



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO- UNILEÃO
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

JORDANIA DE BRITO MODESTO

**AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SEUS REBATIMENTOS NA
SOCIABILIDADE DOS SUJEITOS**

JUAZEIRO DO NORTE- CE

2020

JORDANIA DE BRITO MODESTO

**AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SEUS REBATIMENTOS NA
SOCIABILIDADE DOS SUJEITOS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Serviço Social do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como requisito para obtenção do grau de Bacharelado em Serviço Social.

Orientador: Prof. Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro.

JUAZEIRO DO NORTE- CE

2020

JORDANIA DE BRITO MODESTO

**AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SEUS REBATIMENTOS NA
SOCIABILIDADE DOS SUJEITOS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Serviço Social do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como requisito para obtenção do grau de Bacharelado em Serviço Social.

Orientador: Prof. Esp. Aldair Pércles Bezerra Monteiro.

DATA DE APROVAÇÃO: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Esp. Aldair Pércles Bezerra Monteiro.
Orientador (UNILEÃO)

Prof. Esp. Jamile de Lima Vieira
Examinador (UNILEÃO)

Prof. Esp. Adjalmo Pereira Filho
Examinador (UNILEÃO)

JUAZEIRO DO NORTE- CE

2020

Dedico este trabalho a minha querida tia Maria do Rosário Modesto (in memoriam) minha e inspiração de determinação e força, com amor, gratidão e saudade eterna.

AGRADECIMENTOS

Em um primeiro momento agradeço a Deus por me oportunizar chegar até aqui, e por ter colocado pessoas inesquecíveis em meu caminho ao longo dessa trajetória e que de alguma forma contribuíram para a concretude desse momento.

Agradeço a minha família, especialmente ao meu pai - José Celino, a minha mãe - Maria das Graças, que sempre foram meus apoiadores mais incondicionais, a dedicação e a incentivo a seguir na busca pelos meus sonhos, ao meu namorado - Antonio Matheus Lima Pereira, pela paciência, as palavras e gestos carinho e apoio as quais me fortaleceram e me motivaram a persistir.

Aos meus professores do curso de Serviço Social pelo compromisso em promover o melhor aprendizado, e pelos ensinamentos que contribuíram para minha formação acadêmica. Não poderia deixar de mencionar os meus colegas, que se tornaram amigos especiais Domminique Pinho, Denílson Misael e Ivonete Nascimento que fizeram parte trajetória e que tornaram a mesma mais agradável e prazerosa.

*"O momento em que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar."
(Marilda V. Yamamoto)*

RESUMO

Nesse trabalho de conclusão de curso, objetivou-se realizar um estudo acerca da atual conjuntura o desmonte da Política Nacional de Drogas em sua complexidade como repercute na sociedade e para os dependentes de substâncias psicoativas, buscando explorar os estigmas sofridos, pontuando os desafios no processo de conduzir a ressocialização desses sujeitos. Onde a partir de estudo bibliográfico e o levantamento de 12 livros, 7 sites, e 14 artigos, entre o período de março de 2019 a junho de 2020, com recorte temporal dos últimos 20 anos. As abordagens escolhidas para subsidiar esse processo foram a pesquisa qualitativa por meio dos métodos de análise dos resultados embasado no materialismo historico-dialetico. Desse modo, esse estudo possibilita um diálogo sobre a gênese problemática e a importância dessa discussão proporciona visibilidade a esses indivíduos socialmente excluídos.

Palavras chaves: Desmonte. Política. Dependência. Visibilidade.

ABSTRACT

In this course conclusion work, had the objective of knowing more about the conjuncture, the national drugs policy rupture in your complexity as reverberate to society and drug addicted people, trying to explore his suffered stigmas, classifying the obstacles in the people resocialization process. That from a bibliographyc study and search of 12 books, 7 web sites, 4 magazines and 14 articles, between march 2019 and june 2020, with time cut of last 20 years. The choosen methods to subsidize this process, was the qualitative search for the results analysis method based on historical-dialetical materialism. so, this study enables a dialogue about the problematic origin and the importance of debate provides visibility to these socially excluded people

Palavras chaves: Rupture. Policy. Dependence. Visibility.

LISTA DE SIGLAS

ABIA - Industria Brasileira de Alimentação

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CV - Comando vermelho

GDE - Guardiões do Estado

IAP's - Institutos de Aposentadoria e pensões

LSD - Lysergsäurediethylamid ou dietilamida do ácido lisérgico

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Santos Núcleos de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PCC - Primeiro Comando da Capital

PNAD - Política Nacional Sobre Drogas

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

THC - Tetra-Hidro-Canabinol

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UA - Unidades de Acolhimento

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - AS INTERFACES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.	13
.....	
1.1 - Aspectos estruturantes e as transformações na saúde mental.	13
1.2 – Da invisibilidade social ao surgimento de uma política hospitalocêntrica.	16
1.3 - Os desafios para consolidar a política sobre drogas no brasil.....	23
CAPÍTULO II – COMPREENDENDO O PROCESSO DE ESTIGMATIZAÇÃO QUE RECAI SOBRE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	27
2.1 - Dos rituais religiosos à estratégia de “fuga” as expressões da questão social	27
2.2 - As substâncias psicoativas: um “empreendimento” lucrativo.	34
CAPÍTULO III – DESVELAR AS INFERÊNCIAS AS QUAIS REPERCUTEM SOBRE A SOCIABILIDADE DOS SUJEITOS.	39
3.1 - Tessitura metodológica da pesquisa.	39
3.2 - Resultados e discussões.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	48

INTRODUÇÃO

Esse trabalho se propõe a analisar os mais variados aspectos da dependência de substâncias psicoativas e as consequências da mesma sobre a sociabilidade desses usuários, analisando assim fatores sociais, históricos, culturais e econômicos no que tangem a essa questão, bem como visa compreender problemática, uma vez que a mesma é um dilema que permeia não somente uma região, mas o Brasil como um todo.

Como é de conhecimento geral o Brasil vivencia atualmente tempos tenebrosos no âmbito das Políticas Públicas. Onde recentemente a Política de Saúde Mental e a Política Nacional de Drogas vem sofrendo diversas reformulações e alterações, dentre elas a destinação de recursos financeiros a entidades de cunho filantrópico, o retrocesso a modelos hospitalocêntricos, o incentivo à lógica mercantilista das clínicas privadas, assim como a desconstrução da gravidade de tais problemáticas, e como essas medidas impactam diretamente sobre o público que possuem transtornos de base quanto aos usuários que são dependentes de substâncias psicoativas.

O estudo buscou trazer à tona em seu primeiro capítulo uma análise acerca da gênese dessa problemática tão presente nos dias atuais, perpassando pelo processo de construção da própria Política de Saúde Mental. O segundo capítulo busca fazer um paralelo histórico analisando a temática em diferentes sociedades em diferentes momentos históricos até a contemporaneidade, buscando assim compreender o processo que levou ao atual quadro da problemática como um todo.

A importância do presente estudo se dá uma vez que os profissionais e as instituições são diariamente confrontados com o dilema de buscar alternativas de como ofertar um melhor tratamento para o público-alvo desses equipamentos, com o desmanche das políticas públicas que tangem à problemática, mas principalmente de como promover a reabilitação do mesmo diminuindo assim as consequências oriundas do vício na vida dos usuários.

Para o desenvolvimento do trabalho foram utilizadas fontes de pesquisa como livros, revistas, sites, artigos e principalmente a observação ativa da vivência com usuários que buscaram tratamento no CAPS AD III da cidade de Juazeiro do Norte- CE, no mesmo pode se observar o avassalador efeito do uso de tais

substâncias não somente sob a saúde do indivíduo, mas também sobre seu círculo social, impactando a maneira como o mesmo interagia com a sociedade, e como a mesma interagia com o indivíduo.

CAPÍTULO I - AS INTERFACES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.

Nesse primeiro capítulo abordaremos o processo de construção da Política de Saúde Mental no Brasil, assim como os principais regramentos jurídicos que regulamentam a operacionalização da Saúde Mental em diferentes momentos históricos.

1.1 - Aspectos estruturantes e as transformações na saúde mental.

A política pública de saúde no mundo, dar-se por um processo histórico tão antigo quanto o próprio homem e sua preocupação e tentativa de cuidar da saúde, inicia-se no período da idade antiga (o momento de surgimento das primeiras sociedades e civilizações no globo terrestre) perpetuando-se até a atualidade, onde as práticas do curandeirismo eram o meio existente, até então, para promover os cuidados primários e necessários à população de forma geral, fundamentada em práticas religiosas como rezas e outras práticas religiosas, bem como o conhecimento de plantas e ervas.

o que cura por meio de rezas e feitiçarias, e curandeirismo é a atividade ou conjunto das práticas dos curandeiros. Considerou-se curandeiro aquele que diz curar por meio de rezas e/ou benzeduras, feitiçarias, chás, raízes e garrafadas e curandeirismo todas essas práticas. (FERREIRA, 1993, p.157)

De acordo com o exposto na citação acima pode-se vislumbrar que as práticas do curandeirismos estavam atreladas à religiosidade, portanto não eram baseadas em conhecimentos científicos, até mesmo por anteceder as práticas científicas, tratar-se de uma religião que não está enquadrada em moldes tradicionais assim como outras religiões que também sofrem com estigmas por exercerem “práticas que curam” e não estarem basiladas na cientificidade.

No decorrer deste processo, já na Idade Média a medicina possuía certa autonomia no tratar das enfermidades apesar do pouquíssimo conhecimento do corpo humano, o que fazia com que o achismo imperasse entre os médicos, nesse período praticamente não existia conhecimentos no que diz respeito ao uso de anestésicos e a higiene deixava a desejar nos procedimentos.

Outra característica desse período é que nele a Igreja Católica exercia grande domínio, e era a responsável por assistir aos enfermos caritativamente, já que o Estado não intervinha perante tais fatos, a mesma considerava a causa de algumas doenças eram castigos divinos, além de doente a pessoa podia ser considerada pecadora e a doença a justa penitência pelo pecado cometido.

Na Idade Média, o número de “desvalidos” era menor e poderia ser assumido pela Igreja. Com o capitalismo comercial e depois o manufatureiro, e a ordem feudal se decompôs. No século XVII, o Estado é forçado paulatinamente a intervir, criando hospitais gerais para ministrar tratamento especializado aos problemas de saúde. (Singer et al.,1978, p.87).

