



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ROSIANE OLIVEIRA DE FRANÇA

**ABANDONO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UM
ESTUDO DE CASO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL -
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE.**

CAMPINA GRANDE - PB

2014

ROSIANE OLIVEIRA DE FRANÇA

ABANDONO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UM ESTUDO DE CASO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira.

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

F815a França, Rosiane Oliveira de
Abandono ao tratamento da dependência química
[manuscrito] : um estudo de caso no Centro de atenção
psicossocial - álcool e outras drogas no município de Campina
Grande / Rosiane Oliveira de França. - 2014.
93 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2014.

"Orientação: Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio da Silveira,
Departamento de Serviço Social".

1. Drogas. 2. Saúde mental. 3. Dependência química. 4.
CAPSad. I. Título.

21. ed. CDD 362.3

ROSIANE OLIVEIRA DE FRANÇA

ABANDONO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UM ESTUDO DE CASO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em 18/09/2014
Nota: 10,00 (Dez)

Banca Examinadora

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Prof^ª. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Orientadora)

Thereza Karla de Souza Melo

Prof^ª. Ma. Thereza Karla de Souza Melo
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Examinadora)

William Almeida de Lacerda

Prof^º. Me. Willian Almeida de Lacerda
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Examinador)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a **Deus**, primeiramente, por ter me possibilitado estar firme durante toda essa trajetória. Aos meus **pais, irmãos e marido** pelo apoio, carinho e compreensão.*

*E em especial ao meu filho **João Felipe**, que mesmo estando ainda no meu ventre, já está fazendo parte dessa conquista, me inspirando a ter força e coragem para seguir em busca dos meus sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de uma longa caminhada, a qual não trilhei sozinha, então, quero agradecer essencialmente a Deus por ter me orientado no caminho do bem e me ter tornado um ser humano melhor a cada dia, pela sua infinita bondade e misericórdia. E por ter me concedido a graça de ser mãe, no momento da descoberta foi confuso, no entanto, hoje posso dizer que me sinto realizada enquanto mulher pela dádiva que o senhor colocou em minha vida, meu querido filho, João Felipe.

Aos meus pais por todo cuidado, proteção e dedicação na minha educação, por terem me ensinado a lutar sempre em busca de meus objetivos, tendo como meta alcançá-los. Aos meus irmãos, pela compreensão das muitas vezes que me fiz ausente das comemorações familiares devido aos compromissos acadêmicos, e por todo apoio que eles me dedicaram.

Ao meu marido, Francisco, por todo amor e carinho dedicado a nossa relação, meu companheiro de todos os momentos, sempre me aconselhando nos momentos de crises e incertezas, fazendo com que eu enxergasse além do imediato e pudesse ver as possibilidades futuras. Agradeço também pelas inúmeras vezes que estive ao meu lado orando e pedindo ao senhor força e coragem diante das dificuldades, acreditando sempre que Deus tem o melhor para nossas vidas.

Aos meus amigos, em especial a Berenice, Cristina e Terciane, que ao longo desses quatro anos, dividiram comigo as alegrias, angústias, incertezas, tristezas, enfim todos os sentimentos e momentos. A nossa amizade e união foi o que me fez acreditar que família não é apenas a de sangue, mas, que podemos ter uma segunda família, esta sendo de coração e pela fé, considero vocês como verdadeiras irmãs que tenho o prazer de compartilhar a vida.

A minha turma de Serviço Social, pelos inúmeros momentos juntos e marcantes que passamos durante essa jornada universitária, que diferentemente de outras turmas, tem o destaque da união, amizade e companheirismo como sendo um forte nosso. Acredito que todos esses caracteres foi o que fez nossa turma se destacar dentre as demais.

A minha querida e especial Professora Orientadora Sandra Amélia, pela dedicação, paciência, sabedoria. Me contagiou não apenas como profissional, mas como ser humano, pelo seu caráter, inteligência e simplicidade admiráveis. Muito obrigada, por todo carinho demonstrado até hoje, foi um enorme prazer ser sua orientanda, espero que a vida nos conceda outros momentos desse.

A instituição da UEPB, por proporcionar a realização de um curso superior de qualidade e me tornar um profissional capacitado para atuar no mercado de trabalho.

A toda equipe do CAPSad - Campina Grande, profissionais e usuários que contribuíram para minha formação acadêmica, em especial a assistente social, Josilene Nascimento, pela sua confiança e dedicação ao trabalho de supervisora de estágio na instituição.

Muito obrigada a todos vocês que participaram dessa história.

“Aprendi a me equilibrar nos extremos da vida. Se não tenho o direito de escolher todos os acontecimentos da vida, me posiciono de acordo com os fatos. Afinal, o que me move não é o bastante para me derrubar, mas é intenso o suficiente para me fazer ir além.”

(Augusto Cury)

RESUMO

O uso de drogas está presente na história há milênios de anos, mas é no cenário contemporâneo que ganhará contornos mais preocupantes, devido a sua expansão e às consequências do seu consumo abusivo, gerando dependência química que, atualmente, tem se tornando uma grande problemática em nosso país. O tratamento para a dependência se constitui como um processo difícil, pois muitas vezes o indivíduo não se percebe enquanto dependente que necessita de ajuda e tarda a procurar o auxílio em alguma instituição. Outro aspecto importante é que mesmo depois de ter iniciado o tratamento; muitos usuários terminam abandonando-o, como observamos no período de estágio no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad). Diante disto, o presente TCC decorre de uma pesquisa que teve como objetivo central analisar os motivos e determinantes que levam os dependentes químicos a abandonarem o tratamento. Os objetivos específicos foram: traçar o perfil socioeconômico dos usuários em tratamento no CAPSad; compreender a percepção dos usuários sobre a dependência química; discutir os motivos/causas que provocam o abandono dos usuários ao tratamento; identificar os tipos de tratamento para a dependência química existente na instituição; e avaliar a repercussão das ações socioeducativas no tratamento e adesão dos usuários ao mesmo. Tratou-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo com abordagem quanti-qualitativa, que teve como instrumento da coleta de dados: a observação participante nas oficinas informativas e durante as visitas domiciliares realizadas pela assistente social da instituição; a entrevista semi-estruturada e o diário de campo. A nossa pesquisa foi realizada com 7 usuários e 3 profissionais da instituição. A técnica de tratamento dos dados coletados foi a análise de conteúdo. Dentre os resultados obtidos destacam-se que o perfil socioeconômico dos usuários em tratamento corresponde a uma faixa etária entre 30 e 60 anos, a maioria sendo do sexo masculino, solteiros, pais ou mães de 3 a 4 filhos, com ensino fundamental incompleto e desempregados. A compreensão dos usuários acerca das drogas é que estas são perigosas e prejudiciais a vida do ser humano. Os tipos de tratamento para dependência química existentes na instituição são: atendimento psicossocial, medicamentos e oficinas terapêuticas. Sobre as ações socioeducativas, destacamos que, apesar de contribuírem no processo de ressocialização e cidadania dos usuários; ainda se encontram muito limitadas à instituição. É necessário ampliar ações que possam atuar de fato nas expressões da questão social que estão impregnadas no cotidiano dos indivíduos, sendo elas: o desemprego, a miséria, a violência, etc. Em relação aos desafios ao tratamento da dependência química, assim como os motivos que levam ao abandono, constatamos que os mesmos não advêm apenas do indivíduo ou da instituição, mas fazem parte de um contexto maior no qual estamos inseridos, isto é, incide dos desdobramentos do sistema capitalista.

Palavras-chave: Drogas; Saúde Mental; Dependência química; CAPS ad.

ABSTRACT

Drug's use is present in history for thousands of years, but, in contemporary scenario, it will gain more worrisome contours, due to its expansion and the consequences of their abuse, generating chemical dependency that currently has become a major problem in our country. Treatment for dependency is a difficult process, because often the individual does not see themselves as a dependent who needs help and slow to seek assistance in some institution. Another important aspect is that even after starting the treatment many users abandon it, as we could observe the probationary period in Psychosocial Care Center alcohol and other drugs (CAPSad). Hence, the present monograph stems from research that had as its central objective to analyze the motives and determinants that lead chemists dependent to abandon treatment. The specific objectives were: to trace the socioeconomic profile of users at treatment in CAPSad; understand the users' perception about chemical dependency; discuss the reasons / causes that make users abandon the treatment; identify the types of treatment for chemical dependency existing in the institution; and evaluate the impact of social and educational activities in the treatment and adherence from the users. This is a study of exploratory and descriptive with quantitative and qualitative approach, which had as an instrument of data collection: participant observation in informative workshops and during home visits by a social worker of the institution; the semi-structured interview and the field diary. Our research was conducted with seven chemical dependents and three professionals from institution. The technical treatment of the collected data was content analysis. Among the results, stand out the socioeconomic profile of users in treatment corresponds to an age range between 30 and 60 years, the majority being male, unmarried, mothers or fathers 3-4 children with incomplete primary education and unemployed. The users' understanding about drugs is that they are dangerous and harmful to human life. The treatment types for chemical dependency existing in the institution are: psychosocial care, medicines and therapeutic workshops. About the social and educational activities, it emphasized that, although they contribute to the rehabilitation and citizenship process, users are still very limited to the institution. It is necessary to expand actions that can actually act in expressions of social issues that pervade the daily lives of individuals, namely: unemployment, poverty, violence, etc. Regarding challenges to the treatment of chemical dependency, as well as the reasons that lead to the abandonment, it has found that they not come only from the individual or institution, but it compose part of a larger context in which it is insert: the capitalist system.

Keywords: Drugs; Mental Health; Chemical dependency; CAPS ad.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Faixa etária dos usuários entrevistados do CAPSad.....	64
GRÁFICO 2: Nível de escolaridade dos usuários entrevistados do CAPSad.....	65
GRÁFICO 3: Situação ocupacional dos usuários entrevistados do CAPSad.....	66

LISTA DE SIGLAS

A.C – Antes de Cristo

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BM – Banco Mundial

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas

Cebrid – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CEP – Código de Endereçamento Postal

CID-10 – Classificação Internacional de doenças

CONAD – Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas

DENATRAN – Departamento Nacional de Trânsito

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LSD – Dietilamida do ácido lisérgico

MDMA – Metilendioximetanfetamina

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações não-governamentais

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em
Álcool e Outras Drogas no SUS

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD – Secretária Nacional sobre Drogas

SNC – Sistema Nervoso Central

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre o Crime e as Drogas

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I – O USO E ABUSO DAS DROGAS COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL: ALGUMAS REFLEXÕES	19
1.1 Situando as concepções e usos acerca das drogas ao longo da história.....	19
1.2 A dependência química como expressão da questão social.....	27
CAPÍTULO II - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS DESDOBRAMENTOS NA SAÚDE MENTAL	39
2.1 Reforma Psiquiátrica: o processo de estruturação da rede de atenção à saúde mental como um de seus desdobramentos	39
2.2 A Legislação brasileira e as políticas públicas sobre drogas	47
2.3 Reflexões acerca da saúde mental no contexto neoliberal.....	55
CAPÍTULO III – DEPENDÊNCIA QUÍMICA: APROXIMAÇÕES AOS MOTIVOS E DETERMINANTES DO ABANDONO AO TRATAMENTO.....	62
3.1 Situando o CAPSad de Campina Grande e o perfil dos seus usuários	62
3.2 A compreensão dos usuários e profissionais do CAPSad de Campina Grande - PB acerca da dependência química e do abandono ao tratamento	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O uso e abuso de substâncias psicoativas não é um fenômeno da atualidade, uma vez que estas existem desde os primórdios dos tempos. Há relatos que as populações asiáticas vinculavam a utilização destas ao misticismo, a exemplo da Índia onde, acerca de 1000 anos A.C, os hindus consideravam a maconha como uma planta sagrada (ARAUJO, 2013 *apud* KUHL, 1996, p.29).

Na contemporaneidade a questão do uso das drogas alcançou uma dimensão assustadora, gerando problemas em todos os âmbitos, desde o social, econômico e político. Em relação aos males que as drogas causam aos indivíduos podemos elencar, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS): na saúde física, desabilita o metabolismo e modifica seriamente as funções orgânicas-vitais; na saúde mental, afetam o cérebro, o órgão do controle do corpo humano, ou seja, do pensamento que assim não poderá refletir a realidade que o rodeia com exatidão; na saúde pública, é perceptível que milhares de pessoas são afetadas diretamente ou indiretamente pelas drogas, pois esta tem se tornado uma verdadeira epidemia; e em relação ao aspecto social há uma crise dos valores morais na sociedade. Em relação a este último aspecto, podemos ressaltar que não se trata de uma questão apenas moral, mas principalmente social, pois a dependência química afeta toda a sociedade, sendo também expressão da questão social decorrente do sistema capitalista.

Em relação ao tratamento dos usuários de drogas, este tem passado por transformações ao longo da história. Atualmente é realizado no contexto das novas estratégias e serviços de assistência aos portadores de transtornos mentais decorrentes da Política de Saúde Mental. As novas formas de enfrentamento da dependência química refletem ainda uma mudança na concepção de que esta seja decorrente apenas de fatores biológicos, levando em consideração outros aspectos, como o social.

O tratamento da dependência química apresenta uma série de propostas pautadas em diferentes concepções, em decorrência da multidimensionalidade de aspectos tais como os biológicos, psicológicos e sociais, produzindo demandas individuais e coletivas que, conseqüentemente, exigem orientações e abordagens distintas.

Atualmente os tratamentos têm como principais abordagens aquelas que defendem, a princípio, o estado de abstinência, no qual o indivíduo fica sem consumir a droga; e a estratégia de redução de danos que se pauta na diminuição gradual do uso de drogas por parte do usuário, até que ele deixe de uma vez. É bom ressaltar que o tratamento, seja ele qual for,

possibilita e auxilia o usuário a se manter distante das drogas, mas não tem a capacidade de desempenhar a cura da dependência.

A expansão do uso de drogas no século XXI tem levado estudiosos, bem como a sociedade, a buscar compreender mais esse fenômeno e suas consequências sobre a vida dos usuários, de seus familiares e no meio social. Também se tem buscado alternativas que possam auxiliar na prevenção e combate as drogas, por meio de instituições (públicas, privadas, públicas não-governamentais – ONGs, etc.) tais como o Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas (CAPS-ad), que é um serviço especializado em saúde mental voltado ao atendimento a pessoas com transtornos decorrente do uso/abuso de álcool e outras drogas, no qual o tratamento visa à redução de danos voltada a diminuir o consumo de drogas como estratégia gradual que tem como fim último o abandono destas.

A nossa aproximação com essa realidade se deu a partir da experiência de estágio no CAPSad de Campina Grande-PB. O período de observação inicial nos possibilitou identificar a existência de um índice considerável de desistência do tratamento por parte dos usuários. Esse fato despertou nossa curiosidade e chamou a atenção para pesquisar os motivos que levam esses dependentes químicos a abandonarem o tratamento na instituição.

Assim, a pesquisa que originou o presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral analisar os motivos e determinantes que levam os dependentes químicos a abandonarem o tratamento. Os objetivos específicos que nortearam o estudo foram: traçar o perfil socioeconômico dos usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad); compreender a percepção dos usuários sobre a dependência química; discutir os motivos/causas que provocam o abandono dos usuários ao tratamento; identificar os tipos de tratamento para dependência química existente na instituição; e por último, analisar a repercussão das ações socioeducativas no tratamento e adesão dos usuários ao mesmo.

O presente estudo buscou compreender os fenômenos que estão relacionados com as drogas e com o abandono ao tratamento da dependência química por parte dos usuários, bem como os motivos que levam a esse abandono. O referido estudo caracterizou-se como de caráter exploratório e descritivo, partindo de uma análise crítica da realidade onde se inserem os usuários, buscando apreender os fenômenos que estão interligados com a dependência química, assim como os motivos que levaram o usuário a entrar nesse “mundo das drogas”.

A duração da pesquisa foi de quatro meses, sendo de fevereiro a maio de 2014; os sujeitos pesquisados foram os *usuários* e os *técnicos de referência* dos mesmos (que são orientadores/responsáveis pelo usuário dentro da instituição). Durante o período da coleta de

dados o CAPSad atendia a 356 pessoas no serviço. Destes, 79 haviam desistido do tratamento (foram desligados) e retornaram depois. Diante da complexidade do nosso objeto de estudo, inicialmente, optamos por realizar a coleta de dados a partir de uma amostra de 10 usuários que se disponibilizassem a responder a entrevista, e seus respectivos técnicos de referência na instituição, o que totalizaria aproximadamente¹ 20 sujeitos. No entanto, devido a uma série de fatores, dentre eles: o abandono de vez ao tratamento por parte do usuário e a não disponibilização de alguns profissionais, fizeram com que nossa amostra tivesse seu número reduzido. Deste modo, nossa pesquisa contou com 10 sujeitos, sendo 7 usuários e 3 profissionais.

Na análise dos dados utilizamos uma abordagem quanti-qualitativa, de modo que fizemos um tratamento estatístico dos dados quantitativos, os quais serão apresentados em forma de gráficos, e no que se refere aos dados qualitativos, utilizamo-nos de uma análise de conteúdo. Sobre as falas dos entrevistados, estas serão identificadas através de numerações que correspondem à ordem das entrevistas (Usuário 1, profissional 1, etc.), isso para garantir e manter o sigilo da identidade do entrevistado.

Com base no estudo realizado, o presente TCC está estruturado em três capítulos: no primeiro capítulo discutiremos as concepções e usos das drogas ao longo da história e a compreensão da dependência química como expressão da questão social no mundo contemporâneo.

No segundo capítulo analisamos o processo de estruturação das redes de atenção a saúde mental e algumas reflexões acerca dos desafios postos no contexto neoliberal, apresentando como se encontra atualmente a legislação brasileira e as políticas públicas sobre drogas.

No terceiro e último capítulo, situamos o CAPSad de Campina Grande, *locus* da nossa pesquisa, apresentando o perfil dos sujeitos usuários envolvidos no nosso estudo e a análise dos dados coletados, com destaque para os resultados obtidos em torno da compreensão dos usuários e técnicos de referência acerca da dependência química e do abandono ao tratamento. Também evidenciamos a contribuição do Serviço Social no tratamento da dependência química.

Por fim, apresentamos algumas considerações finais que sinalizam aproximações conclusivas, porém provisórias, do nosso objeto de estudo, tendo claro que a dinâmica da realidade é sempre mais ampla do que podemos aprender no processo de pesquisa.

¹ Esse número de sujeitos foi aproximativo em função da possibilidade de alguns profissionais serem técnicos de referência de mais de um usuário e /ou não se disponibilizar a participar da entrevista.

CAPÍTULO I
O uso e abuso das drogas como
expressão da questão social:
algumas reflexões

CAPÍTULO I – O USO E ABUSO DAS DROGAS COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL: ALGUMAS REFLEXÕES

Neste capítulo buscaremos abordar o fenômeno das drogas em sua historicidade, trazendo alguns elementos para sua compreensão como uma das expressões da questão social na contemporaneidade.

Na história da humanidade verificam-se diferentes usos das drogas. Estas foram utilizadas com finalidades religiosas, culturais, curativas, relaxantes ou simplesmente para a obtenção de prazer.

Ao longo dos tempos foram se modificando as concepções e os usos acerca das drogas, que na atualidade ganharam novas dimensões, tornando-se um desafio para a sociedade, exigindo diferentes estratégias para seu enfrentamento.

Nesse sentido, partimos do pressuposto de que a expansão das drogas tem estreitas relações com a lógica capitalista que molda a sociedade de acordo com suas regras, impondo novos valores nas relações sociais. Diante disso, vamos procurar evidenciar no tópico 1.1 deste capítulo a compreensão das drogas no processo histórico, já o tópico 1.2 traz a discussão da constituição das drogas em dependência química, assim como o desdobramento desta a partir das manifestações do sistema capitalista em expressão da questão social.

1.1 Situando as concepções e usos acerca das drogas ao longo da história

As drogas, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de agir sobre um ou mais de seus sistemas, ocasionando alterações em seu funcionamento. Algumas substâncias são utilizadas com o desígnio de promoção de efeitos benéficos, como os medicamentos utilizados no tratamento de doenças, há outras que provocam malefícios à saúde, como os venenos e tóxicos. As drogas utilizadas para alterar o funcionamento do cérebro, causando modificações no estado mental e no psiquismo, são denominadas de substâncias psicoativas (NICASTRI, 2013).

Segundo este autor, há uma classificação das drogas com base nas ações que estas provocam sobre o sistema nervoso central (SNC) e as modificações na atividade mental e comportamento dos indivíduos que as utilizam, sendo assim, são consideradas: *depressoras* da atividade mental: álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, opioides, solventes ou inalantes; as *estimulantes*: tabaco, cafeína, anfetaminas, cocaína; *perturbadoras*: maconha,

alucinógenos, dietilamida do ácido lisérgico (LSD), ecstasy (3,4 – metilenodioximetanfetamina ou MDMA), anticolinérgicos, esteroides anabolizantes.

No entanto, a busca de compreender a gênese das drogas e de se chegar a uma concepção acerca destas não é tarefa fácil uma vez que, como afirma Carneiro (2005, p. 17), há uma “[...] ubíqua e contínua presença das drogas em cada cultura e de uma imensa rede de significados culturais, ritos e práticas de socialização nelas consubstanciadas.”

Ao contrário do que muitos pensam, as drogas fazem parte de nosso cotidiano desde longínquas eras. Há registros do consumo de ópio (Princípio ativo da Morfina, Codeína, Heroína, dentre outros) e Cannabis Sativa (Maconha) que datam 3.000 A.C². Inicialmente eram utilizadas em rituais e para aliviar as dores dos enfermos. No entanto, discute-se até hoje qual teria sido descoberto primeiro, o álcool ou o ópio, sendo que os defensores do ópio argumentam que, diferentemente do álcool que necessita passar por um processo de destilação, o ópio cru só necessita plantio e preparação da papoula, sendo, portanto, devido à tecnologia presente à época, mais fácil a sua utilização (QUEIROZ, 2008).

Segundo o autor anteriormente referido, os escritos mesopotâmicos datados de 3100 A.C já se referiam à papoula do ópio como a “planta da alegria”. Egípcios, árabes, romanos e gregos faziam uso medicinal da planta para tratar elefantíase, epilepsia e picadas de escorpião. No século VII, turcos e árabes descobriram que cheirando a fumaça do suco de papoula solidificada, obtinham-se efeitos mais poderosos. Com isso, passaram a vender droga, sobretudo na Índia e na China.

Para Queiroz (2008), foi durante o Império Romano que a maconha foi conhecida pelo contato entre os romanos e os indianos, e servia como fonte de fibras e para fins medicinais. No ano 100 d.C, o cirurgião romano Dioscorides, que cuidava de Nero, batizou a planta com o nome pelo qual é conhecida nos dias atuais: Cannabis sativa. Na Grécia Antiga, esta serviu como calmante para gladiadores.

Na época das grandes navegações dos séculos XVI e XVII algumas das principais riquezas buscadas no Oriente e na América eram consideradas drogas. Algumas especiarias das Índias orientais, como a pimenta, a canela e a noz moscada, etc., assim como as das Índias ocidentais, como o pau-brasil, o açúcar e o tabaco, foram todas denominadas drogas pelos homens desse período (CARNEIRO, 2005).

²Informação adquirida no site <<http://bibliotecadigital.uniformg.edu.br:21015/jspui/bitstream/123456789/162/2/Diego-Direito-Texto.pdf>>.

Assim, conforme o autor anteriormente referido, o termo drogas foi utilizado para designar: produtos vegetais, animais ou minerais usados como remédios; um conjunto de riquezas exóticas, produtos de luxo destinados ao consumo, ao uso médico ou ao uso alimentar, como é o caso das especiarias (no período colonial); até aquelas substâncias consideradas alimentos espirituais, que consolam, anestesiavam, produzem êxtase místico e prazer intenso. Vale destacar que

[...] Por tudo isso, as drogas são também objeto de um imenso interesse político e econômico. Seu domínio é fonte de poder e riqueza. Sacerdotes, reis, estados, a medicina e outras instituições sempre disputaram o monopólio do seu controle e a autoridade na determinação das formas permitidas de seu uso (CARNEIRO, 2005, p.16).

