

OS PROBLEMAS SOCIAIS RELACIONADOS A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO TERAPÊUTICO: A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E AS INTERFACES SOCIAIS

Naiara Maria de Oliveira Batista¹

Hyloran Galdino Cabral²

RESUMO

O artigo a seguir, analisa os problemas sociais relacionados à prestação de serviço terapêutico ao dependente químico, as contradições públicas e suas interações institucionais. Expõe as diferenças entre dependente e usuário, firmando-se nos primeiros fundamentos sobre os consumos de psicoativos. Descreve a eficácia do projeto terapêutico já em ascensão, CAPSad, e sua considerável importância na reinserção social do dependente químico.

Palavras-chave: Serviço terapêutico. Dependência Química. Consumo de Psicoativos.

ABSTRACT

The following article analyses the social problems regarding the delivery of therapeutic assistance to the chemical dependent, the public contradictions and its institutional interactions. It also exposes the differences between dependent and user, based on the first principles about consumption of psychoactive substances. Yet, it describes the efficiency of the therapeutic project in rising, CAPSad, and its considerable importance in the chemical dependent's social insertion.

Key words: Therapeutic Assistance. Chemical Dependent. Psychoactive Consumption.

1 INTRODUÇÃO

É apresentada neste artigo a importância das discussões sociais em torno da dependência química, enfatizando o contexto histórico pelo qual foi formulada

¹ Graduanda do Curso de Psicologia pela Faculdade Multivix Cachoeiro de Itapemirim – email: naiaramaria.ob@gmail.com

² Pós-Graduando em Políticas Públicas, Gestão e Controle Social. Especialista em Saúde Mental: ênfase em Dependência Química. Graduado em Psicologia. Professor da Multivix Cachoeiro de Itapemirim.

voltando nossos olhares para as instituições e seus modelos terapêuticos. Também é ressaltada a liberdade existencial humana promovida pelo filósofo Jean Paul Sartre, contextualizando o egocentrismo capitalista e a falta de olhar para com o outro. Desta forma traremos exemplos de instituições governamentais e como essas são preparadas para receber o dependente químico e todo contexto biopsicossocioespiritual. Os CAPS-ad³ e as Comunidades Terapêuticas têm um papel fundamental na ressocialização do dependente no qual os profissionais devem estar aptos a desenvolverem estratégias que alcancem com eficácia a integração social do sujeito (SARTRE, 2005).

Este artigo tem como objetivo analisar os desafios sociais na dependência química, visto que, a toxicodependência corresponde a um fenômeno catastrófico na saúde pública em geral, ocasionando uma ruptura de consciência humana no indivíduo que se designa dependente. Salientando a inquietude existencial, tendo por base a ação do homem e a responsabilidade trazida por suas escolhas, a dependência química se engaja nesse contexto quando o homem perde o sentido existencial e essencial da vida, abrindo margem para que o uso de entorpecente supra a necessidade de encontrar sua autenticidade, esta última tão proclamada nos meios midiáticos como identificação do “eu” ou construção da personalidade.

Torna-se necessário conhecer os desafios sociais, composto pelo uso das drogas, abstinência, causas e sintomas, contexto familiar rompido, intervenções terapêuticas, projetos sociais governamentais, ressocialização, entre outros. Todas essas projeções estão interligadas a um indivíduo, o dependente químico, que precisa passar por um processo de readaptação para ser novamente inserido no meio social. A contribuição do psicólogo na reinserção do sujeito ao meio é extremamente eficaz, visto que este profissional da área da saúde compreende o indivíduo singularmente, porém, em sua totalidade.

Os projetos sociais como, CAPS ad e Comunidades terapêuticas, são fundamentais para a reinserção do dependente, porém, estes serviços estão perdendo seu valor

³ CAPS-ad “Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas” são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.

social, visto que em alguns CAPS as condições de trabalho são exaustivas, devido a falta de apoio financeiro destinado a materiais para terapias ocupacionais ou para melhor conforto dos usuários.

A metodologia utilizada refere-se a uma pesquisa de cunho social contextualizando o histórico da dependência química (CALDEIRA, 1999), sua culturalização e envolvimento com o mercado capitalístico. A produção exacerbada de psicoestimulantes, ansiolíticos e drogas ilícitas cooperam para uma alienação fármacosocial (LARANJEIRAS, 2016), inserida no contexto político absorto, que faz da saúde um objeto de conhecimento comerciário extensivo aos fins lucrativos, admitindo assim as formas sociais de punição, aprisionamento e empoderamento moral, previsto por (FOUCAULT, 1972).