No tocante ao período conhecido como Idade Média, segundo Scliar (1988), foi uma era de pestilências, e não trouxe contribuições apreciáveis para o desenvolvimento da saúde pública. Esse período, também conhecido como Idade das Trevas, foi uma época marcada por epidemias e proliferações de pestes, principalmente a peste negra que eliminou grande parte da população europeia.

Os altos índices de propagação de enfermidades ocorreram graças às cidades apresentarem inúmeros ratos, pulgas, e outras pragas trazidas pelas navegações que levavam mercadorias para Europa, outra característica comum a essas cidades era que as mesmas não possuíam saneamento básico adequado, tornando se assim um cenário perfeito para a proliferação de pestes, devido à grande carência de informações, formas de prevenção e contágio das doenças.

Tais problemáticas ocasionaram na intervenção do poder público, que implementa os primeiros hospitais gerais, como citado por Singer (1978), porém esses estabelecimentos eram destinados sobretudo à caridade e não à cura dos doentes.

A Idade Moderna é caracterizada pelo desenvolvimento do comércio e o início das grandes navegações e colonização de outros continentes, principalmente a América, pelos países europeus. Esse período foi marcado também pelo início da própria urbanização, o que culminou em problemáticas de saúde pública, e também a explosão das revoluções liberais, e o início do processo da Revolução Industrial.

No período que se inicia por volta do ano de 1500 com o descobrimento do Brasil, que era colônia do Reino de Portugal, o país sofria os efeitos do Pacto Colonial imposto pela coroa portuguesa.

A história da Saúde Pública brasileira é marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições, tendo como principais marcos o Regimento do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor do Reino decretado por D. Manoel, os almotacés que eram pessoas encarregados da saúde da população por meio da verificação dos gêneros alimentícios, a criação da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil em 1808, com a independência a lei municipalização da saúde, a criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto, a imunização compulsória das crianças contra a varíola, a organização do Instituto Vacínico do Império.

A revolução industrial é determinante de profundas mudanças para a estrutura pública brasileira desde aspectos econômicos até impactos sociais, devido ao êxodo rural que acomete as grandes aglomerações populacionais em pequenos centros urbanos, fator propício a condições de surtos de epidemias o que tornou necessário e fundamental que o Estado passasse a intervir em questões de saúde pública, uma vez que a classe trabalhadora vende sua força de trabalho e produz os bens e serviços sendo assim a fonte geradora da lucratividade do sistema vigente.

A noção atual de saúde pública ganha nitidez no Estado Liberal burguês final do século XVIII. A assistência pública, envolvendo tanto a assistência social propriamente dita como a assistência médica, continuou a ser considerada matéria dependente da solidariedade de vizinhança, na qual o Estado deveria se envolver apenas se a ação das comunidades locais fosse insuficiente. Pode-se notar nessa atuação subsidiária do estado um primeiro germe do que viria a ser o serviço público de saúde, que será instaurado apenas como durante o período conhecido como Restauração (CALLADO, 2007, p.69).

Um dos principais aspectos reivindicatórios da classe trabalhadora da época estava atrelada a inexistência de uma assistência a saúde, sendo que apenas por via de um seguro social que se consolida uma rede de assistência privada à saúde sendo viabilizada exclusivamente para o operariado urbano.

Para amenizar tal situação deficitária da saúde brasileira foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fundadas em 1923, sendo considerada a primeira lei de previdência social, também conhecida como Lei Elói Chaves, a qual concedia aos trabalhadores fabris associados às Caixas o acesso à rede de: ajuda médica, aposentadoria, pensões para dependentes e auxílio funerário.

Em 1930 essas Caixas de Aposentadorias e Pensões foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que provinham os mesmos benefícios que as CAPs, tendo como diferencial as autarquias por categorias profissionais. Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que englobava todos os empregados com carteira assinada, os quais recebiam assistência médica dos serviços do INPS, hospitais e ambulatórios médicos.

No decorrer do processo histórico, em 1974, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) com o intuito de atender aos segurados do INPS. Com a promulgação da Constituição Federativa do Brasil de 1988 inicia-se a definição do Sistema Único de Saúde (SUS) como conhecemos atualmente.

Até presente momento não se percebe nenhuma iniciativa de política pública vinculado ao trabalho com foco em saúde mental, o que se percebe é o trato em saúde mental desvinculado desse modelo assistencial e ainda muito precarizadas no interior do sistema público de saúde, desde a suas primeiras formas de assistência datadas do século anterior.

1.2 – Da invisibilidade social ao surgimento de uma política hospitalocêntrica.

Até os anos iniciais do século XVIII não se percebe nenhuma de iniciativa pública para população acometida de transtornos mentais, assim como inexistia uma política de saúde pública que assistisse à população como um todo, haja visto essa ausência pode-se presumir o quão distante estava de haver no país alguma política pública para tratar as pessoas que apresentavam transtornos mentais.

Nesse período essas pessoas eram estigmatizadas, independentes de classes sociais não eram bem vistas pela sociedade, os ricos eram mantidos em isolamento total em suas residências, já os menos afortunados viviam em condições de miséria abandonados em meio às ruas e quando, porventura, cometiam algum crime era punidos com veemência e levados à prisão.

A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizou no ano de 1830 o diagnóstico sobre a situação dos loucos na cidade, que a partir de então passam a ser considerados doentes mentais e merecedores de espaço próprio para reclusão e tratamento. No ano seguinte, 1831, é realizado o primeiro número do “Semanário de

Saúde Pública”, assim como a publicação do primeiro escrito sobre doenças mentais publicado no Brasil, “Insânia Loquaz” por José Martins da Cruz Jobim, um dos pioneiros da psiquiatria no Brasil.

A concretização do nascimento da psiquiatria no Brasil se dá quando D. Pedro II, no ano de 1841, sanciona o decreto da criação do hospício, que criava o Hospício Pedro Segundo, o qual veio a ser inaugurado em 1852, e o qual passou a ser conhecido como “Palácio dos loucos”, destinado previamente para o tratamento de alienados o qual foi anexo ao Hospital Santa Casa de Misericórdia da corte, caracterizado pela disciplina, o rigor moral, os passeios supervisionados, a separação por classes sociais e a constante vigilância dos alienados. Devido ao Decreto nº 142- A, o Hospício Pedro Segundo foi desanexado da Santa Casa da Misericórdia e passou a ser denominado Hospício Nacional de Alienados no ano 1890.

O modelo hegemônico que se caracteriza por ser essencialmente hospitalocêntrico e excludente. Desde a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, até os anos sessenta do século XX, a assistência psiquiátrica brasileira caracterizou-se por sua oferta exclusiva e compulsória de internação em hospitais psiquiátricos públicos. Para Resende (1987) com o golpe militar de 1964, a psiquiatria adquiriu o status de prática assistencial de massa, com o início da mercantilização da loucura, por meio da celebração dos convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967. A psiquiatria começou a transformar-se em um lucrativo negócio e, para defendê-lo, formou-se um poderoso lobby que atuava, e ainda atua, impedindo qualquer tentativa de mudança. (YASUI, SILVIO, 2006, p.27).

Em meio a inúmeras transformações regulamentares a psiquiatria tornar-se uma especialidade médica em 1912 e capacita os profissionais para tratar de tais enfermidades, porém um dos grandes desafios era que haviam pouquíssimos hospícios estatais e os mesmos eram carentes de profissionais capacitados para atender às grandes demandas, para tentar solucionar esse problema no ano de 1946 tem-se o início da inserção do serviço social na saúde mental no Brasil. Por tratar-se de uma área nova haviam poucos profissionais atuantes nos hospitais gerais ou psiquiátricos.

Os tratamentos nos quais as pessoas que apresentavam transtornos de base ou psíquico eram expostos não divergiam muito dos praticados a princípio, pois pautavam-se em práticas como a convulsoterapia, eletroconvulsoterapia, e a

lobotomia, que foi abolida no Brasil em 1955. O uso de medicamentos para problemas de saúde mental se disseminou-se somente na década de 1950, como uma substância chamada clorpromazina, o que estabeleceu uma nova fase da psiquiatria.

Um outro fator que fomenta tais inovações a ditadura militar. “Após o golpe de Estado de 1964 o governo militar procedeu reformas no sistema de saúde e previdência com o discurso de modernização e racionalização, o que muda o quadro hospitalar brasileiro”, (Teixeira e Oliveira,1986; Neto,1991). O fato da rede dos IAPs ser incorporada à INPs acarretou o crescimento do número de hospícios, que era mínimo.

Mediantes as reformas citadas acima, mas principalmente com o impulso da privatização dos atendimentos médicos, perpassando-os às instituições conveniadas que eram privadas, o ambiente é propício ao surgimento de clínicas psiquiátricas particulares, prestando assistência ao sujeito com distúrbios psíquicos nestes locais por se tratar de uma exigência do INPs em 1970.

A década de 1970 no Brasil foi marcada por inúmeras agitações no que tange a saúde de forma geral, mas em especial abordarei a Saúde Mental que apesar de parecer contemporâneo, tem-se da eclosão dos “movimentos sanitários” que é favorável a mudanças nos modelos de atenção e gestão da saúde, movimento esse liderado por médicos e líderes políticos.

Esse movimento resultou no que chamamos de Reforma Sanitária Brasileira. Consta de avanços democráticos na área da Saúde expressos na Constituição Brasileira de 1988 que postulou a criação do Sistema Único de Saúde. Este determina a universalidade da assistência à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, além da descentralização da organização do sistema de saúde, com o repasse para os municípios das ações e serviços locais (BISNETO, JOSÉ AUGUSTO, 2007, p.52).

Inúmeras conquistas se originaram da trajetória da política de saúde pública no Brasil, e que a mesma foi marcada por um modelo que não correspondia às problemáticas da saúde da população. Os indicadores da saúde no país eram extremamente negativos devido às constantes epidemias da época.

No Brasil o termo “movimento pela reforma sanitária” e utilizado para denominar a ação de vários partidos, organizações profissionais e movimentos populares, onde os mesmos buscavam a elaboração de uma política de saúde que fosse caracterizada pela universalidade, com uma concepção ampliada da

conjuntura de inúmeros fatores inerentes à problemática, e que expressasse um direito social, tais ideais provinham de uma conjunção dos mais variados atores sociais.