Se na época colonial não existia claramente a discriminação na distinção entre droga e alimento, nos tempos atuais, aparentemente, as fronteiras entre esses dois conceitos são muito bem definidas e bem vigiadas. Uma análise mais profunda evidencia que as distinções não são meramente “naturais”, mas um recurso artificial de controle político e jurídico (CARNEIRO, 2005).

As drogas foram muito utilizadas através dos séculos, mas com o passar do tempo e com o afloramento dos interesses políticos e econômicos em torno das mesmas, passam a ser instituídas medidas que irão controlar e regular o seu uso. Neste sentido, no início do século XX ocorrem mudanças em relação ao uso e à comercialização destas, com o fenômeno do proibicionismo. Os Estados Unidos da América foram pioneiros neste processo, com a proibição do comércio do álcool através da Lei Seca, no período de 1920 a 1933 (RODRIGUES, 2006).

Com base em tal fenômeno as drogas passam a ser classificadas em dois grupos: as lícitas (álcool, tabaco, etc.) e ilícitas (maconha, cocaína, crack, LSD, ópio, etc.). Respectivamente, as primeiras são aquelas substâncias produzidas, comercializadas e consumidas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Já as pertencentes ao segundo grupo são proibidas pela legislação (NICASTRI, 2013).

Segundo Queiroz (2008); para entendermos o atual contexto do combate e proibição às drogas ilícitas, faz-se necessário compreendermos o processo de proibição das drogas nos Estados Unidos da América, este apresenta um estereótipo moral, que se revela tanto no distanciamento das drogas permitidas e proibidas como nas pessoas que as consomem ou não. O exemplo claro desse posicionamento foi a criação do estereótipo médico, em 1914. Nesse momento, surge pela primeira vez uma distinção entre aqueles que consomem estas

substâncias (usuários) e os que a utilizam para outros fins lucrativos (traficantes), com a aprovação da lei Harrison Narcotic Act³. Com essa medida,

Os médicos eram proibidos de receitar determinadas substâncias psicoativas, em contrapartida adquiriam o monopólio para lidar legalmente com estas substâncias. Contudo, apesar da nova lei entrar em vigor, o consumo não se restringiu somente ao uso médico e seletivo, persistindo também uso recreativo e hedonista e também a automedicação, inaugurando legalmente o mercado ilícito das drogas, fato que prenunciou a economia do narcotráfico. Houve diversas campanhas de caráter estigmatizante, desvalorizativo que associavam determinados comportamentos ao uso de determinadas substâncias que agora eram consideradas ilícitas. Longe da discussão dos reais propósitos medicinais e sociais pertinentes ao uso destas substâncias psicoativas, o que se tinha era um revestimento da máscara ideológica e moralizante em relação ao uso das mesmas. Isso serviu para ajudar determinados movimentos políticos internos à sociedade estadunidense, que selecionavam, associando e estereotipando classes consideradas perigosas a elite branca e protestante dos Estados Unidos, com o consumo de determinadas drogas (QUEIROZ, 2008, p. 36-37).

Desse modo, nos EUA o uso das substâncias psicoativas foi cada vez mais relacionado à “vagabundagem” e à mendicância. Desde o início das políticas de proibição das drogas no país, já estavam presentes os estereótipos morais e médicos, estes associavam o consumo dessas substâncias a determinada classe social, isto é, aquela que fosse pobre e principalmente negra, que era considerada perigosa para a elite branca. Ficando claro assim, que esse argumento tem como pano de fundo o controle político e social de determinados segmentos na sociedade.

O autor anteriormente citado considera que essa concepção não era exclusiva dos EUA, outros países também a aderiram, no Brasil mais especificamente em relação à *cannabis sativa* (maconha), o uso desta erva era visto como “coisa de negro”, pois era fumada nos terreiros de candomblé, por escravos e por agricultores depois da jornada de trabalho. Por conseguinte, o uso da maconha estava associado quase que exclusivamente às pessoas pobres, negras e humildes.

Para Queiroz (2008, p. 38); como não se pode proibir alguém de ser negro, pobre ou morador de favelas, a saída é associar a estes os “aspectos presentes em seu cotidiano, como por exemplo, o tráfico de drogas⁴, agindo desta maneira por similaridade e simplificação, todo negro, pobre e morador de favelas é tido como traficante”.

³ Foi uma lei federal dos Estados Unidos que regulamentou e tributou a produção, importação e distribuição de opióceos e produtos derivados da coca. O ato foi proposto pelo Representante Francis Burton Harrison, de Nova Iorque e foi aprovada em 17 de dezembro de 1914. Disponível em <http://en.wikipedia.org/wiki/Harrison_Narcotics_Tax_Act>. Acesso em: 10/05/2014.

⁴ O tráfico de drogas ou narcotráfico diz respeito ao plantio, fabricação, comercialização, importação, depósito, etc. de substâncias ilícitas, sem autorização ou em desacordo com determinações legais ou regulamentares. Estando sujeito a pena e detenções que variam das mais leves as mais graves, de acordo com as disposições do Código Penal e da Lei de Execução Penal.

No Brasil, as drogas deixaram de ser livres e comercializadas a partir do advento da República, quando passaram a ser normatizadas e restritas pelo Estado. De acordo com Rodrigues (2006, p. 136):

O país passava então por momento de alta tensão social e criminalidade crescente, o que ocasionou violentas reações repressivas, contexto esse que levou à edição do primeiro Código Penal Republicano em 1890. No seu artigo 159 foi previsto o crime de “expor à venda ou ministrar substâncias venenosas sem autorização e sem as formalidades exigidas pela lei”, punido apenas com multa. Manteve-se o monopólio de compras dessas substâncias pelos boticários, que somente podiam revendê-las aos médicos e cirurgiões, enquanto que o uso próprio das substâncias ainda não constituía delito.

É perceptível a necessidade de modificações na estrutura das leis penais brasileiras da República Velha, que não fosse apenas direcionada para repressão às drogas, mas que começasse a compreender estas sob outra ótica. As mudanças de perspectiva vão acontecer no período do governo de Getúlio Vargas, com a edição do Decreto 20.930/32, este apresentava alguns artigos que tratavam das penas e multas para as mais variadas ações de venda e indução ao uso das substâncias psicoativas.

Os decretos que foram editados na década de 1930 apresentaram influência dos médicos em sua elaboração, assim como o aumento do controle médico-sanitarista sobre a vida da população. A pessoa viciada em drogas era tratada como doente, tendo sido aproveitados saberes e técnicas higienistas na montagem das estratégias de controle, com a inclusão da drogadição como doença que deve ter notificação compulsória. De acordo com a legislação do período, as pessoas viciadas estavam sujeitas à internação facultativa ou obrigatória, realizada a pedido do usuário ou de sua família, sendo proibido o tratamento domiciliar. Neste momento, compete ao médico o controle sobre o término da internação como se esta significasse um atestado “de cura”, o dependente de drogas estava sujeito a um controle social-médico intenso, essa medida se adequava ao modelo sanitário da época (RODRIGUES, 2006).

No período do pós-guerra, as drogas se expandem no mundo como epidemia. Alguns fatores contribuíram para essa explosão, como: a derrocada dos valores sociais estabelecidos, o desenvolvimento da indústria farmacêutica, as contestações por parte dos jovens, o surgimento de novas espécies de drogas; são tidos como causadores da disseminação do uso das drogas psicoativas, entre outros. Diante disso, se instaurava um fenômeno considerado como “o novo mal do século XX”, isto é, a expansão das drogas em todo o mundo (QUEIROZ, 2008).

Para Rodrigues (2006); a droga, na década de 1940, ainda não tinha destaque na mídia nem era objeto de preocupação social no contexto nacional. O Brasil ainda era uma sociedade

predominantemente rural, com pequenas cidades, e a criminalidade registrada era a de crimes como: homicídio, furto, apropriação indébita e estelionato, entre outros dessa categoria.

Devido a uma série de acontecimentos sociais e políticos, como: a guerra fria, a guerra do Vietnã, surgimento do feminismo (luta pelos direitos da mulher) e dos movimentos a favor dos negros e homossexuais, surgimento de novas substâncias, a exemplo do LSD, etc., entre outros fatos, fizeram com que na década de 1960 ocorressem grandes transformações no que diz respeito à política internacional de combate ao tráfico de drogas. Neste momento, há o reconhecimento do uso das drogas como sinônimo de dependência, assim como a diferenciação entre o traficante e o usuário (QUEIROZ, 2008).

Como consequência dessas grandes transformações culturais, nasce o movimento hippie nos EUA, este questionava os valores da economia capitalista, buscando encontrar alternativas para viver onde houvesse a busca do prazer, do amor, da liberdade sexual, do afeto e da religiosidade, estas sendo consideradas fundamentais (SILVA, 2013). Com isso, ocorre a entrada de novos sujeitos no cenário das drogas, isto é, os jovens pertencentes às classes médias e altas da sociedade. O consumo das substâncias psicoativas não fazia mais parte apenas do cotidiano dos pobres e principalmente dos negros.

Nas décadas de 1950 e 1960, com o fortalecimento do capitalismo no mundo ocidental pós-guerra, houve uma grande necessidade de mão-de-obra. Sendo que este modelo econômico exigia cada vez mais capacitação dos trabalhadores, que os mesmos fossem rápidos, ativos e principalmente sóbrios (SILVA, 2013).

Segundo Silva (2013); esses jovens europeus e americanos sentiram-se pressionados pelo sistema capitalista e rebelaram-se contra esse modelo econômico. Diante da realidade árdua, injusta e brutal de todos os dias para vários segmentos da sociedade, a rebeldia aumenta e ameaça a ordem social. Eles começam a se organizar em movimentos estudantis que logo ganham repercussões na França e se espalharam pela Europa.

No ano de 1964 foi promulgada a Convenção Única de Entorpecentes, por meio do Decreto nº 54.216, de 22.08.64, que constituía o ingresso definitivo do Brasil no cenário internacional de combate às drogas e de intensificação da repressão a estas (RODRIGUES, 2006).

No Brasil, na década de 1970, há uma compilação das leis de drogas em uma só lei especial, isto sendo fruto da criação da Lei de Tóxicos de 1976, que substituiu a legislação de 1971 e anulou o artigo 281 do Código Penal. Esta lei especial apresenta os seguintes pressupostos: a) o uso e o tráfico de drogas devem ser combatidos mediante prevenção e repressão, pois representa um perigo à saúde pública; b) deve haver o combate às drogas

ilícitas; c) a implementação do modelo internacional contra as drogas, baseado nos padrões norte-americanos (RODRIGUES, 2006).

A partir da década de setenta como nos diz o autor anteriormente citado, ocorre:

Separação da “sociedade em dois grupos: o primeiro composto de homens de bem, merecedores de proteção legal; o segundo, de homens maus, os criminosos, aos quais se endereça toda a rudeza e severidade da lei penal”. Ambas pregam ainda a aplicação de sanções penais cada vez mais reforçadas, retirando o foco das causas sociais do delito por meio de uma política de pura contenção e exclusão social, observada na atuação do poder repressivo em geral, mas especialmente no campo da droga (RODRIGUES, 2006, p. 153).

Percebemos que ainda há uma forte ideologia de divisão social, que acaba por determinar que as mazelas provocadas pelo uso abusivo das drogas são ocasionadas pela camada subalterna da sociedade, essa concepção faz parte da influência estadunidense acerca do consumo das substâncias psicoativas.

Tal discurso, para Rodrigues (2006); ajudou a manter a característica principal do sistema penal brasileiro: a superlotação das prisões, habitadas pelos sujeitos oriundos das classes subalternas, o que foi reforçado pela política criminal de drogas nas décadas seguintes.

Segundo Silva (2013) nos anos 1980 ocorre uma intensificação do uso de drogas psicoativas, em especial as sintéticas (produzidas em laboratório). Devido à organização e ramificação pelo mundo, o tráfico de drogas passa a ser a segunda maior economia do mundo, perdendo apenas para o setor da informática. Nesse momento há uma verdadeira guerra ao tráfico de drogas.

Rodrigues (2006) destaca que a década de 1990 ficou marcada por dois movimentos opostos de políticas públicas com relação às drogas. Ao mesmo tempo em que a política criminal oficial se tornou cada vez mais punitiva, na contramão destas, em decorrência da epidemia de AIDS, foram implementados os primeiros programas experimentais de distribuição de seringas, como estratégia de redução de danos. A primeira cidade a instituir os programas foi Santos-SP, em 1989, devido ao alto índice de prostituição e consumo de drogas existentes, depois se espalharam por outras regiões do país.

Em relação a essa estratégia de redução de danos, Rodrigues (2006, p.166) ressalta que:

No Brasil, a política de redução de danos foi oficialmente reconhecida e regulamentada pelo Governo Federal em 04.07.05. Por meio da Portaria nº 1.028/95 do Ministério da Saúde, considerada um marco histórico ao regulamentar “as ações que visem à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência”, que passaram oficialmente para o campo da Saúde Pública.

Segundo Rodrigues (2006); ao mesmo tempo em que se mantém o modelo repressivo, o início do século XXI marca uma mudança de rumos na política de drogas

brasileira, com a admissão oficial de estratégias de redução de danos, esta sendo uma das novas medidas adotadas neste início de século, a mesma se refere a políticas, programas e práticas que visam reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso das substâncias lícitas e ilícitas.

Para Oliveira (1992 *apud* SILVA, 2013); a década de 1990 foi marcada pelo aumento do consumo de cocaína. Com o advento do neoliberalismo e a globalização observou-se uma redução da qualidade dos serviços públicos, como a saúde e a educação, e a diminuição de proteção aos indivíduos, isto devido à política neoliberal que tem entre seus pressupostos a privatização dos serviços públicos. Como consequência ocorreram: altas taxas de desemprego, aumento da violência e da dependência ao uso de substâncias psicoativas.

A compreensão da dependência química a partir de um enfoque moralizante contribui para formatar uma política com ênfase na criminalização, desconsiderando todos os determinantes estruturais que estão em torno da problemática das drogas. Como sinaliza Rodrigues (2006, p.163):

O século XX termina com a marca de uma legislação que impôs o forte agravamento das condições de cumprimento de penas por crimes hediondos, dentre os quais o tráfico de entorpecentes, ao mesmo tempo em que o movimento despenalizador só atingiu delitos considerados mais leves, dentre eles o uso de entorpecentes, sem que a sociedade tivesse condições de refletir seriamente sobre a política criminal mais adequada.

Nesse sentido, é importante que a sociedade reflita sobre a política criminalística e a sua atuação no cotidiano dos indivíduos, assim como os vários determinantes sócio-históricos que envolvem a questão das drogas.

Para Buchele e Cruz (2013); as drogas passaram de exóticas e fascinantes para o caráter de mercadoria, se tornando um problema complexo que exige enfoque multidisciplinar da saúde pública, pois seu consumo ultrapassa os aspectos legais, jurídicos e sociais. Atualmente, diferentes tipos de substâncias psicoativas vêm sendo utilizadas com distintas finalidades que vai desde o uso lúdico, com fins prazerosos para um estado de êxtase, até o uso místico, curativo, entre outros. A experimentação dessas substâncias cresce cada vez mais em todas as partes do país.

Portanto, ao longo dos tempos há mudanças nos usos e nas concepções acerca das drogas. No entanto, ainda predomina uma perspectiva moralista de abordagem acerca das mesmas em nossa sociedade, que tende a obscurecer uma compreensão de totalidade deste fenômeno social, considerando que a expansão do uso e abuso de substâncias psicoativas e as repercussões deletérias que ocasiona na vida social estão relacionadas com um processo mais

amplo, constituindo-se como parte das expressões da questão social derivadas do sistema capitalista, como discutiremos a seguir.

1.2 A dependência química como expressão da questão social

O uso e abuso de drogas tem gerado consequências preocupantes na vida social, tais como o aumento da violência em diversos aspectos (doméstico, sexual, etc.), da criminalidade, da disseminação de uma série de doenças, inclusive da própria Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), aumento nos índices de suicídio, etc.

O uso de substâncias psicoativas nos últimos anos tem crescido num ritmo alarmante, ultrapassando todas as fronteiras sociais, econômicas, políticas e nacionais, exigindo medidas urgentes para o enfrentamento dessa expansão das drogas, que se tornou um sério problema de saúde pública. Conforme destacam Sousa e Oliveira (2010 *apud* PASSOS, 2011, p. 672):

O uso indevido de drogas tem sido tratado, na atualidade, como questão de ordem internacional, objeto de mobilização organizada das nações em todo o mundo. Seus efeitos negativos tornam instáveis as estruturas sociais, ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos estados e sociedades e infligem considerável prejuízo aos países, contribuindo para o crescimento dos gastos com tratamento médico e internação hospitalar, além do aumento dos índices de acidentes de trabalho, de acidentes de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras e, ainda, para a queda de produtividade dos trabalhadores. Afeta homens e mulheres, de todos os grupos raciais e étnicos, pobres e ricos, jovens, adultos e idosos, pessoas com ou sem instrução, profissionais especializados ou sem qualificação.

No enfrentamento da problemática das drogas os investimentos que são feitos pelo Estado correspondem a medidas emergenciais, imediatistas, uma vez que os governos não investem efetivamente em políticas públicas para responder a esta expressão da questão social, dentre outras mais. Vale salientar que entendemos a questão social como sendo a manifestação, no cotidiano da vida social, existente da contradição entre o proletariado e a burguesia, que passa a exigir outros tipos de intervenção além da caridade e repressão no cotidiano dos indivíduos (IAMAMOTO; CARVALHO, 1988).

Nesse sentido, podemos entender que as expressões da questão social dizem respeito às manifestações das desigualdades sociais oriundas do sistema capitalista, que criou em seu âmbito a divisão entre duas classes. De um lado, temos a burguesia com seu poder dominante que acaba determinando como os indivíduos devem agir socialmente, de acordo com seus princípios individualistas e consumistas. Do outro lado, temos a classe trabalhadora, esta submetida às regras do capitalismo e às precárias condições de vida que lhes são postas.

Nesse sentido, um olhar mais abrangente em relação à questão das drogas requer, como nos alerta Plastino (2003), problematizar o que a ideologia dominante prefere ignorar. Para o autor, o comportamento autodestrutivo dos milhares de dependentes químicos é

“irracional”, assim como são irracionais as formas de organização social e econômica hegemônicas, que condenam majoritariamente a humanidade à miséria em meio a uma sempre crescente concentração da riqueza e ainda ameaçam o futuro de todos, destruindo o nosso habitat em nome do “progresso econômico”. Faz uma análise do cenário contemporâneo, em que

O fantástico aumento de bens e serviços à disposição da humanidade hoje e o não menos fantástico processo tecnológico, em vez de permitirem a sensível melhoria das condições de vida sobre o planeta, provocam o aumento do desemprego e da miséria. A maravilhosa racionalidade de nossa tecnologia tem; assim, uma consequência globalmente irracional. Com efeito, é porque estamos muito mais ricos e nosso trabalho se tornou muito mais produtivo que um número crescente de homens e mulheres se vêem condenados ao desemprego e à miséria, e os restantes devem trabalhar mais tempo a cada dia e mais anos durante suas vidas. As consequências desse processo são visíveis e múltiplas, indo da destruição da natureza até a dos mais pobres e desprotegidos. Numa perspectiva de darwinismo social – a sobrevivência dos mais fortes -, o crescimento da violência nas relações sociais aparece apenas como mais uma modalidade da violência que preside a apropriação do poder e dos recursos materiais por uma minoria (PLASTINO, 2003, p. 134).

A sociedade capitalista não proporciona apenas as desigualdades sociais como também o aprofundamento de outras problemáticas, dentre elas, temos o uso e abuso das drogas como decorrentes das ações advindas do capital. Podemos perceber ainda que a lógica capitalista tenha transformado os sujeitos em objetos, como se os mesmos fossem mercadorias, isso porque se trata de uma sociedade que vive do espetáculo, da imagem, de uma organização social e econômica hegemônica pela ferocidade da lógica do mercado, sem respeito à vida e integridade do outro, além disso, as pessoas são reconhecidas pelo que tem e não como seres humanos.

Sendo assim, podemos dizer que a expansão no uso das drogas também está atrelada às raízes das relações sociais determinadas pelo sistema capitalista. Como nos mostra Buchele e Cruz (2013, p. 101-102):

Uma sociedade focada no consumo, na qual o importante é o “ter” e não o “ser”, e a inversão de crenças e valores gera desigualdades sociais, favorece a competitividade e o individualismo e não há mais “certezas” religiosas, morais, econômicas ou políticas. Esse estado de insegurança, de insatisfação e de estresse constante incentiva a busca de novos produtos e prazeres – nesse contexto, as drogas podem ser um deles.

A expansão e os novos usos e abusos das drogas fazem parte desse novo contexto do capital e dos valores impostos no convívio social. As pessoas vivem diante de uma cultura que hipervaloriza a produtividade e o consumo, em que não se é questionado os esforços para sua realização e as consequências decorrentes desse processo.

O próprio sistema capitalista manipula os comportamentos individuais e coletivos ao definir valores e padrões a serem seguidos por todos, bem como criando necessidades sociais que, muitas vezes, não se fundamentam nas necessidades concretas dos sujeitos. Assim,

O consumo de drogas não é autonomamente franqueado aos indivíduos, mas regulamentado, normatizado, vigiado e, ao mesmo tempo, impingido, estimulado, propagandeado. Se algumas substâncias são proibidas e perseguidas, outras são vendidas e exaltadas. O âmbito da liberdade humana de decisão a respeito das práticas relativas ao próprio corpo é determinado pelas condições históricas do sistema de produção mercantil do capitalismo, no qual a própria essência do mecanismo de reprodução ampliada do capital baseia-se no incentivo às formas de consumo de mercadorias baseadas não num valor de uso intrínseco, mas num fetiche da forma mercadoria que se sobrepõe as efetivas satisfações de demandas sociais.[...]. (CARNEIRO, 2005, p. 21-22).

O uso das drogas é impulsionado e influenciado principalmente através da mídia, que diariamente apresenta pessoas consideradas belas vivenciando a “elegância de fumar cigarros” e a “alegria de beber cerveja”, propagandeando estas atividades como parte do sucesso social (OLIVEIRA, 2003). Essas propagandas provocam uma espécie de alienação nas pessoas, fazendo-as acreditarem que é necessário consumir tais substâncias, isso pode ser visto claramente nas mais diversas festas, especialmente aquelas voltadas para a juventude.

Os meios de comunicação interferem também na formação de opinião, pois a mídia com seu poder alienante transmite para a população “sua verdade” dos fatos. Sendo que muitas vezes já tem sua própria concepção acerca de determinadas temáticas, como é o caso das drogas, com um discurso de que as mazelas decorrentes do uso abusivo das drogas são provocadas pelos traficantes das favelas e subúrbios das cidades. Porém, estes são apenas “funcionários” de um patrão atacadista, e encontra-se em um patamar menor, menos poderoso e rico desse gigantesco mercado capitalista que tem expansão internacional (BOND, 2010).

Para Xavier (2013); a questão das drogas na contemporaneidade assume contornos diferentes de outros momentos históricos. O avanço tanto da ciência como da tecnologia levaram ao progresso do capitalismo que, por sua vez, motivou a indústria do consumo em nossa sociedade e a globalização da economia. Essa mesma motivação também influencia no consumo das drogas, logo, esse mercado que coloca essas substâncias como um objeto de prazer, também é o mesmo que desencadeia a exclusão social de grande maioria de seus usuários.

O Relatório Mundial de 2013 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)⁵ destaca que as drogas ilícitas continuam a pôr em risco a saúde e o bem-estar de toda a população mundial. Representando uma clara ameaça à estabilidade, à segurança e ao

⁵ Informações adquiridas em < http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/WDR/2013/PT-Referencias_BRA_Portugues.pdf>. Acesso em: 01/07/2014.

desenvolvimento econômico e social de diversas regiões. Certamente, as drogas ilícitas, o crime e o desenvolvimento estão relacionados. Por conseguinte, a dependência química é muitas vezes agravada pelo baixo índice de desenvolvimento social e econômico. O narcotráfico, juntamente com outras formas de crime organizado, compromete o desenvolvimento humano.

