empecilhos encontrados pela família de pessoas em tratamento no CAPS AD III de Juazeiro do Norte – CE, que colocam em xeque os princípios debatidos e, parcialmente, conquistados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e dificultam o tratamento desses indivíduos, a saber: em meio aberto, em contato com a comunidade e a com a instituição familiar.

Para tanto, empreendeu-se uma análise histórica acerca da existência e consumo de drogas ao longo do tempo, a fim de compreender as atuais perspectivas em que estas estão envoltas; foi realizado ainda um traçado sócio-histórico do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, estabelecendo os determinantes que o condicionaram e buscando perceber o papel do Estado frente aos novos ideais de cuidado em Saúde Mental; e, por último, se objetivou desenvolver uma reflexão acerca da responsabilização e a sobrecarga que os cuidadores familiares de pessoas em sofrimento mental decorrente do uso abusivo de psicoativos vivenciam em seu cotidiano, delineando os obstáculos mais relevantes no decorrer do tratamento de sujeitos em sofrimento mental e que tornam

a eficácia do cuidado concernente com os novos princípios na área psiquiátrica menos viável.

Deste modo, o trabalho está dividido em três capítulos, onde são abordadas no primeiro as formas iniciais de uso e evolução histórica das drogas, percebendo-se que o consumo de drogas está diretamente associado à origem do homem na terra, sendo uma forma natural de busca por alteração de consciência, além de se buscar entender o processo de criminalização a que algumas substâncias psicoativas sofreram ao longo dos anos.

No segundo capítulo foi realizado um resgate sócio-histórico acerca do processo de adoecimento mental, apresentando a historicidade do fenômeno da loucura percebida em diferentes contextos; foram apresentados os principais determinantes que deram início a um movimento contestatório quanto ao modelo de atenção à Saúde Mental em vigência na época que culminaria na Reforma Psiquiátrica, a qual instituiu novos parâmetros de atendimento à população com transtornos mentais e foram apresentados os principais dispositivos que realizam a função de tratar da Saúde mental dentro desse novo contexto; e também foi discutido acerca do papel histórico da família e a nova configuração em que esta está adentrada no Neoliberalismo, conjuntura em que a instituição familiar ganha centralidade, consequência da desresponsabilização do Estado frente às necessidades sociais.

O terceiro capítulo trouxe os resultados da pesquisa de campo, apontando, principalmente, quais as maiores dificuldades encontradas pela família de pessoas com transtornos mentais decorrente do uso abusivo de psicoativos, de forma a sobrecarregá-la e que pode incidir, mesmo que indiretamente, na efetividade do tratamento, visualizados os novos preceitos psiquiátricos.

Para o desenvolvimento e alcance dos objetivos traçados neste trabalho se utilizou a pesquisa descritiva e explicativa, além de adotar uma abordagem qualitativa, já que esta proporciona um encontro mais profundo com o objeto em estudo. Foram utilizadas ainda a pesquisa de tipo bibliográfica, na qual foram escolhidos os principais autores, textos e livros os quais abordam o tema aqui proposto; e de campo, uma vez que esta possibilita uma interação direta e sem barreiras com o objeto de estudo, onde foi realizada uma entrevista semiestruturada com os cuidadores familiares de pessoas em tratamento no CAPS AD III de Juazeiro do Norte – CE. Por fim, foi utilizado o método dialético para a tentativa de elucidação

dos fatos a partir de uma abordagem que abranja a perspectiva sócio-histórica dos fenômenos.

Sendo assim, este ensaio pretende desvelar os empecilhos encontrados pelas famílias no cotidiano de tratamento em Saúde Mental de usuários de drogas, a fim de proporcionar reflexões cada vez mais profundas a esse respeito, as quais sirvam como fonte de pesquisa para futuros estudos, pois, embora esta temática já tenha sido abordada em outros tantos trabalhos de cunho acadêmico, as famílias não têm sido enxergada de maneira mais humanizada e nem, tampouco, medidas que busquem amenizar a sobrecarga familiar têm ganhado legitimidade e efetividade no Brasil.

## **CAPÍTULO I. HISTÓRICO SOCIOCULTURAL DO CONSUMO DE DROGAS: DO LIVRE CONSUMO À CRIMINALIZAÇÃO**

### 1.1. Origem e consumo de drogas: breve análise histórica.

Para iniciarmos a discussão acerca do tema aqui proposto, o qual pretende desvelar os principais obstáculos postos no árduo percurso de tratamento da pessoa em sofrimento mental devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas, faz-se necessário perceber os determinantes culturais e históricos que circundam o trajeto do consumo de tais substâncias, estas que em outras épocas não se apresentavam da forma conhecida nos dias atuais. Para tanto, este capítulo tratará de expor o contexto e demonstrar o quão complexos são os contornos que fazem das drogas um tema que divide opiniões e as colocam em centros de discussões na pós-modernidade.

Sendo assim, é preciso mencionar, em primeiro lugar, que as substâncias que se têm notícia na atualidade percorreram um longo caminho tendo o seu princípio básico, ou seja, seu composto natural como a forma mais utilizada de consumo ou ainda perceber o fato de que, por exemplo, o efeito causado pelo uso de algumas drogas desenvolvidas por laboratório, as chamadas drogas sintéticas da atualidade, como as anfetaminas, podiam ser vistos ao se utilizar ainda na antiguidade pelos nativos africanos uma planta chamada khat, cujo nome científico é *Catha Edulis*, na mastigação de suas folhas, pois se percebia ação parecida a essas, uma vez que suas folhas são constituídas por uma substância chamada a catinona, esta semelhante às anfetaminas sintéticas (Masur e Carlini, 2004).

Partindo desses exemplos, podemos dizer que o uso de drogas é conhecido há muito e que este depende de diversos fatores, como religiosos, culturais e históricos para “ganharem terreno” em cada sociedade e são enxergadas como benéficas ou maléficas ao homem também de acordo com cada contexto histórico. Conforme Nunes e Jólluskin (2007):

As drogas foram percebidas como benéficas ou nocivas em função da sua época, da cultura em que se inseria o seu uso e, sobretudo, em função do padrão e dos motivos subjacentes ao seu consumo. Atualmente, as drogas encerram diferentes significados, dependendo do ponto de vista sob o qual são olhadas. Assim, o seu significado difere do sócio-cultural. No entanto,



cada visão das drogas é atravessada pelas restantes perspectivas que delas vão construindo diferentes interpretações (Nunes e Jólluskin; 2007; p. 232).

Verificam-se aí presente os determinantes que moldam o significado que a droga ganha de acordo com cada espacialidade de tempo, história e cultura. Destes, a última, englobada pela religião, influencia de maneira mais contundente as interpretações feitas das substâncias psicoativas, transformando-a em própria ou não ao consumo dependendo da sociedade cultural ao qual está inserida, já que a depender da religião as drogas são vistas como substâncias diabólicas, intrinsecamente associada à depravação de valores humanos e sociais (Moreira e Ribeiro; 2004).

Falar em drogas significa, portanto, retornar a tempos antigos e vislumbrar entender os determinantes de tempo e espaço nos quais o objeto em questão estava inserido e a partir daí compreender, ao longo do processo das transformações socioculturais, os significados atravessados por tais substâncias no tempo presente e que as tornam agente de amplo debate e polêmica na atualidade.

Segundo Escohotado (1996; p. 9):

Por droga psicoativa ou não, continuamos a entender o que desde há milênios pensavam Hipócrates e Galeno, pais da medicina científica: uma substância que em vez de ser vencida pelo corpo (e assimilada como simples nutrição), é capaz de vencê-lo, provocando - em doses ridiculamente pequenas se comparadas com a de outros alimentos - grandes alterações orgânicas, anímicas ou de ambos os tipos.

Dessa forma, conforme a compreensão científica, droga pode ser analisada de acordo com a sua capacidade de provocar no organismo significativas modificações, levando-se em consideração que o seu consumo pode ser baseado em pequenas doses, afetando o funcionamento do organismo, inclusive os aspectos psíquicos dos sujeitos que as introduzem no corpo.

Para além dessa compreensão, alguns autores consideram tratar as drogas como sendo produto cultural, estando relacionado com a forma de apreensão que determinada sociedade prefere fazer do sentido das substâncias psicoativas. Comas (1984) apud Fernandes (1990) delinea esta questão referindo droga como sendo aquilo a que uma dada sociedade convencionou assim chamá-la. Enquanto certa substância não for qualificada como sendo droga, diz ele, esta não é, e que, ainda, a

determinação de droga pode variar de acordo com ocasiões e circunstâncias, sendo que em umas é droga, e em outras não.

Desta forma, torna-se relevante conhecer um pouco mais a fundo as determinações envolvidas no processo de reconhecimento de uma substância como sendo droga, já citadas neste texto, a fim de que se consiga assimilar a noção de droga convencionada pelo autor acima, trazendo para o debate de maneira mais clara a importância do aspecto sócio-histórico-cultural dentro desse complexo contexto.

Em primeiro lugar, convém mencionar que o nome droga, segundo Carneiro (2005; p. 11) deriva de droog, uma palavra pertencente à língua holandesa, cujo significado primeiro é produtos secos e que abarcava, dos séculos XVI a XVIII, um conjunto muito grande de substâncias, como alimentos, medicamentos, mas que também poderia ser utilizada para se referir a produtos usados na tinturaria e substâncias para o simples prazer do usuário destas.

Deste modo, percebe-se que há séculos atrás o vocábulo abrangia inúmeros elementos e definia diversas substâncias usadas no cotidiano dos indivíduos, diferente do que se vê nos dias atuais, onde droga quer dizer, em sentido claro, substâncias psicotrópicas para tratamento médico ou para o mero prazer, estas usadas recreativamente. Cabe aqui uma reflexão: em que momento houve essa desintegração e os sentidos começaram a se fazer distintos na caracterização do que pode ser entendido como droga?

Bem, entender esse processo de transformação a que o conceito de droga sofreu no decorrer da história carece de uma percepção sobre os potenciais de uso de cada substância e considerar que o que se define, na atualidade, como droga depende em muito do que foi convencionado no decurso do tempo. Escohotado (1997) afirma que:

Ao lado da química está o cerimonial, e ao lado do cerimonial estão as circunstâncias que caracterizam um território em um determinado momento de sua história. O uso de drogas depende do que elas oferecem química e biologicamente, e também do que elas representam como pretextos para minorias e majorias. São substâncias determinadas, mas os modelos de administração dependem muito do que se pensa sobre elas em cada tempo e lugar (Escohotado; 1997; p. 29).

Nota-se, então, que a caracterização do que é droga ultrapassa o sentido químico da substância, envolve também os valores e conceitos que uma determinada sociedade em um dado tempo da história convencionou chamar de droga, no sentido de substância capaz de alteração de comportamentos. E, além disso, esse processo de transformação de significados possibilitou a instituição de uma forma de separação do que é visto como permitido usar ou não, deixando marginalizadas umas substâncias em detrimento de outras, mas este assunto será tratado mais adiante.

Nesse sentido, as substâncias encaradas como à margem do ponto de vista social na contemporaneidade merece atenção, já que estas estão presentes nas sociedades desde muitos séculos atrás. Pode-se dizer, então, que a história da humanidade se funde com a do consumo de substâncias capazes de alterar estados de consciência, humores e até possibilitar aos primeiros homens suportar pesadas cargas. Moreira e Ribeiro (2004) afirmam que o consumo de plantas compostas por elementos de caráter modificador de consciência ajudava o homem a suportar as adversidades do ambiente em que vivia. Desse modo, o consumo de estimulantes como as folhas da coca e o tabaco ajudavam os hominídeos a suportar a fome e a fadiga, sendo estes estimulantes muito importantes para que os homens pré-históricos conseguissem sobreviver a condições adversas, tanto climáticas quanto de subsistência.

O consumo das substâncias psicoativas ultrapassou ainda o caráter eminentemente físico, corpóreo. Em determinadas civilizações o uso dessas drogas era entendido como algo que proporcionava aos homens a transposição dos sentidos terrestres e o alcance de uma relação mais direta com o divino, havendo, assim, uma ligação entre as drogas e as primeiras formas de religião. Dentro dessa perspectiva surge a figura do curandeiro, o qual, segundo a percepção de algumas religiões antigas, era dotado da capacidade e habilidade de transitar pelo mundo sobrenatural, além de poder captar as impurezas e enfermidades do mundo e levar esperança de vida a seu grupo (MOREIRA; RIBEIRO; 2004; p. 5-6). Ademais, Torcato (2006 apud Carneiro; 2002) afirma que desde a década de 1950 a antropologia vem mostrando que cogumelos e outros alucinógenos eram as principais substâncias para o grupo religioso xamânico. Ainda segundo o mesmo autor, desde o início do XX autores importantes como Mircea Eliade e Durkheim já

assinalavam para o papel dessas substâncias nas técnicas para o alcance de êxtase das primeiras religiões.

Sendo assim, as religiões que buscavam entrar em um transe como forma de estabelecer contato com entidades divinas optavam pelo uso de determinadas substâncias psicoativas, as quais serviam de elo entre o mundo real e a dimensão extrafísica. Ainda dentro dessa perspectiva, os sacerdotes das religiões mais primitivas passaram a considerar as plantas que transformavam estados de espírito como enteógenas, que quer dizer capaz de produzir o que é divino. Segundo Moreira e Ribeiro (2004; p, 6):

Essas plantas passaram a ser uma ferramenta fundamental para que os curandeiros realizassem suas operações lustrais, divinatórias ou de intervenção na realidade, pois para isso era preciso que alcançassem estados alterados da consciência. Nas palavras de Escohotado, a conjugação desse ato com a música e a dança “produziam um frenesi extático, que promovia a liberação do eu, cujo espaço era ocupado por um espírito tanto mais redentor, quanto menos se parecesse com a lucidez”. As substâncias utilizadas nesse tipo de ritual eram fundamentalmente sedativas (entorpecentes), como o álcool, o ópio, as plantas anticolinérgicas, o cânhamo e os cogumelos.

O consumo, pois, dessas substâncias era extremamente importante, como se vê na citação acima, para que os rituais das primeiras religiões pudessem ser realizados, já que estes envolviam a procura por uma condição mental mais elevada, a qual possibilitava ao usuário uma liberação do seu mundo interior, através do processo de alteração de consciência. Porém, conforme se verá mais adiante, essas atividades, assim como o uso de determinadas substâncias psicoativas, serão marginalizadas com o avanço e consolidação das chamadas religiões verdadeiras, a saber, cristianismo, islamismo e hinduísmo, sendo as outras consideradas falsas religiões (COURTWRIGHT apud TORCATO; 2016).

O uso das muitas drogas consideradas ilícitas nos dias atuais se desenvolveu como fazendo parte do cotidiano comum em algumas culturas, servindo, além das finalidades já indicadas acima, também para fins terapêuticos ou simplesmente uso recreacional. Torcato (2016) aponta que, praticamente todos os agrupamentos humanos, excetuando-se desta equação os esquimós e alguns aborígenes australianos, possuíam o costume de consumir ao menos um alucinógeno e, como

afirmam Souza e Calvete (2017), estes rituais de consumo eram dotados, inicialmente, de sentido social e sagrado.

As civilizações antigas faziam uso das substâncias em seu estado mais natural, utilizando, em muitas vezes, apenas o extrato de uma planta a qual possuía ativos capazes de alteração de consciência para o consumo, como é o caso do ópio, cujo substrato é adquirido através da extração do líquido encontrado na papoula que após secar era usado para diversos fins desde terapêuticos, para a cura de doenças, como, por exemplo, “combater a ansiedade, o tédio, a fadiga, a insônia, para acalmar os bebês e, principalmente, combater a diarreia causada pela contaminação das bebidas e das comidas” (TORCATO; 2016; p. 28) ou até por mero prazer, tendo a planta (a papoula) posição privilegiada, sendo conhecida por seu poder de proporcionar deleite e gozo em regiões como a Mesopotâmia e o Egito (MOREIRA; RIBEIRO; 2004).

Nessas duas civilizações já se produziam bebidas fermentadas à base de frutas: no Egito o processo de fermentação era conhecido há mais de 3.000 anos a.c e a Mesopotâmia é possivelmente onde se produziu a primeira cerveja que se tem notícia (Ibidem; 2004). Seu consumo é também outra forma de alteração de estado de consciência, porém com esta substância acontece o que se chama de ingestão do alimento-droga, pois:

As vantagens nutricionais dos fermentados resultam não apenas do fato de essas bebidas serem feitas de cereais na forma de ‘pão líquido’, mas do aumento do seu valor, tanto em relação ao conteúdo protéico como de vitaminas e sais minerais, corrigindo, assim, as carências de uma dieta de ingestão pura de cereais. (CARNEIRO apud TORCATO; 2016; p. 24).

Vê-se nessa forma de consumo de substância psicoativa que há uma compensação na falta de ingestão de alimentos ricos em proteínas, vitaminas e sais minerais pelo modo tradicional de alimentação. Nesse a substância serve não somente para modificar sentidos, mas também para o enriquecimento nutricional dos sujeitos usuários. Por esses e outros motivos, essa substância era elevada acima do valor de importância da água pura (Ibidem; 2016).

Uma substância psicoativa bastante popular e que teve seu uso atravessado por gerações é a maconha, também conhecida por marijuana, diamba ou liamba e banguê. Planta da família Cannabis Sativa, que cresce em praticamente todos os solos. Em princípios não teve seu uso engessado a apenas uma forma. Conforme

Masur e Carlini (2004), na realidade, o uso milenar da maconha pelo homem atravessou diferentes estágios ao longo dos séculos e sua significação social foi variando de acordo com a moda, preconceitos religiosos e políticos, foi considerado desde útil do ponto de vista terapêutico ou “vício execrável”. Esta planta foi usada como um elemento terapêutico em várias civilizações desde séculos remotos. Era utilizado como analgésico, espasmolítico e até hipnótico em algumas culturas, porém seu uso associado à busca pelo prazer fez desta uma substância comparada, por muitos, a outras de grande poder de dependência do usuário e levada à marginalidade.

O cânhamo, planta da mesma família da maconha, do grupo cannabis, encontrada pela primeira vez na China não teve como finalidade, em um primeiro contato com a planta, nesta civilização, o consumo para alterar os sentidos. Ali os chineses a empregavam na fabricação de cordas e tecidos. Diferentemente disso, na Índia, os hindus concebiam essa planta como um presente dos deuses e essa era inalada pelos budistas associada a folhas de datura.

Outras substâncias utilizadas em civilizações ao sul do mediterrâneo, como kola, café e betel:

Foram mascarados, inalado e até absorvidos através de infusão em algumas vezes. Mascar, inalar e fumar são formas originais de ingestão; o uso do líquido para consumo de substâncias psicoativas em muitas partes do mundo são reflexo de práticas originalmente associadas a algumas regiões que tem tradição no preparo de bebidas alcoólicas (TORCATO; 2016; p. 26).

Portanto, as primeiras formas de consumo se constituíam em maneiras mais simples de manuseio, dispensando o cuidado com modificação na composição natural da substância, o que implica dizer que os homens daquela época lidavam com a planta em sua configuração primeira, sem a aplicação de aditivos para o posterior consumo.