Nota-se a partir deste planejamento a importância desta pesquisa ser destinada a comunidade política/terapêutica, contribuindo com os conhecimentos em saúde mental e abrangendo seus olhares para sociedade globalizada. Desenvolvida de forma concisa traz nos escritos a seguir os efeitos da drogadicção⁴ no convívio psicossociofamiliar.

2 DEPENDENCIA QUÍMICA – CONCEITUALIZANDO

A culturalização das drogas existe desde 2.000 a.C. Descoberta pelos chineses a fibra de cânhamo que recebe variedades da planta *cannabis*, conhecida popularmente como maconha, era entendida pelos povos antigos como um presente enviado pelos deuses. Em diferentes momentos da história os povos Hindus, Mesopotâmio, Gregos, Incas, Índios entre outros, cultivaram o uso da *cannabis* e descobriram novos tipos de alucinógenos curativos, como por exemplo, a coca em meados do século XVI. Segundo Fernanda Colavitti através da Revista Galileu Especial (2007), o Gim foi criado na Holanda no século XVII e popularizado na Inglaterra no século XVIII, inicializando então um dos primeiros grandes problemas sociais, o alcoolismo. No século XIV surgem os charutos e assim começam os estudos sobre os efeitos das drogas alucinógenas nos sistemas psíquicos humanos.

⁴ Adicção à drogas. Inclinação ou o apego de alguém por alguma coisa (CALDEIRA,1999).

Em 1912 as indústrias farmacêuticas alemãs promoveram estudos sobre a droga sintética MDMA (Metileno Dióxido Metanfetamina), princípio ativo do ecstasy, como inibidor de apetite, mas a droga não foi comercializada. Em 1930 também segundo a Fernanda Colavitti em reportagem na Revista Galileu Especial (2007) os Estados Unidos entra com o movimento de proibição da maconha reforçado por muitos países inclusive o Brasil, que sanciona a Lei 4.296 na qual estabelece penalidades aos contraventores da cocaína, ópio, heroína e seus derivados. Em 65 o uso do LSD é proibido no EUA, porém, nas décadas de 70 e 80 as drogas passam a ser elitizadas, comercializadas, promovidas e seu uso se torna popular.

Não faz tanto tempo, “Cigarros Índios” da marca Grimault eram vendidos em tabacarias, anunciados contra insônia, asma e outros males respiratórios. Heroína e outros opiáceos eram servidos em hotéis especializados. Balas de cocaína estavam nas estantes das farmácias, assim como anfetaminas e mais drogas hoje proibidas (LEMLE, 2008, acesso em: 12/11/2015).

As drogas se tornaram um produto de fácil comercialização, enaltecidas como algo bom, elegante e “heroico” perante a sociedade. Os alucinógenos promovem bem estar físico e psicológico, inibe o cansaço do trabalho e a fadiga provocada pelo estresse do cotidiano. O que antes era utilizado como vínculo religioso, cultural e curativo, hoje se tornou comercio, no qual a mídia contribui drasticamente para sua exposição social. Batista (2002) cita em sua tese de mestrado o autor Reynolds que escreveu sobre o nascimento da música eletrônica, falando sobre suas batidas repetitivas, o som do house exemplificado em ritmo popularmente conhecido como “bate-estaca”, mais culturalizado em festa rave⁵, e diz como esses sons se urdiram⁶ aos jovens dos anos 80 e 90, como o uso dos psicoativos era eficaz para se projetar um bem estar à música que provocava euforia nos jovens.

Assim como em movimentos culturais e estilos musicais anteriores, o movimento dance tem também a sua droga de escolha: o êxtase. Porém, ter no êxtase a sua droga de escolha não necessariamente implica que todos os participantes de raves e clubes noturnos usem a droga, nem que ela venha a ser a única substância usada no ritual. Estudos feitos na Escócia mostram que, na cena rave deste país, usa-se não apenas êxtase, mas também maconha, anfetamina, nitritos (poppers), ketamina (Special K), LSD e uma série de outras drogas (FORSYTH, 1996).