É considerada dependência química quando há um padrão de consumo de substâncias psicoativas que causam prejuízo à saúde. Além disso, existem alguns aspectos de identificação como é colocado pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo eles: *a compulsão para o consumo*, com a experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância; *o aumento da tolerância*, em que há necessidade de maiores doses da substância para alcançar os efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas; *a síndrome de abstinência*, o surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando se reduz ou para o consumo; *alívio ou evitação da abstinência pelo aumento de consumo*; *o consumo de uma substância torna-se prioridade*, isto é, passa a ser mais importante do que qualquer outra coisa que antes era valorizada; *o estreitamento ou empobrecimento do repertório*, ou seja, as referências internas ou externas baseiam-se somente no alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo associado a eventos sociais; e a *persistência no uso da substância*, mesmo sendo evidentes as consequências danosas. Isso em conformidade com a OMS (1993 *apud* GOMES, 2010).

A dependência de substâncias psicoativas é resultante da interação de vários aspectos, como: o biológico, psicológico e social, logo as intervenções devem ser diferenciadas, levando em consideração a particularidade de cada caso. Além disso, a dependência é caracterizada pela perda de controle do uso e pelos danos causados aos indivíduos nas diversas esferas da vida, desde a pessoal, familiar, profissional, entre outros (BONI, KESSLER, 2013).

A OMS (2001, *apud* PRATTA; SANTOS, 2009) destaca que esta deve ser considerada como uma doença médica crônica e como um problema social. Sendo caracterizada como:

Um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência. Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as consequências e os motivos que levaram à mesma, pensando o indivíduo em sua totalidade, para que se possa oferecer outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga (PRATTA; SANTOS, 2009, p.208).

A compreensão da dependência requer ir além do tratamento dos sintomas, mas uma análise mais intensa dessa problemática e dos fatores que a determinam, pois esta ocasiona acentuadas mudanças na interação do usuário com o meio social.

Para os autores anteriormente citados, o diagnóstico de uma doença como essa, exige a avaliação de diversos aspectos, uma vez que a padronização de consumo é diversificada. Logo, romper o ciclo de dependência é algo complicado, pois as pessoas dependentes vivenciam um intenso sofrimento tanto físico quanto psíquico. Acrescentam ainda que, atualmente, para discussão e cuidado dessa problemática, devemos considerá-la dentro de modelo biopsicossocial de saúde, assim como os usuários em sua totalidade, pois a dependência afeta as pessoas em suas diversas maneiras, razões, contextos e situações.

Sendo considerada como um caso de saúde pública, a dependência química requer medidas para prevenção, tratamento e ressocialização dos usuários. Em relação ao tratamento, é necessário uma diversificação nas suas atividades, estas devem buscar estratégias de promoção a uma maior adesão dos usuários de drogas ao tratamento, trabalhando sobre as diferenças existentes entre eles.

Quando não se trabalha sob essa perspectiva, as possibilidades dos usuários não se sentirem acolhidos no tratamento é grande, logo, eles podem abandonar o serviço. Ainda é perceptível nesse âmbito o aparecimento de novas substâncias de abuso e novas formas de consumo, que adotam características próprias e requerem modalidades de prevenção adaptadas aos consumidores e aos contextos em que são consumidas (BRASIL, 2004). Há necessidade de enfrentar a questão da dependência química como uma realidade diferenciada e que “necessita de acompanhamento – não sendo, portanto, uma questão apenas da moral ou de caráter do indivíduo -, traz à tona a importância de se discutir ações de promoção e de prevenção ao uso de drogas, com a finalidade de reduzir esse fenômeno em nossa realidade” (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 209).

Nesse sentido, é necessário o envolvimento de todos os grupos sociais, precisamente dos poderes públicos com medidas através de políticas e programas que visem uma maior efetivação do tratamento para os dependentes químicos, assim como procurar garantir seus direitos enquanto cidadãos.

No entanto, não presenciemos essa efetiva atuação dos poderes públicos, pois vivemos diante de um contexto neoliberal que provocou uma mudança na relação entre o Estado e a sociedade civil, com uma ressignificação na idéia de cidadania, enfatizando a responsabilidade social dos cidadãos como um todo. Assim, o que antes era de responsabilidade do Estado agora passa a ser transferido para o sujeito, como ocorre no caso

das drogas. Até hoje ainda se tem um discurso moralista, de que a decisão é do usuário, de responsabilidade do sujeito, da culpabilização do indivíduo. É verdade que a decisão de não consumir drogas, do tratamento para dependência química tem que partir do próprio usuário, mas devemos perceber que essa é uma questão muito complexa, não se trata apenas de uma decisão do usuário, tem uma série de aspectos (desigualdade social, desemprego, miséria, entre outros) que estão eminentemente relacionadas com o capital.

Para Iamamoto (2001); essa lógica do neoliberalismo é pragmática e produtivista, construindo os aspectos da individualidade, competitividade, eficiência, entre outros, como critérios de referência para analisar a vida em sociedade. Desse modo,

Forja-se assim uma mentalidade utilitarista que reforça o individualismo, segundo a qual cada um é chamado a “se virar” no mercado. Ao lado da naturalização da sociedade – “é assim mesmo, não há como mudar” – ativam-se os apelos morais à solidariedade, na contraface da crescente degradação das condições de vida das grandes maiorias. Esse cenário de nítido teor conservador, atinge as formas culturais, a subjetividade, a sociabilidade, as identidades coletivas, erodindo projetos e utopias. Estimula um clima de incertezas e desesperanças. A debilitação das redes de sociabilidade e sua subordinação as leis mercantis estimula atitudes e condutas centradas no indivíduo isolado, em que cada um “é livre” para assumir os riscos, as opções e responsabilidades por seus atos em uma sociedade de desiguais (IAMAMOTO, 2001, p. 30).

De acordo com a autora, o ideário neoliberal tem provocado mudanças que ocasionam a perda de direitos e conquistas sociais históricas, ao mesmo tempo em que se edifica o mercado como eixo regulador da vida social, este proporciona uma ideologia de cunho moralizante em toda a sociedade, como a questão da culpabilização dos indivíduos por suas condições de vida. Na verdade, trata-se de uma nova roupagem das práticas neoliberais que reforça e redefine o discurso moralizante de responsabilização dos indivíduos no âmbito da sociedade, e que serve diretamente ao sistema capitalista, como destaca Tiburi (2013, p. 105-106):

O conjunto de usuários considerados apenas como pessoas perigosas é o produto de um processo de rejeição social em que, [...] os usuários de drogas [...] surgirão como aqueles que Jessé Souza, em seu livro *A ralé brasileira: quem é e como vive*, percebeu como sendo uma classe de “subgente”. Naquele caso, a preocupação de Jessé Souza tem como cerne a produtividade da exclusão social. Mas, também as drogas servem de dispositivo de uma outra desigualdade, aquela que está no íntimo da cultura, a mesma que produz o racismo, o machismo, a homofobia, os bandidos de um modo geral e que, numa inversão histórica curiosa, vem a configurar o poder paralelo do narcotráfico em cidades grandes.

Apesar das drogas permearem toda a sociedade, ainda se tem uma visão de que as pessoas que são pobres, negras e moram em favelas são as que fazem majoritariamente uso das substâncias psicoativas. Isso; na verdade, expressa uma discriminação com a classe subalterna, que já sofre; dentre esse, tantos outros preconceitos.

No ano de 2013, em visita realizada no Brasil⁶, o grupo de especialistas do UNODC fez uma ressalva em relação aos sujeitos que são apreendidos, detidos e presos, eles observaram que nestes casos muitas vezes estão envolvidos jovens, pobres e sem moradia. Segundo o grupo, parte desses usuários de drogas foi presa em função de um esforço para "limpar" as ruas, por causa da pressão dos grandes eventos a serem sediados no Brasil, como a Copa do Mundo de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016. Acrescentam ainda que a legislação não pode ser usada como forma de limpar as ruas, não se trata de manter essas pessoas longe das ruas, mas como tratá-las. Além disso, levantaram outras questões relacionadas à prisão de adolescentes e pessoas com problemas mentais, advertindo que as prisões não devem ser baseadas no ato discriminatório.

Diante disso, observamos que ao invés de se ter investimentos para atender as demandas postas pelos indivíduos e afirmar os seus direitos como cidadãos, o que temos na realidade é a repressão a esses sujeitos que precisam do poder público para se libertar de uma doença. Na verdade, é a volta do tratamento da questão social como caso de polícia. Agir dessa forma é mais fácil e rápido para os poderes públicos do que se investir verdadeiramente em políticas públicas voltadas para a questão das drogas.

Segundo Madruga (2013, p. 36); nos últimos anos há uma crescente discussão tanto em relação ao número de usuários de drogas quanto à ampliação dos debates sobre a necessidade de leis mais severas e com viés punitivo que contribuam para a contenção do tráfico e do uso de drogas, além das alternativas de atendimento e tratamento para esses usuários. A autora considera que:

O atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, a internação, especialmente a involuntária e a compulsória⁷, tem sido uma das alternativas mais discutidas enquanto meio de tratamento. Sendo a internação considerada a última alternativa para o atendimento de indivíduos com transtornos mentais ou usuários de álcool e outras drogas, realizada somente quando todas as outras possibilidades não se mostrarem eficazes, nota-se que, muitas vezes, a mesma passa a constituir-se como

⁶ Informações adquiridas no site <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/en/frontpage/2013/03/28-arrests-and-compulsory-detentions-of-drug-users-in-brazil-concern-un-experts.html>>. Acesso em: 13/05/2014.

⁷ A internação involuntária é aquela que ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros. Geralmente, são os familiares que solicitam a internação do paciente, mas é possível que o pedido venha de outras fontes. O pedido tem que ser feito por escrito e aceito pelo médico psiquiatra. A lei determina que, nesses casos, os responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde têm prazo de 72 horas para informar ao Ministério Público do estado sobre a internação e os motivos dela. O objetivo é evitar a possibilidade de esse tipo de internação ser utilizado para o cárcere privado.

A internação compulsória é aquela em que não é necessária a autorização familiar. Sempre é determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física. O juiz levará em conta o laudo médico especializado, as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. Informações adquiridas no site <<http://www12.senado.gov.br/manualdecomunicacao/redacao-e-estilo/internacao-involuntaria-compulsoria>>. Acesso em: 16/062014.

“porta de entrada” para os usuários na rede de atenção em saúde mental, demonstrando uma possível fragilidade das políticas públicas no sentido de promoverem a garantia e o acesso dos indivíduos aos seus direitos.

O tratamento para a dependência química deve ser fundamentado no voluntariado, confidencial e com consentimento informado, tendo sua realização na comunidade por meio das intervenções clínicas e sociais que tenham uma abordagem que siga os princípios da ética e atenção no cuidado em saúde. Além disso, é importante o desenvolvimento de ações de apoio social que atendam às necessidades básicas, ou seja, de acolhimento, alimentação, acesso a programas de educação, geração de renda, entre outros (GERRA, 2013).

Para Oliveira (2003); a droga é um fenômeno socialmente mediado e muitas vezes determinado por condições sociais, que não pode se dissociar de seu significado econômico, porque é uma atividade que apresenta:

Ganhos de capital para muitas pessoas no mundo inteiro e que, em meio às comunidades socialmente mais vulneráveis, produz atividade de renda para um contingente enorme de pessoas excluídas do sistema social de produção. As drogas, lícitas e ilícitas são, ainda, tradicionais mediadores culturais. Brinda-se com álcool na maioria das celebrações de nossa sociedade assim como fuma-se maconha em muitas festinhas de jovens e cheira-se cocaína em reuniões promovidas por pessoas de diferentes camadas sócio-econômicas (OLIVEIRA, 2003, p. 29).

Submetidos às condições precárias de trabalho e sem terem ao menos possibilidades de participarem do mercado de trabalho, esses trabalhadores ficam vulneráveis diante dos ideais neoliberais de culpabilização dos indivíduos e de responsabilizá-los por sua condição social.

Nesse sentido, o narcotráfico ganha cada vez mais novas formas e dimensões, tendo sua expansão em âmbito internacional. É considerado uma verdadeira empresa capitalista, que funciona sob uma estrutura de hierarquização, que está sempre disposta a integrar mais indivíduos. Por isso, há emergência para políticas públicas que atendam de forma eficaz as demandas postas pela problemática das drogas, compreendendo que as “soluções” para esta devem ser baseadas numa perspectiva da totalidade social.

Segundo Telles (2001 *apud* GENTILLI, 2011); para a os segmentos mais pobres da população, existe a presença de um ponto de exclusão constante e de difícil reversão. Persistindo, assim, as profundas e históricas desigualdades sociais, políticas e econômicas, que influenciam na dinâmica das relações de classe. A autora acrescenta ainda que esse processo se expressa nos “impasses do crescimento econômico” num país situado na “periferia capitalista”, que ingressa no mundo globalizado sem conseguir ultrapassar as suas velhas práticas patrimonialistas e clientelistas que “pulverizam os recursos públicos”. Isso reflete no cotidiano dos indivíduos que contribuem para a economia do país, e não vêem o

retorno de suas contribuições nas áreas que deveriam ser mais privilegiadas pelos pelo poder público.

Sendo assim, como nos alega Souza (2013), dentre as escassas alternativas que aparecem, uma possibilidade que se apresenta e não exige escolaridade e capacidade profissional, é o tráfico de drogas, o qual atrai muitos jovens que devido as suas condições sociais e as necessidades de sobrevivência; terminam adentrando no mundo das drogas e do tráfico para atender a estas. Além disto, o tráfico internacional de drogas teve um crescimento extraordinário a partir da década de 1980, e na década de 1990 já se configurava como o segundo segmento de maior lucratividade, só perdendo para o tráfico de armas. Verifica-se que:

As drogas movimentam milhões de dólares, geram milhares de empregos em todos os seus níveis (produção, comercialização e redistribuição), podendo ser consideradas como um tipo de comércio, apesar da sua ilicitude. A respeito desta característica, Coggiola (*Ibid.*, *Op. cit.* p. 1) afirma que “O tráfico de drogas foi sempre um negócio capitalista, por ser organizado como uma empresa, estimulada pelo lucro” (SOUZA, 2013, p. 336).

Para a autora, o tráfico de drogas é considerado um tipo de comércio na sociedade capitalista, pois vende um produto que possui apelo e consumo entre os indivíduos na sociedade, e o que o diferencia de outros tipos de comércio é que, além da sua comercialização ser proibida, ocasiona diversos e graves problemas de saúde e sociais para os indivíduos.

Para Souza (2013); a ausência do Estado e, simultaneamente, a ampliação do comércio de drogas na sociedade brasileira contemporânea, ocasionou diversos fenômenos, dentre eles, podemos destacar a violência e a criminalidade urbana.

Em relação à criminalidade urbana, Conte et al (2007) destaca que, em um país que tem uma das piores distribuições de renda do mundo como o Brasil, o impacto das ideias identitárias moldadas no consumo é avassalador, impulsionando a criminalidade e sua extensão em diferentes formatos e dimensões da vida social. Ainda presenciamos uma ideia articulada aos estereótipos que mantém boa parte da população excluída, a situação se agrava quando se refere a usuários de drogas, que são chamados de delinquentes, perigosos, bandidos, etc. E isso é agravado até mesmo pela ausência de investimento em políticas públicas que tenham uma perspectiva de integralidade e de respeito aos direitos humanos dos cidadãos.

É necessário que se desenvolvam cada vez mais políticas de saúde, assim como de assistência para usuários de drogas, como nos alega Mathiasen (2009), tratando-os como pessoas que necessitam de tratamento e não de uma punição criminal. Segundo ele, embora sejam estimuladas nos países mudanças de legislação no sentido de se aplicar penas

alternativas aos usuários, há consenso entre os Estados-membros das Nações Unidas sobre a posição de manter as drogas ilegais; devido às consequências devastadoras que essas ocasionam em todas as esferas da sociedade.

Souza (2009) mostra que quando se trata de abordar o vício em drogas entre moradores de rua ou entre os jovens das periferias das grandes cidades, reuni-se entre os profissionais, o delegado, o especialista em segurança pública, entre outros. Estes, na maioria das vezes, interligados às engrenagens do aparelho repressivo do Estado. Já quando se trata dos usuários da classe burguesa, são solicitados outros tipos de profissionais para discutir sobre a dependência química.

Considerada como uma das expressões da questão social, a dependência química surge em decorrência de uma série de fatores, desde o emocional, médico, econômico, psicológico, político até o social. A abordagem da questão das drogas requer entendê-la como um problema de saúde pública que necessita de medidas urgentes, e não de uma perspectiva criminalística, como tem acontecido. A perspectiva do tratamento remete à ressocialização dos usuários no meio social, e que o Estado garanta condições para que estes possam ter acesso ao mercado de trabalho e construção de uma vida digna. Segundo Oliveira (2013):

Ademais dos inúmeros e complexos fatores que condicionam indivíduos a uma vida de negação, tal como se dá com os moradores de rua que têm na dependência química mais um obstáculo para sociabilidade, obstáculo este negligenciado por parte do Estado e por vezes legitimado pelos veículos de imprensa e grande parte da sociedade no referente a prevenção, tratamento, recuperação, ao Estado cabe a repressão como principal intervenção para esta “moléstia social”. Sabemos que isso decorre dentre outras razões do não investimento nos indivíduos que buscam reduzir os danos da drogadição ou parar com o uso e abuso de drogas, e da não efetivação das políticas relacionadas com a dependência química (OLIVEIRA, 2013, p. 25).

A compreensão da dependência química deve ultrapassar os pressupostos moralistas e partir para uma reflexão desta problemática como sendo decorrente do sistema vigente, e que tem outros determinantes, principalmente os referentes às condições sociais. Só assim, vamos conseguir ter novos horizontes para a prevenção, tratamento e ressocialização do usuário no convívio social.

Dessa forma, é evidente que a gravidade da questão das drogas exige a implementação de um amplo leque de políticas, estas; sem dúvidas, são necessárias e urgentes. Em relação às políticas e aos programas direcionados à dependência química, Mathiasen (2009) nos destaca os desafios especiais que o Brasil apresenta, pois tem quatro de seus vizinhos como grandes produtores de drogas, estas também sendo consumidas em território brasileiro. Além disso, é

um país com uma população de mais de 190 milhões de habitantes⁸ que possui um território de dimensões continentais. Logo, as respostas e políticas ao desafio das drogas devem levar em consideração essas particularidades. Tendo como inspiração as experiências de outros locais, mesmo que sejam aqueles países ricos da Europa. Todavia, é necessário serem adaptadas a cada realidade específica.

Portanto, é necessário que se tenha investimentos nas mais diversas áreas, como: educação, assistência social, trabalho, etc., para prevenção das drogas e que as propostas destas ações sejam sintonizadas com as reais necessidades das populações de usuários, levando em consideração ainda as particularidades de cada região. No próximo capítulo, vamos evidenciar como se encontra essa atenção direcionada aos dependentes químicos em relação à política de saúde mental e como está organizada a legislação brasileira e as políticas públicas sobre drogas.

⁸ Segundo os dados de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira já ultrapassa os 200 milhões de habitantes. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acesso em: 14/05/2014.

CAPÍTULO II
A reforma psiquiátrica e seus
desdobramentos na saúde
mental

CAPÍTULO II - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS DESDOBRAMENTOS NA SAÚDE MENTAL

Devido à ocorrência e à complexidade da dependência química, muitos usuários de drogas acabam desenvolvendo transtornos mentais e, por consequência, são tratados em serviços destinados ao tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Assim, discutir a assistência aos dependentes químicos remete à necessidade de situá-la no âmbito das mudanças que vêm se processando na saúde desde o final dos anos 1970, com o movimento de Reforma Psiquiátrica, que tem contribuído para significativos avanços no campo da saúde pública ao reivindicar, dentre outros aspectos, direitos para os portadores de transtorno psíquico, assim como a superação da violência asilar.

A partir da Reforma Psiquiátrica foram alcançadas novas conquistas, como a instituição da Política de Saúde Mental, com a aprovação da Lei nº 10.216/2011, que proporcionou o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental, privilegiando a constituição de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e novas formas de tratamento.

Sendo assim, foi instituída uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) aos portadores de transtornos mentais, esta composta de diversos serviços que devem atuar em conjunto para melhor atender as demandas das pessoas que sofrem de transtornos mentais advindos de diversos fatores, incluindo aqueles decorrentes do uso abusivo das drogas. No entanto, os direitos que foram conquistados neste âmbito sofrem ameaça constantemente devido à política de ajuste neoliberal, que tem entre seus pressupostos a privatização dos espaços públicos.

Neste capítulo discutiremos ainda a legislação brasileira e as políticas públicas sobre drogas, estas sendo designadas para propor ações de prevenção, tratamento, ressocialização dos usuários, assim como combater a expansão das drogas e o narcotráfico. Buscaremos abordar, ainda que de forma breve, os avanços existentes, as lacunas e desafios postos na atenção aos usuários de drogas. Por conseguinte, vamos refletir acerca da saúde mental no contexto contemporâneo do neoliberalismo.

2.1 Reforma Psiquiátrica: o processo de estruturação da rede de atenção à saúde mental como um de seus desdobramentos

No século XIX, a atenção aos portadores de transtornos mentais no Brasil era basicamente a internação em hospitais psiquiátricos especializados. Essa situação começa a mudar no século XX, mais especificamente nos anos de 1970, com o movimento da Reforma

Psiquiátrica, influenciado pela experiência italiana⁹ que teve como um dos precursores Franco Basaglia. O debate que se colocava pautava-se na ideia de superação do aparato manicomial, percebido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como um conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e exclusão do ser humano (AMARANTE, 2007).

Nesse sentido, com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), se tem as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, dentre elas a de saúde mental, contribuindo para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica em nosso país.

A Reforma Psiquiátrica está inscrita num contexto internacional de modificações para superar a violência asilar, sendo fundada em dois âmbitos: na crise do modelo de assistência nos hospitais psiquiátricos; e no empenho que se tinha dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, este podendo ser considerado o primeiro momento histórico da reforma (1978-1991) com a crítica ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005). Neste momento, o país vivia também a eclosão do “movimento sanitário”, que defendia a mudança nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, equidade nos serviços, entre outros aspectos.

O Projeto de Reforma Sanitária tinha como uma das suas principais bandeiras de luta o Sistema Único de Saúde (SUS), defendido através da mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. A ênfase maior estava em assegurar que o Estado tenha sua atuação em função da sociedade, pautado no princípio do Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais, dentre as quais se inclui a saúde (BRAVO, 2000).

A Constituição Federal de 1988 permitiu a criação do SUS, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, com o controle social da sociedade civil, realizado através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. Isso possibilita o segundo momento histórico da reforma psiquiátrica (1992-2000), que dá início à implantação da rede extra-hospitalar. Posteriormente ao ano de 1992, se terá a aprovação das primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de

⁹ A reforma da psiquiatria italiana, também conhecida como Psiquiatria Democrática, iniciou-se nos anos 1960, tendo como principal precursor Franco Basaglia, acompanhado de outros jovens psiquiatras. Esta reforma tinha ênfase no combate aos manicômios e a revisão do estatuto jurídico do portador de doenças mentais, pois se acreditava que ambos estavam interligados. Informações adquiridas no site <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400020>. Acesso em: 18/08/2014.

atenção à saúde mental, essa conquista sendo fruto dos movimentos sociais que se inspiraram no Projeto de Lei Paulo Delgado¹⁰ (BRASIL, 2005).

O SUS é constituído pelo conjunto de todas as 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, sendo que à iniciativa privada também é permitida participar desse sistema de maneira complementar. É bom ressaltar que o SUS pode ser considerado como uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988 (BRASIL, 2000).

O SUS representa o processo da materialização de uma nova concepção de saúde em nosso país. Anteriormente a saúde era compreendida como “ausência de doença”, isso fazia com que toda a lógica estivesse em torno da cura de agravos a saúde, o que significa apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas. Após a Constituição de 1988 tem lugar uma nova noção de saúde, centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde (BRASIL, 2000).

Em relação ao processo da Reforma Psiquiátrica, este não faz parte apenas da sanção de novas leis e normas, mas de uma conjuntura maior, como destaca o Ministério da Saúde:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

Em 2001, após 12 anos de luta, há a aprovação da Lei Paulo Delgado de nº 10.216/2001 no Congresso Nacional, esta dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo de assistência em saúde mental, privilegia a oferta do tratamento que tenha base comunitária, entre outros aspectos.