Na América Central as plantas que ali se desenvolviam eram dotadas de conteúdos alucinógenos usados principalmente em rituais religiosos devido a suas propriedades psicodélicas. Moreira e Ribeiro revelam que as civilizações da América Central

Produziam um vinho sagrado, o *ololiuqui*, utilizando sementes da *Ipomea sp.* e da *Turbina sp.*, ambas são ricas em alcalóides LSD-análogos. Os

astecas sabiam fermentar a piña, uma polpa succulenta extraída do ágave azul (*Tequilana weber*), com a qual faziam um fermentado denominado *pulque*. Após a conquista espanhola, o *pulque* foi destilado e originou a tequila, a bebida nacional do México (MOREIRA; RIBEIRO; 2004; p. 9).

No extrato de texto acima, percebe-se que os primeiros povos americanos já possuíam o conhecimento da fermentação assim como os povos dos continentes europeu e asiático, não sendo somente feita a utilização de plantas em sua forma natural, mas esses habitantes estavam fabricando sumos que, como no caso dos astecas, seriam remodelados e transformados em uma bebida que caracteriza o gosto de todo um país: a tequila, no México.

Nas Américas podiam-se perceber, dentre tantas substâncias, a existência do tabaco, o qual era bastante popular e amplamente consumido pelos habitantes daquele continente, sendo tanto pela forma mastigada, quanto inalada, através de fumaça como nos dias atuais. Outra substância utilizada em solo americano era a amanita muscaria, um tipo de cogumelo com propriedades alucinógenas, o qual tinha seu uso propagado entre a nobreza asteca, que conforme Torcato (2016) se apropriaram dessa substância por seu caráter onirogênico de que os cultos sacerdotais careciam para se realizar, uma vez que, ainda segundo o mesmo autor, entre os astecas o sonho era questão de Estado. E no Brasil os compostos naturais mais utilizados, seja com fins religiosos ou terapêuticos eram a casca da jurema, uma árvore do grupo das leguminosas, comum nas regiões Norte e Nordeste do país com propriedades psicoativas, a qual era utilizada na forma fumada, na região Norte utilizava-se e utiliza-se até hoje o chá de ayahuasca, que é feito através da combinação de diversas plantas com, principalmente, fins religiosos para os povos indígenas daquela região, existia, ainda entre os índios, o costume beber um líquido produzido a partir da fermentação da mandioca, conhecido como cauim.

Com os olhos ainda voltados para as Américas nos deparamos com outra substância de grande destaque quando se pretende discutir algum tema relacionado às drogas, pois foi encontrada neste continente uma planta com ativos que provocam ação estimulante ou analgésica no organismo daqueles que fazem sua ingestão, a depender da sua forma de uso: a coca, cujo nome científico é *Erythroxylon coca*, de onde se produz a cocaína, que em princípios de seu descobrimento maravilhou o continente Europeu, tendo Sigmund Freud como um dos principais entusiastas de suas propriedades tanto estimulantes quanto

anestésicas. Masur e Carlini revelam que Freud não se limitou a apenas apreciar a cocaína. Segundo estes autores:

Freud foi mais além! Ingerindo ele próprio cocaína, sentiu-se tomado de tal energia e vitalidade que passou a difundir o seu uso entusiasticamente; escreveu artigos científicos sobre a cocaína, dizendo num deles que somente após passar a tomar cocaína é que “se sentiu verdadeiramente um médico”. Chegou a dizer ainda que a cocaína iria permitir esvaziar os asilos e combater a dependência da morfina, que gera um grave quadro de abstinência (MASUR; CARLINI; 2004; p. 47).

Diante do trecho descrito anteriormente, percebe-se que a visão que uma das grandes figuras da psiquiatria, fundador da psicanálise, tinha é que a cocaína revolucionaria o meio médico. Trazendo para esta área a possibilidade da cura da dependência de uma substância causadora de enorme grau de dependência: a morfina, esta que faz parte do grupo das drogas psicotrópicas de uso terapêutico, sintética do ópio.

O uso da coca, planta da qual se extrai a cocaína, não se deu apenas com a descoberta desse substrato. Os incas já a utilizavam através da mastigação. Chamavam-na de Mama Coca, pois acreditavam que suas folhas possibilitavam a amenização da fadiga e da fome, sendo, para eles, um presente dos deuses (MOREIRA; RIBEIRO; 2004).

É claro que esta relação das drogas com a religião ou com o mundo espiritual sofreu diversas transformações e ao contrário do que aconteceu com as primeiras formas de busca pelo etéreo, o que se constata em dias atuais é a proibição do consumo daquelas substâncias como uma das formas de alcançar elevados graus de espírito. A maioria das substâncias psicoativas é vista como propulsora do desordenamento social e psíquico dos sujeitos. A exceção dessa regra encontra-se no fato de que pelo menos um composto já foi reconhecido como sinônimo de civilização no mediterrâneo antigo e carregou consigo, ao longo das transformações de tempo e sociais essa posição privilegiada em relação às outras substâncias com potencial psicoativo: o vinho, que representa, nas religiões cristãs, o sangue de Jesus Cristo.

Foi, pois, com o Cristianismo sendo elevado a religião oficial em diversos países que o vinho se consagrou como sinônimo de civilidade e nobreza, deixando as outras substâncias psicoativas rebaixadas à categoria do que é devasso. Torcato (2016) aponta que com a ascensão do cristianismo



Todas as “drogas” distintas do álcool foram consideradas indignas, pois no paganismo a euforia – tanto positiva (para a obtenção de felicidade), quanto negativa (para aliviar a dor) – constitui um fim em si mesmo. O viver e o prazer advindo das terapias eram entendidas como parte integrante das mesmas. No cristianismo, contrariamente, não se admite que a euforia seja um fim em si mesmo. (Ibidem; p.32)

Sendo assim, como descrito acima, para o cristianismo o uso das demais substâncias, as quais possuíam como objetivo aliviar as dores e suportar determinadas condições, como fome, frio ou, simplesmente, a amenização de tristezas e angústias deveriam ter seu uso interrompido, já que, para esta religião, “assim como o gozo sexual ofende o Criador, o uso de analgésicos e de alteradores de ânimo visando o prazer são formas de hedonismo que deveriam não apenas ser rejeitadas, mas combatidas” (Ibidem; p.32).

O combate e a proibição do uso de substâncias psicoativas não se restringiram ao campo da religião. Abrangeu praticamente todas as áreas sociais em diversas culturas e muitos países que, com o advento da modernidade, a qual possibilitou ao mundo tomar conhecimento de especiarias e produtos naturais de diferentes lugares do globo terrestre através do movimento das navegações do século XV, teve por consequência o contato com as substâncias de propriedades psicoativas. Moreira e Ribeiro (2004) apontam que

Com o fim da Idade Média, os europeus realizaram sua grande expansão comercial por meio das navegações. A partir deste feito, voltaram a entrar em contato com substâncias que utilizaram na Antigüidade e com outras trazidas do Novo Mundo. A partir do século XVIII, várias experiências científicas foram feitas com as mesmas. Paulatinamente, uma grande quantidade de medicamentos foram produzidos a partir dos alcalóides destas plantas (MOREIRA; RIBEIRO; 2004; p. 11).

Percebe-se, pois, que com as grandes navegações européias a aproximação com novos e antigos compostos orgânicos com capacidade de alteração de comportamento e consciência proporcionou a possibilidade de desenvolvimento de substâncias, em combinação com tantas outras as quais ficaram à disposição através da conquista de novos territórios. Deve-se assinalar, porém, que não foram todas as substâncias encontradas em solo americano que produziram interesse nos europeus. Estes, apoderaram-se apenas das que lhes convinham, observando os seus valores cristãos. As substâncias psicoativas que mais lhes chamaram a

atenção foram as bebidas alcoólicas e cafeinadas e o tabaco, e outras substâncias que, a princípio, seriam usadas para fins medicinais, como a coca e o ópio, por exemplo, mas que com o passar do tempo deixaram de servir para estes propósitos e serviram para a busca do prazer dos indivíduos, o que, ao fugir do controle das lideranças dos países, tornaram-se matéria preocupante entre as nações.

Dentro dessa ótica, é possível notar que neste momento houve uma distinção do que era ou não próprio ao uso naquela civilização. Verifica-se, portanto, o início de um processo de marginalização e discriminação de certas substâncias que se intensificará nos próximos séculos, o qual terá como fim a criminalização de algumas drogas em detrimento de outras, como também dos usuários destas. Mas como se deu esse processo e quais os fatores que influenciaram tal criminalização? É isto o que se verá no subitem seguinte.

## 1.2. (Des) criminalização do uso de drogas: um processo estigmatizador

O uso de substâncias psicoativas, como se viu no subitem anterior, constitui um elemento tradicional existente desde milênios atrás. Não figura como um episódio isolado e recente. Pode-se atribuir a esse fenômeno a condição de algo que sempre existiu e sempre há de existir nas sociedades. O que importa entender, no entanto, é como a dispersão das substâncias próprias de cada cultura e civilização produziu um efeito capaz de atribuir a algumas drogas status ilegal, de forma a criminalizar não somente o usuário, mas também à própria substância, enquanto outras de mesmo poder inebriante têm seu uso indiscriminado.

É correto, pois, afirmar que as drogas têm um passado e forma de uso em comum e, utilizando-se do questionamento de TORCATO (2016) que aponta que as drogas tiveram trajetórias muito similares, iniciando como uma forma de medicina e se popularizando posteriormente. O que parece questionável é a naturalização do controle terapêutico e político e a associação do uso popular com a travessura e a irresponsabilidade. A partir deste questionamento podemos perceber que é de acordo com o uso e interpretação social que se faz das drogas que elas adquirem valores diversos, sendo enxergadas como próprias ou não ao consumo pelas diferentes populações.

Como já mencionado neste texto, as substâncias que hoje se conhecem como drogas, a bem dizer, as ilícitas, tiveram seu uso associado a práticas religiosas, festivas ou terapêuticas durante muitos séculos. As drogas, segundo Souza e Calvete (2017; p. 5), “acompanhavam a organização socioeconômica da época, eram um bem coletivo e não ocasionavam qualquer problema social”, ou seja, seu consumo era comum em diversas civilizações, não acarretando prejuízos para os indivíduos que as utilizavam nas suas primeiras experiências de uso. Foi somente durante a expansão do consumo a diversas classes e povos a partir do período das grandes navegações que essas substâncias passaram a ganhar novos significados e valores, inclusive como mercadoria.

Os mesmos autores citados anteriormente mencionando Carneiro (2005) alude para o fato de que

A partir desse período, as drogas tornaram-se, então, mais relevantes, alcançando um significado mais sofisticado e excêntrico. Esse novo conceito estava associado não só às propriedades medicinais, mas também à alimentação, já que “[...] a época colonial pode ser incluída entre as sociedades que não fazem uma distinção precisa entre droga e comida [...]”, por ser um instrumento de alívio da dor (física e psíquica) e uma fonte direta de prazer. (CARNEIRO apud SOUZA; CALVETE; 2017; p. 6)

Vê-se aí que as drogas ganham novas representações e começam a entrar no rol dos produtos muito disseminados e utilizados entre os colonizadores e outros povos para objetivos diversos e de forma indiscriminada. Passam a fazer parte, ainda, do comércio transoceânico, objetivando-se em produto de grande valor, estando associada a transações comerciais, tendo assim, um uso mais extenso, não sendo limitado ao seu local de origem.

Durante algum período, o uso de drogas continuou a ser um fator comum em diversas civilizações. Existiram, na Europa, lugares populares de uso de ópio na forma fumada onde somente pessoas das mais altas classes sociais podiam frequentar, as chamadas fumeries. Existia ainda o Clube dos Haxixins, onde se usava o haxixe como tratamento psiquiátrico. É importante mencionar que nesses lugares os frequentadores eram os famosos e intelectuais da época.

O uso de substâncias psicoativas passou, em anos subsequentes, a deixar de ser realizado em espaços como os citados acima para ganhar diferentes espaços e foi, a esse tempo, que o uso terapêutico, para alívio de dores físicas ou psicológicas, deu lugar ao uso recreacional, para simplesmente, alcançar o prazer. Esse processo

fez nascer um descontrole do consumo já que em espaços como as fumeries, por exemplo, o uso poderia ser controlado. É o que Moreira e Ribeiro (2004; p 12-13), afirmam no trecho abaixo:

Essa nova condição das substâncias psicoativas, de instrumento ritual a produto de consumo (e por isso desprovida de lastro cultural e rituais de controle), proporcionou novos padrões de uso, com o surgimento de complicações e danos físico, psicológicos e sociais. Isso suscitou nas nações a necessidade de criar mecanismos de controle.

Desse modo, com a definição de utilização de drogas com fins recreativos de forma desenfreada surgiu a necessidade de intervenção do poder estatal em diversas partes do planeta. Nos Estados Unidos, por exemplo, nos últimos anos do século XIX, houve a proibição de consumo das substâncias consideradas imorais e prejudiciais ao bom desenvolvimento da nação. Escohotado (1997) afirma que:

Antes da abolição da escravatura, nos Estados Unidos não existia o temor ao ópio, que surgiu apenas quando uma maciça imigração chinesa, destinada a suprir a mão-de-obra negra, começou a incomodar os sindicatos. Foi também o medo aos imigrantes – fundamentalmente irlandeses e judeus – que precipitou a condenação do álcool pela Lei Seca. Nessa ocasião, as reivindicações políticas da população negra do sul eram muito preocupantes e a cocaína – a origem da Coca-Cola – acabou simbolizando uma droga de negros degenerados. (ESCOHOTADO, 1997, p. 29)

Assim como nos Estados Unidos esse processo de proibição de drogas se deu em outras partes do mundo. Principalmente com a entrada do século XX, século em que os pactos visando o combate e fim da produção e consumo se tornaram realidade. Somados aos pactos e aos interesses econômicos, os quais disputavam o domínio sobre a produção e comercialização do ópio, a alusão aos valores cristãos se materializaram em criminalização às drogas, que a partir desse momento se tornaram ilícitas.

Segundo Fiore, três elementos foram preponderantes para a criminalização das drogas nos Estados Unidos:

A profunda antipatia cristã por algumas substâncias antigas e os estados alterados de consciência, agravada diretamente pelo puritanismo asceta da sociedade norteamericana; a preocupação de elites econômicas e políticas com os 'excessos' das classes ou raças vistas como inferiores ou 'perigosas'; o estímulo a determinados psicoativos, em detrimento de outros, como decorrência de interesses nacionais e econômicos". (FIORE; 2005; p. 259)

Essas idéias, regidas e dirigidas pelos EUA, acerca das drogas se espalharam para diversas partes do mundo e chegaram ao Brasil que teve que pô-las em prática na década de 1920 após pressões externas. O presidente da época, Epiácio Pessoa, regeu a lei nº 4.294/1921 a qual

Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaina, opio, morphina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo alcool ou substancias venenosas; estabelece as fórmulas de processo e julgamento e manda abrir os credits necessários (BRASIL; 1921; p. 1).

Diante do exposto, é possível identificar o caráter punitivo da lei, a qual em seu artigo primeiro expõe que a mesma se volta para aquele que “vender, expôr à venda ou ministrar substâncias venenosas, sem legítima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários, o que poderia acarretar multa de 500\$ a 1:000\$000” (BRASIL; 1921; p. 1). Um fato que chama a atenção com esta lei é a inclusão do álcool no rol das chamadas “substâncias venenosas”.

É importante, pois, dizer aqui para fomento da discussão que o álcool foi, nos Estados Unidos, no século XIX, associado a todo tipo de falência, seja social, pessoal ou profissional, podendo ser comparado ao que se tem como ideia a respeito do uso da maconha no Brasil, uso este sempre vinculado à malandragem, à vida de vagabundos, sendo índios e negros seus principais usuários, portanto, os malandros em questão. Esta visão ainda é predominante em nossos dias. Nesses dois países, então, o uso de álcool e maconha, respectivamente, ficaram tendo relação direta às classes menos afortunadas.

A diferença é que no Brasil o uso do álcool não tem o mesmo impacto quando se fala em estigma social. Aqui os usuários de maconha, crack, cocaína e outras substâncias ilícitas são frequentemente chamados de drogados, reduzindo, assim, o sentido da palavra droga a aquelas que não têm seu uso legalizado, o que contribui fortemente para banalizar os danos sociais e de saúde associados ao uso de psicoativos lícitos, como tabaco, álcool e medicamentos (CFESS, 2016). E, embora como afirma a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS Brasil (2019):

O consumo de álcool é um fator causal em mais de 200 doenças e lesões. Está associado ao risco de desenvolvimento de problemas de saúde, tais como distúrbios mentais e comportamentais, incluindo dependência ao álcool, doenças não transmissíveis graves, como

cirrose hepática, alguns tipos de câncer e doenças cardiovasculares, bem como lesões resultantes de violência e acidentes de trânsito.

O consumo do álcool continua a ser em grande escala, mesmo com todos estes fatores de risco indicados anteriormente pela Organização Pan-Americana da Saúde, levando milhões de pessoas em todo mundo a sofrerem com as consequências do uso prolongado dessa substância, pois como afirmam Masur e Carlini (2004) os problemas relacionados ao uso do álcool levam, em comparação com a cocaína e a heroína, um tempo longo para aparecer, porém quando estes problemas aparecem são em um estado já avançado.

O uso (legalizado) do tabaco também gera diversos problemas à saúde dos sujeitos, porém assim como o álcool existem dezenas de milhares de usuários espalhados pelo mundo. Em contrapartida ao que acontece com a droga anteriormente citada, verifica-se nos últimos anos um crescente número de ações educativas que objetivam o fim do consumo ou simplesmente redução do uso dessa que é uma das drogas mais perigosa do mundo, sendo a principal responsável pelas mortes evitáveis em todo o planeta.

É sob esta perspectiva que a discussão acerca do porquê de certas substâncias terem seu uso permitido, como o álcool, tabaco e alguns tipos de medicamentos, e outras não, como o restante das drogas, se torna relevante. Uma vez que um usuário de álcool pode consumi-lo em bares ou até mesmo na rua, comerciantes podem vendê-lo sem maiores prejuízos, enquanto outra pessoa ao fazer uso de maconha, por exemplo, ou simplesmente, portar uma quantidade mesmo que minimamente maior que o permitido dessa substância, tem a sua liberdade ameaçada, pois conforme a lei nº 11.343/2006:

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL; 2016; p. 1).

Essa prerrogativa de lei, no entanto, configura-se um ataque ao princípio da isonomia, o qual atribui às pessoas a condição de serem julgadas sob as mesmas leis, assumindo caráter inconstitucional ao ser colocada em prática quando um usuário de maconha ou outra droga ilícita é preso por portar certa quantidade da substância.

Outro forte agravante dessa criminalização a que as drogas sofreram desde o século passado diz respeito ao crescimento do mercado ilícito das drogas, o que gera prejuízos ao Estado e grande incentivo ao crime organizado em diferentes territórios do mundo.

Ademais, a proibição do uso de algumas drogas parece ter gerado um fenômeno singular. Conforme Vargas (1998; p. 124):

De fato, mais do que apropriar-se da experiência do uso de drogas, o que as sociedades modernas parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das drogas; e o criaram por duas vias principais: a da medicalização e a da criminalização da experiência do consumo de substâncias que produzem efeitos sobre os corpos e que, até sua prescrição e penalização, não eram consideradas como 'drogas'.