⁵ Rave = palavra de origem inglesa, delirar; (déc. 1990) festa dançante em que se toca música eletrônica.

⁶ Urdiram = Compor o conteúdo; enredaram, intrigaram, teceram;

Esses ambientes normalmente são estruturalizados com muitas cores chamativas, decorados com mandalas - relação entre o homem e o cosmo - além de outros desenhos místicos. Esses tipos de decoração são programadas no intuito de levar seu convidado a uma viagem fora do mundo atual, mesmo que ele não faça uso das substâncias psicoativas vendidas clandestinamente neste tipo de festa. Os entorpecentes conhecidos popularmente como, bala, doce e gota promovem inibição de apetite, maior tempo disposto a festa, movimentos eufóricos dos membros superiores e inferiores, alucinações e uma grande descarga de adrenalina na corrente sanguínea podendo ser percebida nas dilatações das pupilas oculares.

Quanto aos termos uso e abuso de drogas, é importante esclarecer sobre a diferença do significado de cada um deles. Usar drogas significa consumir algum tipo de substância psicoativa de forma eventual ou recreacional. Como exemplos, podem ser citados o consumo de bebidas alcoólicas em determinadas ocasiões, o uso de psicofármacos por recomendação médica, o uso de algumas ervas em rituais religiosos, ou ainda, o uso esporádico de drogas consideradas ilícitas (maconha, cocaína, etc.). Já o abuso de drogas refere-se ao consumo excessivo de qualquer substância psicoativa, que acarrete danos físicos, psicológicos e/ou sociais para o indivíduo (CALDEIRA, 1999).

Falando sobre o contexto histórico da dependência química e do uso da droga, através da escrita de (CALDEIRA, 1999), deve-se deixar claro que o usuário se designa diferente do dependente. A dependência é tudo que transcende o nosso autocontrole, seja por substâncias lícitas ou ilícitas. A dependência está associada à pré-disposição do indivíduo a se dispor ao psicoativo, a história de vida, ao uso esporádico, mas que pode se tornar frequente e assim desestabilizar seu controle emocional, psíquico e porque não físico.

A contextualização das drogas e suas utilidades existem ao meio social há muitos séculos, suas referências se modificaram ao longo dos anos, mas os efeitos colaterais provocados por tais psicoativos não se diferenciaram. O mundo globalizado exige do ser humano um bem estar consigo mesmo, independente do caos que pode estar ocorrendo a sua volta e o capitalismo, por sua vez, com toda teoria de compra/venda e produção/comercialização geram uma grande massa de desigualdade social, atribuída a falta de emprego com a vontade de comprar.

Compreende-se que, os problemas sociais não são os únicos motivos relacionados ao uso abusivos de substâncias psicoativas. Contextos emocionais, familiares e psíquicos também podem acarretar a vontade de suprir a necessidade do desprazer em vida, pois o uso de entorpecentes leva ao ápice do bem estar e do vigor em estar vivo. Como nosso momento atual se dá a preservação do tempo, ou a falta dele, já que tudo é feito às pressas, com resultados rápidos e práticos, assim também se relaciona os psicoativos. A droga de efeito prazeroso mais rápido é o, crack, conhecido por sua grande incidência em promover dependência e valor popular (CALDEIRA, 1999. p. 26).

3 DEPENDENCIA QUÍMICA – EFEITOS DAS SUBSTÂNCIAS

Segundo Ronaldo Laranjeiras (2016), o corpo reage aos prazeres das injeções das drogas como um mecanismo receptor de prazer, nosso corpo biológico instintivamente através de anos de evolução criou adaptações chamadas áreas de recompensas. Por ser um fator biológico é nessas áreas que as substancias químicas interferem e se depositam, dificultando a desvinculação dos entorpecentes. As áreas de recompensa dita pelo autor se denotam por aquilo que nos dar prazer, ou seja, quando está chovendo e nos cobrimos da chuva, nosso cérebro entende que aquilo além de nos dar prazer (sair da chuva), também nos emana proteção.