Esse processo culminou na XIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde definiu o fórum democrático de ampla representação e participação, gestando as orientações originárias do SUS, o documento elaborado continha todos os princípios que orientará a política de saúde, que serviu de base a promoção de uma emenda popular, oficializada Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é regulamentado dois anos depois pela lei nº 8.080/90. Tendo por definição um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

A reforma psiquiátrica gesta-se em um período histórico, onde o ambiente heterogêneo e diversificado, proporcionou a mesma abordagem os direcionamentos que apontam e produzem reflexões, pois em um momento que a organização dos movimentos sociais, que promoveram um processo político que proporcionou a transformação de uma realidade social.

As ideias advindas dos primeiros “movimentos sanitários” buscaram a transformação de um precário sistema de saúde, através lutas por uma melhor condição, onde objetivo central era uma melhor qualidade de vida desta parcela da população. Por tais fatores a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, estaria intrinsecamente ligada com o processo da redemocratização no brasileiro e ao renascimento e fortalecimento dos movimentos sociais.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um amplo campo heterogêneo composto por distintas dimensões. É, sobretudo, um processo que traz as marcas de seu tempo. Não é possível compreendê-la sem mencionar suas origens, como movimento social, como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado a concretização de seus direitos. São ações que pressupõem verbalização e afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais...Acreditam na possibilidade de transformar a sociedade, mudar as relações sociais, possibilitar a participação nos bens econômicos, culturais, construir um mundo mais justo, mais equânime, mais livre.(YASUI, SILVIO, 2006, p.22).

O ambiente dicotômico da saúde mental foi um campo conflituoso, onde as disputas e por vezes punham em lugar as singularidades, bem como, um lugar de confronto de ideais que é a afirmação da plena cidadania, a existência de um controle, e a negação da condição dos cidadãos, portanto o torna um campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem a militância e articulações, por tanto a Reforma Psiquiátrica foi um movimento político, social e ideológico muito complexo.

Referente à saúde mental destaca-se que por inúmeros fatores, a sociedade motivada ou induzida pelo medo, preconceito e falta de conhecimento, ainda tratava de os pacientes acometidos por transtornos mentais com desdém, pois a comunidade médica ainda adotava tratamentos que se assemelhavam a algumas práticas medievais.

Era de consenso geral que as pessoas acometidas por tal enfermidade deviam ser excluídas do meio da sociedade, então as famílias findavam por recorrer à única alternativa possível para época, que seria a internação do paciente em hospícios, onde essas pessoas seriam separadas da comunidade de uma forma geral perdendo assim o contato com sua família e com o mundo além dos limites dos hospícios, esse cenário perpetuou-se até meados dos anos 70.

Os hospícios eram lugares onde os pacientes eram abandonados, sendo assim os manicômios não tinham caráter de acolhimento ao doente e sim de abandono. Devido à má formação de profissionais, e às vezes até mesmo a ausência de qualquer capacitação, esses locais passam a ser “depósitos de loucos” onde essas pessoas recebiam o tratamento medicamentoso disponível para época, mas estavam em situação de isolamento dentro desses manicômios. Era comum que nesses locais, geralmente estavam com superlotação de pacientes, fossem encontrados pacientes malcuidados, sujos, despídos de suas vestes, que faziam suas necessidades ao ar livre, em estado de surtos, e várias outras condições sub-humanas de vivência.

Uma das motivações que levaram os profissionais da saúde no Brasil, a questionarem-se a respeito de uma reforma psiquiátrica foram as inúmeras críticas sofridas, a postura adotada no trato com pacientes portadores de distúrbios psíquicos tendo sido comprado a situação vivida nos hospícios brasileiros à vivida pelos judeus nos campos de concentração nazistas durante a II Guerra Mundial, mediante tais a tais alusões, somatizadas a organização dos movimentos sociais,

cominado ao fortalecimento dos mesmos, proporcionando uma maior visibilidades as discussões que pautavam-se na proibição de construção de novos manicômios, e os existentes a modificar suas atividades ofertadas, sugerido uma rede de serviços de assistência a pessoas com distúrbios mentais, objetivando o equilíbrio e a inserção desse indivíduo na sociedade e a melhora de sua qualidade de vida.

A partir da desinstitucionalização da psiquiatria e profundas e radicais críticas aos manicômios molda-se a Reforma Psiquiátrica Brasileira, mostrando uma possibilidade de romper com os paradigmas que coordenavam a psiquiatria e o modelo manicomial, a partir deste momento surgem as primeiras propostas e ações para reordenar e reorganizar esse modelo.

Em 1987 o Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) adere ao lema “Por uma sociedade sem manicômios”, onde inicia-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. É de fundamental importância ressaltar o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1987, assim como a implantação dos Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, reforçando ainda mais no processo da reforma psiquiátrica.

Nos anos de 1992 a 2000 ocorre a substituição dos leitos psiquiátricos pela implementação de rede extra-hospitalar, uma política do Ministério da Saúde para a saúde Mental de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica, que apesar de ganhar modelagens em 1990 passa a ter força de lei somente no ano 2001, após longos 12 anos de trâmites no Congresso Nacional.

As legislações anteriores relacionadas à Saúde Mental no Brasil se preocupavam mais em excluir as pessoas com transtornos mentais – então denominados “alienados” e “psicopatas” – do convívio em sociedade para evitar a “perturbação da ordem”, do que em oferecer tratamento adequado para a melhora do paciente. Os decretos traziam dezenas de artigos, cuja maioria apenas regulamentava o ambiente terapêutico que se dava dentro do hospital psiquiátrico (BRITO, VENTURA, 2012, p.60).

Atualmente os Centros de Atenção Psicossocial são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que são um conjunto de diretrizes e estratégias de atuação na área de assistência à saúde mental no Brasil que envolvem os Governos Federal, Estadual e Municipal.

Essas unidades que prestam serviços de saúde abertos e comunitários são constituídas por equipe multiprofissionais que atuam sobre a ótica interdisciplinar e realizam prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, assim como a usuários de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, recebendo não somente tratamento medicamentoso, mas assistência e acompanhamento psicológico e tratamentos terapêuticos, através das terapias ocupacionais, como intuito de reinseri-los no seio familiar, comunitário e na sociedade.

Os CAPS estão divididos em modalidades ou portes capacidade de atendimento e os serviços ofertados, uma forma de organização pelo contingente populacional dos municípios, os mesmos diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS AD Álcool e Drogas, CAPS AD III. O CAPS I é responsável pelo atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes. Enquanto o CAPS II possui as mesmas atribuições, porém é situado em cidades ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS III possui atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação. Prestando serviço para todas faixas etárias que apresentem o quadro de transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

O CAPS i tem seu atendimento voltado a crianças e adolescentes que possuam transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil.

CAPS AD Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. Já o CAPS ad III Álcool e Drogas têm o atendimento 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação, e é caracterizado pelo funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

O perfil populacional dos municípios é um dos critérios para o planejamento e organização da rede de atenção, outros equipamentos que também compõem a rede de apoio ao CAPS são a Urgência e emergência, SAMU 192, sala de

estabilização, UPA 24h e pronto socorro, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA), Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental e as Comunidades Terapêuticas.

As mudanças estruturais surgidas a partir à Reforma Psiquiátrica ocorrem desde físicas até a assistência aos usuários, têm resultados positivos e significativos avanços no trato dessas pessoas, onde realiza-se o fortalecimento dos vínculos familiares, a humanização dos tratamentos, o usuário é tido como um sujeito de direito, possuidor de uma autonomia para aderir ou não ao atendimento e acompanhamento em seu tratamento, este modelo é substitutivo ao modelo asilar, onde os pacientes deveriam morar em condições sub humanas (manicômios).

A movimentação histórica da Saúde Pública Brasileira, abordada no presente trabalho, gesta-se e desenvolvem-se entorno das problemáticas vinculadas à organização do homem em comunidade é a construção da própria estrutura social onde foram desenvolvidas as mesmas.

1.3 - Os desafios para consolidar a política sobre drogas no Brasil.

Em um momento histórico no qual o ódio às minorias tornou se política de Estado, e torturadores são exaltados como heróis nacionais e os anos de chumbo da ditadura militar são diariamente tratados com saudosismo é necessário parar e repensar o que está acontecendo em nosso país, os inúmeros dilemas que já existiam para políticas públicas ficam a cada mais difíceis de se encontrar uma solução e a opressão a classes sociais inferiores é cada dia maior.

Atualmente as políticas públicas voltadas à problemática do combate as drogas e assistência a usuários além de enfrentar os problemas que vinha enfrentando nos últimos anos como o preconceito, o despreparo em parte dos profissionais de saúde que não são capazes de oferecer um tratamento igual e humanitário a usuários, e a dificuldade de ressocializar e emancipar esses sujeitos, agora ganha novos aspectos problemáticos para lidar como o incentivo a comunidades terapêuticas, o desmonte da política de redução de danos, dentre outras investidas estatais para desarticular a rede de assistência a esse público.

A fase mais complexa do processo de recuperação é a Reabilitação Social, sendo o primeiro contato externo do dependente com a vida sem as drogas, quando o indivíduo se encontra em condições de regressar ao convívio social, percebendo as dificuldades da vida, da sociedade, buscando soluções para as situações que são apresentadas. (PEREIRA, 2008, p.3).

É de suma importância a participação da família no processo de recuperação e ressocialização dos sujeitos, pois a aceitação e a retomada de laços familiares além do seu auxílio no tratamento trazendo benefícios psicológicos, pode ser o diferencial em momentos de fragilidades e futuras recaídas dos usuários, porém é comum o rompimento de vínculos familiares com os mesmo, e esse processo de reestabelecer vínculos familiares pode ser lento e dificultoso.

Para uma melhor reatar esses vínculos familiares é de suma importância o fortalecimento das famílias, através da instituição de políticas sociais, com ações consistentes e programas que às atendam em suas necessidades integrais, numa perspectiva de totalidade, independentemente da forma que estejam configuradas, para o enfrentamento das questões inerentes à dependência de álcool e outras drogas.