O que se pretende dizer com isso é que o processo de repressão às drogas intensificou ainda mais o crescimento desse fenômeno tão presente nos dias atuais, existindo uma separação entre as drogas de uso terapêutico e aquelas que carregam toda a significação de sentido a que se pretende atribuir quando se fala nessas substâncias. E para deixar esse debate mais claro, é necessário expor que, ao se referir ao significado que as drogas ilícitas carregam, pretende-se aludir ao sentido pejorativo atravessado desde décadas atrás, quando o uso de determinadas substâncias, como a maconha, no Brasil, foi atribuída à vagabundagem de negros e índios, a cocaína, nos Estados Unidos, aos negros e à degeneralização de caráter.

Além de tudo isso, houve ainda a aferição de uma nova lógica marginal às drogas quando os Estados Unidos atribuíram aos povos estrangeiros o uso de determinadas drogas e ocorresse a criação de uma divisão entre nações a qual ficou instituído a errônea divisão entre países produtores de droga, caráter atribuído aos países subdesenvolvidos, e países consumidores, os desenvolvidos (SOUZA; CALVETE, 2017), o que faz crescer o estigma e conferir ao usuário status, além de marginal, também de incivilizado.

Esse estigma que os usuários de drogas carregam desde a instituição de pactos entre nações para a proibição do consumo e maior controle de fabricação, perpassa diversos níveis, atingindo o nível da saúde, quando esses usuários deixam de buscar tratamento médico especializado por perceber que são olhados com indiferença por grande parte da sociedade, o que intensifica ainda mais o seu processo de exclusão na sociedade, não somente por esse motivo, inclusive porque muitas pessoas têm dificuldade de aceitar o diferente. Voltando o olhar ainda para a procura por tratamento nos estabelecimentos de saúde, Andrade e Ronzani (2017; p. 12) apontam que

Pesquisa recente realizada no Brasil com profissionais de Atenção Primária à Saúde (ESF e UBS) demonstrou que esse grupo apresenta uma clara visão moralista dos usuários de álcool e outras drogas atendidos por ele. O mesmo estudo demonstra que o uso de álcool e outras drogas é mais estigmatizado ao se comparar com outras condições de saúde, como HIV/AIDS, Esquizofrenia, Depressão, dentre outras.

Esse processo estigmatizador interfere na efetividade do cuidado médico, uma vez que os usuários dos serviços se percebem em uma condição menosprezada e, muitas vezes, abdicam de continuar o tratamento. Ronzani, Noto e Silveira (2015) explicam esse fato:

Ao sofrerem os efeitos da estigmatização, os usuários de drogas evitam buscar ajuda para o tratamento de suas condições, agravando os problemas de saúde e, mesmo quando procuram o tratamento, a adesão é baixa, caracterizando idas e vindas aos serviços de saúde em função, muitas vezes, de uma intervenção desumanizada e discriminatória (RONZANI; NOTA; SILVEIRA; 2015; p. 11).

Dentro dessa ótica, a estigmatização é, portanto, uma das importantes e grandes barreiras postas no caminho do tratamento de usuários de drogas. A falta de preparo dos profissionais de saúde, que ao carregar consigo valores morais individuais para o campo profissional, afasta o usuário dos serviços de saúde e estes, em muitos casos, negam-se a retomá-los.

Ainda falando em estigma, muitos indivíduos optam por caracterizar os usuários de substâncias psicoativas como drogados. Essa atitude diminui o sujeito a uma condição que diretamente o liga às drogas, removendo desses indivíduos outros elementos fundamentais, como sua história, família, seu trabalho e sua liberdade de escolha. Assim:



Dizer que uma pessoa é *usuária de psicoativo* significa reconhecer que esta prática é uma entre as inúmeras práticas, atividades, escolhas, possibilidades e potencialidades daquela pessoa. No entanto, dizer que uma pessoa é *drogada* comumente significa dar ênfase ao caráter ilícito da substância usada e, sobretudo, significa reduzir toda a trajetória e a biografia daquela pessoa ao uso de “*drogas*”. (CFESS, 2016, p. 9)

Dessa forma, apontar um usuário de psicoativo como drogado é subtrair da sua vida suas potencialidades, opções e concepções pessoais, liberdade para decidir o que pretende ser ou fazer dentro de suas possibilidades e o restringir a uma categoria diferente e desconhecida que poucas pessoas têm a curiosidade de entender ou conhecer.

Voltando a tratar sobre a criminalização de algumas drogas em detrimento de outras, o Relatório Sobre Drogas (2009; p. 192) destaca que:

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool são os responsáveis pelo maior número de mortes associadas ao uso de drogas, correspondendo aproximadamente a 90% dos casos, seguidos pelos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco, com cerca de 6%, de múltiplas drogas, com 0,7% e de cocaína, com 0,4%. Essas porcentagens são aproximadamente constantes no período de tempo observado.

Analisando os dados acima, fica evidente que pautar a criminalização das drogas, em uma ação protetiva da saúde dos sujeitos é, na verdade, um paradoxo, pois se se pretende evitar que os indivíduos sofram com os problemas advindos do uso de drogas, por que o álcool que é responsável por 90% de mortes associadas ao uso de substâncias psicoativa e o tabaco que aparece em segundo lugar tem seu uso liberado para os cidadãos maiores de 18 anos no Brasil, enquanto as demais drogas não podem ser consumidas legalmente falando?

Esta pergunta traz consigo um questionamento plausível, uma vez que somente a repressão às drogas ilícitas não tem gerado o efeito desejado ou pelo menos aquele efeito que o poder público diz querer alcançar: o fim das drogas e o alcance de uma vida saudável pelos sujeitos, pois é notório que essas ações não têm diminuído o número do consumo de entorpecentes nas diversas partes do mundo, nem tampouco servido para evitar que milhares de pessoas morram todos os anos em consequência de transtornos gerados a partir do uso de drogas (principalmente o álcool).

O que parece razoável, pois, é que o dinheiro gasto com ações de proibição, com polícias e políticas especializadas seja redirecionado a práticas educativas, como acontecem em outras partes do mundo, sendo Portugal o melhor exemplo dentro deste contexto, já que nesse país desde o ano 2000 a população convive com a descriminalização das drogas e segundo Martins (2013; p. 341)

Em quase cada categoria de droga, e para o uso da droga total, as taxas de prevalência ao longo da vida na era da pré-descriminalização dos anos 90 eram mais elevadas do que as taxas do pós-descriminalização. Além disso, os indicadores de tráfico de droga, como medido pelos números de condenados por esse delito, também declinaram fortemente desde 2001. (Dependências apud MARTINS; 2013; p. 341)

Essa nova política, como se vê tem trazido resultados positivos para um problema de saúde pública como a dependência química. A política objetiva a despenalização das drogas, porém em lugar de processo criminal, o sujeito flagrado portando ou consumindo cumprirá processo administrativo e pagará multa conforme cada caso e será encaminhado para tratamento médico.

No Brasil, no entanto, a política de criminalização das drogas, como já dito neste texto, afasta o usuário do apoio e cuidado médico, além de sustentar e fortalecer a estigmatização e exclusão social desses usuários de uma maneira tão eficaz que favorece ainda mais o afastamento dos indivíduos de toda a rede incumbida de tratar e viabilizar sua ressocialização ao meio social.

## **CAPÍTULO II. SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E O PARADOXO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DO SUJEITO EM SOFRIMENTO MENTAL DECORRENTE DO USO ABUSIVO DE DROGAS**

2.1. Um pequeno balanço histórico da instituição da saúde mental no contexto social brasileiro: suas primeiras formas e instauração do modelo excludente na área psiquiátrica.

A saúde mental no contexto brasileiro, bem como no mundial atravessou diferentes períodos e se situou na história de maneira bastante peculiar. O atual modelo em atenção à Saúde Mental ganhou contornos diversos, observados os aspectos históricos e temporais, passando desde a explícita segregação da população com algum transtorno mental, onde os chamados loucos eram subtraídos do contexto social e encarcerados em manicômios, o que culminaria na eclosão de movimentos contestatórios em busca de um novo olhar em direção à problemática da Saúde Mental, até o contemporâneo tratamento psiquiátrico, idealizado a partir da Reforma Psiquiátrica, que ainda caminha a passos lentos em direção à concretização dos preceitos nela presentes.

A loucura, nome pelo qual o fenômeno do sofrimento mental ficou conhecido por longas épocas substituiu a lepra no cenário de exclusão e medo na Europa (Foucault, 1972). A loucura ali foi tratada em seus primeiros anos com forte segregação, onde os “loucos” eram expulsos de suas cidades de origem e obrigados a circularem pelos mares afora em navios denominados Nau dos Loucos (Ibidem, 1972).

Dentro desse período segregador, porém, o “louco” poderia circular pelas cidades de maneira livre, já que a loucura no período pré-moderno era visto como sendo de ordem privada, relacionando às famílias o dever do cuidado de seus “loucos”, as quais o tratavam, preferencialmente, em casa, no caso das famílias de elevadas posses; aos “loucos” pobres restava a caridade e não muito raro o papel de vítima em atos de violência que sofria por diversas pessoas e por motivos torpes (EMANNUEL-TAURO; FOSCACHES, 2018).

Foi como o advento da modernidade, mais precisamente com o declínio do sistema socioeconômico feudalismo, e o surgimento da manufatura que essa livre circulação começa a ser ameaçada. O “louco” passa a configurar um problema

social a ser solucionado, uma vez que nesse momento histórico surge a necessidade de mão-de-obra de maneira não vista antes e esse contingente populacional, somado ao grande volume de “vagabundos”, figura como um obstáculo visível ao novo regime (RESENDE apud EMANNUEL-TAURO; FOSCACHES, 2018).

É dentro dessa perspectiva que a loucura ganha status de doença e, portanto, carece de maior atenção, sendo a partir de então objeto de intervenção por parte da classe médica e do poder estatal (ROSA, 2008). A liberdade do “louco”, portanto, dentro dos novos pressupostos de direcionamento social, pautados nos ideais burgueses de liberdade, igualdade e fraternidade entra em xeque. Castel apud Rosa traz essa questão da seguinte forma:

Insensato, o louco não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de ‘servir’, não entra no circuito regulado das trocas, essa ‘livre’ circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve [...] ser reprimido [...]. Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam às pessoas ‘normais’ e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional (CASTEL apud ROSA, 2008, p. 45).

Na visão descrita acima, ao “louco” caberia, portanto, a marginalidade do novo modelo social que estava surgindo. Um modelo marcadamente excludente, onde inclusão entra em paradoxo com a exclusão, ambos fazendo parte de um mesmo processo, o qual objetiva apenas obter lucro com os substratos da capacidade humana. O doente mental, assim conhecida a pessoa em sofrimento mental a partir de então, dentro desse contexto, não seria capaz de acompanhar o processo socioeconômico, dado o seu caráter alienado. E foi nessa época que o doente mental passa a ser tratado na sua maneira mais técnica, desconsiderando-se os aspectos políticos e sociais a que a loucura está submetida. Segundo Emmanuel-Tauro e Foscaches (2018), a Medicina Mental nasceu nesse período para o atendimento de uma exigência política e governamental; tendo a missão de transformar a loucura em um problema passível de controle, fazer com que as ações de caráter autoritárias e coercitivas tradicionalmente conhecidas pudessem receber uma justificativa técnica e humanista.

Porém em um contexto diverso do europeu, como afirma Rosa (2018):

A assistência psiquiátrica hospiciocêntrica instituiu-se no Brasil a partir de uma sociedade colonial, rural e escravocrata, que tinha o trabalho como algo negativo, indigno, “atividade dos negros”, e uma economia agroexportadora fundada no comércio importador-exportado e numa oligarquia rural (ROSA; 2008; p. 85-86)

Aqui, a assistência psiquiátrica às pessoas em sofrimento mental seguia as linhas do atraso a que os países periféricos eram subordinados, com um modelo econômico ainda marcado pela agroexportação e pelo trabalho escravo. Vale a pena mencionar também que a referida assistência ficava a cargo de ordens religiosas, as quais detinham a hegemonia do cuidado no campo da saúde no Brasil Colônia, sendo as Santas Casas de Misericórdia as principais instituições responsáveis pela atenção a esse segmento. Atenção esta tracejada por maus-tratos físicos e desnutrição, que condenava os sujeitos em sofrimento psíquico à morte.

Nos anos cinquenta do século XIX, foi inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício Pedro II. Este surgiu para dar respostas às demandas sociais da época, em que acontecia o aumento do número de habitantes nas cidades mais importantes do império. A principal função que esse desempenharia era a de higienizar as ruas, eliminando os sujeitos considerados indesejados, dentre os quais se encontravam os “loucos”, que já não mais cabiam nas Santas Casas de Misericórdia. Esse processo de saneamento dos ditos loucos das ruas se assemelhava com o que havia acontecido na Europa na segunda metade século XV. Resende (1990) assim classifica essa ação:

Desordem franca e ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico, estão aí as mesmas circunstâncias sociais que, alguns séculos antes, determinaram na Europa, o que Foucault qualificou de o grande enclausuramento; as diferenças residem apenas nas causas estruturais, aqui e lá, e que não foram poucas (RESENDE; 1990; p. 35).

Vê-se, pois, que a criação do hospital anteriormente mencionado visava, simplesmente, a limpeza e exclusão desse segmento da vida social, porquanto esses eram vistos como agentes da perturbação da paz e obstáculo concreto ao crescimento econômico nas cidades. Infere-se isso nesse contexto, já que foi somente em 1881 que o hospital passou a ser gerido por um médico, tendo sido administrado desde 1852, data de sua fundação, por religiosos da Santa Casa de Misericórdia (COSTA apud EMANNUEL-TAURO; FOSCACHES, 2018).

Segundo Rosa (2008; p. 87):

Os loucos, antes da fundação do hospício, se tranquilos, eram acolhidos pela sociedade e assim podiam circular livremente; porém, se agitados e agressivos, eram reclusos nas cadeias públicas. Além do critério comportamental, a classe social também definia a abordagem do louco, pois os ricos eram tratados domiciliarmente ou enviados para tratamento na Europa.

Nessa concepção, o louco teria tratamentos distintos, visualizando-se certos aspectos, porém fica evidente a segregação sofrida por esses, onde eram separados do restante da sociedade, seja através da prisão, da sua livre circulação, em que muitas vezes eram abandonados pelas próprias famílias ou pelo cuidado domiciliar, que os tirava a possibilidade de inclusão no meio social e comunitário.

A tomada do direito de atenção ao louco pelo Hospital Pedro II não encerrou, no entanto, a execução dos maus-tratos cometidos a esse segmento social. Resende (1990) ilustra que assim como acontecia no período anterior, as denúncias de maus-tratos, imundície, superlotação, baixa qualificação e violência dos atendentes e falta de assistência médica continuaram sendo atos cotidianos, uma vez que essas instituições mantiveram aspectos desumanizantes que permearam a vida e assistência às pessoas em sofrimento mental desde tempos antigos.

Foi por esse motivo que em 1903 o presidente do Brasil, Rodrigues Alves instituiu a lei de número 1.132 de 22 de dezembro de 1903, a qual reorganiza a assistência a alienados, trazendo em artigo primeiro, parágrafo segundo que a reclusão só se tornaria efetiva em estabelecimento psiquiátrico, público ou privado se fosse comprovada alienação da pessoa a receber tratamento (BRASIL, 1903). Outro marco desse período foi a instauração de colônias agrícolas como ação oposta a instituições de caráter eminentemente fechado, as quais ambicionavam transparecer o modelo de hospital psiquiátrico com aspectos de liberdade ao sujeito em sofrimento mental.

Rosa (2008; p. 90) aponta que essas colônias agrícolas

Introduziram o trabalho como meio e fim do tratamento, e seu ideário extrasilar estendeu-se para a higiene e profilaxia mental, que propagava o postulado de que a sociedade seria o novo agente de cura e prevenção da doença mental, veiculada por meio da ação da Liga Brasileira da Higiene Mental – LBHM, criada em 1923.

É possível notar o caráter culpabilizante em que a questão da psiquiatria adentra nesse momento da história através da ação da Liga Brasileira de Higiene

Mental, onde os sujeitos são os responsáveis pela sua condição, afastando-se da tradição francesa e aproximando-se da alemã, a qual imputa a aspectos biológicos os principais determinantes da loucura em um processo eugenista, moralista e xenofóbico (Rosa, 2008). A mesma autora reforça essa ideia ao afirmar, citando Costa (1980), que para os psiquiatras da época o Brasil estava se degradando moral e socialmente, por causa de vícios, ociosidade e miscigenação racial da população, reforçando ainda mais a ideia de culpabilização dos indivíduos anteriormente mencionada.

A Revolução de 1930 trouxe importantes mudanças ao estado brasileiro. A economia de caráter agroexportadora vai ganhando contornos industriais, aparecem as lutas de trabalhadores no cenário político, que almejam melhores condições de vida e trabalho, a questão social atravessa o âmbito de caso de polícia e transforma-se em caso de política. E a Carta Constitucional de 1934, um marco do período, transforma reivindicações em direitos, embora que estes sejam mais voltados para a classe urbana empregada.

A proteção social do período estava, essencialmente, vinculada às IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões, as quais tiveram seu pontapé inicial com a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos em 1933 e depois organizados de acordo com a categoria profissional- e à Consolidação das Leis de Trabalho - CLT, criada em 1943 para atender algumas das reivindicações da classe trabalhadora que reproduzia o capital em condições insalubres de saúde, higiene e moradia.

No mesmo ano da decretação da Constituição por Getúlio Vargas, foi assinada a lei de número 24.559 que trata sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências (BRASIL, 1934), a qual deu aos profissionais de saúde mental da época o respaldo para a internação dos “psicopatas” como principal artifício no tratamento dessas pessoas, tirando assim o direito à liberdade e à cidadania e aumentando ainda mais a exclusão das mesmas, uma vez que, como diz Rosa (2008; p. 96), “essas pessoas denominadas psicopatas, declarados através de avaliação médica, seriam absoluta ou relativamente incapazes de exercer por si próprias os atos comuns da vida social”.

Os anos que se seguiram à instituição dessa lei trouxeram consigo a federalização da assistência psiquiátrica pelo Decreto de nº 7.055 de 18 de

novembro de 1944 e a criação do Ministério da Saúde, em 1953, o qual abarcou as atividades realizadas pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM. É preciso mencionar que nessa época a existência de hospícios era muito reduzida e estava vinculada ao atendimento das necessidades psiquiátricas da população muito pobre e não à massa dos trabalhadores existente (RESENDE apud BISNETO, 2007).

Este cenário, porém, mudou com a emergência da Ditadura Militar, uma vez que nesse período a assistência psiquiátrica ganhou novos rumos. Resende (1990) revela que a psiquiatria só passaria a ser chamada a dar sua colaboração efetiva e adquiriria o status de prática assistencial a partir de 1964 e mais:

[...] o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. (RESENDE apud BISNETO, 2007, p. 22)

Como se vê, o período ditatorial trouxe para a assistência psiquiátrica o alargamento da fronteira do setor público, alcançando o privado através da massa de trabalhadores e de seus dependentes. Isso se deu, principalmente, com a criação do INPS em 1966- Instituto Nacional de Previdência Social, o qual é caracterizado pela unificação de todas as categorias profissionais contribuintes das IAPs em um mesmo órgão.