Esses vínculos vão se montando como uma espécie de teia, e todo movimento prazeroso tende a ser repetido. Assim ocorre com o uso dos psicoativos. Para explicar melhor como os psicoativos interferem no corpo físico e mental, Carlini et al (2001) traz as resoluções dos efeitos das drogas no SNC (Sistema Nervoso Central). Segundo os autores de acordo com a OMS - Organização Mundial da Saúde (1981) a drogas psicoativas são aquelas que alteram o humor, comportamento e cognição de um sujeito. Já a drogas psicotrópicas são aquelas que agem diretamente no SNC, reforçam seu estado de prazer, altera o comportamento biopsicofisiológico, podendo ocasionar uma provável dependência.

O álcool ainda admitido como uma droga lícita está classificado entre os psicotrópicos, visto que, o uso exacerbado de seu composto químico atinge o SNC podendo gerar alteração de comportamento e de humor, ocasionando fatores violentos, embriaguez,

acidentes e problemas de saúde, além da dependência propriamente dita. Por ser denominado lícito, o uso do álcool não emana tanta preocupação social e, empresas representantes de bebidas alcoólicas investem significativamente em propagandas que comercializam seu produto evadindo-se da real consequência que o uso excessivo diário pode levar.

Os benzodiazepínicos são os medicamentos mais expostos e mais utilizados no Brasil e no mundo, farmacologicamente seus produtos são comercializados na maioria das vezes com prescrição médica. As drogas benzodiazepínicas atuam no Sistema Nervoso Central como inibitórias, ou seja, ao serem ingeridas essas substâncias provocam um relaxamento muscular, indução ao sono e diminuição da ansiedade. O uso consecutivo desse entorpecente leva a dependência e, caso o uso desses psicoativos sejam suspensos, o sujeito pode demonstrar grande irritabilidade, insônia excessiva e sudorese.

A cocaína, o crack e a merla são substâncias psicotrópicas derivadas de uma mesma planta existente na América do Sul, *Erythroxylon coca*, podendo ser consumida através da aspiração (pó), ou dissolvida em água para uso endovenoso. Quando falamos em crack, identificamos o uso do mesmo com aspecto de uma “pedra” ou de “pasta”, diferente da cocaína tanto o crack quanto a merla não podem ser aspirados nem injetados. Como essa “pasta” é uma primeira filtração do produto final, cocaína, quando fumada no estado de “pedra” tem grandes chances de intoxicar seus usuários acarretando sérios problemas fisiológicos. A cocaína, o crack e a merla atuam no SNC produzindo euforia, ansiedade e estado de alerta, a diferença é que os dois últimos são introduzidos por vias pulmonares, conseqüentemente seus efeitos prazerosos chegam mais rápidos ao SNC. “É esse efeito rápido que provoca dependência, que provoca o uso compulsivo”, explica o cancerologista Dráuzio Varella (2013) a uma reportagem para Globo News.

Parafraseando Ronaldo Laranjeiras (2016) e logo mais o citando, a maconha é um bom exemplo de droga psicotrópica, pois a mesma ainda não tem evidências científicas de que promove transtornos mentais, porém o uso compulsivo da mesma aumentou exacerbadamente de vinte anos atrás para os dias atuais, além disso, seu teor de THC

(princípio ativo da maconha) aumentou muito nos últimos tempos. Na década de 1960, andavam por volta de 0,5% e agora alcançam 5%. Portanto, a maconha de hoje é 10 vezes mais potente do que era naquela época. Então se o indivíduo tiver predisposição a esquizofrenia, o uso excessivo da maconha pode acelerar o processo da doença mental, além de causar dependência desse psicotrópico. Isto não significa que o uso da maconha ocasiona a esquizofrenia ou outros transtornos mentais. Porém, Laranjeiras (2016) evidencia a importância de se distinguir o efeito imediato do cumulativo, analisando que nenhuma droga tem efeito disparador positivo ao SNC, e sim negativo, causando retardo de memória, ansiedade e dependência.