Historicamente os indivíduos sempre se relacionaram com diversos tipos de drogas: estimulantes, alucinógenos, substâncias consideradas “depressoras” do sistema nervoso central, entre outras drogas, sendo uma tarefa praticamente inglória conceber uma sociedade sem drogas. Mesmo assim, contudo, do final do século XIX, ao longo do século XX e até o momento atual, houve uma mudança significativa na forma como a sociedade tem tratado as drogas. (MARTINS, 2011).

Mesmo que a relação com as drogas não seja novidade no meio das civilizações humanas recentemente ocorreram mudanças na visão como elas eram vistas, e quais eram vistas como drogas que o seus usuários precisariam de ajuda, por exemplo é fácil de se imaginar que famílias aceitassem na década de 60 em seu meio usuários de cigarro e tabaco, mas é praticamente inconcebível que essa mesma família aceitasse que essa pessoa usasse drogas como maconha ou crack.

O processo de ressocialização do sujeito é com certeza um dos maiores empecilho em seu tratamento, pois a sociedade tende a ver usuários e ex-usuários com visões distorcidas e preconceituosas, o que resulta em outra dificuldade que é a da inclusão desse público no mercado de trabalho, ressaltando um déficit das políticas públicas, voltada especificamente para inserção ou reinserção desse

público que sofre pela marginalização da sua condição e essas dificuldades podem afetar o psicológico dessas pessoas de forma a fazê-las perder uma perspectiva de um futuro profissional sendo "socialmente aceito" que é impossível a vida sem o uso das drogas.

Um dos grandes desafios encontrados por esses usuários é o de conseguir acessar as unidades de saúde, desde o básico até a alta complexidade como hospitais, esses por muitas vezes recusam-se a atender esse público, pois mesmo esses profissionais estando inseridos em uma política de saúde não estão capacitados para exercer a mesma por "desconhecer" as políticas de saúde mental e formas de atendimentos humanizados, deixando assim perpassar seus próprios preconceitos no trato com usuários. O direito à saúde pública então é negado para essas pessoas que não recebem um tratamento igualitário já garantido em lei.

Hospitais despreparados usam por justificativa a dificuldade no trato dos usuários de drogas em momentos de crise, se negando assim a prestar atendimento aos mesmos e encaminhando essas pessoas ao CAPS AD, onde o mesmo não tem suporte para receber pacientes em situações de surtos, o que acarreta um novo encaminhamento para uma UPA(Unidade de Pronto Atendimento) assim se configurando a dificuldade dessas pessoas encontrarem um atendimento de saúde. As barreiras encontradas por usuários de drogas na busca por atendimento de saúde são reflexo dos severos estigmas impostos aos mesmos pela sociedade, essa falta de humanização pelos profissionais da saúde no trato com os usuários corrobora para que o estigma persista e se mantenha vivo na sociedade.

Além de todos esses desafios a mudança de gestão no governo federal trouxe um novo desafio para que é o incentivo e a redirecionamento de verbas públicas a comunidades terapêuticas de cunho filantrópico onde seu trabalho é voltado para a questão estruturalista e tem cunho religioso pautados principalmente na premissa de que o trabalho dignifica o homem e na convivência em comunidade, nesses locais são realizados o uso das medicações, porém os usuários não recebem a atenção e tratamento que receberiam de profissionais treinados e capacitados que se encontram no equipamento público.

É no contexto da epidemia do HIV/aids que as abordagens de redução de danos ganham visibilidade em nosso meio e se tornam referência importante na atenção à saúde dos usuários de drogas especialmente na

Austrália, na Holanda, na Suíça e no Reino Unido. Esses países merecem destaque pela amplitude de ações desenvolvidas no campo da redução de danos, pela efetiva adoção dessa abordagem no âmbito da atenção à saúde aos usuários de drogas [...] (BRITES, 2006, p.81).

A aplicação de políticas públicas é de essencial valia, pois é de conhecimento geral que os usuários com o passar do tempo encontram cada vez mais barreiras sociais que dificultam vivenciar esse período de desintoxicação e ressocialização, e também é de suma importância analisar a questão do tempo como variável determinante para a saúde dos mesmos, uma vez que conforme o tempo avança maiores são os danos à saúde dos dependentes, provocadas pelo uso de drogas, mas também pelas condições vividas por esses usuários que muitas vezes vivenciam situações de rua, fome, falta de higiene, até situações mais graves como a contração de doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS.

CAPÍTULO II – COMPREENDENDO O PROCESSO DE ESTIGMATIZAÇÃO QUE RECAI SOBRE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

Em um primeiro momento, faz-se necessário um levantamento sócio-histórico acerca da problemática, perpassando pelas mais diversas culturas, sociedades, legislações e o seu viés de enfrentamento mediante aos quais ganham caminhos e ramificações de um “empreendimento clandestino” fonte geradora de grande lucratividade e proporcionalmente expressões de mazelas sociais oriunda de tal problemática.

2.1 - Dos rituais religiosos à estratégia de “fuga” as expressões da questão social.

A princípio faz-se necessário realizar uma contextualização sócio histórica acerca do uso das substâncias psicoativas (drogas) para compreender sua relação com a humanidade e como essa relação se moldou ao passar dos anos com as inúmeras mudanças pelas quais passou a sociedade, podemos compreender drogas pela definição dada pela OMS “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento”.

A relação da espécie humana com as substâncias psicoativas é tão antigo quanto a própria história da humanidade, porém as transformações societárias, no sistema produtivo, na cultura e a ascensão de religiões nas quais o uso dessas substâncias não fazia parte dos seus rituais, foram fatores que influenciam a mudança em seus significados em seus respectivos momentos históricos.

Na proporção em que a espécie humana foi evoluindo, a mesma foi dominando o uso é a manipulação de instrumentos e plantas, essas aos poucos foram sendo descobertos seus diversos "efeitos" diretos e indiretos sobre o organismo humano, sendo catalogados e organizados para a alimentação, o uso medicinal e também seu uso em rituais, e esses conhecimentos eram repassados geração a geração dentro das tribos nas quais os homens se organizavam.

Uma das primeiras impressões tidas pela humanidade sobre as plantas alucinógenas foi a de que essas seriam “divinas” que teriam propriedades de conectar os homens aos seus deuses ou até mesmo com os espíritos dos seus

antepassados, na maioria das religiões ameríndias o responsável por administrar esses rituais eram os pajés, essas pessoas realizariam uma série de rituais religiosos nos quais as substâncias alucinógenas eram parte fundamental.

Até os dias atuais ainda existem rituais religiosos que se utilizam de substâncias alucinógenas, como é o caso no Brasil da seita religiosa chamada o Santo Daime que surgiu no século XX na região amazônica, que oferece aos participantes do rituais um chá chamado Hoasca ou Ayahuasca produzido com uma mistura de plantas como o cipó-mariri (*Banisteriopsis caapi*), chacrona (*Psychotria viridis*), e uma série de outras plantas, esse chá produz efeito alucinógeno, e essa religião é tida como uma busca por autoconhecimento.(CAZENAVE; COSTA, FIGUEREDO, 2005).

Algumas substâncias encontradas na natureza ou sintetizadas em laboratório possuem propriedades psicoativas que serviram/servem a inúmeras necessidades humanas: tratar doenças; aliviar “sofrimentos” do corpo e da “alma”; alterar a disposição física e mental; melhorar o humor; controlar a ansiedade; regular o sono, o apetite; alterar os sentidos e percepção; estimular a criatividade e a sensibilidade; compor ritos culturais, religiosos, de interação social ou de convivência. (CFESS, 2017, p.08)

As substâncias psicoativas podem ser classificadas como naturais, que são utilizadas quando retiradas da natureza, como os cogumelos, e sintéticas, como o LSD, que são produzidas por humanos com a mistura de uma ou mais substâncias químicas.

“As drogas estão elencadas em três tipos básicos, as alucinógenas que modificam a atividade cerebral para que o mesmo tenha alterações sobre a realidade e produzem alucinações, as estimulantes que provocam a sensação de excitação e podem inibir sensações como fome, sono e cansaço, e as depressoras que diminuem a tensão emocional ao deixar o cérebro com sua atividade diminuída, um exemplo comum de droga depressora é o álcool.”(STRAUB, 2005, p 272).

Cada sociedade molda seus conceitos morais e os transforma segundo os padrões sociais que são postos, por isso muito se altera a ideia de quais são substâncias lícitas e quais são consideradas ilícitas. Pode se entender por drogas lícitas aquelas substâncias que não existem restrições legais acerca da venda e compra de tais, no Brasil drogas como o álcool, o cigarro, e uma série de remédios podem ser facilmente encontradas e comercializadas de forma legal, já drogas como

a maconha, o crack e o LSD que são proibidas a venda das mesmas, vetadas pelo inciso XLIII do artigo 5 da constituição Federal de 1988 que traz em sua redação “a lei considerará crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia [...] o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins[...]”.

O cigarro é um grande exemplo de substâncias psicoativa (SPA)¹ permitida, porém que ao longo do tempo sofreu inúmeras restrições, durante muito tempo era comum ver jovens fumando como tentativa de receber “status” dentro de seus grupos sociais, haviam em vários filmes cenas de pessoas fumando e propagandas de cigarro nas televisões.

Devido aos males causados pelo cigarro se fez necessário a proibição da exibição de propagandas publicitária por recursos audiovisuais, o veto à venda a menores de 18 anos e determinou-se que suas embalagens deviam alertar dos males que o mesmo poderiam trazer, o álcool, droga responsável por grande número de mortes principalmente no transito ainda tem sua venda e publicidade permitidas, tendo como única restrição a necessidade de trazer a frase “beba com moderação” e a proibição da venda para menores de idade. Atualmente se intensificou no Brasil nos últimos anos, uma série de campanhas publicitárias contra o fumo e a bebida que chamando atenção para o uso abusivo dessas substâncias, mesmo assim essas indústrias principalmente a bebida movimentam grandes quantias de dinheiro.

Os estigmas sofridos por usuários de cigarro, álcool e remédios de forma abusiva apesar de existirem não são tão severos quanto aqueles sofridos por dependentes de drogas ilícitas, pois a lei além do seu fator regulador ela também pode acabar influenciando o preconceito e a discriminação em desfavor daqueles que fazem uso ou são dependentes dessas substâncias.