Outra característica do INPS dá-se pelo o que Oliveira e Teixeira Fleury (apud Bravo; 2009; p. 94) chama de “o modelo de privilegiamento do produto privado”, pois este instituto propagador da medicina previdenciária instalou o que se pode denominar de compra dos serviços médicos privados para complementar a política de saúde da época, aumentando a desigualdade entre o atendimento médico público e privado, que nas palavras de Bravo (2009) desenvolveu um padrão de organização médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços. Esse privilegiamento do setor privado atingiu também a área psiquiátrica. O INPS respondia pelo tratamento psiquiátrico dos trabalhadores e dependentes, assim como na área geral de saúde, e na psiquiatria o setor privado recebeu ainda mais capital, sendo considerada uma verdadeira indústria de acúmulo de lucros, processo conhecido como a “indústria da loucura”.



Ao se produzir uma discussão a respeito da Saúde Mental e suas primeiras atividades no Brasil, faz-se necessário abrir um parêntese para discorrer a respeito do Hospital Colônia de Barbacena, o maior manicômio do país. Inaugurado em 1903 e mantido em atividade até a década de 1980. Essa instituição manicomial fazia parte de um conglomerado de outras do mesmo segmento na cidade mineira supracitada, sendo por esse motivo que aquele município ficou conhecido nos anos de 1930 por “cidade dos loucos”. Sabe-se que pelo menos 60 mil pessoas morreram nas dependências do Hospital Colônia (ARBEX, 2013). Resende (1990) revela ainda que o Hospital de Barbacena foi grande fornecedor de cadáveres para as faculdades de Belo Horizonte.

Segundo Arbex (2013; p. 12):

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade.

Como se pode denotar desse extrato de texto, o Colônia foi responsável por diversas mortes, das mais variadas formas possíveis. Representava o modelo hospiciocêntrico, com uma atividade extremamente desumana, onde pacientes chegavam a beber urina ou água de esgoto, comer ratos, dormir sobre capim e serem espancados dia a dia. Os maus-tratos sofridos por esses indivíduos, somados às milhares de mortes deixou essa instituição descrita na história como sendo palco do “Holocausto Brasileiro”, que vitimou milhares de seres humanos, separou famílias e destruiu a vida de milhares outras pessoas que eram internadas sem um diagnóstico de doença mental, 70% a contar do total de entradas naquela instituição (ARBEX, 2013).

Como resposta a diversas outras situações parecidas, de maus-tratos e desumanização dos pacientes necessitados de assistência psiquiátrica, surge, paralelo ao Movimento Sanitário Brasileiro, a urgência da luta pela Reforma Psiquiátrica no país, esta tendo como principais defensores os profissionais da área da saúde mental, a qual será tratada no subitem seguinte.

É necessário assinalar aqui que no início da década de 1970, a Previdência Social, por meio de estudo da realidade psiquiátrica do país, veio a condenar o

modelo de assistência asilar, excludente e privatista, em voga naquele período, apresentando discurso inspirado no modelo norte-americano e francês.

Rosa (2008; p. 101) revela que:

Apesar de todo o diagnóstico consensual, a contradição persiste. O governo propagava um discurso preventivista, voltado para a ambulatorização da assistência e redução dos custos com internações psiquiátricas, mas, ao mesmo tempo, dinamizava uma política de crescente financiamento dos leitos psiquiátricos da rede privada conveniada.

Dessa forma, pode-se verificar a ação dual do governo na forma de tratamento da assistência à Saúde Mental. Enquanto propagava a necessidade de uma atividade voltada para a ambulatorização e redução da assistência psiquiátrica, imprimia forte apoio aos setores privados, em um jogo claramente favorável ao lucro com essa demanda, esquecendo-se das privações e da desumanização sofridas pelos indivíduos na rede pública.

Foi, então, dentro desse espaço temporal que começam a surgir os focos de luta que seria empreendida pela sociedade em busca de direitos civis, políticos e sociais, e também pela democratização do cenário brasileiro. Surgem sindicatos e organizações de classe. Nesse panorama, a questão da saúde pública deixou de ser um interesse apenas de profissionais desse setor para ganhar uma dimensão política, estando estreitamente vinculado à democracia (BRAVO, 2009), o que adquiriu traços marcantes na história do Brasil, adquirindo uma proporção que faria o modelo vigente em assistência psiquiátrica mudar completamente, assim como os rumos do país, que desde os anos 1960 tinha o cotidiano social atravessado pela Ditadura Militar regendo os destinos do Brasil.

## 2.2. Os caminhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: o poder da mobilização social neste processo e o surgimento de um novo modelo de assistência em Saúde Mental

Observando o contexto social pelo qual o Brasil atravessava no período descrito acima, é possível notar que começaram a surgir os primeiros movimentos contestatórios em diferentes âmbitos sociais, dentre esses está o âmbito englobado pelo modelo vigente de assistência em saúde mental. Um modelo notadamente marcado por maus-tratos, desumanização dos sujeitos com transtorno mental e

privação do direito básico de liberdade a que todo cidadão tem direito. O movimento importante dentro desta pauta foi iniciado concomitantemente ao Movimento Sanitário Brasileiro com uma mobilização por parte dos profissionais da área psiquiátrica e familiares de pessoas em sofrimento mental. Neste subitem serão apresentados, portanto, os principais determinantes que, inclusos no movimento pela Reforma psiquiátrica, fizeram germinar a possibilidade de mudança do cenário posto até aquele momento histórico.

Foi, pois, nos anos de 1970, através de uma inquietação por parte dos profissionais de saúde que passam a reivindicar por um melhor trato à saúde com um atendimento universal para os usuários desta política e a descentralização de assistência à saúde, o que pode ser entendido como o pontapé inicial para a Reforma Sanitária que o modo de enxergar a atenção e o cuidado à saúde mudou, e simultâneo a este surge o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil. Tal movimento foi apoiado pelos trabalhadores da saúde mental e influenciado pela tradição basagliana e, por meio de variados campos de luta, passa a

Protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL; 2005; p. 7).

Nesse enfoque, o movimento surgiu, então, quando os profissionais psiquiátricos passaram a se preocupar com o que presenciavam no cotidiano de trabalho, como os maus-tratos antes referidos sofridos pelas pessoas com transtornos mentais e a privatização do cuidado desses sujeitos. A partir daí esses se empenharam em reverter o modelo de tratamento em saúde mental em vigor. Dentro do movimento, correntes de pensamento, como a antipsiquiatria, a psiquiatria democrática italiana, a psiquiatria institucional, dentre outras, se fundem ao criticar o processo alienador a que o sujeito com transtornos mentais vivencia nas instituições a que estão vinculados (BISNETO, 2007). No ano de 1987, pois, aconteceu no Rio de Janeiro a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental. Nela são definidos os rumos da saúde mental brasileira. Reforça-se a necessidade da participação popular nas tomadas de decisões, além de exigir a

[...] reversão do modelo hospitalocêntrico e psiquiatrocêntrico em direção aos serviços extra-hospitalares, embasados em trabalhos com equipe multiprofissional. [...] recomenda a diminuição (a curto prazo) e paulatina extinção dos leitos psiquiátricos asilares, bem como a sua substituição por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos e em serviços de base comunitária. (ROSA; 2008; p. 109).

Nesse extrato de texto acima pode-se perceber as bases para a Reforma Psiquiátrica que alterou a forma de enxergar e tratar a questão histórica e injusta da saúde mental no país. Essas mesmas bases que sustentam o modelo atual propagado e defendido pelos profissionais de saúde mental embasado na socialização e na cidadania dos indivíduos em sofrimento mental, já que conforme Pereira e Vianna (2013) citando Saraceno (2008)

A cidadania do usuário psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais; e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível. (SARACENO apud PEREIRA; VIANNA, 2013, p. 28)

Sendo assim, busca-se a construção e reconstrução dos laços afetivos rompidos ao longo da história de atenção psiquiátrica, esta baseada na institucionalização como única forma de tratamento eficaz dessas pessoas, esquecendo-se de seus históricos de vida, sentimentos e emoções, e reduzindo-as a pessoas com alto teor de risco e que, por este motivo, deveriam ser retiradas da livre circulação e postas em “tratamento” em instituições fechadas.

Enxerga-se através dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, portanto, a preocupação com a vida em sociedade dos sujeitos em sofrimento mental, vislumbrando-se que é somente por esse meio que a conquista da autonomia do indivíduo se torna possível. O enclausuramento a que esses sujeitos eram ou, em alguns casos, são submetidos até os dias atuais retira dos mesmos a possível restauração de suas condições mentais.

Ainda, segundo Rosa (2008), o movimento pela renovação do atendimento psiquiátrico abordava aspectos distintos e tinha várias facetas, lutando pela desconstrução de convicções perpassadas por gerações, as principais dizem respeito, além do plano assistencial, que almejava a mudança do modelo hospitalocêntrico para os serviços abertos de base comunitária, como também o plano ético-jurídico, onde, de acordo com o Código Civil, o louco, assim considerado, seria relativamente incapaz de realizar ações da vida civil, juntamente com os

menores de 16 anos, e, ainda, lutava, dentro do mesmo plano, contra a ideia de absoluta periculosidade do louco, em que este era enxergado como um ser degenerado, potencialmente capaz de praticar crimes somente por sua condição mental; e o Plano social e político o qual travava a luta por uma relação entre a sociedade e o louco ou a ideia da loucura livre de preconceitos, estigmas e segregação e, ainda, por a cidadania plena desses sujeitos, visando não somente a efetivação de direitos civis, políticos e social, como também os particulares, de acordo com a subjetividade particular do sujeito.

As reivindicações sociais daquele período, então, foram reunidas e transformadas em lei através da Constituição Federal de 1988, alterando o panorama da sociedade e trazendo para o campo da saúde a concretude, pelo menos constitucionalmente, dos direitos sociais com a regulamentação da saúde como um dos três elementos que compõem o tripé da Seguridade Social. A saúde apareceu aí como “direito de todos e dever do Estado, tendo os indivíduos acesso universal e igualitário”. (BRASIL; 1988; p.117- 118).

Embora, em dado momento, o movimento pela Reforma Psiquiátrica tenha constituído um movimento independente da Reforma Sanitária, a saúde mental entra nesse contexto sendo beneficiado pelos avanços trazidos com a promulgação da Carta Magna, visto que com ela são abertos os campos para a efetivação de direitos nunca antes conquistados.

Um marco para a luta pelos direitos de pessoas com transtornos mentais foi a criação do projeto de lei nº 3.657 de 1989, do Deputado Federal Paulo Delgado do estado de Minas Gerais, onde é instituído a proposta de desinstitucionalização progressiva desses sujeitos e substituição pelo tratamento em outros tipos de serviços, projeto este que foi efetivado em 6 de abril de 2001, tornando-se lei, a qual ficou conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica, de número 10.216, que redireciona o modelo de assistência em saúde mental e traz em seu artigo primeiro que

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL; 2001; p. 1)

Dessa forma, o atendimento voltado às pessoas com transtornos mentais visa à igualdade, sem qualquer distinção quanto a aspectos físicos, econômicos, sociais

ou orientação sexual, sendo pautado pela proteção e garantia dos direitos desse segmento social e dando preferência ao tratamento em instituições de base comunitária.

A Reforma Psiquiátrica permitiu a abertura para novos e alternativos serviços de caráter não-asilar. Estes se expandiram após os anos de 1990, dando aos sujeitos em sofrimento mental a possibilidade de experimentar um diferente modo de atendimento à sua demanda. Bisneto (2007) fazendo uso de trecho do texto de Schetchtman et al (1997) revela que

Em 1991, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde inicia um processo de reestruturação da assistência em saúde mental, implementando o financiamento de uma rede de assistência extra-hospitalar, ainda embrionária, apoiando a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, e, paralelamente, instituindo regras mais rígidas para o funcionamento dos serviços hospitalares psiquiátricos. (SCHECHTMAN ET AL apud BISNETO; 2007; p. 36)

Sendo assim, pode-se dizer que a rede de assistência à Saúde Mental instituída a partir das conquistas da Reforma Psiquiátrica estava ainda em formação, porém em plena expansão e caminhava a passos largos e cada vez mais confiantes para um cuidado em que os serviços manicomiais deveriam deixar de ser o modelo preferência de atendimento a esses indivíduos.

Referindo-se ainda à Lei da Reforma Psiquiátrica de número 10.216, esta que redirecionou o modelo de assistência à Saúde Mental, trouxe para a esfera da saúde pública psiquiátrica diferentes serviços visando o tratamento em meio aberto e a socialização e integração social e familiar, onde o sujeito pode circular livremente na sua comunidade, a fim de que o mesmo conquiste autonomia e uma real integração cultural, respeitando a sua subjetividade, dentre os quais pode-se citar os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, os leitos em hospitais gerais, as residências terapêuticas, os Centros de Convivência, dentre outros.

Dentre os dispositivos apontados anteriormente, o CAPS é o que mais se aproxima dos propósitos requeridos pela Política Nacional de Saúde Mental, sendo a principal estratégia dessa política. É atualmente regulamentado pela Portaria de número 336/ GM, de 19 de fevereiro de 2002, sendo integrante da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

. O CAPS surge nesse contexto como:

Um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem

com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL; 2004; p. 13).

Busca acolher pessoas com diversos transtornos mentais e assegurar sua inserção na sociedade e na vida familiar através da promoção de atividades que estimulem a emancipação dos sujeitos, considerando a importância do território no qual o mesmo oferece seus serviços, pois geralmente se encontram nas comunidades onde esses indivíduos vivem, fator que facilita a integração cultural, social e familiar destes. Objetiva a oportunidade de acesso ao lazer, ao trabalho e a execução dos direitos civis. Oferecem, ainda, atendimento médico especializado e acompanhamento multiprofissional.

No entanto, para a existência de um CAPS em uma determinada cidade faz-se necessário que haja um número x de habitantes naquele município- lembrando que existem cinco tipos de CAPS em funcionamento pelo país: CAPS I, II, III, i e AD, o que influi diretamente na promoção da saúde dos sujeitos em sofrimento mental. O CAPS I é implantado nos municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes; o CAPSII para os municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes; CAPS III e i para os municípios com população acima de 200 mil habitantes e CAPS AD para municípios acima de 100 mil habitantes (BRASIL; 2004; p. 19).

Os CAPS associam cuidados clínicos e programas de reabilitação psicossocial através de seus projetos terapêuticos – cada sujeito deve ter um projeto individual, de reinserção social através da possibilidade de trabalho, respeitando as individualidades dos sujeitos, visando à quebra dos estigmas sociais que esses indivíduos sofrem por meio da efetivação dos direitos de cidadania.

Considerando que grande parcela dos transtornos mentais graves é consequência do uso de substâncias psicoativas, dentre os cinco tipos de CAPS existentes, o CAPS AD está voltado para o público com problemas decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Entra no rol acima citado que objetiva a reabilitação psicossocial através de projetos dirigidos ao tratamento junto ao contexto social e cultural adentrado pelo sujeito.

Alinhado a esta perspectiva, faz-se necessário abrir um parêntese para aludir sobre a existência da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, instituída pela Portaria de número 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e instituída pelo Decreto de Lei

número 7.508/2011, a qual está voltada para o atendimento das pessoas em sofrimento mental decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas, as quais esse trabalho está voltado. Contando, de acordo com o tamanho do município, com os seguintes serviços: ações de saúde mental na Atenção Básica, os já citados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Leitos em Hospitais Gerais, Ambulatórios, Programa de Volta para Casa, Hospitais Psiquiátricos, Comunidades Terapêuticas e Casas de Acolhimento Transitório (MPRF, 2011). Ainda segundo o MPRJ, tais serviços devem estar articulados em volta dos serviços desenvolvidos pelo CAPS, uma vez que este é a principal estratégia voltada ao cuidado das pessoas com transtornos mentais após a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Essa rede busca atender, como já mencionado, pessoas com transtornos mentais que tenham como agente causador o álcool e outras drogas de forma articulada com os dispositivos, instituições de saúde e espaços de abrangência comunitária, visualizando a consolidação da Reforma Psiquiátrica, que fundamenta o cuidado desse público no âmbito comunitário, vislumbrando desenvolver e possibilitar a esses indivíduos a reabilitação física, como também a social, onde a relação direta com o meio social ao qual é pertencente possibilita o alcance dos meios necessários para que essas pessoas conquistem autonomia e segurança individual para retomar os aspectos diários da vida.

#### 2.2.1. Trilhando os caminhos do retrocesso: revisão da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional Sobre Drogas instituída pelo governo federal no ano de 2019

É verdade que a Reforma Psiquiátrica buscou reconhecer as subjetividades e os aspectos políticos e sociais no qual as pessoas com transtornos mentais estão inseridas no cotidiano da reprodução social, objetivando uma quebra com as antigas formas de tratamento desses sujeitos, livre de segregação, estigmas e preconceitos, e através da assistência em Saúde Mental em instituições que ofereçam atividades terapêuticas, lazer, recreação e condições para a inserção no mundo do trabalho, que tenham a liberdade e a socialização como métodos capazes de integração do indivíduo no convívio social e familiar.



É verídica também a ideia de que a Reforma Psiquiátrica está ainda em atividade, em formação, não tendo sido dada por encerrada sua luta, uma vez que no cotidiano de trabalho de profissionais na área psiquiátrica estão presentes componentes favoráveis tanto à modernização do cuidado quanto a retomada de práticas destituídas de criticidade e dotadas de conteúdos conservadores e ultrapassados incapazes de responder de maneira eficaz às novas demandas que são reveladas no dia-a-dia profissional. Bisneto (2007), atento a essa realidade, revela que

Apesar dos esforços no sentido de avançar teoricamente, muitas vezes ainda se preserva a dicotomia entre o psíquico e o social, mantendo a clivagem entre produção e subjetividade, deseconomicizando o psiquismo, desistoricizando a produção, isolando a subjetividade das relações sociais concretas e vice-versa (e ainda assim pretende-se desalienar o louco!) (BISNETO; 2007; p. 56).

Dessa forma, depreende-se daí que a luta também deve alcançar a produção de conhecimentos para que a visão histórica acerca da loucura seja rompida dentro dos espaços da atuação profissional em uma relação de desconstrução de saberes e reorganização de outros tantos que sejam necessários para que a Reforma Psiquiátrica seja efetivada. Pereira e Vianna (2013; p. 23) citando Foucault (1978; p. 186) lembra que “o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas para os olhos de um terceiro, que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão” e é sob esta perspectiva que a mudança acerca da visão da loucura e do louco que a história incumbiu de reproduzir pode acontecer, pois a Reforma Psiquiátrica só alcançará êxito quando encontrar terreno fértil que habilite sua efetivação.

Alinhado a essa ótica de busca pela efetivação dos preceitos almejados pela Reforma Psiquiátrica de desinstitucionalização da loucura, o que se constata na atualidade, porém, é a desabilitação de componentes essenciais propostos através da Política Nacional de Saúde Mental e da política Nacional sobre Drogas, as quais tiveram revisão e podem-se perceber alterações significativas que serão sentidas no futuro da Saúde Mental.

A norma técnica que trata sobretais modificações é a de número 11/ 2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, a qual é um compilado das alterações produzidas pelo Governo Federal entre os anos de 2017 e 2018, e pretende tornar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada aos

usuários de tal sistema de Saúde Mental (BRASIL, 2019), propondo a criação de uma nova modalidade de CAPS, o CAPS IV AD, que será implantado junto a espaços considerados cracolândias, além de unidades ambulatoriais, hospitais-dia e hospitais psiquiátricos especializados em Saúde Mental, o que representa para o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira um passo atrás no processo de desinstitucionalização da loucura, que objetiva a diminuição gradativa de leitos em hospitais psiquiátricos e aponta firmemente para a necessidade de que a atenção ao portador de sofrimento mental deve dar-se, prioritariamente, em serviços não hospitalares, que privilegiem a não internação do portador de sofrimento mental em hospitais psiquiátricos (OMS apud PRAZERES; MIRANDA, 2005).