Em relação à Política de Saúde Mental, esta se originou da Lei Federal 10.216/2001, tendo em vista garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. E esse processo de desinstitucionalização, como nos afirma Goes (2007, *apud* VIEIRA, 2011); consiste em substituir o modelo segregador e coercivo das práticas psiquiátricas em hospitais fechados, por uma rede de serviços substitutivos e de base

¹⁰ O projeto de Lei Paulo Delgado fundamentou a atual legislação de nº 10.216/2001. A mesma regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental. Com destaque para a implantação de centros de atenção psicossocial. Informações adquiridas no site <<http://www.paulodelgado.com.br/revista-cidadania/aprovada-a-lei-de-reforma-psiquiatica/>>. Acesso em: 18/08/2014.

comunitária. Esse novo modelo de atenção tem como finalidade um atendimento com enfoque humanizado e de resgate da reinserção social das pessoas com transtorno mental pelo tripé: trabalho, família e comunidade.

No que se refere às diretrizes da Política de Saúde Mental em relação ao processo de expansão e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹¹ temos o seguinte:

- Expansão e qualificação dos CAPS;
- Qualificação dos ambulatórios;
- Implantação de centros de convivência;
- Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica;
- Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas;
- Política de Saúde Mental Infanto-juvenil.
- Programa Permanente de Formação de profissionais para a Saúde Mental;
- Programas de geração de renda e trabalho, intervenções na cultura, mobilização de usuários e familiares.

A RAPS é regulamentada pela portaria nº 3088, de 26 de dezembro de 2011, instituída pelo Decreto Presidencial nº 7508/2011. Essa rede dispõe dos principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial, no país, para todas aquelas pessoas que possuem sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles que são decorrentes do uso prejudicial das substâncias psicoativas (GARCIA; SANTANA; PIMENTEL; KINOSHITA, 2013).

Essa rede tem como principais objetivos¹²: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

As diretrizes da RAPS¹³ estão pautadas nos seguintes aspectos:

¹¹Informações adquiridas no site <http://carneviva.org/4conferencia/docs/apres_saudemental_10216.pdf?id_area=1663>. Acesso em: 05/06/2014.

¹² Informações adquiridas no site <<http://www.saude.rj.gov.br/atencao-a-saude-1/946-redes-tematicas/16443-rede-de-atencao-psicossocial-raps.html?showall=&limitstart=>>>. Acesso em 01/06/2014.

¹³ Informações adquiridas no site <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial>. Acesso em: 06/06/2014.

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde. Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Segundo Garcia et al (2013), a construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados pontos de atenção promove a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa com transtorno mental. Além disso, conforma-se à medida que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, entre outros espaços. Para esses autores, fazem parte da RAPS no território¹⁴ os seguintes serviços:

- Na **Atenção Básica em Saúde**, através:

- Da *Estratégia Saúde da Família* (ESF) que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, que abrange a promoção e proteção a saúde, além da prevenção, tratamento, redução de danos, etc. As ações de promoção de saúde mental, assim como de prevenção e cuidado dos transtornos mentais, para pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas, podem e devem ser realizadas nestes pontos de atenção, e caso seja necessário compartilhadas com as demais instituições.
- Do *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (NASF) que atua em conjunto com a ESF oferecendo apoio especializado a essas equipes, que inclui a discussão de casos e o cuidado compartilhado dos pacientes, que pode abranger outras ações, como o manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso das drogas.
- Da *Equipe de Consultório na Rua* que atua frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população que vive em situação de rua. Oferecem uma

¹⁴ No campo da saúde, o conceito de território não é a designação apenas de uma área geográfica, mas também das pessoas, instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária.

atenção integral à saúde da população em tais condições, trabalhando junto a usuários de drogas, com a estratégia de redução de danos, desenvolvem ações compartilhadas e integradas às unidades básicas, CAPS, serviços de Urgência e Emergência, entre outros.

- Na **Atenção Psicossocial Estratégica**, através:

- Do *Centro de Atenção Psicossocial* (CAPS) que realiza acompanhamento de pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso abusivo das drogas, ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

Há diversas modalidades de CAPS¹⁵, sendo elas: CAPS I, II, III que atendem pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, conforme a organização da rede de saúde local. Os CAPS II e III atendem adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); e os CAPS I atendem crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de drogas.

Os CAPS são serviços estratégicos para conduzir e ampliar as ações de saúde mental, desenvolvendo acompanhamento às pessoas com transtornos mentais e suas famílias, prioritariamente a partir de espaços coletivos, tanto dentro como fora do serviço, articulados com outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes, visando sempre à construção de novos lugares sociais e à garantia dos direitos. O cuidado é articulado por meio de Projetos Terapêuticos Singulares, que envolvem em sua construção usuários, famílias e seus contextos, isso exige constantes mediações dos profissionais em abordagens territoriais (GARCIA et al, 2013).

- Na **Atenção Residencial de Caráter Transitório**, através:

- Das *Unidades de Acolhimento* que oferecem como nos mostra Garcia et al (2013) cuidados contínuos de saúde, funcionando 24 horas, em ambiente residencial, para aquelas pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, de ambos os sexos, que apresentem uma vulnerabilidade social e/ou familiar e necessitam de um acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, este ocorre geralmente num período de até seis meses. É referenciado pelos CAPS e organizado a partir das

¹⁵ Informações adquiridas no site < <http://www.saude.rj.gov.br/atencao-a-saude-1/946-redes-tematicas/16443-rede-de-atencao-psicossocial-raps.html?showall=&start=1>>. Acesso em: 06/06/2014.

modalidades: Adulto ou infantojuvenil, na faixa etária entre doze e dezoito anos completos.

Articula juntamente com os demais pontos de atenção a operacionalização dos projetos terapêuticos, fazendo sempre mediação com os processos de reabilitação psicossocial no que se refere a apoiar o tratamento nos CAPS e Unidade Básica de Saúde (UBS); além disso, apoia outras atividades, como: a busca por espaços de moradia, trabalho, entre outros.

- Dos *Serviços de Atenção em Regime Residencial* (comunidades terapêuticas) que são destinados a oferecer cuidados contínuos, de caráter residencial transitório a pessoas que requeiram, temporariamente, afastamento de seus contextos, com duração de até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de drogas. É bom ressaltar, que as demandas são referenciadas pelos CAPS do território (GARCIA et al, 2013).

Para esses autores, a prática desses serviços deve estar articulada com os demais pontos de atenção, na operacionalização dos projetos terapêuticos construídos juntamente com os CAPS e UBS. Favorecendo; assim, a construção de novas perspectivas para as pessoas com problemas de uso e abuso de drogas e para suas famílias.

- Na **Atenção Hospitalar**, através:

- Do *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência* (SAMU), destinado ao atendimento móvel de urgências e emergências nos territórios, incluindo as de saúde mental. A ação do SAMU acontece mediante o acionamento telefônico (192) e regulação da demanda. Esse serviço articula e favorece o acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários, como os CAPS e/ou UBS (GARCIA et al, 2013).
- Da *Unidade de Pronto atendimento* (UPA) que é designada ao pronto atendimento das demandas de urgência em saúde, incluindo as de saúde mental. Os autores anteriormente citados acrescentam que esta tem a função de acolhimento, classificação de risco e intervenção imediata nas situações e agravamento que assim o solicitam. Articulando-se a outros pontos de atenção, para que dessa forma seja garantida a continuidade do cuidado, de acordo com a necessidade.
- Do *Serviço Hospitalar ou Enfermaria Especializada em Hospital Geral* com leitos habilitados para oferecer internação hospitalar de saúde mental em Hospital Geral. O acesso a esses leitos deve ser regulado a partir de critérios clínicos. As intervenções nesses serviços devem ser de curta duração. A articulação com outros pontos de

atenção deve ser imediata para garantir preservação de vínculos e um cuidado contínuo (GARCIA et al, 2013).

Através de **Estratégias de Desinstitucionalização**, tais como:

- O *Serviço Residencial Terapêutico* que corresponde às moradias que são inseridas na comunidade. É analisado por Garcia et al (2013) como sendo uma forma de viabilizar, aos egressos de internação de longa permanência em hospitais, a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando assim a sua inclusão social.

Esse serviço atua no acolhimento, em ambiente residencial, de um determinado grupo de pessoas dessas internações, favorecendo aos mesmos a retomada da gestão de seu cotidiano e de novos projetos de vida, a partir do apoio tanto dos profissionais como de outros pontos de atenção. São referências deste serviço, os CAPS e as UBS, responsáveis pelo acompanhamento longitudinal das pessoas que nele habitem, além disso, é ilimitado o tempo de permanência dessas pessoas nesses serviços.

- O *Programa de Volta pra Casa* que se refere a um programa de inclusão social, instituído pela Lei nº 10. 708/2003, que tem por objetivo contribuir para o fortalecimento dos processos de desinstitucionalização. Na sua atuação fornece um auxílio reabilitação, este sendo mensal e de caráter indenizatório, para aquelas pessoas que possuem transtornos mentais e são egressas de internações de longa duração (GARCIA et al, 2013).

Através de **Estratégia de Reabilitação Psicossocial**:

- As *Estratégias de Reabilitação Psicossocial* são iniciativas que tem por objetivo; como nos mostra os autores citados acima, a geração de trabalho e renda, incluindo os empreendimentos solidários. Possuem ações destinadas à reabilitação psicossocial, através da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental e aquelas que possuem necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas. Propõe-se a possibilitar experiências solidárias de inclusão das populações em extrema vulnerabilidade.

Garcia et al (2013) acrescentam ainda que, com a instituição da RAPS, em 2011, como uma das redes prioritárias no reordenamento das ações e dos serviços do SUS, o Hospital Psiquiátrico deixou de ser considerado um dos pontos de atenção à saúde mental, no caso das internações necessárias, estas devem ocorrer em Hospitais Gerais. Esses serviços dispõem de recursos e de tecnologias que dão suporte adequado aos comprometimentos e/ou comorbidades clínicas, agravantes nos transtornos mentais.

Desse modo, percebemos a importância da articulação entre os diversos pontos de atenção à saúde mental, instituídos sob os princípios do SUS e da RAPS, pois trabalhando em conjunto conseguem garantir uma maior sustentação e continuação do cuidado e atenção aos problemas advindos dos transtornos mentais.

2.2 A Legislação brasileira e as políticas públicas sobre drogas

A primeira iniciativa da legislação brasileira em relação à criação de medidas, como, por exemplo, uma política nacional direcionada às drogas, só foi possível devido à adesão do Brasil aos “Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas” estabelecidos em Assembléia Geral das Nações Unidas, destinada ao enfrentamento em conjunto dos problemas relacionados às substâncias psicoativas, em 1998. Essa ação resultou na implementação de um Sistema Nacional Antidrogas (SINAD), regulamentado pelo Decreto nº 3.696/2000, que se orienta com base na responsabilidade compartilhada entre o Estado e a sociedade, tendo uma cooperação mútua e articulação de esforços conjuntos (BRASIL, 2001 *apud* ALMEIDA, 2013).

A legislação brasileira sobre drogas foi atualizada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2006, com a lei nº 11.343/06, em substituição às leis nº 6.368/76 e nº 10.409/02¹⁶, até então vigentes no país.

A partir de então, o Brasil ganhou destaque com a implementação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescrevem medidas relacionadas à prevenção, atenção, reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Outro destaque foi a substituição da justiça retributiva, baseada no castigo, focalizada no predomínio de penas privativas de liberdade, pela justiça restaurativa, que tem como objetivo maior a ressocialização do usuário por meio de penas alternativas, sendo elas: a *advertência* sobre os efeitos das drogas; a *prestação de serviços à comunidade* em localidades e/ou programas direcionados à prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas; e a *medida educativa* de comparecimento a programa ou curso educativo (DUARTE; DALBOSCO, 2013).

¹⁶ A lei nº 6.368/76 dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Informações adquiridas no site < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm>. Acesso em: 09/06/2014; A lei nº 10.409/02 fala sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Informações adquiridas no site < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110409.htm>. Acesso em: 09/06/2014.

A nova legislação sobre drogas apresenta diversos artigos, no entanto, vamos nos remeter aqui aos primeiros, segundo Brasil (2010, p. 28-29-30) estes são:

Art. 1º Esta lei institui o SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre substâncias psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

Art. 3º O SISNAD tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Art. 4º São princípios do SISNAD:

I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;

III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados;

IV - a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do SISNAD;

V - a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do SISNAD;

VI - o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito;

VII - a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito;

VIII - a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do SISNAD;

IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

X - a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social;

XI - a observância às orientações e normas emanadas do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD.

Art. 5º O SISNAD tem os seguintes objetivos:

I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;

II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei.

Apesar de o SISNAD apresentar esses princípios e objetivos, o que temos visto na realidade é uma prática diferenciada do que está exposto na legislação, pois em nosso país há uma filosofia de repressão, com caráter punitivo, principalmente em relação àquelas pessoas que fazem parte das classes subalternas.

Para Souza; Kantorski (2007); a problemática das drogas em nosso país é considerada como “caso de polícia”, isso é perceptível diante do papel central que o Gabinete de Segurança Institucional assume dentro do quadro organizacional da instância federal. Acrescentam ainda que essa orientação de medidas repressivas, como forma de enfrentamento para a problemática das drogas, advêm dos embasamentos adotados dos modelos estadunidenses.

Noto; Formigoni (2002 *apud* SOUZA; KANTORSKI, 2007) alertam para a inadequação dessas medidas de caráter repressivo, pois para eles, foi perceptível que nos últimos anos houve um aumento do índice de drogas ilícitas no Brasil. Por conseguinte, reforçam a necessidade da construção de uma política que seja integrada, respaldada por

dados científicos, que considere tanto a diversidade como as demandas específicas das comunidades, e as metas das ações devem ser baseadas em diversos aspectos, entre eles: no controle do consumo e na melhoria das condições sociais e de saúde.

No que se refere à organização do SISNAD, esta consiste em assegurar a orientação central à execução descentralizada das atividades em seu âmbito. Com a sua regulamentação, houve a reestruturação do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), estabelecendo a participação paritária das duas instâncias: governo e sociedade (DUARTE; DALBOSCO, 2013).

O CONAD¹⁷ ¹⁸ é um órgão normativo com deliberação coletiva, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável por estabelecer as orientações para os integrantes do SISNAD.

Em relação à Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), esta foi criada¹⁹ no governo de Fernando Henrique Cardoso, através da Medida Provisória nº 1669/98, que altera a Lei nº 9649/98, integrando o SISNAD, instituído pelo Decreto nº 5912/2006, atualmente subordinada ao Ministério da Justiça. A criação da mesma expressou uma estratégia de política do governo em mostrar as entidades internacionais uma postura de combate às drogas (GARCIA et al, 2013) .

A SENAD tem desenvolvido seu trabalho em três eixos centrais: no *Diagnóstico Situacional*, com a realização de estudos que possibilitam um diagnóstico sobre a situação do consumo de drogas no país e o impacto que estas apresentam em diversas esferas da vida da população. Na *Capacitação de Agentes do SISNAD*, em relação à temática das drogas e nas informações de prevenção, tratamento e reinserção social. Por conseguinte, nos *Projetos Estratégicos*, que tem alcance nacional e ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade (DUARTE; DALBOSCO, 2013).

Para essas autoras; dentre as atribuições da SENAD, temos: articular e coordenar as atividades de prevenção do uso de drogas, de atenção e reinserção social de usuários e

¹⁷ Informações adquiridas no site <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/>>. Acesso em: 09/06/2014.

¹⁸ Competem ao CONAD as seguintes atribuições: Acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, consolidada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); exercer orientação normativa sobre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, e sobre a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas; acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e o desempenho dos planos e programas da política nacional sobre drogas; propor alterações em seu Regimento Interno; promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

¹⁹ Informações adquiridas no site <<http://osmunicipais.blogspot.com.br/2011/05/secretaria-nacional-de-politicas-sobre.html>>. Acesso em: 22/08/2014.

dependentes de drogas; consolidar a proposta de atualização da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) na esfera de sua competência; definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas pela PNAD e acompanhar sua execução; entre outras.

De acordo com o discurso oficial, a PNAD é uma política que visa articular ações que possam combater os preconceitos e medidas discriminatórias, tendo como meta o alcance de todos na promoção da saúde, o respeito aos direitos humanos, assim como a inclusão social (BRASIL, 2010). Dentre os pressupostos e objetivos dessa política, estão: garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas; reconhecer a corrupção e a lavagem de dinheiro como as principais vulnerabilidades a serem alvo das ações repressivas, visando ao desmantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas; garantir, incentivar e articular, por intermédio do CONAD, o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas; conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas consequências; garantir a realização de estudos e pesquisas visando à inovação dos métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde, entre outras medidas.

Com a complexidade que a problemática das drogas vem ganhando nos últimos anos, estas passam a ser consideradas um grave problema de saúde pública que requer medidas para seu enfrentamento. Diante desse crescimento das substâncias psicoativas, em 2003²⁰, o Ministério da Saúde (MS) criou uma Política de Atenção Integral ao usuário de Álcool e outras Drogas.

Essa política do MS se mostra avançada, tendo como direcionamento os princípios da política de saúde mental vigente, de acordo com a Lei Federal nº 10.216/2001 e as propostas e desígnios da Organização Mundial da Saúde (OMS). Antes dessa política o MS tinha publicado algumas portarias com o objetivo de normatizar a atenção a usuários de drogas. Dentre estas portarias podemos destacar a GM/816/2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, no SUS (OLIVEIRA, 2009).

²⁰ Informações adquiridas no site <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 19/08/2014.

Essa política²¹ visa à garantia do direito assistencial aos usuários, designando atividade de atenção integral que articule as ações de promoção, prevenção e reabilitação, estas são destinadas à população de um modo geral, como forma de ampliar e diversificar a oferta dos serviços.

Santos e Oliveira (2013) destacam que a Política de Atenção Integral ao usuário de Álcool e outras Drogas foi fortemente influenciada pelos programas de redução de danos, e pelo processo de reestruturação da atenção em saúde mental. Buscou-se estabelecer uma prática de saúde pública capaz de superar as abordagens antidrogas e moralistas ainda muito presentes nas práticas desenvolvidas no país em relação às drogas.

Em 2007, por meio do Decreto nº 6.117, foi instituída a Política Nacional sobre o Álcool, esta dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. Tem como princípios fundamentais a sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo do álcool, considerando a intersetorialidade²² e a integralidade das ações direcionadas para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida decorrentes do consumo desta substância (BRASIL, 2010).

Essa política reconhece a necessidade de se implantar diferentes medidas, que sejam articuladas entre si e com o objetivo de responder às reivindicações da sociedade por ações de maior efetivação, principalmente para aqueles segmentos sociais que estão sob uma maior vulnerabilidade ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas (DUARTE; DALBOSCO, 2013).

O anexo II do decreto acima explícito, trata do conjunto de medidas que são para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (BRASIL, 2010), estas divididas nos seguintes aspectos:

- Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil;
- Propaganda de bebidas alcoólicas;
- Tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool;

²¹ Informações adquiridas no site <<https://www.informalcohol.org.br/content/pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-espec%C3%ADficas>>. Acesso em: 20/06/2014.

²² Nas políticas públicas, o termo intersetorialidade aparece como possibilidade de superar as práticas fragmentárias ou sobrepostas na relação com os usuários de serviços estatais, ou mesmo de serviços ofertados por organizações privadas, sob iniciativas da sociedade civil ou de fundações empresariais. In: DUARTE, P. C. A. V.; DALBOSCO, C. **A política e a legislação brasileira sobre drogas**. In: Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/ Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. - 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013, p. 226.

- Realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso e do abuso de bebidas alcoólicas;
- Segurança pública;
- Associação de álcool e trânsito;
- Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, à educação, ao trabalho e à segurança pública;
- Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais.

Para Duarte e Dalbosco (2013); dentre essas medidas estratégicas para amenizar os impactos adversos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, merece destaque as ações vinculadas à associação de álcool e trânsito, pois os problemas relacionados ao consumo excessivo dessa substância não atinge apenas as populações vulneráveis, mas estão associadas diretamente aos índices de morbidade²³ e mortalidade da população em geral. Com isso, tornou-se urgente o desenvolvimento de medidas contra o ato de “beber e dirigir”.

Os acidentes de trânsito provocados pelo consumo abusivo do álcool se tornam um grave problema de saúde pública. Conforme Duailibi e Laranjeira (2007); dados do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN) revelam que, no Brasil, 50% dos acidentes automobilísticos fatais estão relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas. Tais autores acrescentam ainda que os custos para efetivação das políticas públicas se tornam poucos em relação às consequências decorrentes do uso dessas substâncias.

Em 2008 foi sancionada a Lei nº 11.705²⁴, mais conhecida como “lei seca”, que alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, estabelecendo penalidades mais severas para aqueles condutores que dirigirem sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa.

Nesse sentido, Duailibi e Laranjeira (2007) afirmam que sendo o álcool um importante fator que provoca problemas de saúde e segurança pública, por conseguinte, o mercado de

²³ Refere-se ao conjunto de indivíduos que adquiriram no mesmo intervalo de tempo uma determinada doença.

²⁴ Esta Lei altera dispositivos da Lei nº 9. 503/1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, com a finalidade de estabelecer **alcoolemia zero** (concentração de álcool etílico no sangue resultante da ingestão de bebidas alcoólicas) e de impor penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool, e da Lei nº 9. 294/1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para obrigar os estabelecimentos comerciais em que se vendem ou oferecem bebidas alcoólicas a estampar, no recinto, aviso de que constitui crime dirigir sob a influência de álcool. Mais informações no site <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111705.htm>. Acesso em: 20/06/2014.

venda destas substâncias deve ter um intenso controle social, visando à redução do seu consumo e dos problemas relacionados ao mesmo.

Em 2009, o MS instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010). Sua criação considerou; dentre outros fatores, a expansão das drogas, a lacuna assistencial existente nas políticas de saúde em relação à prevenção e ao tratamento dos transtornos associados ao consumo das substâncias psicoativas; a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial dessas substâncias; e por último, como forma de fortalecer e qualificar a rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2009).

Este plano apresentou as seguintes finalidades: I) ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS); II) diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e III) construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades do consumo do álcool e outras drogas, sendo capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários (BRASIL, 2009).

Entre os objetivos do PEAD, estavam: a promoção da garantia de tratamento na rede pública de saúde, adoção de ações voltadas para a prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas, propor a integração das políticas visando à promoção da saúde e redução dos riscos associados. Por conseguinte, este plano abordava questões relacionadas à discriminação e o preconceito aos usuários de drogas, assim como às diversas formas de violência (abusos físico e psicológico, exploração sexual, etc.) praticadas contra crianças e adolescentes (VALADARES; SOUZA, 2013).

Em 2011, foi instituído por meio do Decreto nº 7.637/2011 o programa “Crack, é possível vencer”, criado pelo Governo Federal com o intuito de articular e coordenar diversos setores para ações integradas de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de crack, álcool e outras drogas, assim como o enfrentamento do narcotráfico em parceria com estados, municípios e a sociedade civil (DUARTE; DALBOSCO, 2013).

Segundo as autoras, a perspectiva é que somente uma organização em rede seja capaz de se fazer apropriada à complexidade das demandas sociais e ao fortalecimento da rede comunitária.

Houve alguns avanços em relação ao enfrentamento do uso e da expansão das drogas, porém há muito que se fazer ainda. Para se obter sucesso no combate ao uso e ao tráfico de

drogas, é imprescindível saber as reais causas que ocasionam esse fenômeno. Para além da violência presente na cadeia de produção destas substâncias psicoativas, é preciso lembrar-se das influências dos fatores sociais, a miséria, desemprego, corrupção, a fome, que são retratos vivos do nosso cotidiano (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

A legislação brasileira se mostra avançada no que se refere aos direitos das pessoas que sofrem transtorno psíquico, principalmente após a aprovação da lei n° 10.216/2001. Esta se constitui como um marco na conquista dos direitos dos portadores de sofrimento mental no país, ao redirecionar o modelo de atenção, estabelecendo que estas pessoas sejam tratadas em ambientes terapêuticos, de preferência em serviços comunitários de saúde mental, visando sempre a sua reinserção social, através do convívio com a família, no trabalho e na comunidade e ainda protegida contra qualquer forma de abuso e exploração (MELO, 2005).