Embora o efeito da nicotina não seja tão poderoso quanto o da maconha, é muito mais constante. Imaginemos que o fumante dê dez tragadas em cada cigarro e fume vinte cigarros por dia. Feitas as contas, num único dia seu cérebro recebeu um reforço positivo pelo menos duzentas vezes. Cada tragada é igual a uma injeção de nicotina na veia. Esse estímulo, repetido através dos anos, faz com que a dependência de nicotina seja mais poderosa do que as outras. A maconha, no momento, passa por processo semelhante. Mais disponível e mais barata, seu consumo aumentou e, conseqüentemente, o número de cigarros fumados por dia e os estímulos cerebrais que provocam aumentaram também. Portanto, em termos de dependência, as duas drogas não diferem muito. Pelo atual padrão de consumo, mais fácil, acessível e intenso, maconha e nicotina têm muito em comum. Por isso, não compartilho a ideia de que maconha seja uma droga leve (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Para os usuários do cigarro e outras drogas, a sensação de prazer e alívio que alcança a sinapses do SNC são dificilmente substituídas por outra forma de prazer, pois demanda tempo, disposição e querer. Encontrar outras válvulas de escape para os transtornos ansiosos do corpo, como o prazer pelo trabalho, alimento, companhia e etc. requer compreensão de si mesmo, dita pelo filósofo Jean Paul Sartre que: *a existência precedeu a essência*. Compreende-se a partir de então que o existir, o ser autêntico precedeu o ser humano, o ser essência, ou seja, antecedeu. Podemos entender por essa fala que o preceder não estar acoplado ao sentido de melhor qualidade, mas sim no de priorizar. Prioriza-se o existir e inapta-se o essencial, o subjetivo (SARTRE, 2005).

Com isso o existir no excedeu. Interligando a fala do filósofo com nosso contexto social, dependência química, podemos construir uma analogia visto que, a dependência se resulta do uso exagerado das substancia psicoativas, levando o indivíduo a uma total falta de controle do “eu”, não distinguindo realidade e fantasia.

Buscar na drogadição a ascensão ao bem estar é a válvula de escape das cargas psíquicas humanas mais ilusórias que existem. Quando não compreendemos o ser essencial, não há controle emocional nem estruturalização para demandar o uso coerente de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Desta forma a dependência pode ser uma consequência do querer existir sem compreender o contexto que essa palavra acarreta a essencialidade humana. Tornando-se um ciclo vicioso de satisfação do prazer, no qual o usuário nunca está saciado com quantidade de droga ingerida, sempre buscando por mais.

O homem, ao perceber que sua escolha envolve não apenas a si mesmo, mas toda humanidade e que a responsabilidade dessa escolha é inteiramente sua, se sentirá angustiado. Só o homem de má fé consegue disfarçar a angústia, dissimulando a sua responsabilidade por si e por toda humanidade. Os próprios atos de dissimular e mentir implicam em uma escolha. Ao atribuir a responsabilidade a outrem, estamos escolhendo a mentira não só para a própria existência, como para todos os homens. O homem que nega a angústia tem na angústia a sua própria forma de existir (L'APICCIRELLA, 2004).

A fragilidade humana e os processos de negação a dependência também são provocados pelo uso dos psicoativos. De acordo com estudos acadêmicos os pacientes químicos, denotam grande desconfiança de outros usuários, visto que, a droga gera uma desestabilização do funcionamento cerebral, ocasionando os efeitos da paranoia, a consequência desse distúrbio se manifesta através da desconfiança de outros seres humanos. Dificultando o trabalho dos profissionais da saúde em promover a dessensibilização do uso das drogas no sistema nervoso desse indivíduo.

4 INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

Visto que o consumo de entorpecentes se tornou “moda” no Brasil e no mundo, estudos atestam que em São Paulo o uso do crack é uma epidemia. A OMS, o Governo Federal, as Universidades e interessados no assunto promovem estudos para que haja uma intervenção terapêutica eficaz com os dependentes, sem ferir seus direitos humanos, no intuito de promover saúde e bem estar, além de reinserção social.

Entre os usuários de longa data e entre os que iniciaram o uso precocemente, o comprometimento da capacidade de recolocação no mercado de trabalho pode ser mais intenso, tanto pelos déficits cognitivos e de assertividade

quanto pela perda de habilidades sociais. Tais elementos devem ser abordados de forma ativa, preferencialmente mediante um auxílio de serviços de terapia ocupacional e de assistência social. O tratamento deve visar a uma reabilitação ampla, e não só à cessação do consumo de substâncias, sob a pena de que, em uma postura que não contemple a reinserção, o paciente permaneça exposto ao estilo de vida pregresso que o mantinha no consumo da droga (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

De acordo com o livro podemos observar que em projetos terapêuticos com dependência química devem ser introduzidos aos usuários contextualizações e teorias que sejam eficazes para cada sujeito individualmente, não seguindo uma única abordagem teórica para todos os indivíduos, ou seja, cada ser em si constrói seu eu personificado, seu caráter e sua identidade. A relação do sujeito com o entorpecente é exclusivamente individual, visto que, as histórias de vida são diferentes, a única coisa que os igualam é a repetição pelo prazer do desprazer, isto é, usar de substâncias psicoativas para suprir uma necessidade na qual concomitantemente acarretarão outras.