De acordo com as novas alterações, não existe nenhum serviço substitutivo a outro e não haverá incentivos para que qualquer uma das unidades que hoje compõe a RAPS seja fechada, implicando dizer que os serviços não-asilares passam a ser reconsiderados com uma opção viável ao tratamento de pessoas em sofrimento mental.

Observando-se, ainda, os aspectos que podem ser vistos como retrocesso à atenção em Saúde Mental, de um modo geral, têm-se a volta de uma antiga ferramenta utilizada em hospitais psiquiátricos, detentora de um elevado grau de violência ao ser manejado de maneira indiscriminada e por profissionais sem preparo: o eletrochoque, agora renomeado de eletroconvulsoterapia, este sendo o resultado da busca por “oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população” (BRASIL, 2019, p. 6).

No que tange às alterações voltadas à atenção e tratamento de pessoas com transtornos mentais decorrente do uso abusivo de psicoativos, a Norma Técnica 11/2019 além de estabelecer a criação do CAPS IV AD, também fomenta a discussão acerca dos critérios a serem utilizados para o funcionamento, financiamento e expansão das Comunidades Terapêuticas, uma das estratégias adotadas há muito tempo para reabilitação de usuários de drogas com a criação de Comitê Gestor Interministerial composto pelos ministros de estado da justiça e segurança pública, da saúde, do desenvolvimento social e do trabalho, porém o que chama a atenção aqui é a proposta de expansão desses serviços dentro da RAPS, uma vez que, como se sabe, as Comunidades Terapêuticas são espaços onde são predominantes práticas religiosas, disseminação de preceitos morais e doutrinadores e uso da laborterapia, formas ultrapassadas, como aspectos

necessários no processo de reabilitação dos usuários de drogas e, por último, abrange ações que objetivem a abstinência do uso de drogas como meio de interrupção desse consumo e em oposição à Política de Redução de Danos, o que pode impactar de forma direta e violenta na saúde dos usuários de drogas, pois a redução de danos consta de

(...) estratégias (...) visam à minimização de riscos e danos associados ao uso de drogas, ainda que os usuários não pretendam ou não consigam interromper o consumo, em um dado marco temporal. A troca de agulhas e seringas (usadas por novas, estéreis), a despeito de ser emblemática, constitui tão-somente uma das ações preconizadas. Outras ações devem ser conduzidas de forma integrada, incluindo a oferta de tratamento para dependência e doenças clínicas, vacinação e distribuição de material educativo, preservativos e kits para injeção mais segura. (INGLEZ-DIAS et al; 2014; p. 148)

Dessa forma, as populações usuárias de drogas, a partir da implementação das ações de abstinência a essas substâncias, estão correndo grande risco de adquirir doenças a depender da forma de consumo e diversos outros transtornos em decorrência da abrupta interrupção do uso das drogas psicoativas.

Ademais, o que se enxerga ao ler o teor do referido documento é a reprodução de conceitos e idéias conservadoras que não enxergam os avanços alcançados através dos movimentos sociais que culminaram na busca por novos modos de tratar a loucura e o louco, enquanto movimento contestatório à desumanização e insalubridade do antigo modelo de tratamento em Saúde Mental.

### 2.3. O paradigma da família no cuidado das pessoas em sofrimento mental decorrente do uso abusivo de drogas

O conceito e importância da família na sociedade passaram por diversas modificações ao longo do tempo, acompanhando a evolução e introdução de diferentes modos de organização social na vida cotidiana, desde a fase pré-histórica, passando pelo sistema feudal, pela emergência da burguesia e seu modo de produção capitalista, até o advento da pós-modernidade, períodos que foram capazes de imprimir múltiplas significações à família, delimitando o arranjo e estrutura desta instituição adentrada na vida comum e que possibilita a reprodução social dos sujeitos.

Mioto (2010; p. 167) descreve família como sendo

Um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, tais como Estado, trabalho e mercado. Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos.

Percebe-se a partir dessa ideia descrita pelo autor que a família, como já mencionado, não está parada na história da humanidade. Ela se reproduz cotidianamente e de acordo com o meio e espaço sócio-cultural no qual está adentrada. E é através dos determinantes inscritos em determinada conjuntura que desenvolve suas particularidades, assumindo novas formas em diferentes contextos.

Essa que nos períodos mais remotos foi delineada ora pela consaguinidade, ora pela linhagem, insere-se no modo de produção capitalista com uma importância diferenciada dos outros períodos, tendo papel fundamental, pois além de ser responsável pela proteção e segurança dos seus membros, torna-se indispensável no processo de reprodução de costumes e valores morais necessários ao capitalismo, uma vez que é o primeiro círculo social do qual um indivíduo faz parte na vida.

Sendo assim, a família circunscrita nesse contexto e aliada a outras instituições tem caráter de extrema importância na construção de valores sociais ou morais que permitam ao capital manter sua hegemonia plena e uma vez que esse papel passa a ser mal desempenhado, ao mundo social do capitalismo, confere-se à família a condição de instância ineficiente, pois, conforme Michalany (1982; p. 179), “é no lar, no seio da família, que começa a ser formado o cidadão consciente de seus direitos e deveres. Quando o lar falha, dificilmente os outros círculos podem ser atingidos plenamente”.

Dessa forma, a família é uma das ferramentas mais importantes para a transmissão de princípios morais e éticos que garantam a constituição de indivíduos conscientes de seus papéis sociais, concernentes com os interesses da classe hegemonicamente posta, a qual busca o ajustamento dos indivíduos a valores exteriores à classe subalterna e intrínsecos às concepções de ordem burguesa. A instituição familiar, pois, que foge aos modelos previamente concebidos é rechaçada, vista com maus olhos, considerada desajustada.

Cabe aqui refletir sobre os padrões familiares impostos dentro dessa perspectiva, os quais delimitam a família como sendo composta essencialmente por pai, mãe e filhos, a família nuclear, visto que nos dias atuais essa constituição passou por intensas alterações, impostas, muitas vezes, pela própria sociedade, e traz em seu encaixe a visão de desestruturada do restante do corpo social. A exemplo disso pode-se expor o comentário feito pelo atual vice-presidente da República que, em tempos de campanha presidencial, considerou como passíveis de formação de sujeitos desajustados e potenciais narco-quadrilheiros as famílias compostas somente por mães e avós, destituídas de chefes familiares masculinos (ABRIL, 2018).

Essa concepção traduz, pois, o sentimento conservador que não identifica as transformações societárias que ocorrem cotidianamente e modificam diferentes setores sociais, dentre eles a família, em um ciclo repetido e infinito, uma vez que a sociedade modifica a família e a família transpõe tais modificações aos mais diversos campos sociais.

Rosa explica tal questão da seguinte forma:

[...] a família também se constitui cada vez mais como agente de mudanças, movendo-se e impondo alterações na sociedade e alimentando-se reciprocamente das mudanças societárias. Ou seja, a família é simultaneamente determinada por fatores macroestruturais, mas também, se autodetermina, criando novas determinações para uma sociedade mais ampla. Reage e ressignifica as determinações mais gerais, as demandas que lhes são impostas, dando-lhes um sentido próprio. (ROSA; 2008; p. 185)

Portanto, não é cabível determinar as mudanças sofridas no decorrer da história pela família, isolando-a em um casulo e não observando as transformações que cada contexto imprimiu à sociedade, em um esforço de culpabilizar as famílias pelos efeitos que problemas produzidos pelo próprio meio social provoca aos mais diversos aspectos societários.

A família, consequência das transformações sofridas ao longo dos séculos, ganhou centralidade na maioria das políticas públicas brasileiras, como, por exemplo, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a qual estabelece a “centralidade sociofamiliar no âmbito de suas ações” (BRASIL, 2005, p. 16) ou a Política Nacional do Idoso, a qual determina em seu primeiro artigo, inciso I, que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua

dignidade, bem-estar e o direito à vida” (BRASIL; 1994; p. 1), em detrimento a isso, aparece, pois, dentro do contexto do Neoliberalismo como agente de atenção e cuidado de seus membros, compondo o trio da rede de solidariedade, juntamente com a sociedade civil e os mercados, em que essas políticas públicas, fruto de intensas lutas e movimentos sociais em busca de novas formas de tratar a questão social no Brasil, ficaram reduzidas desde o início dos anos de 1990.

Carneiro, Vasconcelos e Silveira em consonância com os dizeres de Pereira apontam que esse princípio Neoliberal aparece como

Uma estratégia de esvaziamento da política social como direito de cidadania, já que, com o ‘desvanecimento das fronteiras entre as esferas pública e privada’, se alarga a possibilidade de privatização das responsabilidades públicas, com a conseqüente quebra da garantia de direitos (PEREIRA apud CARNEIRO; VASCONCELOS; SILVEIRA, 2007, p. 3).

Dessa forma, fica patente a relação de desresponsabilidade a que o poder público incide, a partir do adentramento da agenda Neoliberal no cenário brasileiro, sobre as políticas públicas. Agindo de maneira parcial, em um processo que permite a desregulamentação dessas e abrindo espaço para o que os autores acima referidos chamam de “privatização das responsabilidades públicas”.

Diante desse panorama, a família passa a assumir a função de prover a proteção social e busca pela garantia e efetividade de outros direitos sociais para os seus membros, vendo o preceito da corresponsabilidade assumido com a promulgação da Constituição Federal, onde a família é tida como campo da proteção estatal, ser desfeito. Esse processo passa, então, a ser um ponto de colisão de interesses e de profundo desgaste no seio familiar, a qual se vê com o peso maior da responsabilidade sobre os seus ombros. Batista et al (2017) citando Teixeira (2016) aponta que

Essa relação entre o Estado e a família, em que esta última é o principal agente de proteção social, é fundada numa lógica familista, de acordo com a qual a atribuição das inúmeras responsabilidades à família é compreendida como sobrecarga a ela. (TEIXEIRA apud BATISTA et al, 2017, p. 5)

Esta sobrecarga constitui um fator que altera o cotidiano familiar, pois segundo o mesmo autor, a família fica incumbida de procurar maneiras e métodos

que possibilitem sua sobrevivência e bem-estar para satisfação de suas necessidades. Contrário a isso,

O Estado, que deveria ser o principal responsável pelo processo de garantia de bem-estar aos cidadãos, transfere às famílias essa função, sem, ao menos, considerar que “as situações singulares vivenciadas pelos indivíduos são portadoras de dimensões universais e particulares das expressões da “questão social”, condensadas na história de vida de cada um deles” (IAMAMOTO, 2009, p. 272) e, por isso, necessitam ser levadas em conta no momento em que se transferem a eles responsabilidades que ultrapassam suas condições, conforme a realidade que vivenciam. (BATISTA et al, 2017, p. 5)

Visto, assim, às famílias é transferido o encargo de suprir as suas principais carências e de seus membros sem serem levadas em consideração as singularidades a que a maioria delas está submetida cotidianamente, sendo predominante no dia-a-dia das mesmas a pobreza, péssimas condições de trabalho e mínimas condições de sobrevivência.

O campo da Saúde Mental, que envolve as pessoas em sofrimento mental decorrente do uso de drogas, foco deste trabalho, tem uma narrativa semelhante a esta. Nele as famílias exercem papel de extrema importância no processo de tratamento de seus membros usuários de substâncias psicoativas, uma vez que este campo tem sua atividade norteadada pela Lei de Reforma Psiquiátrica de número 10.216/2001, a qual prioriza a atenção voltada aos sujeitos adoecidos mentalmente em ambiente social aberto, em contato com a família e com a comunidade.

Aqui a família passa a ser responsável tanto pelo apoio e atenção do sujeito em sofrimento mental dentro do contexto familiar, dispensando afetividade, meios de sobrevivência por parte desses sujeitos, o que, muitas vezes, gera diversos impactos na vida cotidiana dessa família, pois

Em geral, os custos com os cuidados a serem ministrados são muitos altos, visto que o portador de transtorno mental, na maioria dos casos, não é economicamente ativo e independente. Há ainda o fato de que dentro da dinâmica familiar, uma ou mais pessoas acabam por ficar responsáveis por esses cuidados, o que as impossibilita de entrar no mercado de trabalho e assim, de contribuir para a renda familiar, bem como impede sua realização pessoal e profissional. (PEREIRA, 2010, p. 254)

Trazendo para o ambiente familiar uma onda de modificações e restrições para o sujeito em sofrimento mental e para o restante da família, além de que é no seio dessa instituição em que a responsabilidade pelo efetivo cumprimento dos novos preceitos psiquiátricos recai, de maneira a transformar completamente a

dinâmica de vida privada, instituindo a necessidade de que tanto o membro adoecido quanto a pessoa incumbida pelo cuidado dessa sejam acompanhados pela rede de atenção em Saúde Mental, pois

(...) acredita-se que as ações dirigidas à família da pessoa com necessidade decorrentes do uso do álcool e outras drogas devem ser estruturadas de maneira a favorecer e a potencializar a relação familiar/profissional/serviço, sendo o familiar compreendido como um parceiro singular e participativo no processo do cuidado dispensado ao seu membro e que também necessita de cuidados. (BELOTTI; FRAGA; BELOTTI; 2017; p. 618 – 619)

Assim, a família é vista também como sendo necessitada de cuidados e para quem ações de atenção devem ser transferidas para que se possa lograr o sucesso e efetividade de um tratamento comunitário, em que a Rede de Saúde Mental, idealizada segundo os moldes neoliberais, compreendida por família – profissionais de saúde – serviços, seja bem articulada e eficaz no seu modo de atendimento a esse público.

A família adentra, ainda, a RAPS fazendo parte da rede de maneira a contribuir nos serviços territorializados e comunitários, primando pela participação e controle social junto dos usuários finais desses serviços; sendo alvo de intervenções que visam possibilitar o acesso de usuários de drogas a pontos de atenção em saúde; estando incluída dentro do aporte de cuidados e atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional junto aos usuários de álcool e outras drogas dos CAPS AD no chamado Plano Terapêutico Singular; e faz parte também das iniciativas geradoras de renda e trabalho voltados à melhoria dos usuários da rede, tendo um dos membros familiares como possível beneficiário (BRASIL, 2011).

Dessa maneira, pode ser observada a introdução direta da instituição familiar no processo de tratamento e reabilitação social de pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de drogas, em um movimento possibilitador da eficácia de todo o decurso do tratamento, incluindo a reinserção social desses sujeitos no universo comunitário do qual faz parte.

É preciso lembrar, ainda dentro dessa perspectiva, que o atendimento primário das pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de psicoativos pode acontecer nos programas de atenção básica voltados às famílias, como os Núcleos de Apoio à Família, os quais trabalham conjuntamente com as equipes de Saúde da Família. A Atenção Básica busca, nesse ínterim, formar uma relação de corresponsabilidade entre os profissionais da saúde e os sujeitos da área de



abrangência de suas ações, o que mais uma vez inclui a família nesse panorama de atividades.

Sendo assim, a família como elemento essencial para a eficácia do tratamento em Saúde Mental e alcance de bem-estar de seus membros perpassa todos os campos da vida social. Independe de constituição considerada natural, como quando se idealiza a família nuclear como sendo a predominante no atual cenário brasileiro, de nível econômico e social. Será a família, pensando-se no modelo hegemônico, a principal responsável por guiar, educar moralmente e buscar a consolidação de direitos instituídos em leis federais, estaduais ou municipais.

Isto posto, cabe, dentro do campo e objetivos dessa pesquisa, desvelar quais os principais empecilhos encontrados dentro do processo de tratamento ou busca por efetivação dos direitos da população do sofrimento mental que inviabiliza o alcance do mesmo, considerando a busca pela consolidação dos novos preceitos psiquiátricos. É essa a abordagem que se verá no próximo capítulo.

### **CAPÍTULO III. OS ENTRAVES ENCONTRADOS PELA FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO FAMILIAR COM SOFRIMENTO MENTAL DECORRENTE DO ABUSO DE DROGAS**

#### **3.1. Percurso metodológico**

O interesse em desenvolver uma pesquisa abordando o tema aqui proposto, o qual se volta a desvelar as principais dificuldades enfrentadas pela família no decorrer do tratamento de um familiar adoecido mentalmente como consequência do uso abusivo do álcool e outras drogas surgiu durante a experiência do Estágio Supervisionado I e II, o qual ocorreu no CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas- de Juazeiro do Norte - CE. Foi observada na vivência diária dos usuários e suas famílias naquela instituição uma potencial sobrecarga familiar que tornava a busca e permanência no tratamento de usuários de álcool e outras drogas mais difícil de ser alcançado.

Dessa forma, esse tema mereceu destaque e careceu de uma análise mais profunda em busca de respostas que pudessem elucidar as indagações acerca das dificuldades anteriormente mencionadas já que através da aproximação com as famílias possibilitaria à pesquisa atravessar o campo de meras suposições e ganhar o corpo legítimo de exposição de vivências particulares, como resposta da questão de um modo coletivo, encontrando as exemplificações necessárias para desmistificar quais são os principais empecilhos que atravessam o caminho do tratamento da população supracitada e que, potencialmente, coloca em xeque a ideia de tratamento em Saúde Mental em meio aberto, em contato com a família e a comunidade.

Para o desenvolvimento desse trabalho e construção do conhecimento acerca do objeto de estudo, então, foi utilizada a pesquisa do tipo descritiva e explicativa. Descritiva por objetivar descrever o objeto de estudo, observando os determinantes que condicionam sua existência, atendo-se a detalhes que possam estabelecer os meios pelos quais o fenômeno acontece; e explicativa por perceber a necessidade de clarificar os aspectos inerentes a tal fenômeno, de forma a reconhecer os principais fatores que determinam o objeto de pesquisa para aprofundar o conhecimento a respeito deste.

Foi utilizada, ainda, a pesquisa de abordagem bibliográfica, onde foram escolhidos os autores, textos e livros os quais trazem reflexões, saberes e conhecimentos referentes ao fenômeno abordado, a fim de se deter um embasamento teórico capaz de dar suporte às idéias pré-definidas sobre o objeto de estudo e fomentar as indagações a respeito do mesmo aspecto; e de campo, a qual proporciona uma aproximação entre o pesquisador e os fenômenos a serem estudados, de modo a permitir a visualização destes em sua essência, possibilitando ao pesquisador a obtenção de uma visão a respeito do objeto de estudo desnuda de qualquer intervenção ou barreira.

É preciso aqui dizer que de início pensou-se em fazer usoda técnica de pesquisa conhecida por grupo focal, a qual busca coletar dados por meio de interações com grupos de pessoas que possuam alguma característica em comum, sendo uma técnica de pesquisa que busca a obtenção de dados de caráter qualitativa e que deve contar com reduzido número de pessoas – de 6 a 8- para que os focos de discussão sejam mais bem explorados, porém no momento da coleta de dados foi possível perceber a falta de proximidade dos familiares com o CAPS AD III e por isso optou-se pelo uso da entrevista semiestruturada, já que esta possibilita uma “cobertura mais profunda sobre determinados assuntos” (BONI; QUARESMA; 2005; p. 75). A entrevista consiste no encontro entre duas pessoas, onde uma delas obterá informações sobre um determinado tipo de assunto, em um processo de conversação profissional, sendo utilizado na investigação social para coleta de dados ou para diagnóstico e tratamento de um problema social (MARCONI; LAKATOS; 2002).