Entretanto, essa garantia legal dos direitos nem sempre é efetivada na prática, principalmente no contexto em que vivenciamos atualmente; de perdas de garantias dos direitos, aumento da exclusão social, responsabilização social do sujeito, redução do papel estatal na esfera pública, entre outros aspectos que fazem parte da política neoliberal.

2.3 Reflexões acerca da saúde mental no contexto neoliberal

No campo da Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica; iniciada nos anos de 1970, representou uma importante conquista e trouxe modificações na maneira de atender aos sujeitos que possuem transtornos mentais. No entanto, a Política de Saúde Mental, assim como as demais políticas, vem passando por processos de transformações no contexto atual, em decorrência da disseminação da ideologia neoliberal, nova faceta do sistema capitalismo para sair da crise, a qual ganha maior impulso a partir dos anos 1990.

O neoliberalismo propõe que o bem-estar humano decorre das liberdades e capacidades de empreendimentos individuais. Para tanto, defende tanto a propriedade privada como o livre mercado. Nesta lógica, caberia ao Estado criar e preservar medidas institucionais para garantir estas práticas, mesmo que fosse necessário se utilizar da força, repressão, etc., para assegurá-las (HARVEY, 2005 *apud* SILVEIRA, 2009).

As políticas neoliberais fazem parte de uma face do capitalismo nunca vista antes, estas tendo como objetivo transformar o mundo de acordo com as suas regras e princípios. Sobre o avanço do neoliberalismo, Borón (1995, p. 158 *apud* SILVEIRA, 2009, p. 73) nos diz o seguinte:

[...] o senso comum da época é neoliberal. Gostemos ou não, ele se implantou profundamente nas massas. O mercado é idolatrado; o Estado é demonizado; a

empresa privada é exaltada e o 'darwinismo social de mercado' aparece como algo desejável e eficaz do ponto de vista econômico.

Devido a esse aprofundamento das políticas neoliberais, principalmente a partir dos anos 1990, a realidade brasileira vem sofrendo desmonte nas políticas sociais de uma forma geral. No que se refere à área de saúde mental; é perceptível que essa nova conjuntura está deixando os portadores de transtornos mentais desprovidos de meios de amparo social e de benefícios para o seu bem-estar físico, mental e social. Pensar as políticas sociais; especialmente no Brasil; supõe pensá-las no contexto das contradições da sociedade capitalista, que reside na produção coletiva de riqueza e sua apropriação privada (PEREIRA et al, 2011).

O neoliberalismo tem sua ideologia fundamentada em princípios voltados para privatização, mercantilização, sucateamento dos espaços públicos; e isso tem trazido repercussões em todos os âmbitos para a sociedade. Logo, a afirmação dessa hegemonia do neoliberalismo no país tem implicado numa série de efeitos, sendo eles: a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, sucateamento tanto da saúde quanto da educação (BRAVO, 2004).

A reforma do Estado brasileiro, ou melhor, a contra-reforma, como alguns preferem chamar, faz parte do processo de reestruturação da crise do capital instaurada desde os anos de 1970. Para Oliveira (2011); a resposta neoliberal para essa crise se consistiu na redução do papel do Estado e na ampliação da esfera do mercado econômico. No que se refere à contra-reforma, esta tem sido conduzida sob a pauta do ajuste fiscal, com a privatização de empresas públicas e desvinculada da idéia de fortalecimento da proteção social.

A contra-reforma do Estado é apoiada por organismos financeiros internacionais como o Banco Mundial (BM), que; no caso da saúde, propugna pressupostos e diretrizes divergentes do projeto de reforma sanitária. Apresentam uma política focalista, voltada para os mais pobres, enfatizando a atenção básica em saúde, entendida não em sua dimensão ampla, como modelo para a reestruturação do sistema de saúde, mas na perspectiva restritiva de cesta básica da saúde para quem não pode pagar por serviços oferecidos através dos planos privados. Este direcionamento encontra-se em conformidade com as orientações do BM de desresponsabilização do Estado com as políticas sociais (DIAS, 2007).

Para Silva, Barros e Oliveira (2002); as políticas sociais são mecanismos históricos determinados para produzir e reproduzir a força de trabalho. São instrumentos de legitimação da classe dominante, em virtude da sociedade capitalista ser estabelecida em relações desiguais entre os indivíduos na estrutura de produção.

Nesse sentido, as políticas sociais se constituem como uma das medidas do Estado para “regular” os conflitos entre as classes sociais, estes sendo decorrentes do próprio sistema capitalista. São utilizadas ainda como forma de compensar os custos e os efeitos destrutivos das ações de acumulação do capital.

A atual conjuntura; além de dificultar o fortalecimento dos movimentos sociais, desestrutura as políticas sociais em andamento e retarda as mudanças necessárias, promovendo a exclusão social não apenas das pessoas que possuem transtornos mentais, mas da grande maioria da população que não tem poder de inserção na sociabilidade capitalista neoliberal (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Para Melo (2005); no âmbito da saúde se observa um retraimento nos investimentos públicos e um retrocesso expresso no descompromisso do Estado com a manutenção de um sistema de saúde pública de acordo com o que foi preconizado na Constituição de 1988. Explicita-se uma tendência de que a lógica de mercado sirva como reguladora no acesso aos serviços de saúde, ficando a cargo do Estado apenas aqueles que não têm condições de garantir a sua saúde através das vias particulares.

Segundo a autora, em relação à atenção em saúde mental, a criação dos denominados serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, embora seja crescente e represente um dado significativo do processo de reforma psiquiátrica, ainda se mostra insuficiente do ponto de vista quantitativo e das próprias necessidades da demanda. Um orçamento para a saúde mental inexistente ou limitado constitui um obstáculo à provisão de tratamento e atenção.

Para Melo (2005, p. 3); o contexto político-econômico atual, evidenciado na redução do papel do Estado, traz implicações diretas ao andamento da reforma psiquiátrica, isto porque:

A realização da reforma psiquiátrica requer a criação e ampliação de uma rede de serviços substitutivos (CAPS, NAPS, Residências terapêuticas, etc.) ao antigo modelo manicomial, o que exige recursos para a implementação de redes municipais de atenção, bem como de projetos e ações que viabilizem o acesso aos direitos, garantindo estruturas físicas adequadas, equipes de profissionais capacitados, disponibilidade de recursos financeiros, etc, de modo que absorva as necessidades da população usuária. Realidade esta que se contrapõe diretamente aos interesses do capital, no contexto da reforma do estado preconizado pelos interesses neoliberais.

Pensar sobre os direitos dos portadores de transtorno mental envolve, portanto, uma multiplicidade de dimensões, pois é preciso se pensar em uma relativa noção de autonomia que seja possível e requerida, de modo que se possam reduzir os impactos das violações legais, institucionais e culturais a que estes estão submetidos (DIAS, 2007). Para a autora; há

uma fratura na questão da cidadania, pois, para se garantir o acesso a um direito social, é preciso abrir mão dos demais, isto é, os direitos civis e políticos. Ela ainda acrescenta que:

As sociedades já avançaram na criação do estatuto dos direitos para todos os sujeitos, superando a racionalidade como critério de diferenciação. O desafio é a efetivação através de ações concretas e efetivas, para a superação deste hiato nas desigualdades sociais e na realização da cidadania (DIAS, 2007, p. 131).

Nesse sentido, para se chegar à efetivação dos direitos é necessário levar em consideração uma série de determinantes sociais, políticos, econômicos, enfim, toda a conjuntura envolvida na realidade dos indivíduos.

O atual cenário que compõe a situação da saúde mental em nosso país requer um olhar crítico em relação à forma como são tratadas as pessoas com transtorno mental, desmistificando a percepção de que essas pessoas não podem conviver em sociedade. Deve-se analisar a situação não apenas no modelo médico, baseado no diagnóstico clínico, mas sob uma nova perspectiva que almeje transformar a relação com os sujeitos. Para isso, necessita-se de mais investimentos por parte dos poderes públicos para criarem novas perspectivas para o campo da saúde mental.

O aprofundamento da desigualdade social, a retração de direitos, a precarização das condições de trabalho e a fragilização dos vínculos também contribuem para o surgimento do sofrimento mental e para o aumento da dependência química. Estes fenômenos proporcionam maiores desafios tanto aos serviços como aos profissionais da área da saúde mental. Vasconcelos (2008, p. 29) destaca que nas grandes cidades:

O quadro econômico e social é marcado por um aumento significativo das taxas de desemprego, desfiliação social, miséria e os sinais de má qualidade de vida e de violência social, gerando aumento da incidência de estresses, ansiedades, fobias sociais, quadros de dependência química etc., e, conseqüentemente, aumentando a demanda e os desafios colocados para os programas de saúde mental. Nos últimos anos, a pressão tem se dado especialmente no campo dos serviços para dependentes químicos e moradores de rua.

A tarefa de proteger e melhorar a saúde mental da população é complexa e envolve múltiplas decisões. Os governantes necessitam assumir essa responsabilidade e desenvolver um papel crítico da gestão para que haja a implementação e fortalecimento de políticas que efetivem realmente a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Para tanto, é necessário o empenho de todos os envolvidos na luta pela Reforma Psiquiátrica, para que haja o cumprimento das determinações legais e a possibilidade de se pensar em um novo caminho que tenha por base o reconhecimento daqueles que sofrem de problemas mentais como sujeito de direitos (MELO, 2005).

O momento atual da saúde mental indica que a reforma psiquiátrica está em processo, no entanto com muitos desafios a serem superados, principalmente no que tange aos pressupostos da política neoliberal, estes visam mercantilizar os espaços públicos, reduzir o gasto público, impõe a falta de investimentos e a retração na efetivação das políticas públicas, e ainda suprimir a noção de direitos sociais, com repercussão especial aos que sofrem de transtorno mental (DIAS, 2007).

Para Melo (2005); essa realidade reflete diretamente no processo de desospitalização, travando assim a realização de uma reforma psiquiátrica que garanta realmente a qualidade no atendimento e na efetivação dos direitos sociais, tendo em vista a indisponibilização e insuficiência de recursos na criação de uma rede substitutiva de atendimento que atenda a demanda necessária dos portadores de transtornos mentais. Para a autora; é necessário pensarmos numa rede de atenção às pessoas com transtornos mentais:

Que seja ao mesmo tempo efetivo, eficaz e eficiente em relação ao ângulo técnico-burocrático, que costuma presidir a lógica da organização de serviços públicos de saúde, capaz de fazer equipes e serviços acompanharem as pessoas e as suas necessidades, com estratégias que costumam animar programas de humanização do atendimento e de processos de trabalho em saúde. O que implica no fortalecimento de movimentos sociais, conselhos gestores e demais instrumentos que reivindiquem junto aos poderes políticos, legislativos e judiciários o atendimento das necessidades dos portadores de transtornos mentais, na efetivação dos direitos garantidos pela legislação e ampliação na qualidade dos serviços oferecidos, bem como a garantia de condições de trabalho e salários dignos as equipes que atuam diretamente na promoção dos atendimentos, rumo à organização de uma rede de cuidados que enfrente a complexidade da demanda atendendo dignamente as suas necessidades (MELO, 2005, p. 6).

Para se ter uma efetivação da Política de Saúde Mental não basta apenas ter uma legislação que seja favorável, mais são necessários outros recursos, como: investimentos na área e campo da saúde mental, capacitação das equipes que trabalham nos mais diversos espaços relacionados a saúde mental, entre outros aspectos. Estes devem abranger uma dimensão de totalidade da realidade dos indivíduos, analisando as reais causas, muitas vezes ocultas, que provocam o surgimento dos transtornos mentais. Uma reflexão a partir da totalidade social nos permite desvelar as dimensões da realidade, assim como capturar elementos que mostram a dinâmica contraditória da sociedade em que vivemos.

Segundo Barros (2003 *apud* MACIEL; BARROS; SILVA; CAMINO, 2009); ao representar uma política instituída pelos serviços de saúde mental, a desospitalização e a inclusão social devem considerar tanto os aspectos subjetivos dos pacientes quanto o universo social e cultural nos quais estão inseridos. Nesse sentido, para se pretender a transformação da instituição psiquiátrica deve-se ter uma ampliação da atenção às pessoas que sofrem de

transtorno mental, não visando apenas a imediatividade, mas a oferta de condições para que estes possam se relacionar no âmbito social.

Na atualidade a realidade que presenciamos é benéfica ao capital, não há muita preocupação em relação ao bem-estar e a saúde dos trabalhadores, e isso tem refletido numa precarização das condições de vida destes que acaba por provocar doenças tanto físicas quanto mentais. Para Melo (2005); não é por acaso que temos uma tendência de aumento de transtornos mentais advindos do aumento no uso do álcool e demais drogas, apreendidos como refúgio diante de uma realidade social tão desumana e cruel, que exclui da classe trabalhadora o acesso às condições dignas de moradia, alimentação, lazer, saúde, educação, entre outros, que acabam refletidas na ausência de saúde mental.

Diante disso, fica cada vez mais clara a priorização do governo para investimentos no setor econômico ao invés de se investir nas políticas públicas que tenham caráter de ampliação dos serviços públicos, gratuitos e com qualidade para atender as demandas da sociedade. Essa opção também é um reflexo dos pressupostos da ideologia capitalista, que tende a se intensificar com a instituição da política neoliberal.

Nesse sentido, apresentaremos no próximo capítulo um pouco do CAPSad e o funcionamento do mesmo, levando em consideração os reflexos da política neoliberal nos espaços públicos. Por conseguinte, abordaremos os resultados de nossa pesquisa.

CAPÍTULO III
Dependência química:
aproximações aos motivos e
determinantes do abandono ao
tratamento

CAPÍTULO III – DEPENDÊNCIA QUÍMICA: APROXIMAÇÕES AOS MOTIVOS E DETERMINANTES DO ABANDONO AO TRATAMENTO

Nesta seção abordaremos os resultados de nossa pesquisa. Inicialmente apresentaremos o CAPSad, como está organizado, a dinâmica de funcionamento, o quadro de profissionais, dentre outros aspectos. Posteriormente, delinearemos o perfil socioeconômico dos usuários da instituição considerando a amostra da pesquisa.

Em seguida, analisaremos a problemática da dependência química e a compreensão desta por parte dos usuários e profissionais. Discutiremos, ainda, sobre os motivos e determinantes que levam os usuários a abandonarem o tratamento da dependência, que é o objeto de estudo neste trabalho.

3.1 Situando o CAPSad²⁵ de Campina Grande e o perfil dos seus usuários

O CAPSad está localizado no bairro do Alto Branco, CEP: 58102-585, na rua Arnaldo Albuquerque, nº 80, na cidade de Campina Grande - Paraíba, Brasil. É designado como uma unidade de saúde especializada em atender dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Foi inaugurado em 2004²⁶, na gestão da então Prefeita Cozete Barbosa Loureiro Garcia de Medeiros. Com a transição de governo, no ano de 2005, mais precisamente no mês de novembro, a instituição passou por um processo de reinauguração, na gestão do Prefeito Veneziano Vital do Rêgo (SILVA et al, 2013).

Em relação à estrutura organizacional, o CAPSad é um serviço vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e conta com um coordenador e uma equipe técnica composta por profissionais das mais variadas áreas, como: Serviço Social, Psicologia, Medicina, Música, entre outros. No período da caracterização, em 2013, a instituição contava com uma equipe composta por 35 profissionais. Atualmente²⁷ a instituição apresenta um quadro de 11 profissionais (1 coordenador, 1 psicólogo; 1 enfermeira; 2 pedagogas; 2 técnicas de enfermagem; 1 músico; 1 médico e 2 agentes administrativos). Essa redução da equipe profissional aconteceu devido a uma série de fatores, com destaque para a demissão em massa

²⁵ As informações apresentadas sobre o CAPSad foram adquiridas a partir da construção da caracterização da instituição, em 2013, como atividade do componente curricular Estágio Supervisionado III.

²⁶ Informações adquiridas a partir de entrevista com a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial a Álcool e outras Drogas, durante a elaboração da referida caracterização.

²⁷ Informações adquiridas através do Sistema de Informações do CAPSad, 2014.

de profissionais, decorrente da troca de governo, já que o vínculo da grande maioria com a instituição se dava através de contrato temporário.

A instituição possui um *regimento interno dos usuários* (elaborado pelos próprios usuários em conjunto com a equipe técnica) que dispõe sobre os deveres e direitos destes, os quais estão expostos em panfletos informativos da instituição. Como deveres dos usuários na instituição, podemos destacar: não fazer uso de qualquer substância psicoativa (álcool, inalantes, maconha, etc.); participar de todas as atividades terapêuticas (de acordo com seu projeto terapêutico); cumprir com os horários estabelecidos pelo CAPS-ad; não danificar objetos na instituição, pois caso isso aconteça terá que repor; não portar materiais cortantes e/ou perfurantes, assim como mochilas, bolsas, sacolas ou semelhantes; seus familiares devem participar das reuniões que acontecem em grupo e, quando necessário, em atendimento individual; e, em relação à saída fora do horário programado, só será permitida com a autorização da equipe técnica (SILVA et al, 2013).

De acordo com os referidos panfletos, os usuários têm assegurados como direitos: almoço, se o projeto terapêutico for para permanecer na instituição o dia todo; e, dependendo da sua condição socioeconômica, recebem o cartão de vale transporte para poderem comparecer às atividades realizadas no CAPS-ad. Além disso, os usuários têm direito à consulta com médico clínico e psiquiátrico, assim como à medicação necessária ao seu tratamento (SILVA et al, 2013).

Para os profissionais há um regimento interno que orienta sobre o cumprimento da carga horária; participação nas reuniões de equipe e nas assembleias dos usuários; define que cada profissional deve ser técnico de referência, ou seja, cada usuário deve ter um profissional como orientador/responsável por ele na instituição (SILVA et al, 2013).

A instituição tem por finalidade atender as pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, tendo como desígnio o tratamento e ressocialização dos indivíduos. O público alvo é composto por jovens e adultos, de ambos os sexos, que chega à instituição encaminhado por outros serviços, a exemplo da Emergência Psiquiátrica, por vontade própria ou de familiares, buscando uma assistência psicossocial.

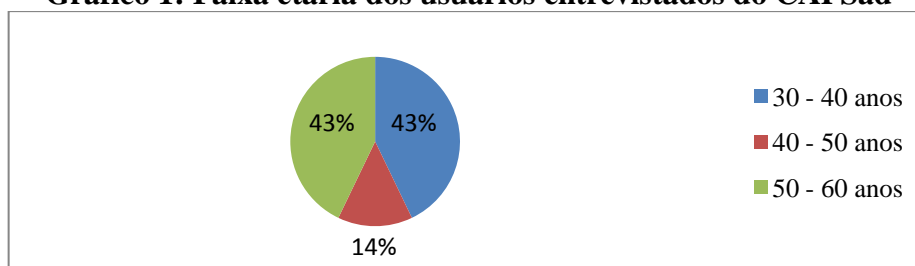
O CAPSad funciona de segunda a sexta-feira, nos horários de 7h:00min às 17h:30min, com dias reservados para reunião da equipe profissional (realizada na quinta-feira) e para a Assembléia dos Usuários (primeira quarta-feira de todo mês), momento em que estes expõem suas críticas e sugestões para a melhoria dos serviços oferecidos na instituição. Os demais dias da semana são destinados ao tratamento dos usuários.

No que se refere ao atendimento do CAPSad, este acontece em conformidade com o tratamento definido no projeto terapêutico de cada usuário, podendo ser: *intensivo* (prevê ao menos 12 frequências mensais); o *semi-intensivo* (abaixo de doze frequências mensais); e o *não intensivo* (requer frequência mensal abaixo de quatro). É importante destacar que o projeto terapêutico é elaborado com base na necessidade e disponibilidade dos usuários.

A instituição oferecia, no período que realizamos a caracterização, as seguintes atividades: atendimento individual (psicológico, médico, etc.); dinâmica de grupo, oficinas de diversos tipos: artes, música, alfabetização, etc., grupo de família e informativo; ações vinculadas diretamente ao Serviço Social, como por exemplo: a viabilização do cartão de transporte para os usuários com baixa renda, visita domiciliar, etc., atividades físicas (caminhada, natação, dança, aeróbica, alongamentos); eventos comemorativos, entre outras atividades (SILVA, 2013).

Em relação ao perfil socioeconômico dos usuários, tomamos por referência a amostra e análise dos dados dos sujeitos entrevistados na pesquisa que fundamentou o presente TCC. Tal perfil, que apresentaremos a seguir, foi construído com base em indicadores como: a faixa etária dos usuários, o sexo, o nível de escolaridade, o estado civil, a situação ocupacional e a renda individual e familiar.

Gráfico 1: Faixa etária dos usuários entrevistados do CAPSad



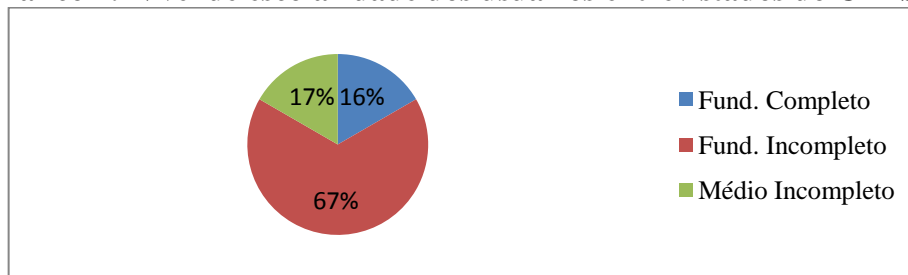
Fonte: Pesquisa direta, 2014.

No gráfico anterior chama atenção à equivalência de percentuais nas faixas etárias de 30 e 40 anos e na de 50 e 60 anos. O grupo de sujeitos mais jovens está em plena fase economicamente produtiva; e o segundo, composto por aqueles que têm entre 50 e 60 anos, geralmente já está mais próximo da idade prevista pela lei previdenciária vigente no país para se retirarem do mercado de trabalho. Esta polarização ganha relevância considerando-se o aprofundamento das desigualdades capitalistas e as mudanças no mundo do trabalho, contexto no qual as possibilidades de ingresso no mercado de trabalho ficam cada vez mais reduzidas, devido às estratégias excludentes de retomada da lucratividade do capital e às novas

exigências colocadas para os indivíduos, que muitas vezes não possuem o “perfil” exigido. Isso ocasiona uma série de fatores, entre eles, o desemprego, a ausência de perspectivas e um maior estresse na vida das pessoas que influenciam o envolvimento destas com as drogas.

Todas essas mazelas, expressões da questão social decorrente do sistema capitalista, são determinantes para que os indivíduos, principalmente aqueles mais vulneráveis socialmente, adentrem num processo de degradação da própria vida; a exemplo do uso de drogas.

Gráfico 2: Nível de escolaridade dos usuários entrevistados do CAPSad



Fonte: Pesquisa direta, 2014.

No gráfico 2 observamos que a maioria dos usuários entrevistados possui o ensino fundamental incompleto, alcançando 67% do total, isso implica dizer que os mesmos tiveram o percurso de formação escolar interrompido, por diversos motivos, dentre eles a dependência química pode ter sido um fator determinante. Essa formação incompleta, além de dificultar o acesso ao mercado de trabalho, agravando as suas condições socioeconômicas, muitas vezes limita os usuários até mesmo nas atividades previstas para o seu tratamento, como é o caso das oficinas. Identificamos, durante as observações realizadas no período do estágio e registradas em nosso diário de campo, que muitas informações trazidas pelos técnicos para as oficinas, mesmo que de forma simplificada, não eram compreendidas por alguns usuários, o que pode ser também um reflexo dos danos causados pela própria dependência.

A não conclusão da formação escolar básica torna os usuários do CAPSad ainda mais vulneráveis ao processo de exclusão do mercado profissional, ao preconceito, à discriminação da sociedade, bem como a outras questões como o desenvolvimento de doenças, estresse, etc., que, somados aos danos à saúde provocados pelo uso de drogas, podem contribuir para o aparecimento de transtornos mentais.