Um caso a ser analisado é o dos ébrios habituais que são pessoas que consomem bebidas alcoólicas de forma imoderada por vício ou hábito sofrem consequências semelhantes aos dependentes de substâncias ilícitas.

Para analisar de forma mais ampla a questão da licitude pode se comparar o uso da maconha (*Cannabis sativa*) em dois países nos dias atuais como por

¹ . Dado os inúmeros sentidos (moral, político e ideológico) que circundam o termo “drogas”, a partir desse momento será utilizado o termo Substâncias Psicoativas ou as siglas- SPA ou SPA's, para indicar todos os produtos naturais ou sintético que ao ingeridos altere o sistema nervoso.

exemplo a Holanda, país europeu onde o consumo da mesma é liberado e regulamentado pelo Estado e seus usuários não sofrem com estigmas, e a Indonésia onde traficantes e usuários sofrem severas penas, podendo chegar até mesmo à morte por fuzilamento, portanto para compreender a licitude de uma substância é preciso levar em consideração uma série de fatores tais como tempo, cultura, período histórico, mentalidade da sociedade, e legislação.

No Brasil, onde apesar de o uso recreativo da cannabis ser tipificado enquanto criminoso e proibido conforme consta no ordenamento jurídico, na lei nº11.343 é, no entanto, permitido importar tal solução "o cannabidiol" para fins medicinais havendo rigorosos critérios para os mesmos. Porém, com o início de um movimento social intitulado de Marcha da Maconha em meados de 2007, tendo origem na cidade do rio de janeiro, que provocou e ganhou forças pois em um curto período disseminou-se pôr em diversas capitais do país. (MELO, 2018).

O movimento defendeu a luta antiproibicionista, a descriminalização e a liberação do uso da maconha o seu impedimento provocou a manifestação e protestos, aos quais foram considerado um atentado contrário ao direito constitucional que é a liberdade de expressão.

Recentemente, mais precisamente a partir de 2014 uma onda conservadora invadiu o país, o que se iniciaram como protestos pela diminuição do preço da gasolina e das passagens de ônibus logo culminaram com a eleição de um presidente que como o próprio se descreve é conservador nos costumes e liberal na economia.

No ano de 2019 com o início do mandato de Jair Bolsonaro logo pode-se observar a nítida devastação das políticas públicas no Brasil e a desarticulação de áreas importantes como o meio ambiente e as questões sociais em nome do combate à "frente comunista" criada em teorias conspiracionistas e amplamente difundidas, portanto é conveniente taxar todas as ideias sociais e que ajudem aos mais pobres, à classe trabalhadora e aos necessitados de "ideias socialistas" que devem ser exterminadas.

Frente a tempos tão extremos e conturbados a ideia de segregar dependentes químicos e reduzir a assistência aos mesmos é insuflada por discursos de ódio as minorias e atitudes de influentes líderes políticos e que ecoam por toda a sociedade, contribuindo assim para o distanciamento desses usuários da própria

comunidade ignorando a problemática e as consequências, excepcionalmente aos danos psicológicos, a marginalização dos sujeitos que “eram para serem enxergados como sujeitos de direito pelos tidos representantes políticos”.

Em meio a tantos retrocessos e ataques à classe trabalhadora, é nítida o quão importante a mobilização em defesa dos direitos sociais e constitucionais, que cada profissional deve lutar para efetivar de fato e direito, principalmente para os Assistentes Sociais, Psicólogos, Enfermeiros dentre outros profissionais que lidam diariamente com as dificuldades que é se trabalhar com e nas sucateadas políticas públicas brasileiras, voltadas à dependência química.

Por isso, faz-se necessário questionar, o modo como se construiu a política sobre drogas no neste país, e como foram retrógrados o seu respectivo desenvolvimento e a manutenção em meio esses avanços neoliberais de cunho conservadores, onde o aparelho estatal, em meados do século XX atuando meramente no âmbito judicial e proteção da ordem pública.

As primeiras intervenções do governo brasileiro na área ocorrem no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública no país (MACHADO e MIRANDA, 2007, p. 803).

Este caráter proibicionista e regulador que o estado assume, volta-se para controlar o uso e o mercado da venda ilícita de substância químicas, tornando-o proibido e criminalizado.

Proibicionismo é uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Seus desdobramentos, entretanto, vão muito além das convenções e legislações nacionais. O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/ positivas e ilegais/ negativas. Entre outras consequências, a própria produção científica terminou entrincheirada, na maior parte das vezes do lado “certo” da batalha, ou seja, na luta contra as drogas¹. O proibicionismo não esgota o fenômeno contemporâneo das drogas, mas o marca decisivamente.(FIORE,2012, p.9).

A partir do fortalecimento desse viés proibicionista repercute diretamente na relação com a própria substância e as suas ações que vão contra as legislações vigente, pois as mesmas não impedem a criação do “comércio” clandestino, pois

torna-se muito lucrativo para os que estão à margem da legislação e das políticas de saúde e assistência que não conseguem chegar aos usuários e dependentes, porém essa demarcação torna os vulneráveis ainda mais vulneráveis.

É importante ressaltar que este posicionamento não advinha, somente do estado brasileiro, era um pensamento comum em diversos outros países que reforçados e influenciados por deliberações e acordos realizados em convenções/conferências internacionais, em especial as da Organização das Nações Unidas (ONU), ou seja o caráter central das discussões mundiais, estava pautado nos sujeitos de direito e os rebatimentos negativos na vida social, afetiva e trabalho ou em políticas públicas que surtiram efeitos positivos, sobre as mazelas sociais que estavam tentando "jogar para debaixo do tapete" mais uma vez, os usuários eram direcionados às prisões, onde a exclusão do convívio social tida como o meio mais viável.

Somente a partir das décadas de 1970 a 1980 que são criados diversos dispositivos para prestar assistência aos usuários de substâncias psicoativas, como por exemplo, os hospitais psiquiátricos, onde passam a ser considerados o local adequado para o "tratamento", partindo de princípios de punitivos e a recuperação para prover a salvação. Esses dispositivos se inserem em um cenário assistencial esvaziado e de difícil acesso, constituindo-se naquele período como o único recurso terapêutico disponível para uma grande parcela de usuários de drogas (ALVES, 2009).

Essa reabilitação criminalizada e repressiva ofertada pelo estado era uma resposta, ao grande contingente de usuários de drogas ousando dizer que uma resposta minimalista e paliativa. Somente nos finais dos anos 1990 e início dos anos 2000 é que as discussões sobre a Política de Drogas no Brasil ganham certa visibilidade e passam a ser reconhecidas no âmbito das políticas de saúde e de drogas (BRITES, 2015).

Foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à então Casa Militar da Presidência da República. A SENAD foi criada pela Medida Provisória n.º 1.669 e pelo Decreto n.º 2.632, de 19 de junho de 1998 (BARCELLOS, 2018, p. 5).

Perpassando por momentos burocráticos para enfim a construção de uma política direcionada e específica a essa problemática. No decorrer dos seus primeiros anos a Política Nacional Antidrogas e a temática da mesma, mantiveram-se em pauta, onde surge com ela a necessidade de aprofundar-se nesse assunto levando em consideração as transformações societárias pelas quais o mundo vinha passando.

Com isso, no ano de 2004, foram realizado a atualização da política, através de fóruns regionais e nacional, bem como seminário Internacional, com a intensa participação popular, alterou-se a nomenclatura da política passando a chamar-se Política Nacional Sobre Drogas (PNAD), onde fora aprovada em 23 de maio de 2005, posta em vigor em 27 de outubro mesmo ano, por meio da resolução nº3/GSIPR/CONAD.

Onde a partir dessa resolução foram estabelecidos os fundamentos, objetivos, diretrizes e as estratégias disponíveis para a redução da demanda e da oferta de drogas e para que possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. Todo esse processo resulta em importantes conquistas e transformações históricas na abordagem e na relação do homem e a questão do uso das substâncias psicoativas.

Pensar política de drogas é também falar de Política de Saúde, assistência social, segurança pública, judiciário, trabalho, raça, gênero, distribuição de renda. As políticas de drogas ainda são pensadas no tripé segurança pública, saúde e justiça criminal, de maneira desarticulada com as realidades locais. Se entendemos que o varejo de drogas é também uma maneira de geração de renda, o investimento das políticas públicas deveria focar em políticas sociais de geração de renda e erradicação de desigualdades. Dedicar, por outro lado, o orçamento em mecanismos de cerceamento de direitos é perpetuar desigualdades sociais. Hoje, o investimento maciço do Estado em polícia, armas e cadeia serve primordialmente para perpetuar e aumentar as atrocidades cometidas em nome da guerra às drogas à parcela mais vulnerável da população. (SESTOKAS e OLIVEIRA, 2016, S./D.)

Porém, tal evolução ainda persiste traços conservadores, pois tais consensos das Políticas Públicas sobre as drogas, Políticas Nacionais, bem como, as Legislações, estão em constantes tensões com as disputas de interesses políticos/partidários e a guerra proibicionista, que por esses e inúmeros fatores envoltos a esses processo, perde-se do cerne da questão o processo pelo qual

prover a reabilitação e ressocialização consiste em qualidade de vida para esses sujeitos e suas famílias.

2.2 - As substâncias psicoativas: um “empreendimento” lucrativo.

É sabido que a relação entre o homem e as drogas é anterior ao surgimento do sistema capitalista, porém o meio de produção capitalista transforma e repercute nas relações humanas, valendo-se desse aspecto e a correlação com as drogas, ao passo que o sistema atem-se apenas ao consumo de bens, produzindo a sensação de frustração naqueles que não conseguem acompanhar o rápido processo de avanço tecnológico, promovido por fortes campanhas publicitárias, que a cada dia inventa e reinventa produtos e serviços, ou até mesmo criando a impressão que o homem é cada vez mais “máquina” que sua utilidade é apenas a de ser mais uma engrenagem no enorme processo produtivo.