A entrevista semiestruturada, técnica utilizada nesta pesquisa, utiliza-se de perguntas fechadas e abertas para obtenção de dados acerca do tema previamente definido. É feita por meio de uma conversa informal, onde o entrevistador poderá acrescentar perguntas adicionais a fim de clarificar melhor algumas questões não elucidadas completamente (IBIDEM, 2005).

Tal entrevista foi realizada no CAPS AD III de Juazeiro do Norte-CE, no dia quatorze (14) de maio de dois mil e dezenove (2019) com as seis (6) familiares de usuários dos serviços daquela instituição de saúde. Onde foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram apresentados os objetivos e o tema da pesquisa, além de estabelecer o sigilo das informações pessoais dos

entrevistados, observando-se a ética e a proteção dos indivíduos presentes na entrevista – entrevistados e entrevistadora.

A natureza da pesquisa é qualitativa, uma vez que esta busca a aproximação com o objeto em estudo, facilitando a compreensão de suas subjetividades e particularidades. Minayo e Sanches (1993) estabelecem que:

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela envolve empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (1993; p. 244).

Desse modo, este tipo de análise de dados viabiliza um real encontro entre os atores da pesquisa, proporcionando um estudo de bases mais profundas em que o objeto seja percebido com todos os aspectos a ele inerentes: suas subjetividades, contextos, relações, interações sociais, dentre outros.

O método dialético contribuiu na tentativa de elucidação dos fenômenos sociais, já que este tem por primazia a abordagem sócio-histórica da realidade social. Segundo Gil (2008):

A dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. (2008; p. 14)

Busca, assim, transpor o limite do imediato, alcançando as subjetividades dos sujeitos e objetos envolvidos em um fenômeno, possibilitando uma visão melhorada do real por meio da totalidade dos fatos inscritos em uma dada conjuntura, vislumbrando caracterizar um dado objeto segundo as interpretações feitas a partir de contextos sociais diversos e de acordo com elementos históricos que o compõem.

E para melhor entendimento, na análise dos dados obtidos através da entrevista semiestruturada, os familiares dos usuários serão identificados por meio de substantivos que façam correspondência com os significados culturalmente atribuídos à família, quais sejam: União, para o entrevistado de número um; Harmonia, para o entrevistado de número dois; Proteção, para o entrevistado de número três; Felicidade, para o entrevistado de número quatro; Amor, para o entrevistado de número cinco; e Cuidado, para o entrevistado de número seis.

### 3.2. O objeto de estudo do ponto de vista lúdico: a arte imitando a vida

Objetivando tornar a temática presente neste ensaio em uma maneira mais lúdica de abordagem foram utilizadas músicas e charges que estabelecem uma relação com o objeto em questão para que o processo de construção e absorção de conhecimentos se faça de forma mais fácil e prazerosa aos leitores ao se reconhecer, dentro do cotidiano de vida, as temáticas aqui presentes através das artes embutidas na sociedade, como as duas já citadas anteriormente.

A música é construída, assim como todas as representações sociais, a partir de contextos e atravessa tempos diversos, o que a moldam de acordo com a espacialidade temporal e cultural na qual está embutida. Wazlawick, Camargo e Maheirie reconhecem que:

A atividade musical, enquanto integrante de uma cultura, criada e recriada pelo fazer reflexivo-afetivo do homem, é vivida no contexto social, histórico, localizado no tempo e no espaço, na dimensão coletiva, onde pode receber significações que são partilhadas socialmente e sentidos singulares que são tecidos a partir da dimensão afetivo-volitiva e dos significados compartilhados. Desta forma, falamos de vivências coletivas e singulares da música, sempre em meio ao contexto histórico-social. (Wazlawick; Camargo; Maheirie; 2007; p. 106)

Dessa forma, as autoras, ao tratarem sobre a atividade musical, a corresponde com os fatores extrínsecos, mas que permitem a sua construção, uma vez que tais fatores são determinantes para o desenvolvimento de sentidos próprios, dotados de significados compartilhados com uma dada sociabilidade em um espaço temporal específico, capazes de delinear a música em determinado contexto histórico-social.

Sendo assim, a música é uma construção empreendida através das vivências dos sujeitos, observando-se questões que os rodeiam. É a representação feita por meio de sons harmoniosos de características culturais e temporais. Nela são expressas além de sentimentos e emoções de cunho romântico, opiniões sociais e políticas, contestações, identidade cultural de um povo, dentre tantos outros conteúdos dotados de significados.

A charge, que aqui também foi aplicada para a construção de saberes acerca do objeto de estudo, utiliza-se da fácil linguagem empregada cotidianamente para

expressar de forma humorística opiniões ou mesmo retratar, através não só da linguagem escrita, como também da visual - podendo combinar estas duas formas de linguagem ou fazer uso apenas da visual- aspectos presentes no dia-a-dia das pessoas. Nela estão presentes conteúdos de cunho irônico, crítico e sátiras, que trazem informações relevantes, adequando-se, inclusive, para contextos acadêmicos. Resumindo, “a charge é um gênero crítico, que aborda temas políticos e sociais atuais, no sentido de criar humor a partir de situações reais, e para isso se utiliza de recursos verbais e não verbais” (ANDRADE; DIAS; 2014; p. 7).

Isto posto, foi aqui tratado a temática drogas através da letra da música da banda surgida em inícios dos anos de 1990 o Rappa, a qual traz o tema de maneira implícita em trechos da canção intitulada A Feira<sup>1</sup>, esta que teve seu lançamento, segundo a página Wikipédia Brasil, datada no ano de 1996.

Em um trecho da música há a ideia expressa de alívio proporcionado pelas “ervas” vendidas dentro daquele contexto:

Tô vendendo ervas  
Que curam e acalmam  
Tô vendendo ervas  
Que aliviam e temperam

Nota-se que o sentido dado às ervas nesse fragmento pode ser de uma substância com capacidade de alteração de consciência e estado de espírito. Que essas ervas proporcionam a seus usuários, além de alívio, um tempero a mais na vida, o que fica ainda mais evidente em outro trecho da mesma música, no qual é sugerido que “os remédios normais nem sempre amenizam a pressão” (O RAPPA, 1996).

Sendo assim, a procura pelas “ervas” vendidas e expressas na canção acima citada atende aos interesses dos primeiros homens na terra, já citados nas primeiras linhas deste trabalho de busca da superação do real e alcance de elevação dos sentidos, de forma a imprimir no usuário da substância introduzida no organismo um alívio ímpar que qualquer outra substância – as fabricadas em laboratório- não é capaz de propiciar ao indivíduo.

---

<sup>1</sup> Música lançada em 1996 pelo O Rappa. Disponível em: <<https://www.vagalume.com.br/o-rappa/a-feira.html>>. Acesso em: 30 Mai. 2019.

Outra música que merece destaque ao se abordar a temática sobre drogas é a de Gabriel o Pensador chamada Cachimbo da Paz<sup>2</sup>, a qual ao estabelecer a relação do velho índio presente na canção com a maconha, representada pelo “cachimbo da paz”, onde o índio é nomeado Ministro da Justiça em um primeiro momento, oferece o cachimbo de que faz uso diariamente como forma de amenizar a violência que assola a cidade e quando a substância acaba e ele volta à floresta para buscar outras porções, ao retornar à cidade grande é preso porque a substância de que faz uso foi criminalizada em sua ausência.

Essa canção, em seus desdobramentos, traduz um sentimento de interrogação adotado por grande parte das pessoas e dos pesquisadores sobre o assunto: por que a maconha é considerada de uso ilegal, enquanto outras substâncias como o álcool e o tabaco tem o uso permitido em todo o país? E o trecho abaixo representa bem este questionamento:

Ele viu que o delegado fumava um charuto fedorento  
E acendeu um “da paz” pra relaxar  
Mas quando foi dar um tapinha  
Levou um tapão violento e um chute naquele lugar

Foi levado pro presídio e no caminho assistiu um  
Acidente provocado por excesso de cerveja:  
Uma jovem que bebeu demais atropelou  
Um padre e os noivos na porta da igreja  
E pro índio nada faz mais sentido  
Com tantas drogas por que só o seu cachimbo é proibido?

Vê-se, assim, que a legalização de certas drogas em detrimento de outras, como realidade no Brasil, atende a interesses ocultos e que estão dando cada vez mais lugar para que a criminalização, não somente da substância, como também da pessoa usuária, seja uma porta aberta para a violência e violação de direitos dos usuários da substância.

(...) já que as pessoas que usam psicoativos lícitos são geralmente tratadas como sujeitos de direitos, ao passo em que, às/aos usuárias/os de psicoativos ilícitos, é relegada a condição culturalmente condenável de viciadas e drogadas. Essa desigualdade de tratamento, associada ao termo droga, longe de ser um preciosismo linguístico, produz impactos sociais que não podem ser minimizados. (CFESS; 2016; p. 9)

<sup>2</sup> Cachimbo da Paz. Gabriel O Pensador. Disponível em: <<https://www.vagalume.com.br/gabriel-pensador/cachimbo-da-paz.html>>. Acesso em: 30 Mai. 2019.

Assim, a estigmatização do usuário de drogas acompanha também o processo de criminalização do uso dessas substâncias por parte do poder público e da sociedade, levantando uma série de questões que influenciam diretamente no alcance de uma vida saudável e cidadã, como a busca por tratamento eficaz, quando do uso abusivo, ou até mesmo a sua identificação como usuário de substância psicoativa ilegal, o que o impede, muitas vezes, de procurar pelo tratamento anteriormente referendado.

Imagem 1 – Estigmatização e ilegalidade de algumas substâncias psicoativas<sup>3</sup>



A imagem acima reforça a ideia expressa no parágrafo anterior, que a maior parte da sociedade tem uma visão bastante distorcida do real sentido do que seja droga, compartilhando o sentimento de que somente podem ser consideradas drogas aquelas substâncias psicoativas de uso proibido, o que implica na disseminação e no aumento excessivo do número de usuários de drogas de uso legalizado e, mais ainda, no não reconhecimento destes sujeitos como sendo usuários de drogas.

### 3.3. Análise e interpretação dos dados

<sup>3</sup> Figura 1. Disponível em: <<https://almanaquedasdrogas.com/2014/02/20/afinal-o-que-e-droga/>>. Acesso em: 30 Mai. 2019.



O processo de tratamento em Saúde Mental das pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas perpassa diferentes níveis e acarreta para seus cuidadores uma série de contrariedades, tanto no que diz respeito ao tratamento do familiar em si, como também no cotidiano de vida da instituição familiar que carece de ter suas necessidades – financeiras, afetivas e sociais- supridas.

Pensando nisso, este subitem tratará de tentar responder as indagações acerca de quais são os principais desafios que o cuidador ou a família de pessoas em sofrimento mental em tratamento no CAPS AD III de Juazeiro do Norte – CE encontra no dia-a-dia do cuidado e atenção, que sobrecarrega a instituição familiar e põe em risco os ideais instituídos através do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

As respostas às indagações citadas anteriormente foram obtidas através de uma entrevista semiestruturada aos familiares de usuários do equipamento CAPS AD III de Juazeiro do Norte - CE no dia quatorze (14) de maio e teve como respostas à primeira pergunta que se volta à identificação, por parte dos entrevistados, se estes entendem que o problema do familiar em tratamento é uma questão moral ou uma questão de saúde as seguintes:

*Eu entendo que é os três: saúde, moral e espiritual. Eu creio que 90% também é espiritual, porque a pessoa ficar assim, forte com Jesus a pessoa não chega, eu vejo que esse povo, a maioria também é espiritual. Se chegasse uma igreja boa que nem a igreja mundial, igreja... essas igrejas assim, esse povo ficava curado tudinho, inclusive o meu menino também, mas ele não crê. (União)*

*É um sofrimento que ele guarda, porque logo na adolescência dele, ele arrumou umas namoradinhas e essas namoradinhas desprezaram ele. Então ele ficou desse jeito. Aqui e acolá quando ele tá muito bêbado ele diz "tô sofrendo por causa de mulher" e é isso mesmo. Acho que é sim. (Harmonia)*

*Eu acho que é os dois, porque o povo diz que amizade não influencia, mas influencia muito. E também prejudica muito, muito mesmo, a saúde dele, tanto física, como mental. (Proteção)*

*Ele tem várias opiniões da família, né? Uns dizem que é um problema de saúde. (Felicidade)*

*Questão moral. Acho que não é um problema de saúde. A juventude acaba sendo aliciada, né? Pelos amigos. (Amor)*

*Eu posso te falar uma coisa: questão de saúde não é. Como eu falo: ele fica um momento sem usar, eu acho que isso é uma fraqueza. Vem a vontade dele usar, entendeu? (Cuidado)*

Atendo-se às respostas alcançadas para elucidação do primeiro questionamento, é possível perceber que, praticamente, todos os familiares atribuem a questão moral como explicação para o uso de substâncias psicoativas por parte de seu familiar adoecido mentalmente. E que somente Felicidade pincela a questão da saúde como sendo única resposta para o uso de drogas de seu familiar, porém, aqui, a opinião parece não ser partida totalmente dessa, uma vez que a frase se inicia com: “ele tem várias opiniões da família”, sugerindo que, possivelmente, essa não é uma opinião dela própria, mas de outras pessoas da família. Ainda é notório que algumas pessoas, como União, enxerga outras questões como sendo propulsoras do desejo de fazer uso de psicoativos, tais qual a moral e o afastamento de um convívio assíduo com práticas religiosas, denotando uma visão conservadora e ligada às tradições a esse tópico.

Concernente a esse ideal moralizante percebido por grande parte dos entrevistados, podemos registrar que, como bem lembra Marras (2008):

(...) a existência de uma ordem moral identificadora de determinada sociedade faz com que o desviante funcione como marco delimitador de fronteiras, símbolo diferenciador de identidade, permitindo que a sociedade se descubra, se perceba pelo que não é ou pelo que não quer ser. (VELHO apud MARRAS; 2008; p. 181).

Dessa forma, abstrai-se que a ideia compartilhada por grande parte da sociedade reduz o sujeito desviante dessa concepção coletiva a simples infrator dos preceitos morais sociais, marginalizando e excluindo os indivíduos a segmentos cada vez mais proporcionadores de estigmas e preconceitos partilhados por uma sociedade que se percebe detentora da verdade absoluta e isenta de qualquer abertura para questionamentos plausíveis acerca dos desdobramentos sociais nos quais as drogas adentram e adentraram historicamente.

No tocante ao segundo questionamento, o qual procurava entender de que maneira os familiares avaliam o convívio familiar, as resposta encontradas foram:

*Depois da medicação tá estável. (União)*

*Eu só não me dou bem com ele porque tem esse álcool, mas ele é uma ótima pessoa. Ele não dá trabalho, ele não é exigente, assim, nesse ponto. Se ele tiver com álcool aí sim ele dá trabalho. Ele não fica dez minutos dentro de casa. Ele entra e sai e fica mais na rua do que dentro de casa. (Harmonia)*

*Agora ele tá bem mais tranqüilo. Também porque ele vive à base de remédio agora, né? Se ele toma remédio, ele fica controlado. Se ele não toma, ele descontrola tudo. (Proteção)*

*Tá bem. (Felicidade)*

*E o convívio dela, quando chega a noite, com a mãe é abuso, é irritando do que a mãe começa a cobrar dela e ela começa a ficar agressiva com a mãe e querer sair de casa e começa a usar. (Amor)*

*Ele é uma pessoa maravilhosa. Sem ele tá usando, ele é uma pessoa maravilhosa. (Cuidado)*

Ao se analisar as respostas obtidas através do questionamento acima, pode-se notar que as respostas têm diferentes interpretações, porém percebe-se que a maioria dos cuidadores enxerga que há um bom convívio na família quando seus familiares estão sem fazer uso de psicoativos. Somente Amor identifica que dentro da família o convívio da usuária do CAPS AD III com a mãe é difícil, e que quando esta chega em casa as brigas se iniciam e a usuária sai para fazer uso de drogas. Proteção, por outro lado, atribui aos medicamentos o controle de discussões e bom convívio no seu lar.

Isto posto, é cabível sinalizar para o fato de que a família como principal e primeira responsável pelo dever de proteger, cuidar e proporcionar a socialização de saberes ao seu grupo familiar (NASCIMENTO ET AL; 2016; p. 941), possivelmente, não reconhece de imediato as formas abusivas em que estão adentradas cotidianamente, sendo necessário, para a identificação e alcance de determinado objetivo, uma forma diferente de abordagem.

Dessa forma, para complementação desse segundo questionamento, necessitou-se reordenar a pergunta, reorientando dois dos cuidadores a responderem de que forma se dá o convívio familiar quando os seus familiares estão fazendo uso de alguma substância psicoativa, obtendo-se, assim, as seguintes respostas:

*Antes ele pegava faca pra me matar, pegava facão, quebrava tudo dentro de casa. (União)*

*Assim, a gente fica com medo dele usar. Geralmente, quando ele usa não vem pra casa e só volta quando ele tá normal. (Cuidado)*

Observando-se as respostas à indagação reformulada para esses dois cuidadores, percebe-se que o bom ou mau convívio depende se o familiar em tratamento está fazendo uso de psicoativos. Se sim, não somente o cuidador, como também toda a família passa a ter a sua rotina transformada, tem prejuízos de cunho financeiro e, ainda, vê-se adentrada em uma onda de terror e perturbação que afeta sua saúde mental, carecendo de cuidados, suporte social e assistencial, uma vez que é influenciada pelo convívio diário com sujeitos em sofrimento mental (MOTTA apud ROSA, 2008).

Por conseguinte, às famílias ou cuidadores em contato direto com uma pessoa em sofrimento mental, devem ser dispensados cuidados que visem fortalecer e melhorar a capacidade mental, uma vez que a convivência diária pode trazer riscos à saúde desses sujeitos, o que prejudica, ainda, a efetividade do tratamento dos usuários em tratamento no CAPS AD III de Juazeiro do Norte.

A terceira pergunta, a qual responde o objetivo principal deste trabalho, volta-se à identificação, por parte dos cuidadores familiares, das principais dificuldades enfrentadas pela família no decorrer do tratamento do familiar adoecido mentalmente em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, a esta obtivemos as seguintes respostas:

*Olha, eu vou ser bem sincero mesmo, bem sincero, sincero, ele já recebe benefício do governo. É disso que a gente sobrevive, mas o que mais... o que me deixa muita dificuldade é financeira mesmo, a parte financeira. (União)*

*O desafio pra mim é a boa vontade dele, que ele não tem. Ele só pede (ajuda) quando está muito mal. Quando ele passa dois, três dias sem comer, sem nada, só bebendo álcool, aí quando ele tá muito mal, ele diz "chama pra mim (o irmão dele), chama pra mim pra ele me internar numa clínica". Às vezes de madrugada. (Harmonia)*

*Agora não tá tendo tanta dificuldade assim, né? Mas ao longo do caso, até a gente vir pra cá, teve questão de ajuda da comunidade pra tentar internar e tudo. (Proteção)*

*Ele não quer fazer o tratamento. Ele achava que não tinha necessidade no tratamento, que ele não tem nenhum problema. (Felicidade)*

*As dificuldades é ela não aceitar ajuda, né? A gente fala, aconselha, mas tem que ter atitude própria deles. Então, ela não aceita. (Amor)*

*Muitas vezes, é a questão financeira, que se você tem recursos é mais fácil. Se você não tem, as coisas se tornam difíceis. (Cuidado)*

Diante das respostas encontradas para a indagação supracitada, é notório que as respostas dadas pelos entrevistados se subdividem em duas categorias: os que entendem que a principal dificuldade posta no caminho do tratamento diz respeito à ausência de recursos financeiros, e os que consideram a falta de vontade por parte dos usuários, o que implica dizer que estes não se reconhecem como tendo problemas ligados ao uso abusivo de drogas, acabam por dificultar a procura e adesão destes ao tratamento.