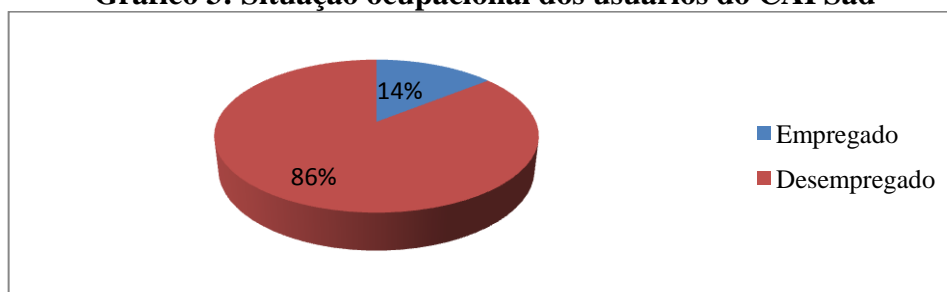
Em relação a esses problemas, é preciso ter em mente as determinações das classes sociais para entender os múltiplos fatores presentes nessa realidade, como nos indica Melo Filho (2002, p. 220 *apud* DIAS, 2007),

Num plano mais complexo da realidade, determinam as condições materiais de vida e a estrutura ocupacional, mediações que, uma vez quantificadas, explicam a

magnitude e a distribuição das doenças nas populações. [...] Enfim, baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado de trabalho, expressões da estrutura das classes sociais, proporcionam situações de estresse contribuindo para a produção dos transtornos mentais comuns.

Nesse sentido, o surgimento de transtornos mentais também é decorrente da expansão e consolidação da sociedade capitalista, devido a uma série de fatores que esta proporciona, dentre eles: a divisão de classes demarcadas pelo acesso aos meios de produção e a riqueza socialmente produzida (burguesia x proletariado). Os trabalhadores, que têm apenas sua força de trabalho para vender e sobreviver da mesma, além de estarem submissos às regras do capital ainda não recebem a assistência devida dos poderes públicos.

Gráfico 3: Situação ocupacional dos usuários do CAPSad



Fonte: Pesquisa direta, 2014.

De acordo com o gráfico 03, o desemprego entre os usuários em tratamento entrevistados é alarmante, indicando que este é um fator que tanto pode contribuir para desencadear a dependência, quanto pode decorrer da mesma, uma vez que esta dificulta o desenvolvimento de uma carreira profissional, pois afasta os indivíduos do convívio social em todos os seus segmentos, desde o familiar ao profissional.

Devemos levar em consideração que existem também os impactos psicológicos e físicos da dependência que ocasionam uma diminuição na capacidade produtiva do dependente, tornando-se um obstáculo para o mesmo conseguir se inserir no mercado de trabalho. Dentre os diversos efeitos causados pelas drogas, Nicastri (2013) elenca alguns, como: a diminuição da capacidade de raciocínio e concentração, indução do sono, sensação intensa de euforia e poder, diminuição da motilidade²⁸, depressão, diversas doenças (cardiovascular, respiratórias, etc.), entre outros que irão afetar a produtividade do indivíduo.

Duailibi e Laranjeira (2007) também enfatizam essa questão da capacidade produtiva. Para eles, o uso de drogas, principalmente o álcool, além de provocar no usuário um

²⁸ É a capacidade de mover-se espontaneamente.

comportamento agressivo, perturbações no âmbito familiar, também ocasiona acidentes no espaço de trabalho e uma produtividade industrial reduzida.

Outro aspecto importante a ser destacado como resultado da pesquisa é que a maioria dos usuários, 65% do total, possui uma profissão definida mas, no entanto, não está inserida no mercado de trabalho, fazem parte do exército industrial de reserva. Essa não inclusão dos usuários em tratamento no mercado pode ser decorrente tanto das consequências da dependência química, como também pode fazer parte de um processo de discriminação em relação a essas pessoas.

É bom ressaltar que reconquistar a confiança e o espaço profissional leva tempo, e a falta de oportunidade para ingressar novamente em uma atividade produtiva pode ocasionar o agravamento da dependência do usuário de substâncias psicoativas.

Em relação à renda individual dos usuários entrevistados, verificamos que 43% destes declararam receber de 1 a 2 salários mínimos; outros 43% informaram que recebem menos ou até um salário mínimo e 14% não possuem uma renda individual.

Quando perguntamos sobre a fonte da renda individual, 29% informou que a renda advinha de salário, 14% de benefício do INSS, outros 14% de pensão e, a maioria deles, totalizando 43%, não quis informar a origem da renda.

Em relação ao total da renda familiar constatamos que 43% deles possuem de 1 a 2 salários, 28% recebe menos ou até um salário, e 29% afirmaram que não existe uma renda familiar.

Sobre o público assistido pela instituição constatamos que grande parte dos dependentes químicos é do sexo masculino, totalizando 71% dos usuários. Este dado nos leva a refletir sobre as razões que fazem com que o número de homens envolvidos com as drogas seja maior do que o das mulheres. Além disso, são eles quem mais procura a instituição em busca de tratamento. Tal fenômeno sinaliza uma questão de gênero, que guarda relações com os comportamentos de risco, decorrente da internalização de papéis e valores incorporados pelos mesmos. Na sociedade machista patriarcal em que vivemos é naturalizado que os homens podem gozar da liberdade da vida na esfera pública e dos prazeres nela encontrados. Deste modo, há uma tolerância maior com os homens, mesmo que este seja um dependente químico, o que não ocorre quando se trata das mulheres.

Há um preconceito bem maior em relação às mulheres, como se elas também não pudessem ser vulneráveis aos fatores que determinam o consumo de drogas, como: violência, miséria, desemprego, entre outros. Enquanto usuárias, as mulheres sentem vergonha dessa

condição e, portanto, preferem se afastar do tratamento para se autopreservarem, tendendo a confiar apenas no controle sobre si mesmas (CESAR, 2006 *apud* ALMEIDA, 2013).

O preconceito e estigma da sociedade fazem com que as mulheres acabem retardando a procura por ajuda em alguma instituição. Além disto, é necessário que a instituição que realiza o tratamento esteja preparada para lidar com os dois públicos. No CAPSad de Campina Grande, o indicador anteriormente mencionado revela a necessidade de se pensar estratégias para estimular as mulheres dependentes químicas a procurarem apoio e tratamento.

Em relação ao estado civil dos usuários entrevistados, a pesquisa mostrou que 47% são solteiros, 31% separados e 22% divorciados. Relacionado com este indicador verificamos que boa parte dos usuários, 43% do total, tem de 3 (três) a 4 (quatro) filhos, geralmente frutos de diferentes relacionamentos. Logo, é perceptível a dificuldade em manter os vínculos afetivos, provocada por diversos fatores, dentre eles a dependência química.

Após a apresentação do perfil socioeconômico dos usuários entrevistados, vamos abordar no próximo tópico questões mais relacionadas à compreensão da dependência química, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais, bem como ao processo de tratamento oferecido pelo CAPSad aos dependentes químicos.

3.2 A compreensão dos usuários e profissionais do CAPSad de Campina Grande - PB acerca da dependência química e do abandono ao tratamento

A dependência química se constitui como uma problemática complexa que ainda não alcançou um espaço devido na pauta de discussões dos diversos campos de saberes e dos poderes públicos. Contudo, é necessário que tenhamos mais conhecimento acerca dessa temática, pois sabe-se que esta ganha dimensões cada vez maiores na sociedade contemporânea.

Nesse sentido, nos deteremos neste trabalho a alguns fatores relacionados à dependência química e às dificuldades do tratamento, considerando os objetivos do estudo realizado. Para isso percorremos um longo trajeto buscando compreender os motivos e determinantes do abandono do usuário ao tratamento da dependência química.

Inicialmente, buscamos identificar a concepção dos usuários em relação às drogas e quais já teriam utilizado. Todos a consideram como sendo perigosas e prejudiciais a vida do ser humano, como nos evidenciam as falas:

Drogas é uma coisa muito perigosa, que acaba com a vida de qualquer um ser humano. (Usuário 1)

[...] eu percebi que a longo prazo é prejudicial à memória e à atenção [...]. (Usuário 2)

Potência sexual baixa, esquecimento por causa da droga. No momento que usa já dá esquecimento. (Usuário 3)

[...] foi minha derrota, minha maldição até hoje ainda está sendo. (Usuário 4);

[...] é péssima. (Usuário 5)

Não é legal. Droga é droga, [...] é o mundo que a pessoa tem que saber se entrar não sai. Tem duas opções: a cadeia ou o cemitério. (Usuário 6)

Prejudica tudo. Tira a pessoa do sério, fica sem moral. (Usuário 7)

Percebemos que os sujeitos da pesquisa têm conhecimento de que as drogas ocasionam problemas em diversas áreas da vida, desde a parte biológica até o convívio social. No entanto, a dependência química é muito complexa, mesmo sabendo de todos os males provocados; é difícil deixar as drogas e seguir outra trajetória, é preciso um conjunto de elementos que possam auxiliar o usuário neste processo.

Em relação aos tipos de drogas consumidos, as entrevistas apontaram os seguintes resultados: 57% dos usuários afirmaram que só fizeram/fazem uso do álcool, 14% da maconha, e 29% de múltiplas drogas. O que chamou atenção em nossa pesquisa foi o fato de que; quando perguntamos sobre o consumo de drogas, aqueles que responderam utilizar o álcool não o consideravam como tal. Isto em razão desse ser uma droga legalmente comercializada e aceita na sociedade. Esta aceitação, geralmente, é determinada por valores sociais, culturais e concomitantemente a dinâmica do capital (BUCHELE; CRUZ, 2013).

Para Silveira e Doering-Silveira (2014); vivemos numa sociedade que tem a tendência de tolerar determinadas substâncias, como é o caso do álcool, e achar que por serem legalizadas, não são tão problemáticas e prejudiciais quanto às drogas ilegais, mas isso não passa de um engano. Como nos mostra a OMS (*apud* SILVEIRA, 2013, p. 79) o álcool é a droga lícita mais consumida no Brasil,

Provocando danos sociais e à saúde. Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado a ocorrência significativa de mortes e doenças associadas ao uso de álcool, sendo o alcoolismo a terceira causa de mortalidade e morbidade no mundo. [...] e cerca de dois milhões de pessoas morrem em decorrência das consequências negativas do uso do álcool (por exemplo, intoxicações agudas, cirrose hepática, violência e acidentes de trânsito). Só na América Latina e região do Caribe, estima-se que cerca de 10% das mortes e incapacitações estão relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas.

Nesse sentido, o uso do álcool se constitui como um forte determinante de diversas problemáticas que não atingem apenas o indivíduo usuário, mas também as pessoas que estão ao seu redor, principalmente a família.

Segundo Duailibi e Laranjeira (2007), os problemas relacionados ao álcool não afetam apenas o consumidor individual, mas também aquelas pessoas que fazem parte do seu cotidiano, incluindo os familiares; e as vítimas tanto de violência quanto de acidentes ocasionados pelo uso de bebidas alcoólicas.

Para o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid)²⁹ são vários os fatores que podem levar à dependência do álcool, desde a origem biológica, psicológica, sociocultural ou ainda ter a contribuição resultante de todos estes fatores. A dependência do álcool é uma condição frequente, atingindo cerca de 5 a 10% da população adulta brasileira.

Quando entrevistamos os profissionais do CAPSad sobre a concepção de dependência química, eles nos apresentaram os seguintes posicionamentos:

[...] No caso da dependência química, se configura como dependência aquele sujeito envolvido com alguma droga que acaba prejudicando várias questões da sua vida, seja o emocional, profissional, familiar, social, financeiro. É quando ele começa a sentir prejuízo da necessidade daquela substância para continuar existindo e, independente desse uso, ela acaba prejudicando outras áreas de sua vida. (Profissional 1)

É uma doença. (Profissional 2)

[...] Qualquer um está a mercê de um vício qualquer, não só a dependência química, mais de um vício que seja de comer demais, fumar demais, de tomar café demais. Mas, qualquer coisa, tudo demais é veneno, a dependência química tem que ser bem trabalhada porque é bem mais aprofundada, você sente a dependência mesmo. Eu achava assim, que era como uma fome que a gente sente, mas no meu convívio aqui, no pouco tempo que estou, desde janeiro, no caso. Eles até me passam que é mais além, eu achava que fosse uma dependência como a gente tem de tomar banho, comer. (Profissional 3)

As concepções dos profissionais acerca da dependência química têm conotações bem distintas. Enquanto a primeira fala sinaliza para uma compreensão desta como um fenômeno mais amplo, que vai além da dependência física; causando alterações de comportamentos e prejuízos em todas as esferas da vida do dependente, o segundo entrevistado enfatiza que se trata de uma doença, numa abordagem que tende à medicalização dos problemas sociais, quando não considera as determinações sócio-históricas que envolvem essa problemática.

Já o terceiro profissional, revela que veio entender o fenômeno da dependência química depois que passou a atuar na instituição. Este relato traz à tona a ausência de compromisso dos gestores com a formação dos profissionais que atuam nos serviços, ou seja, a falta de investimento em capacitação para formar técnicos com perfil e qualificação necessária para a intervenção nesta área. Apesar da experiência concreta vivenciada por este

²⁹ Informações adquiridas no site < http://www.cebrid.epm.br/folhetos/alcool_.htm>. Acesso em: 12/08/2014.

entrevistado ter contribuído para desmistificar sua ideia inicial de que a dependência química era como qualquer vício, é necessário compreender que se trata de um processo mais amplo e complexo que exige um conhecimento mais profundo e requer novas estratégias de enfrentamento.

No que se refere aos motivos que levaram ao consumo de drogas, os usuários entrevistados apontaram principalmente problemas familiares, curiosidade, problemas emocionais e por divertimento nas festas, conforme ressaltam as falas que se seguem:

Desgosto, é aperreio, um bocado de coisa... problemas familiares, só raiva, alegria, tudo leva a consumir droga. (Usuário 1)

Curiosidade. (Usuário 2)

[...] amigos, eles chamavam, eu senti o cheiro e pedi pra ver que fator fazia na memória e que estimulação dava na profissão [...]. (Usuário 3)

No começo foi só influência, com quinze anos, um rapazião, bonitão até os trinta anos [...]. (Usuário 4)

Amizade, foi através de amizade. A gente bebendo e o cara, sempre aparece um amigo pra oferecer [...]. (Usuário 5)

Eu bebo socialmente assim até hoje, estou exagerando nesses últimos meses por causa de um relacionamento que acabei de 7 anos [...] por isso estou mergulhada na bebida. (Usuário 6)

As farras. (Usuário 7)

O que chamou atenção nas falas foi o consenso entre três dos entrevistados de que há influência de “amigos” para o início do consumo e que a maioria deles iniciou o uso abusivo de drogas desde jovens. Tal fato nos leva a analisar a importância de investimento na política de prevenção contra as drogas, se isto realmente existisse talvez a maioria desses indivíduos não tivesse adentrado no mundo da droga e nem se tornado um dependente químico. O campo das ações preventivas deve ser abrangente, analisando desde a formação da personalidade do indivíduo até as questões familiares, sociais, legais, políticas e econômicas (ANDRADE; BASSIT, 1995 *apud* ZEMEL, 2013).

De acordo com Zemel (2013); o uso de drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores; pois ninguém nasce predestinado a ser um usuário ou se tornar um dependente apenas por influência de amigos ou pela grande oferta do tráfico. Existem os fatores de risco para que o indivíduo se inicie nessa prática, estes podem estar relacionados ao próprio indivíduo, à família, à escola, como também a aspectos socioeconômicos, dentre outros.

Vale destacar quando perguntamos sobre o convívio com a família, a maioria dos entrevistados, sendo 43% do total, alegou que tem uma relação problemática com seus parentes. Quanto aos demais, 28% afirmaram ter uma boa relação e 29% alegaram que há

uma relação razoável com seus familiares. Estes dados tornam-se relevantes uma vez que, no processo de tratamento, os usuários necessitam muito do apoio familiar. Deste modo, a pesquisa sinaliza a necessidade da instituição buscar estratégias para o fortalecimento dos vínculos afetivo da maioria deles com suas famílias.

A participação da família no processo de tratamento é importantíssima, sendo que a mesma também deve ser vista como sujeito que se encontra fragilizada pela dependência química de um de seus membros, precisando de cuidado, apoio, orientação, informações sobre a doença, para que possa, desta forma, ter condições de colaborar no tratamento. É bom destacar que a responsabilidade pelo indivíduo não pode recair sobre a família, sem que haja a preocupação em conhecer as necessidades materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida existente naquele núcleo familiar (VIEIRA, 2011).

Quando a família tem acesso às informações sobre a dependência química, o processo de tratamento e os direitos assegurados, isso poderá contribuir para uma melhora na estabilidade emocional no âmbito familiar. Por outro lado, a falta de orientação no modo de agir, etc., pode gerar conflitos, refletindo negativamente sobre o tratamento do dependente químico.

Por conseguinte, Carvalho (1994, *apud* VIEIRA, 2011); ao retratar a participação da família nas políticas sociais; identifica que há necessidade da existência de programas de geração de emprego e renda, uma rede de serviços comunitários e apoio psicossocial e cultural às famílias, entre outros aspectos.

Em relação ao tratamento da dependência química, o CAPSad atua tanto no âmbito individual como familiar, isso pode ser observado no atendimento psicossocial, que faz uma abordagem geral. Os profissionais entrevistados destacaram também a utilização dos medicamentos e as oficinas terapêuticas, como parte do tratamento oferecido pelo serviço.

Durante o período de estágio observamos que o alcance e eficácia desse tratamento com os usuários são bastante limitados, pois consiste num processo que fica apenas no interior da instituição. Porque enquanto o usuário está na instituição ele recebe as orientações, participa das atividades, etc., mas depois que sai do CAPSad, qual a assistência que ele recebe? quando se depara com o “mundo lá fora” a sua realidade continua a mesma, muitas vezes desempregado, sem apoio familiar, vulnerável a oferta do narcotráfico, entre outras questões.

Deste modo, consideramos ser necessário construir perspectivas além dos muros institucionais, promovendo ações que articulem o tratamento institucional com a realidade

cotidiana do usuário e assim propiciar uma maior eficácia dos resultados do tratamento para os dependentes químicos.

Apesar de ser perceptível essa limitação do tratamento, para 61% dos usuários que entrevistamos, este é considerado muito bom, um deles enfatizou que passaria a ser melhor se tivesse sua extensão para o turno da noite. Os outros 39% discordam, não vêem o tratamento da instituição como bom e nem eficiente. Durante as entrevistas com estes usuários, eles apresentaram críticas à instituição, seja por não considerarem eficaz o tratamento, seja porque não gostam das atividades socioeducativas, etc.

A respeito do serviço que é oferecido aos dependentes químicos em tratamento no CAPSad, procuramos saber a opinião dos profissionais entrevistados em relação às atividades socioeducativas, pois há uma grande ênfase destas na proposta de tratamento, principalmente das oficinas, que é basicamente o foco principal do projeto terapêutico desenvolvido pela instituição. Sobre as atividades, há uma ênfase na mudança de comportamento dos usuários por parte dos profissionais entrevistados 1 e 3. Além disso, há uma leitura crítica às próprias condições de trabalho como determinantes para a qualidade dos serviços prestados. Como nos mostram as falas que se seguem:

Eu acredito assim, que há um grande questionamento até na própria equipe aqui do CAPSad se isso tem efeito no tratamento. Essas atividades realmente têm importância no tratamento, desde a pessoa que procura por uma abstinência até aquela que busca a redução de danos. Eu acredito muito nos tratamentos que são oferecidos, e acho que surte efeito sim! Lógico que a gente precisa considerar a demanda de cada um, a gente não pode generalizar e dizer que todos devem fazer uma abstinência total e que a gente só vai considerar que existe uma cura quando esse sujeito está completo para fazer uma mudança de plano. Entende-se que na medida que ele está aqui participando, que ele reduz uma droga, que ele repensa o comportamento dele, que repensa a participação dele na família, que repensa nas relações sociais que ele tem, isso para mim já é um efeito das oficinas, dos atendimentos, na vida dessas pessoas. (Profissional 1)

As propostas são boas, mas os recursos são poucos. Então não se trabalha bom com a falta de recursos, para que essas oficinas, essas atividades educativas aconteçam. (Profissional 2)

Eu acho que as atividades daqui são boas no que diz respeito à ressocialização e trazer de volta a cidadania dessas pessoas. A gente vê muito que eles buscam muito uma desculpa para o uso. Acho que o maior trabalho da gente não é só a desintoxicação, mas a ressocialização deles. A gente indicar um curso profissionalizante, gratuito de preferência, para que todos possam se capacitar mais e crescer mais de forma profissional e como ser humano também, não só essa parte de desintoxicação. (Profissional 3)

Destacamos aqui a fala do primeiro profissional que retrata a Redução de Danos (RD), pois esta é a estratégia trabalhada no CAPSad, entendida como sendo o conjunto de princípios e ações que abordam os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, que não visa exclusivamente a imediata e obrigatória extinção do uso das substâncias psicoativas, seja

numa perspectiva individual e/ou coletiva, mas procura formular práticas que possam diminuir os danos causados aqueles que fazem uso abusivo das drogas e aos grupos sociais com os quais convive (CRUZ, 2013).

Sobre as dificuldades para realização das atividades socioeducativas, a maioria dos profissionais apontou a falta de recursos para realização destas. Outro profissional destacou que a dificuldade encontrada se refere a ter acesso a subjetividade³⁰ do usuário, pois o mesmo tem dificuldade de pensar, de raciocinar, de produzir, de elaborar; portanto, se torna um trabalho complexo para o profissional, como nos mostram as falas:

Existem várias dificuldades de diferentes naturezas, mas, aí poderia dizer mais especificamente em relação ao fazer do atendimento, é a capacidade subjetiva do usuário, a capacidade cognitiva, a capacidade de simbolização. Então, eu sinto dificuldade em ter acesso à subjetividade desses usuários, que são muito pobre cognitivamente, muito pobre subjetivamente, e a droga só faz piorar essa situação. Ele vem de um estado de anulação de sujeito e que ele acaba tendo muita dificuldade em colocar, de pensar, de raciocinar, de produzir, de elaborar, é um trabalho muito suado. (Profissional 1)

Recursos. (Profissional 2)

[...] A gente aqui tem que se virar mesmo nos trinta, material não tem, realmente não tem, o quadro de profissionais é muito reduzido, está reduzido. E a questão de materiais a gente trabalha com algumas coisas de reciclagem, a gente consegue coisas que iam ser descartadas, e fazemos um trabalho bem legal, como é o caso do mosaico, pedaços de cerâmica que quando são quebradas, o resto é jogado fora. O pessoal, alguns deles têm conhecimento e conseguem arrecadar um pouco desse material, como a gente também batalha. A gente trabalha com dificuldade. (Profissional 3)

Chama atenção o fato de dois dos entrevistados terem destacado a falta de recursos como dificuldade que acaba limitando a realização das atividades. Além disto, também houve a ênfase na redução da equipe profissional da instituição, o que acaba sobrecarregando a todos, já que é necessário manter a rotina do CAPSad. Em nossos registros no diário de campo, pudemos observar que diversas vezes os profissionais da instituição compravam com seus próprios recursos os materiais que seriam necessários na realização das oficinas artesanais. Isto é inaceitável, pois o CAPSad é uma instituição que, pelo menos em tese, dispõe de recursos para o seu funcionamento, não cabendo ao profissional ter que “sustentar” o serviço.

³⁰ A subjetividade caracteriza-se pela possibilidade de os sujeitos, através das várias formas de expressão, concretizar sua condição humana, através das experiências vividas, seus significados e sentidos, definidos dentro do espaço psicossocial em que se constituem. In: COSTA, I. I. O sujeito, os contextos e a abordagem psicossocial no uso de drogas. In: **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**/ Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. – 6ª edição, Brasília: SENAD, 2014.