Nossa sociedade, organizada nos moldes capitalistas, responsáveis pela crescente desigualdade social, também se configura no cenário de uma tendenciosa mudança de valores, voltada para a competitividade, individualismo, estética e consumo. Em uma sociedade regida pelos imperativos de consumo, o uso de drogas é considerado a maximização de oportunidades de obtenção de prazer e a evasão de sofrimentos para indivíduos que buscam soluções que são meras tentativas de escape, apesar de tal atitude estar embutida pela faceta de contestação e/ou transgressão às normas vigentes. Uma análise antropológica da sociedade ocidental pós-moderna mostra que essa tem preconizado, nos últimos tempos, a maximização da vida, a exacerbação da sensualidade e a intensificação do prazer; e é nesse contexto que se enquadra o surgimento de drogas cada vez mais potentes e a complexidade do uso abusivo de substâncias psicoativas (SOUZA, KANTORSKI, MIELKE, 2006, p. 02)

Sabe-se que o uso de substâncias psicoativas não tem uma causa única, podendo se manifestar por questões emocionais, somados, agravados ou desencadeados por dificuldades financeiras, relações familiares conflituosas, fragilização nas relações interpessoais no ambiente de trabalho que é explorador da força de trabalho, no âmbito familiar ou social, bem como, inúmeros outros fatores, que para lidar com essas situações de constantes pressões, cobranças recorrem ao uso de drogas, como uma "válvula de escape", uma fuga rápida de uma realidade, que o remete a sofrimento ou aprisionamento, encontrando assim não uma solução, mas uma porta de fuga para um sistema que oprime e aprisiona o ser.

As motivações para o uso de psicoativos (drogas) respondem, assim, a inúmeras necessidades sociais. Motivações que são socialmente determinadas e que transformam o modo como os indivíduos sociais se “relacionam com os diferentes psicoativos (naturais ou sintéticos), alterando seu significado e padrões de consumo (CFESS, 2017, p.7)

Tais as necessidades sociais são as mais complexas e diversificadas, assim como, as suas finalidades transformam-se de acordo com o contexto histórico, podem também prevalecer, pois desde as práticas ritualísticas de cunho religioso, ao uso terapêutico perpassando ao lúdico e a busca pelo prazer, tornam-se vigente na sociedade contemporânea.

Com o amadurecimento do sistema capitalista as SPA's passaram a ser fonte geradora de grande lucratividades, não tendo mais o sentido somente religioso, mas o sentido de mercadoria capaz de movimentar enormes quantitativos de dinheiro originando surgimentos dos grandes carteis de drogas e o narcotráfico, a interiorização das facções criminosas o Primeiro Comando da Capital (PCC), comando vermelho, Guardiões do Estado (GDE) e etc.

Um dos grandes “empreendedores” do ramo das drogas foi o colombiano Pablo Escobar que se tornou um dos homens mais poderosos do mundo graças ao tráfico de drogas. Esse processo é chamado por Marx (1996) na sua obra O capital de “Fetichismo da mercadoria” onde uma mercadoria apresenta seu valor de acordo com seu valor de troca.

A relação capitalismo e o uso de drogas foi uma questão geradora inclusive de guerras, como a que ficou conhecida como I Guerra Do Ópio (1840-1860) como cita Jansen (2007) “O comércio de drogas esteve vinculado à expansão internacional do capitalismo e também na sua expansão militar colonial”, a Guerra do Ópio culmina quando os Colonialistas Ingleses buscavam produtos que fossem lucrativos para a venda no comércio chinês, encontrando assim o ópio que teve seu uso medicinal substituído pelo uso recreativo como droga, mesmo com a proibição da venda do mesmo em territórios ingleses os britânicos mantiveram o comércio de ópio para a China como forma de obter lucros, o que gerou no governo chinês uma grande insatisfação.

A guerra do Ópio teve seu estopim quando o governo chinês confisca caixas de Ópio no porto de Cantão, atitude essa entendida pelos ingleses como

crime contra a propriedade privada o que desencadeou uma guerra entre os dois países.

O sistema capitalista permite o consumo de drogas legais como o álcool que aproveitando-se das fragilidades psicológicas geradas por traumas advindos das relações sociais, mas também da relação de opressão imposta pelo próprio sistema, o campo da publicidade cria a ideia que o ser estará mais feliz quando está sob o efeito do álcool, e que o mesmo o faz esquecer ou amenizar seus problemas, o que leva indivíduos a colocarem o álcool como forma de escapar das pressões e frustrações do cotidiano.

Ao passo que a sociedade aceita em seu meio o uso de bebidas alcoólicas e a busca uma “limpeza pública” que visa retirar usuários de drogas ilícitas de ambiente como praças e ruas que são de uso público, tendo como atitude higienista para justificar uma visão conservadora e preconceituosa sobre tal problemática, usufruindo de algo que camufla e não trata como um problema real de saúde pública intensificada e inflamada por mazelas que são gestada e aplicadas a uma lógica de que só existe o problema se ele estiver ao alcance dos seus olhos é como jogar o lixo para baixo do tapete, porém esse “lixo” são vidas de milhares pessoas que para o estado serem descartáveis, a medicação que nega-se a tratar mazela que atinge não somente ao sistema de saúde mais aos cidadãos brasileiros.

A educação deficiente, a impossibilidade de proteger os mais jovens contra essa tentação, a frequente influência direta de pais alcoólatras [...] **a certeza de esquecer, ainda que por algumas horas de embriaguez, a miséria e o peso da vida** – esses e cem outros fatores que operam tão fortemente não nos permitem, na verdade, censurar aos operários sua inclinação para o alcoolismo. Nesse caso, o alcoolismo deixa de ser um vício de responsabilidade individual; torna-se um fenômeno, uma consequência necessária e inelutável de determinadas circunstâncias que agem sobre um sujeito que – pelo menos no que diz respeito a elas – não possui vontade própria, que se tornou – diante delas – um objeto; aqui, a responsabilidade cabe aos que fizeram do trabalhador um simples objeto. (ENGELS, 1845, p.142) (*grifos nossos*)

Já na Inglaterra de 1845 Engels se depara com o problema do abuso do álcool e trata a questão como uma saída encontrada pelos trabalhadores para suportarem as duras penas impostas pelo sistema (tratadas também na obra, como a alimentação pobre dos operários, as longas jornadas de trabalhos exaustivos e as frequentes epidemias) que realiza a objetificação do trabalhador, fazendo que o

mesmo exista apenas para o trabalho e que esse seja exaustivo, tornando a vida insuportável e necessitada de uma escapatória da realidade.

Ainda que não haja um modelo de política de drogas pronto que seja possível seguir de olhos fechados, já é possível notar que perpetuar uma política construída com base em dicotomizações entre pessoas usuárias e “traficantes” resulta na perda de direitos para algum grupo, notadamente para pessoas que trabalham com o varejo de drogas. É necessário questionar para quem e para quem serve a política de drogas e pensar em propostas que vão além da manutenção do panorama que a gente já tem hoje: uma guerra às drogas que resulta em políticas militarizantes, higienistas, genocidas e encarceradoras de populações marginalizadas. A guerra às drogas nada mais é do que mais uma guerra às e aos pobres. (SESTOKAS e OLIVEIRA, 2016, S./D.)

Porém, alguns países abordam as substâncias psicoativas de forma flexíveis das apresentadas ao longo dessa discussão, como é o exemplo da Itália, Holanda, Alemanha, Espanha, Suíça e Portugal ambos tem em suas legislações a descriminalização da cannabis para o uso medicinal, já que foram comprovados os benefícios da mesma para algumas doenças, porém á ressalvas quanto ao uso recreativo algumas restrições, peculiares referentes a cada país, como o consumo em público, ao posse, cultivo e ao teor de THC (Tetra-HidroCarbinol ou Tetra-Hidro-Canabinol) que é um dos principais componentes da cannabis ou maconha popularmente conhecida.

Pode-se observar que países europeus apesar de sua proximidade geográfica e socioculturais tem variações significativas ao tratar dessa temática, bem como, países que são adversos ao modelos flexíveis como é o exemplo da China, Emirados Árabes Unidos, Japão, Vietnã, Coreia do Norte, Cingapura, Indonésia, Irã dentre outros, que adotam medidas e punições severas contra o uso e o porte de substâncias químicas, estas estão pautadas em prisão compulsórias em centros de reabilitação ou em presídios comuns, com penas inafiançáveis que variam entre anos de prisão a execuções públicas, sem mencionar ser castigado e humilhações como 50 chibatadas por fumar um cigarro em público o que torna um descaso e uma violação aos direitos humanos.

Contudo tais variações relacionadas ao trato dos dependentes de substâncias, resultam em políticas públicas totalitária, higienista, excludentes e marginalizadora que corrobora com o processo de encarceramento desse público socialmente excluído, caminhando na contra mão do processo que deveria

proporcionar atenção integral, continuada no cuidado, na proteção dos usuários e seus familiares, uma política baseada na totalidade que proporcione o acolhimento e a superação dessas mazelas sociais.

Outro fator primordial encontra-se em analisar a identidade desses usuários, o público-alvo nesse processo e modelos de enfrentamento da política de drogas pois, torna-se visível que o modelo autoritário no combate a esta problemática fracassou, o viés proibicionista corrobora com o aumento dos índices da população carcerária, não somente no Brasil mais no mundo, para além de ser uma política custosa não somente financeiramente falando mais os custos e danos sociais elevadíssimos, pois uma política hostil não possibilita a ressocialização e a integração dos sujeitos que necessitam de medidas que qualifique, reinsira ao mercado de trabalho, assim como, ações que ajudem a informar e coibir o preconceito e estigmas que recaem sobre os usuários de substâncias psicoativas, conforme está pautado em forma de lei uma vez que seu caráter educacional molda e transforma a personalidade de uma sociedade.

CAPÍTULO III – DESVELAR AS INFERÊNCIAS AS QUAIS REPERCUTEM SOBRE A SOCIABILIDADE DOS SUJEITOS.

Neste último capítulo denotam-se os aspectos metodológicos traçados para esclarecer a aspiração idealizada a partir desse estudo, e posteriormente culminar na elucidação dos resultados e discussões que alicerçam a presente discussão.

3.1 - Tessitura metodológica da pesquisa.

Para galgar o melhor desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso e compreender da realidade estudada, faz-se necessário um percurso metodológico sólido para analisar a conjuntura atual o desmonte das políticas públicas em sua complexidade como repercute na sociedade e para os dependentes de substâncias psicoativas, buscando explorar os estigmas sofridos pelos mesmos decorrentes dessa prática. Bem como pontuar os desafios no processo de conduzir a ressocialização dos dependentes de substâncias psicoativas, e na afirmação dos direitos sociais.