Sendo assim, como bem reconhecem Borba, Schwartz e Kantorski (2008):

Quando analisamos a presença da sobrecarga financeira no contexto diário das famílias esta ganha proporções maiores, pois além da preocupação em suprir as necessidades da casa e do tratamento, os demais integrantes da família sofrem privações, em decorrência do orçamento rígido e controlado. (BORBA, SCHWARTZ E KANTORSKI; 2008; p. 590)

À vista disso, as dificuldades financeiras sentidas dentro do contexto familiar podem ser causadoras de inúmeros desconfortos e gerarem privações não só para a pessoa que esteja necessitando de cuidados em Saúde Mental, como também para os outros integrantes da instituição familiar.

Durante a entrevista e sentindo a necessidade de instigar os cuidadores a expressarem quais outras dificuldades, diferentes das que primeiro mencionaram, vivenciavam no cotidiano do cuidado, Proteção assim se referiu a esse tópico:

*Mesmo que usasse ou não usasse, ele trabalhava e era ele quem sustentava eu e o filho dele e ainda tem pensão das outras três pra pagar. Aí, devido a ele não estar mais trabalhando, a gente tá morando com a mãe dele agora. A gente tá ficando de favor na casa da mãe dele. A gente tá sendo ajudado, tanto pela minha mãe quanto pela mãe dele, minha sogra, né? Então, de dizer assim que ele tá trabalhando, não tá. Financeiramente dizendo, nós estamos no zero. Dependendo dos outros pra ser ajudado*

Observa-se, assim, que a falta de recursos atribuída como uma dificuldade palpável no caminho do tratamento afeta essas famílias de diferentes formas: uma delas, como já citada anteriormente, diz respeito à falta de perspectiva de poder suprir todas as necessidades da família, o que foi sinalizado por Harmonia ao iniciar a entrevista: “o meu dinheiro não é nem suficiente pra minhas coisas de casa, porque eu não pago aluguel, mas tem o alimento, tem o gás, tudo isso”; outra diz respeito ao fato de que algumas das pessoas em tratamento na instituição pesquisada, como o familiar de Proteção, antes da inserção aos serviços da mesma,

eram os principais responsáveis por garantir o sustento de todo o conjunto familiar e, se estes se ausentam do lar, a precariedade de condições atinge a instituição familiar de forma violenta.

No que tange ao não reconhecimento de seu problema de uso abusivo de drogas e a falta de vontade reconhecida por parte de alguns entrevistados, percebe-se que esta condição emperra o processo de busca por um tratamento adequado, uma vez que

Vários fatores influenciam a busca por tratamento e a sua adesão. Dentre eles destaca-se a motivação do dependente químico como um dos principais critérios que envolvem a procura e a manutenção do tratamento. Essa condição se caracteriza como um estado de prontidão ou vontade de mudar o comportamento problema. (FERREIRA ET AL; 2015; p. 475)

Assim sendo, a falta de motivação constitui um fator de dificuldade na busca e adesão ao tratamento por parte do usuário de psicoativos, já que é a partir do desejo do sujeito em buscar uma solução para sua condição de saúde que se dá o primeiro pontapé em direção a uma vida mais saudável e, com o apoio da família, esta ação encontra maior predisposição a alcançar efetividade.

Revisando, ainda, as respostas dadas no segundo momento de instigação das principais dificuldades que os cuidadores reconheciam no caminho do tratamento do seu familiar adoecido mentalmente devido ao uso abusivo de psicoativos, Proteção avalia a discriminação e o estigma como uma forte barreira visualizada dentro do corpo social. A cuidadora assim se reporta ao revelar essa realidade:

*Você sabe, o povo só sabe julgar, né? Não sabe dar uma palavra de conforto pra ele, incentivar a não usar. Essas são as maiores dificuldades que a gente enfrenta no dia-a-dia. Se eu sair do lado aí pronto, não tem quem ajude não. Tem que tá do lado, apoiando e tudo. A família ajuda, mas em questão de povo de fora e tudo o povo só julga.*

Diante disso, é cabível assinalar que essa é uma realidade que permeia a maioria dos casos de transtornos decorrente do uso de drogas. A sociedade, imbuída em valores tradicionais e usando de valoração própria à sua visão de mundo, tende a excluir e perceber como anormal uma situação ou indivíduo que foge à sua ótica de normalidade.

Assim, preconceituosamente, deixa-se de considerar o indivíduo usuário de drogas uma criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e

diminuída, ou seja, estigmatizando-a especialmente quando o efeito de descrédito sobre ela é muito grande. (BARD et al; 2016; p. 2).

Essa concepção acaba por reduzir o sujeito ao uso da substância psicoativa, deixando de lado as suas subjetividades e a realidade sociocultural na qual estão inseridos cotidianamente. E esse estigma e preconceito atingem não só um cotidiano de relações comuns entre duas pessoas ou uma comunidade, mas também outros meios ainda mais relevantes e fundamentais à sua reprodução e de sua família, como é o caso da busca por trabalho, uma vez que

O uso abusivo de drogas traz consigo a característica de rebeldia, irresponsabilidade; acarretando, assim, prejuízos financeiros para o dependente químico, pois, querendo ou não, a sociedade discrimina como “diferente” algo que não conhecem e as oportunidades de uma inserção no mercado de trabalho serão diminuídas; o sujeito pode até ter vontade e disponibilidade para o trabalho; porém, o estigma de “drogado” lhe trará algumas consequências diante do modelo societário vigente. (SCHEFFER; QUIXABA; 2015; p. 87 – 88).

Sendo assim, o estigma de “drogado” será o grande responsável pela incapacidade desses sujeitos de acesso ao mercado formal de trabalho, acarretando graves prejuízos à sua condição financeira e de toda família, o que dificulta, de maneira ainda mais contundente, a inserção e adesão ao tratamento nos meios adequados de serviços de Saúde Mental, uma vez que, como já mencionado anteriormente, muitas vezes, são os sujeitos inseridos na condição de uso abusivo de drogas, os principais provedores do bem-estar e custos financeiros do conjunto familiar.

A quarta indagação, que buscava entender de que forma se dá o contato da família e do familiar em tratamento com a rede de atenção à Saúde Mental, foram encontradas as seguintes respostas:

*O primeiro contato foi com o CAPS. É CAPS que chama? Que em todo bairro tem um? Que cuida dessas coisas? Eu acho que é, né? Que foi ela que me enviou. A assistente social que ajeitou pra mim. Ela foi que nem um anjo. CRAS. Ela foi que nem um anjo, aquela mulher na minha vida. Quando ela surgiu começou as coisas acontecer na minha vida. (União)*

*Foi o mês passado. Eu falei pra doutora do posto de saúde... eu pedi pra ela pra fazer um hemograma pra ver como é que tá, assim, o sangue dele, né? Aí ela encaminhou e eu fiz particular, porque pelo SUS passou quatro mês e não chegou, aí eu me forcei a pagar particular. Aí recebi o resultado. (Harmonia)*

*Porque a gente já notava que ele já não era mais a mesma pessoa, sabe? Era uma pessoa muito agressiva, uma pessoa que não ficava mais dentro de casa. Só queria sair, ficar no mundo. A gente tentou se unir, a família pra ir em busca de um tratamento pra ele, tanto porque a gente tava se desgastando e ele também tava se acabando. Ele não era mais a mesma pessoa. E tentou ir atrás dessas ajudas. Saber como era todo esse processo. Fizemos consulta e tudo. Até chegar aqui. (Proteção)*

*Foi até no local de trabalho pra pedir as contas e ela disse que as contas não dava, mas daria ajuda a ele pra ele se tratar. Ele aceitou, aí foi eu e ela, a menina do trabalho dele, que trouxemos ele direto para o CAPS. (Felicidade)*

*O primeiro contato foi feito através das irmãs. Ela vai pro Centro Terapêutico, aí tem que passar pelo médico. (Amor)*

*Assim, a gente buscou quando ele saiu, brigou com a esposa dele. Tá com uns quatro meses que ele saiu. Eu fui com a esposa dele no Fórum e ela queria que tipo internasse ele. Só que não é desse jeito. É assim: como ele tem período, não precisa de internamento. Ele pode ficar em casa mesmo e continuar trabalhando. E aí encaminharam ele pra secretaria e a gente falou com Cíntia e Cíntia foi e fez o encaminhamento. (Cuidado)*

Observando-se, a partir das respostas logradas através da indagação acima, percebe-se a variedade de situações que as famílias vivenciaram até obterem o primeiro contato com a rede de Saúde Mental na busca pelo tratamento de seu familiar adoecido mentalmente pelo uso abusivo de drogas. Alguns, como é o caso de União, recebeu a orientação de uma assistente social do CRAS de seu bairro e foi encaminhado diretamente ao CAPS AD III; outros, como Harmonia, recebeu o encaminhamento para a instituição do médico do PSF; Proteção e Felicidade tiveram o primeiro contato na busca pelo tratamento diretamente com o CAPS AD III, sem qualquer outro mediador.

Existiram outros casos ainda em que a instituição aqui pesquisada foi a última opção para o tratamento, como é a realidade de Amor e Cuidado, no caso da primeira o CAPS AD servirá de porta de entrada para o acesso a uma Comunidade Terapêutica, uma vez que, segundo as observações feitas no decorrer do estágio supervisionado nessa instituição, tal acesso só é possível, como uma política interna da instituição, quando o usuário se apresenta sem qualquer crise ou fissura<sup>4</sup> de drogas, e o segundo teve a internação compulsória como primeira opção pensada para o tratamento de seu familiar.

---

<sup>4</sup>“Fissura”: é uma vontade muito forte de usar a droga, que pode ocorrer sob diversos estímulos, por exemplo, a visão de outras pessoas usando. É o que pode ocorrer quando um usuário de cocaína, sem usar droga há um mês, vê alguém usando - a. (PsychiatryOnLineBrazil, 2017, p. 1)



Dentro dessa ótica, é necessário ter um olhar atento para a relevância de uma rede de atenção à saúde bem estruturada, como agente possibilitador de acesso mais prático aos serviços ofertados pelo SUS, uma vez que a existência ou não de um contato e uma existência de vínculos com a família que tenha algum familiar com transtorno mental impacta diretamente no processo de tratamento.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), que pode ser entendida como a porta de entrada para todos os mecanismos e serviços disponibilizados pelo SUS, deve dispor de um ambiente acolhedor e livre de preconceitos quando se fala em Saúde Mental, pois é uma forma de atendimento em saúde pautado na comunidade, transformando-se em uma maneira mais rápida de detecção de transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de psicoativos por priorizar o atendimento com as famílias de uma determinada comunidade, o que implica supor que o ESF possui e/ou busca o fortalecimento de vínculos com a população a qual atende.

Apesar disso, segundo Camatta, Tocantins e Schneider (2016), nesse tipo de ação em saúde

Raramente os familiares buscam ou recebem informações suficientes para lidar com seu familiar com transtorno mental, gerando insegurança quanto ao melhor modo de cuidar dele. Além disto, muitos ficam desassistidos, pois em alguns contextos, profissionais da ESF não (re)conhecem as necessidades de saúde mental da população e consideram que é de responsabilidade exclusiva dos familiares de usuários com transtorno mental a busca pelo serviço de saúde. (IBIDEM CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER; 2016; p. 282)

Sendo assim, a população adscrita no contexto de necessidades específicas relacionadas a transtornos mentais em decorrência do uso excessivo de drogas se percebe desassistida e sem informações suficientes de qual tipo de serviço é o mais adequado para o caso de seu familiar carente de atenção e cuidado.

Neste tópico foi pontuado o Estratégia Saúde da Família, porém outros serviços da atenção primária necessitam de maior capacitação por parte dos profissionais para que as pessoas com transtornos mentais advindos do uso de drogas sejam atendidos em consonância com a necessidade particular a qual estão submetidas, observando-se as subjetividades e o contexto ao qual está inserida, livre de estigmas e preconceitos que, potencialmente, barrem uma abordagem que vise não somente ações curativas e diretamente relacionada à doença, mas também que perceba os determinantes por trás do problema.

Ademais, ainda observando as argumentações do mesmo autor, este avalia que

Quando realizadas, as ações de saúde mental da equipe da ESF têm sido, frequentemente, conduzidas em um clima de preconceito sobre a loucura, levando à execução de ações pontuais e fragmentadas e, eminentemente, biomédicas (focadas na doença e na supressão de sintomas). (IBIDEM; 2016; p. 282)

O que provoca um fenômeno inverso à busca por tratamento, barrando a possibilidade de progressão e alcance de uma melhora significativa na condição de saúde a qual o sujeito está imersa e, ainda, a ausência de procura por outros serviços dentro do SUS condizente com a necessidade do indivíduo.

Consonante à quinta pergunta, a qual se objetivava o reconhecimento da visão que os cuidadores familiares tem a respeito do tratamento oferecido pelo CAPS AD III, se é o tipo adequado ou não, para as pessoas em sofrimento mental decorrente do uso abusivo de drogas, foram percebidas as seguintes respostas:

*Com certeza. (União)*

*Eu acho que aqui é o ideal, porque primeiro eu falei com a psicóloga, aí já encaminhou pra essa outra médica. (Harmonia)*

*Até agora tá sendo ideal pra ele. A gente já passou pela psicóloga e tudo. Foi muito bom o atendimento dela com a gente. Ele interage lá em baixo com as outras pessoas e agora a gente vai passar pela médica. (Proteção)*

*Assim que ele fique interno num lugar. (Felicidade)*

*É a primeira vez que eu venho aqui, por isso não posso dizer. Mas eu conheço outras famílias com dependência química e eles são bem tratados aqui. (Amor)*

*Não, é porque ele começou agora e, como ele não fica muito tempo fora daqui, eu acho que não tem problema. Mas eu acho que se tivesse algo mais intenso, não sei, alguma atividade onde o paciente pudesse se distrair ou fazer algo, não sei, trabalhar aqui, entendeu? Que pudesse um dia, dois ou três na semana. Não todo dia. Mas que se ocupasse aqui, porque em casa ele não faz nada. Ele vai sair daqui e vai pra casa, se ele for trabalhar bem, porque ele trabalha só dois dias na semana, o resto tudo em casa. (Cuidado)*

Ao se analisar os dados adquiridos através da indagação anteriormente citada verifica-se que alguns cuidadores dividem da mesma opinião quanto a forma de tratamento ofertado pelo CAPS AD III, ressaltando a importância de uma equipe multiprofissional para a melhor atenção e cuidado de seu familiar em tratamento.

Consoante a esse aspecto Vinadé, Cruz e Barbeito (2016) reforçam que

O trabalho em equipe, por exemplo, pautado na construção coletiva de diferentes saberes, oxigena as práticas, diminuindo as fronteiras entre os profissionais e, conseqüentemente, entre estes e os usuários. O trabalho

em equipe multiprofissional e a diversidade de formações oferecem olhares que se complementam e possibilitam um importante exercício de troca. (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO; 2016; p. 99)

Verifica-se que o trabalho em equipe ou multiprofissional proporciona um maior acúmulo de saberes entre os profissionais envolvidos em determinado setor por permitir que um profissional com determinado tipo de conhecimento entre em contato com o conhecimento do outro e assim surjam novas competências. Aqui vislumbramos a importância que esse tipo de abordagem traz para a vida dos usuários do CAPS AD III. Neste espaço o papel do trabalho multiprofissional permite não somente que o usuário daquele serviço tenha acesso a diversos tipos de profissionais com especialidades distintas, mas também que o conjunto de saberes e habilidades apreendidas por esses profissionais favoreçam a criação de um Plano Terapêutico Singular - PTS-, o qual possibilita o desenvolvimento de um projeto de tratamento baseado nas necessidades e potencialidades dos usuários do CAPS AD III, o que estreita os laços entre esses, a família e a equipe de Saúde Mental.

Esse estabelecimento de vínculos entre os segmentos supracitados

Alicerça a criação de uma relação de compromisso entre a equipe, usuário e família, que pode redundar numa ligação mais humana e singular. O vínculo, quando criado, possibilita uma parceria, pautada pela sinceridade e responsabilidade, e permite que seja ofertado um atendimento que abarque as necessidades dos usuários e de suas famílias, assumindo caráter de equipe. Essa estará mais sensível à escuta atenta e à identificação de vulnerabilidades e riscos, possibilitando a construção de intervenções terapêuticas que realmente estejam de acordo com as necessidades elencadas. (CARVALHO ET AL, 2012, p. 522 - 523)

É, portanto, através da criação e fortalecimento de vínculos entre usuário, família e equipe multiprofissional que a corresponsabilidade se torna uma pauta presente e real no cotidiano do tratamento dos sujeitos em sofrimento mental, proporcionando a divisão de compromissos que visem o alcance de um tratamento que abarque as subjetividades e individualidades dos sujeitos, sem a sobrecarga de nenhuma das partes envolvidas no processo.

No que diz respeito ao sexto questionamento, o qual pretendia identificar se os cuidadores familiares tinham algum conhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica, todas as respostas encontradas apontaram para a mesma direção, uma vez que foi unânime o não conhecimento por parte dos entrevistados desse movimento tão importante ao novo modelo em Saúde Mental.

Partindo da premissa de que a Reforma Psiquiátrica constitui um fenômeno ainda em movimento e não estanque, é possível reconhecer que boa parte da sociedade brasileira divide a mesma percepção dos entrevistados acerca desse assunto, não sendo, portanto, um aspecto por demais admirável ou reprovável perceber essa realidade como algo tão comum em nossa sociabilidade.

A Reforma Psiquiátrica precisa romper barreiras que ainda “pensam a loucura como fenômeno social, político, histórico” (BISNETO, 2007, p. 35). É necessário perceber, ainda dentro dessa perspectiva, que os ideais propostos pela referida Reforma não foram alcançados e o atual contexto brasileiro parece almejar colocar os princípios de desinstitucionalização da loucura e um olhar mais humanizado à Saúde Mental à mercê de práticas retrógradas, de base higienista e conservadora.