Em relação à contribuição das atividades socioeducativas realizadas no CAPSad para o tratamento da dependência química, os profissionais entrevistados alegaram que contribui de diversas maneiras, como nos mostram as falas que se seguem:

[...] estar promovendo um momento para que ele possa se ressignificar sua história enquanto sujeito, sua história enquanto cidadão, enquanto familiar. É uma oportunidade de ele estar resgatando coisas que por conta da droga ele deixou para trás, que ele negligenciou. É uma oportunidade dele também tentar se reinserir, enquanto uma pessoa que produz na sociedade, que trabalha, que tem suas contribuições na família, na comunidade onde ele reside [...]. (Profissional 1)

Bom, embora sejam poucas e com muitas dificuldades, alguns usuários daqui, teoricamente, vamos falar que se reabilitem temporariamente [...]. (Profissional 2)

Ela é efetiva, a contribuição [...] trazer a eles a importância de se ter um trabalho, de se ocupar, de ocupar a mente, enfim, de se sentir útil, porque eles diante da sociedade ficam muito assim desacreditados, a verdade é essa. A gente tem que entrar com essa injeção moral e sempre incentivar nessa questão do trabalho, do comprometimento assim das responsabilidades que tem que ter. E, também dessa parte dos cursos também, deles buscarem, existem cursos ai que eles fazem que recebem até uma ajuda de custo, sei lá como chama, mais já é um incentivo a mais. Enfim, quando terminam a maioria já sai encaminhado devido as parcerias do curso, já aparece emprego. Fora isso vem a questão também do certificado, sai com aquela garantia de uma profissão. (Profissional 3)

Podemos perceber que a maioria dos entrevistados acredita na contribuição das atividades realizadas na vida dos usuários, principalmente na sua ressocialização/reabilitação e mudança de comportamento, salvo um deles, que acredita que essas atividades contribuem apenas temporariamente, não de forma permanente. Predomina, portanto, um tratamento pautado em atividades com ênfase nos usuários e circunscritas ao CAPSad.

Nesse sentido, a fala do segundo entrevistado quando aponta que a contribuição das atividades socioeducativas tem alcance apenas temporário, remete ao fato de que a dependência química se constitui como uma das consequências das relações sociais postas, logo é necessário que as ações sejam realizadas além da instituição, fazendo uma interface com as expressões da questão social que estão impregnadas no cotidiano dos indivíduos, sendo elas: o desemprego, a miséria, a violência, etc. Não cabe apenas “tratar” o dependente, mas intervir nos determinantes deste fenômeno social, para que possamos ter uma maior eficiência no tratamento.

Observamos que na fala do terceiro entrevistado aparece um discurso permeado pela lógica neoliberal, ao responsabilizar o indivíduo por ser um dependente químico, como se o mesmo fosse um desocupado, etc. Não leva em consideração a multiplicidade de fatores relacionados à dependência química, inclusive que a mesma se constitui como uma das expressões da questão social. Pelo contrário, o profissional faz uma discussão moralizante e conservadora em relação ao usuário, como se o mesmo fosse culpado e/ou responsáveis pela

sua situação, de não se inserir no mercado de trabalho, de não ter uma formação escolar completa, etc., isso fica explícito no seguinte trecho: “*A gente tem que entrar com essa injeção moral e sempre incentivar nessa questão do trabalho, do comprometimento assim das responsabilidades que tem que ter. E, também dessa parte dos cursos também, deles buscarem, existem cursos aí que eles fazem que recebem até uma ajuda de custo [...] (profissional 3).*”

Apesar das limitações identificadas nos serviços oferecido pelo CAPSad, 57% dos usuários entrevistados afirmaram que as atividades realizadas são ótimas e contribuem para orientá-los e conscientizá-los dos prejuízos provocados pelas drogas. No entanto, é notório que é preciso pensar em projetos mais amplos, que não visem apenas à realização de atividades no âmbito institucional, mas possibilite a interlocução entre os sujeitos envolvidos neste processo, como: a família, comunidade, dentre outros.

Quando perguntamos aos profissionais quais seriam, na percepção deles, as maiores dificuldades que o usuário enfrenta no período de tratamento, tivemos a abstinência e o apoio familiar como principais problemas, como ficam explícitos nas falas dos entrevistados:

Se manter em abstinência, né? Sustentar a abstinência principalmente dentro do serviço que é uma condição deles não vir sobre o efeito de drogas, apesar de ter alguns que vem, mas a gente coloca como condição para eles sentir um pouco mais. É conseguir se manter também quando sai daqui, porque o tratamento é diurno, e muitos voltam para o ambiente onde tem álcool e droga, e também a participação da família, que eu vejo como uma das maiores dificuldades, é eles se apoiarem nessas famílias, pois eles se sentem muito desamparados pela família, eles se queixam muito da família não entender a doença, não entender o processo de tratamento, e eles gostariam que essas famílias estivessem mais presente, essa é uma das maiores dificuldades. (Profissional 1)

A abstinência, sem conseguir, sem recursos próprios ou da instituição, familiar, vai dificultar muito, sem o apoio também. (Profissional 2)

A questão das recaídas como eu já falei e do abandono da família, não deixa de ser. Porque muito deles são desacreditados pelas esposas, ex esposas, irmãos, pais, tios, primos, etc. Eu diria que a maioria tem alguém por ele, nem que seja uma mãe, alguém que acredita, mas aqui existe usuário que não tem ninguém, está sozinho no mundo, só Deus mesmo por ele, infelizmente isso acarreta. (Profissional 3)

Manter-se em abstinência é um processo difícil, porque quando o indivíduo chega ao estágio de dependência, seu organismo passa a necessitar da substância psicoativa, até que chega a um nível em que o dependente não consegue mais cumprir suas atividades cotidianas em decorrência do uso de drogas ou dos efeitos provocados por estas (GALDURÓZ, 2013).

No que se refere ao apoio familiar durante o tratamento, este se constitui como uma problemática, pois há uma ausência de participação dos parentes neste processo, e isso reflete diretamente na evolução do dependente químico na instituição, pois os usuários muitas vezes se sentem desestimulados a continuar se tratando. Isso foi perceptível em muitas oficinas que

fazíamos durante o estágio, especialmente quando discutimos a temática das perdas e reconstruções na vida dos mesmos, antes e depois da dependência, nesta ocasião quase todos falaram da perda de confiança da família e como desejavam reconquistá-la. Daí a necessidade de fomentar momentos em que os dois sujeitos possam trabalhar essa relação, o que seria uma experiência inovadora na instituição, já que a mesma lida com ambos separadamente.

Dentre as dificuldades que os usuários enfrentam no período de tratamento, apontadas pelos profissionais, destacam-se ainda: a não “adaptação ao sistema da instituição”, problemas financeiros, trabalho, etc., fazendo com que os mesmos acabem se afastando do CAPSad. Mas para os profissionais entrevistados a recaída é a principalmente causa do abandono ao tratamento da dependência química. Quando o usuário que está em abstinência tem uma recaída é muito difícil, pois terá que recomeçar tudo de novo e nem todos que passam por isso sabem lidar com a situação.

Em nossas observações e registros no diário de campo, constatamos que quando situações assim acontecem há uma interferência maior do profissional de psicologia que faz uma escuta individual, na qual aconselha, encaminha se for preciso, por exemplo, para um acompanhamento em outro serviço de saúde, etc.

Na instituição é considerado abandono do tratamento quando o usuário passa muito tempo ausente do serviço, em média de dois a três meses. Para constatar esse abandono é realizado antes uma visita domiciliar, para saber o porquê da ausência do usuário. Esta é realizada por um profissional de Serviço Social³¹ de acordo com os agendamentos solicitados pelos técnicos de referência dos usuários que não estiverem frequentando o CAPSad.

Vale destacar que a atuação das assistentes sociais no tratamento dos usuários do CAPSad, além das visitas domiciliares, envolve atividades como: elaboração de parecer social e declaração de frequência e/ou participação do usuário no tratamento; encaminhamento e/ou acompanhamento de usuários a instituições, tais como a Emergência Psiquiátrica, o Pronto Atendimento, os Caps (II ou III), o INSS, a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), a Casa da Cidadania, a Cartórios, dentre outras; realização de reuniões com os familiares dos usuários; oficinas informativas e dinâmicas de grupo; agendamento de consulta médica ou de terapia individual para o usuário, junto com os profissionais de enfermagem e os psicólogos; ser técnico de referência de alguns usuários; participar das assembleias de

³¹O Serviço Social teve sua origem no CAPSad juntamente com a implantação da instituição, no ano de 2004. Inicialmente era uma atividade profissional limitada, pois os assistentes sociais só eram solicitados para ações pontuais de atendimento aos familiares dos usuários. No período de estágio havia 4 (quatro) profissionais de Serviço Social na equipe, no entanto, atualmente não há mais profissionais desta área na instituição.

usuários (sempre na primeira quarta-feira do mês); desligar usuários quando estes abandonam o tratamento e quando, mesmo após visita domiciliar, o mesmo não retorna à instituição; informar os usuários sobre os seus direitos e deveres de cidadania, solicitar o cartão de vale transporte para os usuários, dentre outras (SILVA, 2013).

O abandono é avaliado pela maioria dos profissionais, como um fator que faz parte do tratamento, devido à complexidade da dependência química. Apenas um dos entrevistados acredita que abandonar o tratamento é uma questão de escolha, como nos mostram as falas que se seguem:

Eu avalio como parte do processo, isso faz parte, a recaída faz parte, o abandono ao tratamento faz parte, o retorno ao tratamento faz parte, a gente tem que aceitar isso, sem angústia, sem frustração, porque se a gente se coloca como profissional achando que vai salvar todo mundo, a gente vai ser tomado por uma angústia tão grande que vai paralisar e num vai fazer mais nada. Isso é natural e faz parte do processo. (Profissional 1)

Escolha. Porque tudo é escolha, se você escolhe vim para cá, é uma escolha. Se você abandona, é uma escolha. E, se você quiser fazer uso, é uma escolha. Tudo é escolha!(Profissional 2)

A gente tem que entender, acima de tudo entender, porque em alguns casos é mais forte que eles. [...] Porque é complicado. Meu ponto de vista é que a gente tem que entender, mas buscar, mas nunca ele é viciado em crack então a gente vai indicar a maconha para suprir. Nunca a gente vai fazer isso aqui! Aqui a gente não faz dessa forma, como a gente sabe que existe tratamento assim que vai diminuindo. Aqui não, a tolerância é zero. (Profissional 3)

Nas falas acima nos chamou atenção a concepção do segundo entrevistado, que se refere a esse processo de abandono como sendo uma escolha. Essa concepção sinaliza uma perspectiva imediatista, que não reflete acerca da complexidade da temática. Sem dúvidas, o usuário também precisa estar comprometido com o tratamento, no entanto, há uma série de fatores implicados nesta problemática, que serão citados mais adiante pelos próprios usuários.

No discurso do terceiro entrevistado, evidencia-se uma contrariedade com a política de redução de danos (RD) que, em tese, orienta o trabalho no CAPSad, quando o mesmo destaca “Aqui a gente não faz dessa forma, como a gente sabe que existe tratamento assim que vai diminuindo. Aqui não, a tolerância é zero”. A RD consiste numa abordagem tolerante, que procura evitar uma compreensão moral sobre os problemas relacionados ao consumo das drogas, assim como intervenções de caráter autoritário e preconceituoso. Considera que cada indivíduo tem uma maneira diferente de lidar, reagir, pensar, etc., sobre a dependência química. Além disso, não defende uma “receita” pronta para abordagem dessa doença e das consequências decorrentes da mesma (CRUZ, 2013).

Essa lacuna no conhecimento do profissional acerca da RD como uma das políticas da instituição pode fazer com que o mesmo tenha um posicionamento de preconceito e

discriminação com o dependente químico, assim como propostas equivocadas em relação ao tratamento, que se expressa no seu discurso como se o CAPSad tivesse uma abordagem voltada exclusivamente para a abstinência.

Em relação aos fatores que ocasionam o abandono, alguns foram citados pelos usuários, como: viagem para visitar parentes, por ter conseguido um emprego, recaída, condição financeira e problemas emocionais; como nos mostra as falas dos usuários que seguem:

[...] É porque eu viajo para uma cidade que mora uns parentes, eu passava um tempo, uns quinze dias, quarenta dias [...]. (Usuário 1)

É que eu tive viajando, não foi desistência.(Usuário 2)

Porque eu arrumei um emprego [...]. (Usuário 3)

Isso ai é o destino, é o jeito de cada um, [...] simplesmente eu coloquei um copo de cachaça na boca e sei as regras, não vou vim para um órgão de tratamento bêbado. (Usuário 4)

Eu não vim para o tratamento num foi porque eu não quis, foi porque meu benefício foi cortado [...]. (Usuário 5)

Não, porque às vezes, eu não tô legal, dou um tempo na minha casa [...]. Como falei, aqui deixa muito a desejar [...]. (Usuário 6)

O trabalho. (Usuário 7)

Para o usuário abandonar o tratamento existem determinadas razões, como vimos acima, entre elas, está o trabalho como sendo um dos fatores determinantes. Embora este seja importante para que o dependente possa garantir sua sobrevivência e inserção social, contraditoriamente isto acaba inviabilizando a continuidade do tratamento; muitas vezes, devido a não compatibilidade dos horários de tratamento da instituição com o do emprego, outras vezes, os patrões não liberam a saída deste funcionário, e quando trabalham em espaços que tem uma visibilidade maior, como, por exemplo, os órgãos públicos, não querem ser vistos no CAPSad, etc. Isso pode estar relacionado com o próprio preconceito e discriminação ainda existente em nossa sociedade em relação ao dependente químico.

O relato do usuário 4, de que deixou de ir para a instituição porque fez uso do álcool e, neste caso, não seria aceita a sua entrada, mostra mais uma vez a contradição com a abordagem de redução de danos, pois se o CAPSad orienta-se por esta perspectiva de tratamento, deveria ser tolerante³² em algumas situações. No processo de tratamento que aborda essa política não deve ocorrer exclusão dos usuários que não querem ou não

³² Segundo Andrade (2002, *apud* CRUZ, 2013); a tolerância é um dos princípios da política de Redução de Danos, juntamente com o pragmatismo (a verdade de uma determinada ideia consiste na sua utilidade prática) e a compreensão da diversidade.

conseguem interromper o uso das substâncias psicoativas. Existe ainda uma abertura de espaços para interlocução entre o dependente químico e o profissional, para discussão sobre diversos fatores, como: o tratamento, a função que a droga tem na vida do usuário, as relações sociais deste, entre outros (CRUZ, 2013).

Para Telles e Buchele (2004); os grandes avanços presentes na RD são o reconhecimento da diversidade no consumo das substâncias psicoativas e a análise das mais diferentes formas de reduzir os problemas relacionados ao uso abusivo das drogas.

Outro motivo de abandono ao tratamento destacado por um dos usuários entrevistados foi a recaída, esta se constitui como um processo difícil pois, como adverte Oliveira (2011), se após a mesma acontecer o usuário não procurar ajuda ou não tiver condições de continuar, pode ter o risco de retornar ao estado que estava antes do tratamento ou até mesmo evoluir para um estado mais grave da dependência química.

O autor citado anteriormente ainda acrescenta que uma forma de se combater as recaídas seria levar em consideração as especificidades de tratamento para cada usuário, em que é necessário identificar os aspectos sociais e culturais dos indivíduos, assim como os diversos fatores que influenciaram/influenciam no consumo, pois com essa identificação seria possível combater, além dessa problemática das recaídas, a prevenção do consumo, através da elaboração de planos terapêuticos.

Carvalho et al (2011) destaca alguns aspectos que estão relacionados com as recaídas do usuário, especialmente a influência do meio social em que ele está inserido, pois se este vive no mesmo contexto social de antes, mantém a rotina, hábitos e o convívio com as mesmas pessoas, fica propenso a retornar o consumo de drogas. Presenciar o uso por parte de amigos e parentes pode deixá-lo vulnerável, até porque muitas vezes o usuário acredita que já está curado e consegue resistir e/ou até mesmo parar de utilizar determinada substância psicoativa quando quiser, não reconhecendo, desta forma, a complexidade da dependência química.

As recaídas podem acontecer também devido à dificuldade do indivíduo de lidar com as frustrações, como a perda de emprego e os conflitos familiares vivenciados no cotidiano. Por conseguinte, a inatividade também pode ocasionar uma recaída, uma vez que o usuário sem trabalho, compromisso, etc., necessita de uma atividade para preencher o espaço vazio de seu tempo, quando não há esse preenchimento com algo produtivo, pode ocorrer o retorno do consumo (CARVALHO et al, 2011).

Outro motivo apontado para o abandono do tratamento e que chamou a nossa atenção na pesquisa, foi o fato de um dos usuários entrevistados alegar não comparecer as atividades

do CAPSad porque não tinha dinheiro suficiente para as passagens de ônibus. No entanto, a instituição disponibiliza o cartão de vale transporte justamente para aqueles que não têm condição financeira de deslocar-se para fazer o tratamento. O mesmo afirma não ter acesso a este recurso devido à burocracia que existe para conseguir tal cartão, o que dificulta a continuidade do tratamento.

Outro usuário deixou explícito durante a entrevista que sofre de depressão e têm crises de frustrações, isso o leva a querer ficar em casa e não comparecer mais a instituição. Esses problemas emocionais negativos (depressão, ansiedade, raiva, etc.) fazem parte dos transtornos ocasionados pela própria dependência química e podem ocasionar o abandono ao tratamento (ÁLVARES, 2007 *apud* ALMEIDA, 2013).

Nesses casos, não vimos algo tão direcionado para uma intervenção nesta perspectiva no CAPS ad. O que acontece é uma escuta individual realizada com a psicóloga, sendo que não são todos os dias que esta profissional se encontra na instituição, e muitas vezes não está disponível pois, como apontamos anteriormente, se teve uma diminuição da equipe profissional, por conseguinte, houve uma sobrecarga de atividades para os profissionais.

Essa redução do quadro da equipe profissional altera significativamente o funcionamento do serviço, pois além de sobrecarregar os profissionais que estão atuando na instituição, compromete a qualidade do atendimento ao usuário ao romper os vínculos com seu técnico de referência, prejudicando o cotidiano dos dependentes químicos em tratamento.

Sobre os motivos do retorno ao tratamento, a maioria dos usuários entrevistados afirmou que voltaram porque o mesmo proporciona um sentimento de bem-estar. Neste contexto de continuação ao tratamento, percebemos o quanto o incentivo da família é importante. Se tomarmos por referência a fala do usuário que se ausentou para visitar parentes, mencionada anteriormente, caso estes tivessem estimulado o mesmo a retornar logo para as atividades da instituição, provavelmente o mesmo não teria chegado ao ponto de ser desligado do CAPSad. Verificamos que este usuário só voltou tempos depois, por iniciativa própria.

Por outro lado, houve aqueles que receberam total apoio da família para retornar ao tratamento na instituição, como o caso dos entrevistados 5 e 7. Isso nos mostra a importância do apoio familiar nesse momento, pois conseguem transmitir confiança ao usuário e fazer com que o mesmo participe mais das atividades, de um modo geral, e confie no seu processo de recuperação e ressocialização.

Nas reuniões de família essa questão do apoio, da confiança, etc., é trabalhada, ao mesmo tempo em que é incentivada a troca de experiências entre os participantes do grupo.

Os profissionais transmitem informações sobre a dependência química e a forma como lidar com essa doença. Isso é importante porque muitos familiares, devido ao sofrimento de ter um parente dependente, acabam ficando desorientados e precisam de uma orientação e suporte profissional.

Quando nos referimos aos resultados do tratamento, a maioria dos usuários entrevistados avaliou que o mesmo tem contribuído para a redução do consumo de drogas. Um deles enfatizou que o ajuda no controle emocional, outros 2 entrevistados consideram os resultados regulares, porém, de um modo geral, os usuários se sentem assistidos pela instituição e reconhecem a contribuição do serviço na sua vida.

No que se refere à interação entre profissional e usuário no âmbito institucional houve respostas distintas, mas todas enfatizaram a importância da boa relação, destacaram que esta deve ser harmoniosa, contendo um forte vínculo terapêutico, mas, tendo sempre limites para que não se leve para uma questão pessoal. Por conseguinte, também há ênfase de que essa relação se constitui de aprendizagem para ambos os sujeitos. Isso sendo perceptível nas falas que se seguem:

No trabalho do CAPSad a gente precisa ter um vínculo terapêutico muito forte, o CAPS não exercita apenas uma tarefa, mas também construir uma relação transferencial e estabelecer um vínculo com eles para que a gente possa ter acesso a essas pessoas, porque muitos chegam aqui sem vínculo familiar, sem vínculo com pessoas que possam ter algum cuidado com eles, alguma proteção, alguma atenção. Aqui a partir dessa relação de vínculo de transferencial a gente vai pensar em fazer com que ele sinta nesse tratamento, são bem próximas, agora também, com limitações porque se não o usuário acaba interpretando diferente esse vínculo e levando para uma questão pessoal, né? Então você tem que ter esse cuidado, ter atenção, ter esse vínculo transferencial, mas sempre atento a colocar limites e não deixando se manipular pelo próprio comportamento do usuário. (Profissional 1)

A relação mais harmoniosa possível, com mais congruência que a gente possa encontrar. É importante essa harmonia. (Profissional 2)

Aqui, a gente trata eles com respeito, com igualdade. Agora, às vezes até eles falam que a gente alisa muito, a gente é caba ruim, eu já ouvi isso aqui, é até engraçado eu falar isso, mas acontece. Eu estou falando da relação usuário e técnico, no caso. Eles falam que agente trata eles como criança, mas não! A gente trata eles com respeito, porque tem que ser mesmo com respeito. E a gente tem que cobrar deles respeito para conosco também, porque a gente sempre está em reunião de equipe toda semana, quando a gente entra a psicóloga também participa e é bom trocar essas ideias, e a gente tem, querendo ou não nessas conversas, nesse pouco tempo que a gente tem, temos tipo uma preparação psicológica, que é importante, porque alguns não veio com a experiência, nem mesmo na área da saúde, saúde mental e tudo. É diferente, as vezes você estuda, estuda, tem o conhecimento teórico, mas a prática só vendo aqui, porque a cada dia é um aprendizado, a gente aprende muito com eles aqui. Na verdade, a gente recebe mais do que passa, a verdade é essa. (Profissional 3)

De certa forma, todos apontaram que há uma boa relação entre profissional e usuário. É importante que exista essa boa relação, pois muitos usuários têm dificuldades de

relacionamento com a família, acabam não tendo apoio e ficam desestimulados no processo de tratamento, quando encontram esta adesão na equipe profissional, eles se sentem acolhidos e o serviço se torna um local de amparo. Por conseguinte, é bom ressaltar que a equipe técnica deve mediar essa relação usuário/família para tentar fortalecer os vínculos afetivos e buscar a base para se estabelecer a continuação do tratamento do usuário (ARAÚJO, 2012 *apud* ALMEIDA, 2013).

Sobre o serviço institucional, perguntamos aos profissionais o que eles achavam do trabalho desenvolvido na instituição, o primeiro alegou que, apesar de considerar insuficiente, acredita na sua importância, sendo que tem de existir articulações com outras políticas. O segundo e terceiro entrevistado dão uma ênfase maior à qualidade da equipe profissional atuante. Como verificamos nas falas dos profissionais:

Eu acho um trabalho muito importante, agora que ele sozinho não vai dar conta do problema da droga na nossa sociedade, né? Tem que existir uma política de prevenção, também de combate, né? Só para saber que não é suficiente. (Profissional 1)

Eu acho assim, de muita boa vontade. O pessoal, os profissionais daqui são muito dedicados, são muitos solícitos com tudo que a gente que vem passando, né? Politicamente falando, com o que passamos, com tudo que vem acontecendo. Eu acho o trabalho daqui relevante, não digo a você que ele é eficiente, é relevante para as pessoas que fazem tratamento aqui. (Profissional 2)

Como eu já tinha citado acima tem os problemas, a falta de material, mas o lado bom, positivo nisso é a equipe que é bem unida. A questão de picuinhas, a gente sabe que trabalho em equipe sempre tem problemas, seja de comunicação ou do que for. Mas, a gente está reduzindo à zero, graças a Deus! A equipe está bem, todo mundo aqui só pensa em se ajudar. Estamos com um aspecto e um ponto positivo para o trabalho, graças a Deus. (Profissional 3)

Essa insuficiência do serviço destacada pelo profissional 1, nos remete à discussão realizada anteriormente da necessidade de articulação do CAPSad com outros espaços institucionais, no que se refere a prevenção, combate, informações sobre a dependência química, etc., a fim de promover estratégias que ultrapassem os muros institucionais para buscar uma maior eficácia no enfrentamento dessa problemática das drogas.