Conforme análise dos levantamentos feitos ao decorrer do trabalho percebe-se que muitos equipamentos públicos estão sucateados e existência de alguns profissionais do meio desprovidos de capacitação técnica, esses dificilmente poderão atuar de forma humanizada para com os usuários, e de analisar a complexidade da relação bilateral entre o indivíduo e a sociedade, assim como para compreender a problemática.

Para compreender a situação desses usuários deve-se considerar os mais diversos aspectos, que vão desde as causas que levaram os mesmos a tal condição de vulnerabilidade, encontrando meios que viabilizem o andamento do tratamento tendo em vista a ressocialização do mesmo, que pode ser considerada a parte fundamental do processo.

As abordagens escolhidas para subsidiar esse processo foram a pesquisa qualitativa por meio do método de observação participante e o estudo bibliográfico, aos quais subsidiaram a análise dos resultados sob o materialismo histórico dialético. A pesquisa bibliográfica, traz o aporte mediante materiais encontrados em

livros, sites, e artigos relacionados à temática, tendo por finalidade dar embasamento teórico acerca dos temas aqui tratados, buscando compreender de forma clara e concisa o objetivo proposto. A pesquisa bibliográfica é uma das etapas de um processo investigativo, como a importância e cautela na escolha dos matérias e autores conceituados da área aos quais serviram de base e para nortear a forma de analisar a problemática trabalhada tornam-se cruciais.

Através das considerações expostas, é possível afirmar que para a realização de uma pesquisa bibliográfica é imprescindível seguir por caminhos não aleatórios, uma vez que esse tipo de pesquisa requer alto grau de vigilância epistemológica, de observação e de cuidado na escolha e no encaminhamento dos procedimentos metodológicos. Estes, por sua vez, necessitam de critérios claros e bem definidos à medida que se constrói a busca por soluções ao objeto de estudo proposto. (MIOTO e LIMA, 2007, p. 44).

Outra fonte a qual foi utilizada é a pesquisa qualitativa utilizada a técnica observacional participante, na qual chega-se ao conhecimento de acontecimentos da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo, ou seja, partilhando da vivência com os observados. Sendo assim o convívio direto com o grupo estudado é de suma importância para entender como um todo a complexidade de determinado fenômeno.

A observação participante inscreve-se numa abordagem de observação etnográfica no qual o observador participa ativamente nas atividades de recolha de dados, sendo requerida a capacidade do investigador se adaptar à situação. (PAWLOWSKI, ANDERSEN, TROELSEN e SCHIPPERJIN, 2016, p. 724)

A técnica de observação participativa exige que o observador conviva com os observados recolhendo dados a partir da convivência, dados esses que seriam por outras metodologias de pesquisa de difícil acesso, e exige a ideia de como “filtrar” o que no cotidiano do ambiente estudado é considerado relevante para a temática abordada.

A abordagem da observação participativa foi possível graças a inserção artificial no meio pesquisado, essa inserção se dá quando o pesquisador se integra ao grupo observado de forma artificial, ou seja, o observador passa a integrar para fins de pesquisa um grupo que ele originalmente não pertencia.

A observação participante foi possível devido a minha experiência pessoal vivenciada durante o estágio supervisionado no CAPS AD III da cidade de Juazeiro do Norte-CE, onde tive a oportunidade de convívio direto com a população usuária do equipamento social de dependência de substâncias psicoativas, portanto pude observar como sujeito participante e agente de mudança na posição de assistente social, estudando as características subjetivas da realidade social vivenciada pelo grupo.

Os dados obtidos foram tomados por meio da troca de experiências e vivências com usuários, ouvindo suas histórias e observando as nuances enfrentadas por esses cidadãos no convívio com a sociedade, sendo assim esses dados foram obtidos de forma participante por meio do convívio, para fins jurídicos todos os dados e experiências particulares foram omitidos para segurança dos usuários obedecendo à resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016.

No decorrer de tal experiência oportunizada pelo estágio supervisionado ao qual propicia adentrar e conhecer a realidade estudada mais detalhadamente acompanhar a vivência diária, as dificuldades e as peculiaridades tanto dos serviços ofertados pelo equipamento, quanto a partilhar da vivência do público-alvo.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GOLDENBERG, 1997, p. 34).

Para a obtenção de resultados mais concisos é de suma importância a separação dos preceitos, do senso comum e de preceitos pessoais para que a pesquisa possa assumir valores subjetivos de forma impessoal à visão de quem observa, e compreender por uma análise impessoal pautada na ótica do Serviço Social.

O método de análise dialético busca o aprimoramento de novas estratégias de investigação social sobre uma nova perspectiva crítica, tornando-o fundamental

para a compreensão da realidade estudada, aos quais buscam analisar e desvelar as mazelas sociais fruto amargo das expressões da questão social.

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. Por outro lado, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma. (GIL, 2008, p.14).

A profunda compreensão dos materiais escolhidos no levantamento mediante a interpretação possibilita a reflexões sobre as relações entre a sociedade e os dependentes químicos e esse conhecimento resultante por fim confrontado com a realidade vivenciada por esses indivíduos possibilita uma compreensão universal e clara sobre a problemática proposta como um todo.

3.2 - Resultados e discussões.

No transcorrer do presente trabalho foram elencados percurso ao qual origina-se a Política de Saúde no Brasil, e no mundo os seus descaminhos e as suas particularidades aos quais alicerçam as bases de uma Política de Saúde aos moldes que conhecemos na atualidade.

A descrição e intensão de abordar sobre cada período histórico as suas práticas voltadas para cuidados com a saúde, levando em consideração fatores culturais, econômicos, sociais e religiosos em desvelar as distinções diante de cada ambiente, cada contexto em diferentes sociedades, buscando compreender os processos, as ações que trouxeram influências, contribuições ou expiraram de mudanças e superação desses momentos históricos até a modernidade.

Compreender a contextualização sócio-histórica da Saúde Mental para oportunizar a traçar um paralelo com os dilemas da atual conjuntura, pois tempos obscuros circundam o âmbito da Políticas Públicas no Brasil, mais especificamente a Saúde Mental e a Política Nacional de Drogas, pois para além de enfrentar os problemas que vinha sofrendo no decorrer dos últimos anos como o preconceito, os estigmas, a dificuldade de promover a ressocialização e a emancipação desses sujeitos de direitos.

Inúmeros são os ataques e as reformulações que fragilizam ainda mais essa política de drogas, dentre elas uma maior destinação de recursos financeiros a entidades de cunho filantrópico, o retrocesso a modelo hospitalocêntrico, bem como, a desconstrução e a descaracterização da gravidade da problemática, pois tais medidas incidem diretamente sobre o público-alvo dessa política.

A atitude epistêmica dessa ruptura e a intenção de integrar subjetividade e objetividade não bastam para fundamentar uma visão de realidade social. Estruturas, instituições, grupos, habitus, práticas, papéis, identidade, podem se amalgamar em uma afirmativa que parece unir a todos: o social é uma construção. (LIMA; CAMPOS, 2015, p.65).

Para analisar o processo de estigmatização que recai sobre os usuários de substâncias psicoativas, faz-se necessário compreender a relação do homem com a própria substância e como a mesma mudou ao longo do percurso histórico para que assim o possa compreender e discutir os mais variados aspectos da dependência substâncias psicoativas e as suas consequências sobre a sociabilidade dos mesmo, pois elementos determinantes como os agrupamento dos indivíduos, o modo de vida, a profissão, alinham e assemelham pensamentos os configurando e refletidos na sociedade, tal ideologia está expressa no levantamento sócio-histórico oriundo da própria problemática.

Outro fator a ser destacado é a evolução da relação entre homem com as substâncias químicas, e as modificações nas legislações e da própria política assumindo um caráter proibicionista e regulador estando intrinsecamente ligado ao papel assumido pelo estado voltado a controlar o uso e o mercado da venda ilícita de substância químicas, tornando-o proibido e criminalizado.

Entres as produções teóricas mais críticas, destacam-se aquelas que incorporaram perspectiva da Saúde Coletiva, da Criminologia Crítica e as que se enfeixam no denominado campo antiproibicionista. Ainda assim, mesmo concordando com a crítica pertinente à ideologia da "Guerra às Drogas", ou seja, com a crítica com o proibicionismo, na maioria das vezes dos desdobramentos éticos e político das análises encontradas em algumas dessas produções, uma vez que partimos de uma concepção de homem e de sociedade diversa. (BRITES, 2017, p.30).

Mediante tais fatos questionar a forma como se construiu a política sobre drogas no Brasil, e como foram retrógrados o seu respectivo desenvolvimento de

caráter evolucionista e a forma como se mantém em meio esses avanços neoliberais de cunho conservadores, onde o aparelho estatal é atuante e mantenedor um viés proibicionista que segrega mais que promove o acolhimento dos dependentes de substâncias psicoativas.

Ao propor uma sociologia do gosto, Bourdieu (1979) privilegia a análise de disposições e de julgamentos estéticos, considerando-os produto de lutas entre grupos sociais. De acordo com o autor, o gosto (preferências manifestadas) é o princípio do que temos e do que somos para os outros, do para que nos classificamos e somos classificados. É a afirmação prática de uma diferença reconhecida, sobretudo na aversão por estilos de vida diferentes, que se constitui em uma forte barreira entre as classes. Em tantos espaços de preferências e universos possíveis de estilos – águas minerais, vinhos, carros, jornais, locais para férias, móveis, decorações de casas e de jardins, programas políticos –, traços distintivos expressam diferenças sociais, conduzindo à busca da distinção.(LIMA;CAMPOS,2015,p.67).

Tais variações tornam-se, ainda mais cruéis quando se trata de dependentes de substâncias químicas, pois segregam e excluem atuam na contramão do processo que deveria proporcionar a reabilitação e ressocialização que para esses sujeitos e seus familiares significa uma melhor qualidade de vida, esses simbolismo são agentes determinantes que legitimam e classificam a forma com que os usuários dessa Política Pública se veem e se reconhecem nesse processo ao qual estão inseridos.

Os usuários de substâncias psicoativas vivenciam percalços que vão desde de os impactos que o uso de tais substâncias causam no seu organismo, a implicações e repercussão a sociabilidade dos mesmos, bem como o distanciamento do seu círculo social, o que reverbera sobre os seus familiares que sofrem juntamente com o mesmo.