Para finalizar a entrevista, buscou-se, através da sétima pergunta, permitir que os cuidadores exprimissem seus desejos e expectativas concernentes ao tratamento do seu familiar dentro do equipamento CAPS AD III, no qual foram logradas as seguintes respostas:

*Em primeiro lugar, Deus, que foi Deus que ajudou tudo e em segundo lugar o remédio, que sem esse remédio é impossível. Então, a medicina, inclusive, foi criada por Deus e os médicos foi Deus quem deu. É impossível a pessoa sem o medicamento. (União)*

*Eu espero que ele melhore 100%, né? Porque eu acho que é uma certeza muito boa pra ele né? (Harmonia)*

*Que ele se cure. Que ele fique bem com ele, com a família. Se sinta melhor. Venha pra cá e ao longo do tratamento ele realmente se liberte disso tudo e se torne a pessoa que ele era antes de usar essas coisas. (Proteção)*

*Que ele não desista. Que ele siga a diante. Que ele vai ficar bom. Depende dele, né? (Felicidade)*

*Positivas, né? Quando você resolve por si, não só pela vontade familiar, já é um objetivo melhor, né? E a vontade maior é a dela. (Amor)*

*Melhoras. Eu espero que ele se doe pra que tudo dê certo pra que ele possa viver a vida normal e voltar pra família dele e construir a família da forma que ele quer, porque ele quer voltar pra mulher, mas pra ele voltar pra ela tem que conseguir se cuidar pra poder cuidar da esposa e das filhas, né? Ele tem duas filhas e pra ele cuidar dela ele tem que estar bem, né? (Cuidado)*

Observando os resultados alcançados com esta última indagação, é notório que, praticamente, todos os entrevistados esperam que os seus familiares alcancem o pleno restabelecimento das condições clínicas e sociais. Proteção é uma das

pessoas que exprime o desejo de ver o seu familiar mantendo boas relações sociais e voltando a seu estado natural de conduta, principalmente com a família. União, por outro lado, embora revele uma linha religiosa como fator importante para o alcance do efetivo restabelecimento de seu familiar, deixa a entender que o medicamento será agente responsável por proporcionar a seu familiar a melhora de sua condição de saúde, permitindo dupla interpretação quanto a sua expectativa frente ao tratamento.

À vista disso, pode-se registrar que, apesar de os entrevistados não terem sabido responder o que é a Reforma Psiquiátrica por não ter conhecimento sobre o assunto, eles mostram-se motivados e apresentam pensamento positivo quanto à eficácia do tipo de tratamento ofertado pelo CAPS AD III de Juazeiro do Norte - CE, reconhecendo, assim, que uma atenção em Saúde Mental pautada no cuidado em meio aberto, em contato com a família e com a comunidade, que “permita estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (BRASIL, 2004, p. 9) são as bases para o alcance de uma vida mais saudável e autônoma.

Dessa forma, os novos modelos em Saúde Mental que priorizam

A montagem de uma rede comunitária de atenção que tem por fim a inclusão social dos pacientes na comunidade, fortalecendo seu cuidado, seus vínculos familiares e sociais, dando sustentação à proposta de tratamento dos transtornos mentais fora da instituição psiquiátrica hospitalar. (REIS et al, 2016, p. 71).

Aparece, nesse contexto, como o elemento adequado e meio fundamental para a formulação de um tratamento que vise a liberdade e a autonomia dos sujeitos. E é possível, visualizando as asserções dos entrevistados, que a visão acerca dos preceitos pretendidos pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, embora esses não se reportem a este movimento com conhecimento de causa, são ideais de que os cuidadores familiares enxergam como necessários para que o sujeito em tratamento atinja um estado de saúde e reinserção social que contribua para uma vida mais equilibrada e saudável, atentos à importância do convívio social e comunitário nesse processo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se volta a reconhecer os maiores empecilhos encontrados pela família ou pelo cuidador familiar de pessoas em tratamento no CAPS AD III de Juazeiro do Norte – CE, sobrecarregando a família e tornando os novos princípios e ideais em Saúde Mental mais difíceis de serem efetivados.

Diante disso, foram apontados pelos entrevistados que são as dificuldades financeiras enfrentadas no cotidiano do lar como a primeira e mais o importante empecilho travado no caminho da busca e inserção do tratamento em Saúde Mental, uma vez que, muitas vezes são as pessoas adoecidas mentalmente pelo uso excessivo de drogas as que, anteriormente ao adoecimento mental, forneciam as condições necessárias para que as famílias pudessem suprir as necessidades básicas, sendo estas pessoas as que estavam adentradas no mercado formal ou informal de trabalho; outra dificuldade apontada ao longo das entrevistas foi a recusa dos sujeitos adoecidos mentalmente em virtude do uso abusivo de drogas em aderir ao tratamento, pois, muitas vezes, estes não se reconhecem a dependência a que convivem diariamente como uma doença a ser tratada, o que constitui-se como uma importante barreira a ser quebrada e que possibilitem a essas pessoas adoecidas mentalmente a inserção em serviços de saúde próprios a atender essas demandas.

Ademais, os usuários de drogas são estigmatizados pela sociedade, que não percebem a dependência como um caso de saúde, mas como uma característica de rompimento com os valores morais a que a mesma convencionou como sendo os naturais e formadores de “cidadãos de bem”, o que pode prejudicar a busca e adesão ao tratamento fornecido pelos dispositivos da RAPS, principalmente o CAPS AD III.

É preciso mencionar, como já descrito no primeiro subitem do capítulo III que a proposta de pesquisa de campo, que antes seria feita através de grupo focal, teve de ser revista e alterada para uma entrevista, esta semiestruturada, uma vez que a proximidade das famílias com a instituição na qual a mesma foi realizada apresenta falhas e se mostra insuficiente para um acompanhamento da realidade cotidiana das pessoas em tratamento no CAPS AD III de Juazeiro do Norte – CE, assim como para um tratamento que abranja também a família, já que esta, muitas vezes, passa a sofrer e apresentar sinais de codependência, que atingem as estruturais bio-psico-sociais desta, carecendo de cuidados específicos.

Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais da rede de atenção à Saúde Mental elaborem planos e estratégias que possibilitem a aproximação da família no processo de tratamento, como uma forma de estabelecimento e fortalecimento de vínculos desta, tanto com o membro familiar em tratamento, como também com a própria instituição de saúde, vislumbrando ser efetivado um dos princípios da Reforma Psiquiátrica, o qual objetiva um tratamento no qual a família faça parte ativamente de todo o processo, sendo integrante fundamental deste.

Sendo assim, esta pesquisa permite desmistificar o papel central que as famílias ganharam na proteção e atenção às vulnerabilidades dos membros que a compõe, principalmente, dentro do Capitalismo, e do Neoliberalismo da atual conjuntura, na qual o Estado passa a se eximir a função de assumir diversas responsabilidades no campo social e as transferindo para setores específicos da sociedade civil, neste caso a família, que se vê sobrecarregada, tendo que arcar com as necessidades financeiras, emocionais e ainda lutar pelos direitos sociais de seus membros.

## REFERÊNCIAS

- Almanaque das Drogas. **Afinal o que é droga?** Disponível em: <<https://almanaquedasdrogas.com/2014/02/20/afinal-o-que-e-droga/>>. Acesso em: 25 Mai. 2019.
- ANDRADE, Francisca de; DIAS, Luiz Antonio Xavier. **Entre o verbal e o visual: uma experiência de leitura com os gêneros textuais charge e cartoon em sala de aula.** Paraná: Universidade Estadual do Norte do Paraná, 2014. Disponível em: <[http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes\\_pde/2014/2014\\_uenp\\_port\\_artigo\\_francisca\\_de\\_andrade.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_uenp_port_artigo_francisca_de_andrade.pdf)>. Acesso em: 18 Mai. 2019.
- ANDRADE, Tarcísio Matos de; RONZANI, Telmo Mota. **A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo para a detecção, prevenção e tratamento.** Disponível em: <<http://aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094741-001.pdf>>. Acesso em: 05 Mar. 2019.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARD, Nathalia Duarte et al. Estigma e Preconceito: Uma vivência dos usuários de crack. São Paulo: **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf)>. Acesso em: 03 Jun. 2019.
- BATISTA, Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva. Et al. **Família e saúde mental: crítica ao paradoxo da centralidade da família na política de atenção em saúde mental.** In: I SEMINÁRIO NACIONAL– UFV. 2017, Viçosa. Anais... Família e Políticas Sociais no Brasil. Viçosa: UFV, 2017, p. 1 – 14.
- BELOTTI, Meyrielle; FRAGA, Higor Lucio; BELOTTI, Lorryne. Família e atenção psicossocial: o cuidado à pessoa que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 25, n. 3, p. 617-625, 2017. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1727/888>>. Acesso em: 05 Mai. 2019.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise Institucional da Prática.** São Paulo: Cortez, 2007.
- BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan. 2005. ISSN 1806-5023. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 25 jun. 2019. doi:<https://doi.org/10.5007/%x>.
- BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)



BRASIL. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde: Brasília, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 21 Abr. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

BRASIL. **DECRETO DE LEI Nº 8.842.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>. Acesso em: 06 Abr. 2019.

BRASIL. **DECRETO DE LEI Nº 24.559.** Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1934.

\_\_\_\_\_. **DECRETO DE LEI Nº 4.294, DE 6 DE JULHO DE 1921.** Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Rio de Janeiro, jul 1921.

\_\_\_\_\_. **DECRETO DE LEI Nº 11.343/2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 02 Mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **DECRETO Nº 1.132, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1903.** Reorganiza a Assistência a Alienados. Rio de Janeiro, 1903. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 17 Mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas **Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil.** 11 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/ 2004, Norma Operacional Básica – NOB/ SUAS.** Brasília, 2005. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)>. Acesso em: 06 Abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 3.088.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>  
 . Acesso em: 14 Abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CAMATTA, Márcio Wagner; SCHNEIDER, Jacó Fernando; TOCANTINS, Florence Romijn. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 281 – 288, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0281.pdf>>. Acesso em: 03 Jun. 2019.

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUC Minas, 2005.

CARNEIRO, Thaísa Simplício; VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio. **FAMÍLIA E POLÍTICAS SOCIAIS: o Saúde da Família posto em questão**. São Luís: UFMA, 2007. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/fbf50aa9282fcbe1e5e1Tha%C3%ADsa%20\\_Katleen\\_Sandra.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/fbf50aa9282fcbe1e5e1Tha%C3%ADsa%20_Katleen_Sandra.pdf)>. Acesso em: 07 Abr. 2019.

CARVALHO, Laura Graças Padilha de et al. **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações**. São Paulo: O Mundo da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/construcao\\_projeto\\_terapeutico\\_singular\\_usuario.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf)>. Acesso em: 02 Jun. 2019. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. O estigma do uso de drogas. Brasília, 2016.

CUNHA, Carmen Lúcia Nunes da. **A CENTRALIDADE DA FAMÍLIA NAS POLÍTICAS SOCIAIS: um olhar do assistente social sobre o trabalho com famílias na área da saúde**. São Luís: UFMA, 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo7/acentralidadedafamilianaapoliticassociaisumolhardoassistentesociaisobreotrabalhocomfamiliasnaareadasaude.pdf>>. Acesso em: 07 Abr. 2019.

EMMANUEL-TAURO, David Victor; FOSCACHES, Daniel Acosta Lezcano. As atuais políticas de saúde: reflexões à luz da obra de Cornelius Castoriadis. **Mental**. Barbacena, v. 12, n. 22, p. 90 – 112, Jan/ Jun 2018.

ESCOHOTADO, A. **História Elemental de las drogas**. Barcelona: Editorial Anagrama, 1996.

ESCOHOTADO, Antônio. **O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios**. São Paulo: Dynamis, 1997.

EXAME: Abril. 17 Set 2018. Disponível em:  
<<https://exame.abril.com.br/brasil/mourao-diz-que-familia-sem-pai-ou-avo-e-fabrica-de-elementos-desajustados/>>. Acesso em: 06 Abr. 2019.

FERNANDES, L. **Os pós modernos ou a cidade, o sector juvenil e as drogas: Estudo Teórico- Metodológico e Pesquisa de Terreno.** Porto: F. P. C. E. U. P, 1990. Disponível em:<<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/15119/2/44455.pdf>> . Acesso em: 23 Fev. 2019

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes et al. Motivações de dependentes químicos para o tratamento: percepção de familiares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 3, p. 474-481, Junho, 2015 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000300474&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300474&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680314i>.

IORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: Venâncio RP, Carneiro H, organizadores. **Álcool e drogas na história do Brasil.** São Paulo: Editora Alameda/Belo Horizonte: PUCMinas; 2005. p. 257-90.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Editora Perspectiva S. A, 1972. Disponível em:  
<<http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf>>. Acesso em: 18 Mar. 2019.

Gabriel O Pensador. **Cachimbo da Paz.** Disponível em:<<https://www.vagalume.com.br/gabriel-pensador/cachimbo-da-paz.html>>. Acesso em: 25 Mai. 2019.

INGLEZ-DIAS, Aline et al . Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 147-158, Jan. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000100147&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100147&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1778>

JOLLUSKIN, Glória; NUNES, Laura M. **O uso de drogas: breve análise histórica.** Edições Universidade Fernando Pessoa. Porto, v. 4, p. 230-237, 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10284/449>>. Acesso em: 23 Fev. 2019.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARRAS, Stelio. **Do natural ao social:** as substâncias em meio estável In LABATE, Beatriz Caiuby et al Orgs. **Drogas e Cultura.** Salvador: EDUFBA, 2008.

MARTINS, Vera Lúcia. **A política de descriminalização de drogas em Portugal.** Serv. Soc. Soc.: São Paulo, 2013. n. 114, p. 332-346, Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282013000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Mar. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000200007>

MASUR, Jandira; CARLINI, E.A. **Drogas: Subsídios para uma discussão**. 4 ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MICHALANY, Douglas. **Educação moral e cívica**. Vol.1-3. 3. ed. Revisada e atualizada. São Paulo: GEMSA, 1982.

MINAYO, M. C. de; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

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

MIOTO, R.C. Família, Trabalho com Famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**; Londrina, v.12, n.2, p. 163-176, jan./jun.2010. Disponível em:<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584/6835>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

MOREIRA, Fernanda G.; RIBEIRO, Marcelo. **História das Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2004. 21 f. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/283161503\\_Historia\\_das\\_drogas](https://www.researchgate.net/publication/283161503_Historia_das_drogas)> Acesso em: 23 Fev. 2019.

MOTA, Ana Elizabete et al, (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez. 2009.  
 O Rappa. A feira. Disponível em: <<https://www.vagalume.com.br/o-rappa/a-feira.html>>. Acesso em: 25 Mai. 2019.

Organização Pan-Americana da Saúde. Folha Informativa - Álcool. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093)> Acesso em: 05 Mar. 2019.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2009.

PRAZERES, Paulo Sergio dos; MIRANDA, Paulo Sergio Carneiro. Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 25, n. 2, p. 198-211, Junho 2005 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em? 17 Abr. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000200004>.

REIS et al. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70 – 85, Abr/ Jun, 2016.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Política de Saúde Mental no Brasil**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna Santos da. **Reduzindo o Estigma entre Usuário de Drogas: Guia para Profissionais e Gestores**. Juiz de Fora: UFJF, 2015.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SCHEFFER, Graziela; QUIXABA, Auriane. Trabalho, estigma e uso de droga: encruzilhadas da inserção ao mercado atual. **Serviço Social & Realidade**. Franca, v. 24, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://ojs.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/viewFile/2498/2204>>. Acesso em: 03 Jun. 2019.

SOUZA, Taciana Santos de; CALVETE, Cássio da silva. **História e Formação do Mercado de Drogas**. In XII Congresso Brasileiro de História Econômica, 13º Congresso Internacional de História das Empresas. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pesquisadores em História Econômica, 2017. Disponível em: <<http://www.abphe.org.br/uploads/ABPHE%202017/10%20Hist%C3%B3ria%20e%20forma%C3%A7%C3%A3o%20do%20mercado%20das%20drogas.pdf>>. Acesso em: 03 Mar. 2019.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A História das Drogas e sua Proibição no Brasil: da Colônia à República**. Tese (Doutorado em História Social). Faculdade de Filosofia, Letras, e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 371 f, 2016.

TORELLO, Giovanni. Dependência de Drogas: Um artigo para leigos. **PsiquiatryOnLineBrazil**. V. 9, n. 9, set., 2017. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano04/artigo0904b.php>>. Acesso em: 29 Mai. 2019.

VARGAS, Eduarda Mana. Os Limites da Pessoa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.  
VINADE, Thaiane Farias; CRUZ, Marcelo Santos; BARBEITO, Márcio Moreno. Estratégia de redução de danos: da atenção primária à secundária in FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza. **Atenção integral na rede de saúde**: módulo 5. 8 ed. Brasília: SUPERA, 2008.

WAZLAWICK, Patrícia; CAMARGO, Denise de; MAHEIRIE, Kátia. Significados e sentidos da música: uma breve "composição" a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 105-113, Apr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 Mai. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000100013>.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Entende o problema de seu familiar como questão moral ou de saúde?
2. Como avalia o convívio familiar?
3. De que forma é o convívio familiar quando o seu familiar está fazendo uso de alguma substância psicoativa?
4. Quais as principais dificuldades enfrentadas pela família no decorrer do tratamento do familiar adoecido mentalmente pelo uso abusivo de álcool e outras drogas?
5. Existe mais alguma dificuldade que você encontra no dia-a-dia de tratamento?
6. De que forma se deu o contato da família e do familiar em tratamento com a rede de atenção à Saúde Mental?
7. Qual a avaliação da família a respeito do tratamento no CAPS AD III? Considera este o ideal, o mais adequado?
8. Já ouviu falar sobre a Reforma Psiquiátrica?
9. Quais as expectativas em relação ao tratamento de seu familiar?

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado/a Sr.(a)

Maria Socorro Barbosa da Silva, CPF nº 043.951.753-25, graduando (a) em Serviço Social pela UNILEÃO, está realizando a pesquisa intitulada “SOBRECARGA FAMILIAR VIVENCIADA PELAS FAMÍLIAS DE PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL DECORRENTE DO USO ABUSIVO DE DROGAS EM TRATAMENTO NO CAPS AD DE JUAZEIRO DO NORTE – CE: UMA DIFICULDADE POSTA NO CAMINHO DA EFETIVAÇÃO DOS PRECEITOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA”, que tem como objetivo geral “IDENTIFICAR OS PRINCIPAIS DESAFIOS POSTOS NO DIA-A-DIA DO CUIDADOR FAMILIAR DE PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL DECURSIVO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, OS QUAIS INCIDEM DIRETA OU IINDIRETAMENTE NA EFETIVIDADE DO TRATAMENTO PROPOSTO PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA: ABERTO EM CONTATO COM A FAMÍLIA E A COMUNIDADE”. Para isso, está desenvolvendo um estudo no qual consta as técnicas de coleta de dados: PESQUISA BIBLIOGRÁFICA, DE e ENTREVISTA.

Por essa razão, o (a) convidamos a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder perguntas semiestruturadas com relação à temática em si. Os benefícios esperados com este estudo são no sentido de possibilitar a identificação dos principais desafios encontrados pela família no caminho do tratamento em Saúde Mental do familiar adoecido mentalmente para a instigação de um debate mais apurado sobre o tema pesquisado.

Toda informação que o (a) Sr.(a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As (respostas, dados pessoais, dados de exames laboratoriais, avaliações físicas, avaliações mentais, etc.) serão confidenciais e seu nome não aparecerá em (questionários, fitas gravadas, fichas de avaliação, etc.) inclusive quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado (entrevista, avaliações, exames, etc.).

Se tiver alguma dúvida a respeito do objetivo da pesquisa e/ou métodos utilizados na mesma, pode procurar Maria Socorro Barbosa da Silva no endereço Sítio Picadas, na cidade de Granjeiro - CE, tel.: (88) 9 9450 4413, de 08h00min as 15h00min.

Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.



---

Local e data

---

Assinatura do pesquisador

---

Assinatura do participante

---

Ou representante legal

An empty rectangular box with a thin black border, intended for a signature or stamp.

Impressão dactiloscópica