Outro aspecto que procuramos conhecer na pesquisa realizada foi a avaliação dos profissionais entrevistados sobre a Política para Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas e a sua implementação na realidade do CAPSad. Partimos do pressuposto de que o conhecimento desta se faz necessário para a realização de um trabalho qualificado pois, como nos mostra Marinho (2010), a mesma enfatiza a assistência prestada ao usuário de álcool e outras drogas, considerando-o enquanto um cidadão autônomo que tem direito a um atendimento de caráter integral e intersetorial. Vejamos o posicionamento dos profissionais a este respeito:

Eu acredito que a gente precisa ter várias políticas, né? Não só uma, porque a gente tem vários sujeitos, a gente não tem só um. Então, para uma redução de danos vai surgir efeitos, para outros já não, já vai ter que ser uma internação, uma abstinência total. Então se a gente trabalhar com uma rede de atenção que tem uma interação, que funciona, que a gente tem uma saída para diversos casos, eu acho que a gente consegue dar conta desse, dar conta não, porque a gente nunca vai conseguir, se a droga faz parte da sociedade, mas vai conseguir ter um efeito melhor nessa questão do tratamento da dependência química. Se existirem outras redes, se essa rede funcionasse para a internação, se a gente pudesse a proposta de cuidado para diferentes situações, não só para quem vai procurar uma redução, mas para quem vai procurar uma [...], uma internação, uma reabilitação, uma reinserção no trabalho. A gente tem que ter várias saídas, não só uma. A gente não tem só um tipo de rede a gente tem várias. (Profissional 1)

Política, não tem assim como a gente avaliar uma Política de Atenção Integral, se a política está envolvida. Política que eu falo é a de gestão administrativa que tá envolvida, então uma coisa proporciona para que a outra funcione. (Profissional 2)

Eu acho assim, que a Política de Atenção Integral, seria a implementação do CAPSad III. Aqui tem um projeto para se tornar o CAPSad III, pra que seja 24 horas, né? De segunda a segunda, toda hora ter aquela atenção mais eficaz, assim, não é só fazer, mas tem que ter toda uma programação para questão física, como vocês estão vendo aqui no serviço é preciso ter mais leitos. Não é só chegar e dizer: vamos fazer. Mas, ser e vai ter, não adianta dizer o quadro está reduzido, vamos trazer um pessoal. Como tem esse projeto do pessoal da emergência, né? Que a emergência vai ter leitos no Dr. Edgley, não vai mais existir uma ala para o pessoal da saúde mental que tem transtornos e do álcool e drogas. Mas, vai ter leitos nos hospitais para eles e o projeto é que alguns desses profissionais de lá venham para cá da o suporte. No requisito, na questão da noite, ter um enfermeiro, tem toda essa estrutura, mas foi como eu lhe disse, é um longo período até lá, mais o projeto já existe. E agente está no aguardo, eu acho que atenção integral seria mais nesse aspecto. (Profissional 3)

Percebemos na primeira fala que o entrevistado enfatiza a importância de um leque de políticas que venham atender as diversas demandas dos usuários, porém não comenta sobre a política a qual fizemos referência. O segundo nos relata a dificuldade de avaliar uma determinada política pública quando a mesma esta inserida num contexto de gestão administrativa. Em que muitas vezes não se tem o compromisso dos gestores responsáveis pelo direcionamento da política no município em dar efetividade ao que está previsto na política nacional sobre drogas. No caso do último entrevistado, ele se referiu a uma política restrita ao CAPSad sem fazer uma avaliação mais ampla da Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas, e a implementação da mesma no cotidiano da instituição.

Diante das entrevistas, pudemos perceber a necessidade de capacitação da equipe profissional que atua no CAPSad, para que os mesmos possam ter acesso às informações básicas das políticas, relacionadas tanto com a temática das drogas como da saúde mental. Durante o período de estágio na instituição percebemos que há uma série de lacunas no exercício profissional dos técnicos que compõem a equipe em função, principalmente, da ausência de investimento dos gestores, seja em qualificação que possibilite aos profissionais

conhecerem as políticas atinentes ao uso de drogas e à saúde mental, seja em condições de trabalho para que o serviço funcione em conformidade com o que está previsto nestas mesmas políticas.

Em termos mais amplos, de uma perspectiva de saúde pública, é necessário reafirmar a importância de que o planejamento de políticas públicas e programas direcionados às drogas levem em consideração a complexidade dos múltiplos fatores que envolvem essa questão. Para Oliveira (2009, p. 193):

Apesar do país já ter avançado perceptivelmente na maneira de compreender e intervir nessa questão, por intermédio da incorporação da estratégia da redução de danos, há um longo caminho a ser percorrido, porque as visões simplistas e reducionistas, quando não moralistas, preconceituosas e dogmáticas, ainda compõem inúmeros discursos antidrogas, presentes nos diversos espaços sociais, como a mídia, as esferas governamentais, a academia, a intervenção profissional, o senso comum. Todavia, a compreensão global da temática é a mais apropriada.

Buscar mecanismos para superação dos paradigmas conservadores que consideram os dependentes químicos como perigosos, “bandidos”, que devem estar submetidos à repressão é um passo significativo para que se possa avançar na compreensão de que a dependência química é mais uma das seqüelas das expressões da questão social na contemporaneidade e, assim, se possa definir estratégias mais adequadas ao seu enfrentamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado permitiu-nos constatar que os sujeitos da pesquisa compreendem os malefícios causados pelo uso abusivo das drogas, pois já vivenciaram/vivenciam os mesmos. No entanto, a dependência química é muito complexa. Mesmo sabendo de todos os males provocados pelo uso das substâncias psicoativas; é difícil para o dependente químico deixar o vício e seguir outra trajetória. Ele necessita de um conjunto de elementos para auxiliá-lo no processo de tratamento.

Em relação aos motivos e determinantes do abandono ao tratamento, constatamos que são diversos os fatores que ocasionam o mesmo, entre eles podemos destacar: as recaídas, dificuldades financeiras, problemas emocionais, etc., isso porque a dependência química afeta todos os segmentos da vida do indivíduo, desde o âmbito familiar, profissional ao social.

A partir do nosso estudo foi possível traçar um perfil dos usuários, no qual verificamos que, embora 43% dos entrevistados se encontrem em fase produtiva economicamente (faixa etária entre 30 e 40 anos) a maioria deles está desempregada. Este indicador é preocupante, pois constitui-se num fator que tanto pode contribuir para desencadear a dependência química, quanto pode decorrer da mesma, uma vez que esta dificulta o desenvolvimento de uma carreira profissional.

A escolaridade também pode ser identificada como uma dificuldade para a inserção destes indivíduos no mercado de trabalho, uma vez que a maioria dos usuários possuía o ensino fundamental incompleto, num contexto em que o mercado de trabalho profissional exige um trabalhador cada vez mais qualificado. Esta situação contribui para deixá-los vulneráveis a uma possível recaída e retorno ao uso abusivo das drogas.

Sobre o tratamento oferecido, especialmente no que tange às atividades socioeducativas realizadas na instituição, constatamos que, de uma forma geral, contribui para os usuários na orientação e conscientização dos prejuízos provocados pelas drogas. Na concepção da maioria dos profissionais há uma mudança de comportamento dos usuários, mas também há uma leitura crítica quanto à ausência de condições de trabalho para realização destas atividades, o que acaba afetando a qualidade dos serviços oferecidos pela instituição.

Verificamos que o tratamento oferecido na instituição tem o seu alcance reduzido ao se limitar ao interior da instituição, quando na verdade deveria estar articulado com outros serviços e esforços presentes na sociedade, pois se sabe que as raízes dos problemas decorrentes das drogas fundamentam-se no próprio sistema capitalista, sendo uma das

expressões da questão social que dificilmente será resolvida enquanto vivermos sob a ordem do capital.

Uma vez que a nossa pesquisa buscou compreender os fenômenos que estão relacionados com a problemática das drogas, assim como os motivos e determinantes que levam os usuários a abandonarem o tratamento da dependência química, esperamos que o presente trabalho possa contribuir para a busca do conhecimento de novos elementos dessa problemática e para fomentar futuros estudos que possam avaliar a repercussão do tratamento na inserção social dos dependentes químicos.

Por conseguinte, as possíveis contribuições desta pesquisa podem ocorrer tanto na própria instituição na qual foi realizada, caso venha a fomentar a busca de novas estratégias para o desenvolvimento do tratamento, quanto no meio acadêmico, uma vez que esta poderá subsidiar a construção de novos conhecimentos acerca da discussão da dependência química, do tratamento e do abandono deste por parte dos usuários. E, por último, em relação à sociedade, ao tratar informações que estão relacionadas às drogas e aos desdobramentos da mesma no meio social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. **Fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas**. UFPB, João Pessoa, 2013. Disponível em <http://www.de.ufpb.br/~mds/DissertacoesAprovadas/Dissertacao_Rosilene_Alves_Almeida-2013.pdf>. Acesso em: 26/08/2014;

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Ed. FIOCRUZ, 2007;

ARAÚJO, B. **Projeto de Prevenção de Drogas**, 2013. Disponível em <<http://aprenderparaensinarartic.blogspot.com.br/2013/03/projeto-de-prevencao-de-drogas.html>> Acesso em: 09/08/2013;

BOND, R. **Drogas e capitalismo – Quem são os verdadeiros criminosos**. Blog da redação: *A Nova Democracia*, ano VIII, nº 61, 2010. Disponível em <<http://www.anovademocracia.com.br/no-61/2583-drogas-e-capitalismo-quem-sao-os-verdadeiros-criminosos>>. Acesso em: 10/05/2014;

BONI, R.; KESSLER, F. Tratamento. In: **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**/ Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. - 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010). Brasília, 2009. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 20/06/2014;

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SUS_principios.pdf>. Acesso em: 26/10/2013;

_____. Presidência da República. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília, 2010;

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf> Acesso em: 29/08/2013;

_____. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) /Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). **Atualização de conhecimentos sobre redução da demandas de drogas**. Curso à Distância para Conselheiros Municipais Antidrogas, Tutelares, de Direitos da Criança e do Adolescente, de Saúde, de Educação e de Segurança Comunitária. Lagoa Editora, 2004;

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **“As políticas brasileiras de Seguridade Social-Saúde”**. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/CFESS, 2000;

BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M. (orgs). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004;

BUCHELE, F.; CRUZ, D. D. O. Álcool e outras drogas: seus aspectos socioculturais. In: **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/** Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. - 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013;

CARNEIRO, H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. Universidade de São Paulo, 2008. In: VENÂNCIO, R. P. ; CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil** – São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005;

CARVALHO, F. R. M. et al. **Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação**. Colombia médica, vol. 42. Universidad Dell Valle, Facultad de Salud, 2011. Disponível em <<http://www.bioline.org.br/request?rc11040>>. Acesso em: 25/08/2014;

CONTE, M. et al. **Consumismo, Uso de drogas e Criminalidade: riscos e responsabilidades**. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n1/v27n1a08.pdf>>. Acesso em: 14/05/2014;

CRUZ, M. S. Redução de danos, prevenção e assistência. In: **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/** Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. - 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013;

DIAS, M. T. G. **A Reforma Psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social, PUCRS, 2007. Disponível em < http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp035060.pdf>. Acesso em: 16/06/2014;

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. **Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas**. Revista Saúde Pública, 2007. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n5/6462.pdf>>. Acesso em: 24/08/2014;

DUARTE, P. C. A. V.; DALBOSCO, C. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/** Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. - 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013;

GALDURÓZ, J. C. F. Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes. In: **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/** Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. - 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013;

GARCIA, L. et al. Política Nacional de Saúde Mental e a organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/** Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. - 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013;

GENTILII, R. M. L. **Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafios para o Serviço Social**. Artigos de Temas Livres. Revista: SER Social, Brasília, v. 13, n. 28, p. 210-230, jan./jun. 2011;

GERRA, G. **Tratamento da dependência de drogas: da coerção à coesão**. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), 2013. Disponível em <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2013/04/08-treating-drug-dependence-from-coercion-to-cohesion.html>>. Acesso em: 12/05/2014;

GOMES, K. V. **A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado**. São Paulo, 2010. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-10112010-082915/pt-br.php>>. Acesso em: 01/07/2014;

IAMAMOTO, M. V. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. Texto base da palestra: A política nacional de fiscalização do exercício profissional e os espaços ocupacionais: avanços e desafios. XXX Encontro Nacional do CFESS-CRESS, Belo Horizonte/MG, 2001;

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 1988;

MACIEL, S. C. et al. **Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social: um estudo com familiares de doentes mentais**. Psicologia, Ciência e Profissão, 2009, p. 436-447. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v29n3a02.pdf>>. Acesso em: 16/06/2014;

MADRUGA, C. E. **Internação compulsória e serviço social: negação ou garantia de direitos?** UNIÚÍ, 2013. Ijuí – RS. Disponível em <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2112/TCC%20-%20Camila%20Eichelberg%20Madruga.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16/06/2014;

MARINHO, A. M. **Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas: re-construção de uma prática**. Programa de Pós-graduação em enfermagem. UFCE, Fortaleza, 2010;

MATHIASSEN, B. **Políticas sobre drogas: foco nas convergências**. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), 2009. Disponível em <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/imprensa/artigos/2009/08-20-politicas-sobre-drogas-foco-nas-convergencias.html>>. Acesso em: 14/05/2014;

MATHIASSEN, B. **Seminário: Drogas, Redução de Danos, Legislação e Intersetorialidade**. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), 2009. Disponível em <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/imprensa/discursos/2009/10-20-seminario_drogas-reducao-de-danos-legislacao-e-intersetorialidade.html>. Acesso em: 14/05/2014;

MELO, T. K. G. B. **A Reforma Psiquiátrica no atual contexto da globalização**. II Jornada Internacional de Políticas Públicas Mundialização e Estados Nacionais: a questão da emancipação e da soberania. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, UFMA. São Luiz - MA, 2005. Disponível em <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Thais_Karina_Guedes_Bezerra.pdf>. Acesso em: 14/06/2014;

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**/ Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. - 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013;

OLIVEIRA, C. J. **O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo estado brasileiro**. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). Saúde e serviço social. 4ª ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2009, (p. 179-195);

OLIVEIRA, D. C. **A dependência química e o caráter de seu enfrentamento nas políticas públicas**. UFSC, Florianópolis, 2013. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/104182/bu.tcc.dss.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15/05/2014;

OLIVEIRA, G. P. **Crack e recaída: os principais motivos que levam os usuários de crack a recaírem após tratamento para dependência química**. Especialização em saúde pública. Faculdade de Medicina. UFRGS, Porto alegre, 2011. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34045/000789984.pdf?...1>>. Acesso em: 25/08/2014;

OLIVEIRA, R. F. **A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica**. Revista Urutágua – academia multidisciplinar – DCS/UEM, N°24. 2011. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/view/10698/7171>>. Acesso em: 31/08/2014;

OLIVEIRA, W. F. **Drogas: políticas de prevenção, controle e recuperação**. Arquivos Catarinenses de Medicina V. 32. nº 1 de 2003. Disponível em <<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/159.pdf>>. Acesso em: 13/05/2014;

PASSOS, C. B. C. **Internações decorrentes do uso de substâncias psicoativas no distrito federal entre os anos de 2000 a 2009**. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2011. Disponível em <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011passos-cbc.pdf>>. Acesso em: 14/05/2014;

PEREIRA, L. A. et al. **Saúde mental e serviço social: refletindo a prática no contexto neoliberal**. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2011. Disponível em <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0264_0293_01.pdf>. Acesso em: 27/05/2014;

PLASTINO, C. A. Dependência, subjetividade e narcisismo na sociedade contemporânea. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (Orgs.). **Drogas e pós-modernidade - faces de um tema proscrito**. Volume 2, ed. UERJ. Rio de Janeiro, 2003;

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. **O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução**. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 25, nº2, p. 203-211, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: 01/07/2014;

QUEIROZ, V. E. **A questão das drogas ilícitas no Brasil**. Florianópolis, 2008. Disponível em <<http://tcc.bu.ufsc.br/Economia292028>>. Acesso em: 28/03/2014;

RODRIGUES, L. B. F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. São Paulo, 2006. Disponível em <<http://www.comunidadessegura.org.br/files/controlpenalsobredrogasilicitas.pdf>>. Acesso em: 29/04/2014;

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. **Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico**. Saúde e Transformação Social, v. 4, (p. 82-89), UFSC.

Florianópolis, 2013. Disponível em

<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1909/2482>

>. Acesso em: 20/06/2014;

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto**. Revista da Escola de Enfermagem, USP, 2002, (p. 4-9);

SILVA, B. L. et al. **Caracterização do CAPSad de Campina Grande**. Estágio Supervisionado em Serviço Social III, UEPB, 2013;

SILVEIRA, C. M. Padrões de consumo do álcool na população brasileira. In: **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**/ Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. - 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013;

SILVEIRA, D. X.; DOERING-SILVEIRA, E. Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos. In: **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**/ Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. – 6ª edição, Brasília: SENAD, 2014;

SILVA, J. L. B. **Visão Histórica e Contextualizada do Uso de Drogas**, 2013. Disponível em <<http://www.direcionaleducador.com.br/drogas/modulo-i-%E2%80%93-visao-historica-e-contextualizada-do-uso-de-drogas>>. Acesso em: 23/04/2014;

SILVEIRA, R. C. **Neoliberalismo: conceitos e influências no Brasil – de Sarney a FHC**. UFRGS, Porto alegre, 2009. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16218/000694385.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 29/08/2014;

SOUZA, H. R. **Criminalização dos usuários de drogas – Quais usuários?** Ano VIII, nº 60, 2009. Blog da redação A Nova Democracia. Disponível em <<http://www.anovademocracia.com.br/no-60/2557-criminalizacao-dos-usuarios-de-drogas-quais-usuarios>>. Acesso em: 14/05/2014;

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. **Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil**. SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, vol. 3, nº2, 2007;

SOUZA, J. S. R. **Drogas e violência urbana brasileira: breves reflexões**. Revista UNIABEU Belford Roxo V.6 Número 14, 2013;

TELLES, P. R., BUCHELE, F. Redução de danos. In: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)/Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). **Atualização de conhecimentos sobre redução da demandas de drogas**. Curso à Distância para Conselheiros Municipais Antidrogas, Tutelares, de Direitos da Criança e do Adolescente, de Saúde, de Educação e de Segurança Comunitária. Lagoa Editora, 2004. (p. 148-157);

TIBURI, M. Corpo drogado, corpo fissurado. In: TIBURI, M.; DIAS, A. C. (Orgs.). **Sociedade fissurada: para pensar as drogas e a banalidade do vício**. Rio de Janeiro: Civilidade Brasileira, 2013;

VALADARES, F. C.; SOUZA, E. R. **Análise da inserção do tema da violência na Política de Saúde Mental brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011)**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Vol. 23, nº 4. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 02/09/2014;

VASCONCELOS, E. M. Breve histórico do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). et al. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 4ª edição – São Paulo: Cortez, 2008;

VIEIRA, A. R. S. **A importância da família na recuperação do portador de transtorno mental**. UEPB, 2011;

VIEIRA, G. T. S. A família na agenda das políticas brasileiras de saúde mental e de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. 2011. In: UCHÔA, R. [et al], (org.). **ENSAIOS SOBRE DROGAS: necessidades humanas e políticas públicas**. Ed. Universitária da UFPE - Recife, 2011. (p. 71-84);

XAVIER, M. G. M. **O sujeito e as drogas: entre o prazer e o gozo**. Faculdade de Educação, São Paulo, 2013. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-17122013-145504/en.php>>. Acesso em: 13/05/2014;

ZEMEL, M. L. S. Prevenção – Novas formas de pensar e enfrentar o problema. In: **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/** Ministério da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. - 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

PARTE I: Dados sócio-econômicos

1. Idade _____
2. Sexo
Masculino () Feminino ()
3. Escolaridade
() Sem instrução
() Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo
() Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo
() Ensino Superior incompleto () Ensino Superior completo
4. Estado Civil
() Solteiro (a)
() Casado (a)
() Separado (a)
() Viúvo (a)
() Outros. Qual ? _____.
5. Número de Filhos
() Não tem filhos
() 1 a 2 filhos
() 3 a 4 filhos
() 5 ou mais filhos
6. Tem profissão definida?
() Sim. Qual? _____.
() Não
7. Esta trabalhando atualmente?
() Sim () Não

P.S: Se sim, tem vínculo formal? () Sim () Não

8. Renda individual

- () Não tem renda
- () Menos de 1 salário mínimo
- () 1 a 2 salários mínimos
- () Mais de 3 salários mínimos

P.S: Em caso de ter renda, está é adquirida por:

- () Benefício, Qual? _____.
- () Pensão
- () Aposentadoria
- () Salário
- () Outros _____.

9. Renda familiar

- () Não tem renda fixa
- () Menos de 1 salário mínimo
- () 1 a 2 salários mínimos
- () Mais de 3 salários

PARTE II: Perguntas abertas

10. O que você entende sobre Drogas?

11. Que tipo de drogas você já utilizou?

12. Quais foram os motivos/causas que levaram você a consumir drogas?

13. Como é o convívio com seus familiares?

14. O que você acha do tratamento que a instituição oferece aos dependentes químicos?

15. Quais foram os motivos que te levaram a desistir do tratamento?

16. Quais os motivos te fizeram retornar ao tratamento?

17. Como você avalia os resultados do tratamento?

18. Como você avalia as atividades socioeducativas realizadas no CAPSad :

Ótimas Boas Regulares Ruins

19. Qual a contribuição que essas atividades socioeducativas apresentam para o tratamento?

APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

1. Qual a sua concepção acerca da dependência química?
2. Quais são os tipos de tratamento disponível na instituição para os dependentes químicos?
3. Qual a sua opinião em relação às atividades socioeducativas que são realizadas no CAPSad?
4. Existe alguma dificuldade para realização destas?
5. Qual a contribuição destas atividades socioeducativas para o tratamento da dependência química?
6. Como acontece a interação entre profissional – usuário dentro da instituição?
7. Na sua percepção quais seriam as maiores dificuldades para o usuário no período de tratamento?
8. Como você avalia o abandono dos usuários ao tratamento da dependência química?
9. Quais seriam, na sua opinião, os motivos para esse abandono?
10. O que você acha do trabalho do CAPSad?
11. Como você avalia a Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas? E a implementação da mesma, considerando a realidade do CAPSad?
12. Gostaria de acrescentar alguma informação a entrevista?

ANEXOS

ANEXO I



Universidade Estadual da Paraíba

Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “ABANDONO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: um estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas no município de Campina Grande.”

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho ABANDONO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: um estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas no município de Campina Grande, terá como objetivo geral analisar os motivos e determinantes que levam os dependentes químicos a abandonarem o tratamento.

Ao voluntário só caberá a autorização para a ENTREVISTA e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou

financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

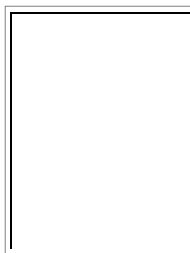
Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8890 - 0401 com SANDRA AMÉLIA SAMPAIO SILVEIRA.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica
Participante da Pesquisa

ANEXO II



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB**



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR

CAAE:25434113.9.0000.5187

TÍTULO: *ABANDONO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: um estudo de caso no*

Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas no município de Campina Grande.

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 09/12/2013.

Pesquisador(a) Responsável: *Sandra Amélia Sampaio Silveira.*

Orientando: *Rosiane Oliveira de França*

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: “*ABANDONO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: um estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas no município de Campina Grande*”. O presente estudo é para fins de elaboração, desenvolvimento da pesquisa e defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, com previsão de defesa em julho de 2014, conforme, cronograma de atividades.

Objetivo da Pesquisa: Tem como Objetivo Geral: Analisar os motivos e determinantes que levam os dependentes químicos a abandonarem o tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos sujeitos a serem pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A pesquisa será de caráter exploratório e descritivo.

O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Encontram-se anexados todos os documentos obrigatórios para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

Situação do Projeto: Aprovado.