A ótica sobre a qual sociedade avalia e julga, de forma condenatória tais indivíduos acometidos por uma dependência, sobre um pedestal alicerçado de preconceitos e estigmas, que por vezes corroboram com o processo segregação de tais indivíduos, para além de todos esses quesitos mencionados os mesmo, ainda encontram barreiras para adentrar nas próprias políticas públicas, como a de saúde mental que encontram-se fragmentadas e defasadas ocasionado pelo desmontes de direitos que deveriam ser provido pelo aparelho do estatal que é um Estado omissos no cumprimento dos seus deveres enquanto provedor e mantenedor das condições mínimas a existência do seu povo.

Uma visão dialética do homem e de seu mundo histórico-social implica conceber a realidade social como efetivo espaço de luta de classes, no interior da qual se efetua a educação, rejeitando a impositividade da dominação, como o espontaneísmo das classes dominadas [...]. Indicar o real como contraditório significa fornecer armas teóricas ao movimento de superação da sociedade capitalista. A ocultação desse caráter implica justificação teórica do existente.(CURY, 1986, p. 13)

A busca incessante pelo poder, é legitimando por ideologias, pela opressão, o preconceito, dentre diversas outras formas de mecanismo de dominação que são construídas para serem absorvidas e para assim orientar a percepção humana repercutindo na forma como os sujeitos sociais se veem e reconhecem mediante esses espaço conflituoso que é a luta de classes, ambiente propicio para a libertação das amarras da dominação e opressão.

o conceito solidariedade social, procurou mostrar como se constitui e se torna responsável pela coesão entre os membros dos grupos(...)Para tanto, levou em conta a existência de maior ou menor divisão do trabalho. Segundo o autor, possuímos duas consciências: "Uma é de comum com todo nosso grupo e, por conseguinte, não representa a nós mesmos, mas a sociedade agindo e vivendo a nós. A outra, ao contrário só nos representa no que temos de pessoal e distinto, nisso é que faz de nós um indivíduo. Em outras palavras, existe e nós dois seres: um, individual, "constituído de todos os estados mentais que não se relacionam se não senão conosco mesmo e com os acontecimentos de nossa vida pessoal", e outro que revela em nós a mais alta realidade, "um sistema de idéias, sentimentos e hábitos que exprimem nós(...) o grupo ou os grupos diferentes de que fazemos parte; tais como crenças religiosas, as crenças e as práticas morais, as tradições nacionais ou profissionais opiniões coletivas de toda a espécie.(QUINTANEIRO; BARBOSA, OLIVEIRA, 2003, p.77)

Esse fruto amargo gerador de um nivelamento de consciências coletiva, em um país como o Brasil, constituído pelos os mais diversos grupos étnicos e culturais, rico em diversidade e apesar disso, ainda possui os mais gritantes índices de intolerância, violência e segregação expresso de forma silenciosa, sorrateira e velada. Os grupos que compõem tais minorias sofrem com essa violação estrutural em moldes não apenas de uma sociedade, mas consolidada por governos ou desgovernos para combinar mais com o teor das políticas propostas pelos mesmos, contribuindo e alicerçando os constituintes da historicidade brasileira.

Reforçada pela imposição de uma ideologia massificadora fabricadas culturalmente pela própria indústria cultural, fortalecida e legitimada por um estado omissor em prover uma saúde digna e igualitária tem serias implicações e

rebatimentos sobre as mazelas sociais, que são fruto das expressões da própria questão social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse trabalho de conclusão de curso em analisar complexa realidade que circunda a dependência de substâncias psicoativas e quais os rebatimentos para a sociabilidades dos sujeitos. Com o intuito de fazer um vislumbre sobre processo sócio histórico a conjuntura atual, a qual o desmonte da política Nacional de Drogas em sua complexidade repercute na sociedade e para os dependentes de substâncias psicoativas.

Explorando aspectos que limitam a política pública no que tange ao desafios de conduzir o processo de ressocialização dos dependentes de substâncias psicoativas, e na afirmação de tais direitos sociais, em meio ao desmonte das Política de Drogas, que incidem diretamente não somente no sucateamentos dos bens e serviços, e geração de barreiras que limitam o acesso da população que necessitam dos mesmo, mas ao fortalecimento dos estigmas sociais que incidem a essa população. Articulado os ganhos financeiros oriundos de um comércio clandestino tornam-se fonte geradora de percas na saúde pública.

No percorrer do estudo esclarecem que as hipóteses que norteiam o início do mesmo, foram confirmadas pois ao estado ao assumir um viés proibicionista e corroborar com o esfacelamento políticas públicas, assume diretamente que promover o tratamento não promove a ressocialização, emancipação ou a superação das condições enfrentadas pelos usuários de substâncias psicoativas, não compreende a complexidade da relação bilateral entre indivíduos e sociedade.

Mediante a pesquisa para esse estudo possibilitou um diálogo sobre a gêneses problemática e a importância que esta discussão podendo proporcionar visibilidade a esses indivíduos, por vezes são socialmente excluídos e segregados, ignorando assim os fatores deste distanciamento causa sobre a vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Warllon de Souza. **A questão das drogas no capitalismo contemporâneo: um debate ao Serviço Social**. Carangola (MG), Revista Serviço Social em Debate, ano 01, n. 01, 2018

BARCELLOS, Warllon de Souza. **Políticas nacional de drogas: um objeto de intervenção ao serviço social brasileiro**. Vitória (ES), XVI Encontro de pesquisadores em serviço social, 2018

BARD ND; ANTUNES B; ROSS CM; OLSHOWSKY A; PINHO LB. **Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24:e2680

BISNETO, José Augusto, ALVES, V. S. **Serviço social e saúde mental Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas**. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009

BRASIL. **Art. 5 da Constituição Federal de 1988**, Brasília, DF, 1988

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad**. Brasília, DF, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa / Ministério da Saúde**, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016:

BRITES, C.M. **Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos**. São Paulo, Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006

BRITES, Cristina Maria. **Política de Drogas no Brasil: usos e abusos**. In: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça proximidades e opiniões**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015

CARNEIRO, Henrique. **Drogas a história do proibicionismo**. Brasília, Autonomia Literária, 2019

CFESS. **O estigma do uso de drogas**. Brasília, Série assistente social e combate ao preconceito, 2017

CONAD. Resolução CONAD nº 3, de 27/10/2005. **IPI incidente sobre os produtos que menciona**, Brasília, DF, 2005.

COSTA, M.C.M.; FIGUEIREDO, M.C.; CAZENAVE, S.O.S.. **Ayahuasca: Uma abordagem toxicológica do uso ritualístico**. Rev. Psiqu. Clín. 32 (6); 310-318, 2005

CRONOLOGIA HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA. **Funasa- Fundação Nacional da Saúde**, 07 de ago. de 2017. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em: 29 mar. 2019

CURY, Carlos R. Jamil. **Educação e contradição**. São Paulo: Cortez, 1986

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**; tradução B. A. Schumann; supervisão, apresentação e notas José Paulo Netto. - [Edição revista]. - São Paulo: Boitempo, 2010. 388p.: il. - (Mundo do trabalho; Coleção Marx-Engels)
FIORE, Maurício. **O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas**. Revista Novos Estudos, ano 2012, edição 92, pp. 9-21

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social – 6ª edição**. São Paulo, Editora Atlas, 2008

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro, Record, 1997.
JANSEN, Ney. **Drogas, imperialismo e luta de classes**. Maringá, Revista Urutágua, nº 12, 2007.

LAIKOVSKI Giana Carla. **O uso de drogas e o proibicionismo**. São Luiz, VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2016

LEITE, Marcos da Costa. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependências de substâncias psicoativas**. Brasília, Gabinete de segurança institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 1999

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Florianópolis, Rev. Katálysis, vol.10, ed: esp, 2007.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Revista Hist. cienc. saúde-Manguinhos, vol.14, no.3, 2007.

MARTINS, Vera Lúcia. **Mal(ditas) drogas: um exame dos fundamentos socioeconômicos e ideopolíticos da (re)produção das drogas na sociedade capitalista**. São Paulo, Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

MARX, K. **O Capital. Livro Primeiro**. Tomo 1. 3ª ed. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

MELO, Gabriel Pimentel de. **Marcha da Maconha: Antiproibicionismo e luta contra a estigmatização (2007-2012)**. Universidade Federal de Uberlândia - instituto de história, Uberlândia, 2018

MEMÓRIA DA LOUCURA. **CSS- Centro Cultural da Saúde**. Disponível em:< <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/apresenta.html> >. Acesso em: 28 mar. 2019

PAWLOWSKI CS, ANDERSEN HB, TROELSEN J, SCHIPPERJIN J (2016). **Children's Physical Activity Behavior during School Recess: A Pilot Study Using GPS, Accelerometer, Participant Observation, and Go-Along Interview**. PLoS ONE 11(2): e0148786. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148786>

PEREIRA, E.L. **Processo de reinserção social dos ex-usuários de substâncias ilícitas**. Fortaleza, Escola Superior Do Ministério Público do Ceará (ESMP-CE). 2012.

REVIRAVOLTA NA SAÚDE: ORIGEM E ARTICULAÇÃO DO MOVIMENTO SANITÁRIO. **SciELO, Revista APS**, v.8, n.1, p. 4-14, jan./jun. 2005 Disponível em:< <https://scielosp.org/article/csp/2000.v16n2/569-579/>> Acesso em: 22 mar. 2019

SCLIAR, Moacir. **O NASCIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 21, n. 2, p. 87-88, abr./jun. 1988

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde**. Traduzido por Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: editora Artmed, 2005

SILVEIRA, Denise Tolfo; GERHARDT, Tatiana Engel (eds.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS, 2009.

SOUSA, Diego de Oliveira. **A questão do “consumo de drogas”:** contribuições para o debate. Campinas, Revista Serviço Social e Saúde v 11, nº 2, 2012

SOUZA, Jacqueline e KANTORSKY, Luciane P. MIELKE, Fernanda B. **Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPSSD**. 2006. <Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003> Acesso em: 27 set. 2019.

QUINTANEIRO, Tania, BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira, OLIVEIRA, Márcia Gardênia Monteiro de. **Um toque de clássicos Marx, Durkheim e Weber**. Belo Horizonte, 2003, Editora UFMG.