Ao longo das décadas foram se constituindo modelos terapêuticos, exemplificados como: o modelo do aconselhamento confrontativo, que se utilizava de “choque”, para confrontar a realidade do dependente, este que era tratado de forma hierárquica e o seu lugar não pertencia à melhor classe social. Willian Miller questionou este posicionamento, indagando se esse tipo de tratamento seria o mais justo ao ser humano. Durante a década 1960 o modelo foi bem apoiado, mas ao longo dos anos seguintes foi perdendo sua eficácia, porém, não totalmente (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011. p. 45).

Os modelos naturais se desviam dos conceitos morais e responsabiliza o dependente por sua escolha ao uso das drogas. Não se denota muito contexto científico, sendo assim pouco discutida sobre sua eficácia. O modelo biológico fala dos efeitos que a droga causa no organismo humano, suas alterações físicas e psíquicas. Estudos sobre este modelo contribuíram significativamente para uma melhor compreensão da substância e suas causas dependentes.

As teorias psicológicas estão focadas nos indivíduos, bem como nos processos que conduziram ao consumo desregrado de substâncias psicoativas. Nesse sentido, procuram entender, por meio da psicoterapia, a natureza e a qualidade da experiência individual que aumentam a

probabilidade e o risco do desenvolvimento de dependência (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Várias áreas da psicologia se dispuseram a estudar e compreender a melhor forma de atender e entender o dependente. Segundo o livro “Dependência Química: Prevenção. Tratamento e Políticas Públicas”, as teorias psicanalíticas compreendem o uso das drogas como suprimento a uma fase infantil mal elaborada, os conflitos vigentes transplantados na vida adulta são saciados com o uso das substâncias psicoativas.

As teorias sistêmicas falam do comportamento do indivíduo com o meio em que vive, especificamente com a família. Suas características ambientais e sociais também contribuem para o resultado da dependência e do tratamento, tornando necessária a integralização desse convívio ao atendimento. As teorias comportamentais explicam a ocorrência da dependência através do condicionamento ao uso das substâncias psicoativas, o reforço positivo causado pela sensação de prazer provocado pela atuação da droga no cérebro, e o reforço negativo causado pela vontade de sempre utilizar mais entorpecentes, cria-se um ciclo vicioso. O método de tratamento está ligado a dessensibilização ou descondicionamento dessas substâncias.

Os modelos sociais foram os mais avaliados por estudiosos e também os mais aprovados para o tratamento da dependência, estes condiziam em tratar o indivíduo por sua singularidade e também em seu eu totalizado, abordando não só os processos de abstinências, mas também as possíveis prevenções de recaídas. Os modelos sociais trouxeram aos usuários a resignificação do seu contexto social, familiar e espiritual (DIEHL, CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011. p.46).

O modelo de saúde pública correlaciona a interação entre sujeito, ambiente e substância psicoativa para explicar a dependência. Para isso, fatores como controle (disponibilidade, promoção, etc.) e aprendizado social (justiça e inclusão social), bem como os estados biológicos (hereditariedade genética, tolerância, sensibilidade cerebral, etc.), psicológico (resiliências, disposições psíquicas, etc.) e espiritual do indivíduo, são levados em conta para compreender a suscetibilidade ao uso e o processo de evolução do consumo. (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Para explicar melhor o modelo de saúde pública, faz-se necessário citar exemplos das instituições que se adaptaram a reforma psiquiátrica. O CAPS, Centro de Atenção

Psicossocial, segundo Humberto Costa, 2004, é um centro de acolhimento ao usuário de álcool e outras drogas, visando ressignificar sua integridade biopsicossocioespiritual. O CAPS oferece serviços médicos psiquiátricos, atendimentos psicológicos, terapia ocupacional, atividades físicas, palestras educativas sobre prevenção e reintegração familiar. O grande desafio do CAPS atualmente está em consolidar esses serviços oferecidos (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). Os CAPS são divididos em quatro unidades específicas e cada uma dessas se infiltra numa região de acordo com a demanda. As unidades são classificadas em:

- CAPS I – atendimentos em municípios com mais de 20.000 habitantes. Esta unidade funciona em período diurno, tendo capacidade para atender 30 usuários do programa por dia, a equipe deve ser composta por 5 profissionais de nível superior e 4 de níveis médios. Os pacientes que devem ser atendidos nesses centros de referências são aqueles que sofrem transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas psicoativas.
- CAPS II – regime de tratamento intensivo em período diurno, atendimento para 30 ou 45 pessoas, instalados em municípios com mais de 70.000 habitantes.
- CAPS III – regime de funcionamento 24hr nos setores, ambulatorial, acolhimento noturno ou diurno, especializado em atendimentos à saúde mental, incluindo o CAPS ad (Centro de Assistência Psicossocial de álcool e drogas). Instalados em municípios com população maior que 200.000 habitantes.

A equipe deve ser composta por: 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem; 01 (um) profissional de nível médio; para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 1 (um) profissional de nível superior; 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem; 01 (um) profissional de nível médio (BAHIA, SECRETÁRIA DA SAÚDE, s.d.).

O CAPS III se disponibiliza a uma maior equipe, pois os pacientes que passam por um período de crise têm a possibilidade de ficar internado por uma quantidade de tempo específico. Seus atendimentos são significativamente de regimes intensivos,

visto que, os casos demandados sempre são de grande urgência a promoção de saúde.

- CAPSi – assistência infantil, destinado ao público adolescente que fazem uso decorrente do crack, álcool, e outras drogas, além de passarem por transtornos mentais. Os CAPSi só são instalados em cidades com mais de 150.000 habitantes.
- CAPS ad – especializado no atendimento a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, deixando com que as substâncias psicoativas controlem seu comportamento biopsicossocial.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O objetivo do CAPS é reinserir o paciente ao convívio social, estreitando laços familiares, laborais e sociais. Criado para substituir os atendimentos psiquiátricos, o CAPS possibilita ao dependente e aos demais utilizadores do programa, uma proposta de recontextualizar seu modo de viver. Encontrando nas dificuldades da vida, forças para enfrentar os obstáculos. Para que o CAPS alcance o objetivo de atender a população com veemência em suas propostas, é preciso que sua equipe colaborativa esteja completa. A destituição de profissionais do CAPS faz com que o excesso de trabalho se sobrecarregue em poucos funcionários, por exemplo, o psicólogo (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O trabalho atribuído ao psicólogo do CAPS é fazer o acolhimento do paciente e da família, construir o vínculo terapêutico, atender individualmente e em grupo. Promover saúde, bem estar social, familiar e próprio. Além de reinseri-lo na comunidade. Se numa instituição de assistência psicossocial falta um profissional de terapia ocupacional, que são aqueles que buscam através das atividades laborais tratarem os sujeitos afetados por problemas psicomotores, sociais e emocionais, transfere a

responsabilidade desse encargo para o profissional da psicologia, ou da enfermagem, do educador físico entre outros (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com visitas técnicas feitas no período de agosto de 2014, ao término em novembro de 2014, afirma-se a importância de uma equipe multidisciplinar completa para o atendimento. Baseado nas visitas declara-se a significativa melhoria do paciente, no qual todos os dias se deparavam com um cronograma laboral, atividades extras, passeios, palestras e reconstrução de vínculos afetivos com a família e comunidade. Todas as propostas do CAPS eram atendidas, os usuários demonstravam interesse em participar e querer encontrar uma melhora física e emocional. O papel de uma equipe multidisciplinar é mostrar a significância do outro no mundo. Os usuários do programa entendiam sua importância, não para a instituição CAPS ad, mas pra ele mesmo e todo seu contexto comunitário (CAPS ad, Cachoeiro de Itapemirim. 2014).

De acordo com a dificuldade econômica vivida pelo país no ano de 2015, alguns gastos foram brevemente dissociados, para que sanasse imediatamente a ruptura monetária extenuante que se alargara pelos municípios brasileiros. Desta forma, durante um período algumas instituições terapêuticas, sofreram com cortes salariais, diminuição do quadro de funcionários, materiais laborais e alimentícios sintetizados. Encontra-se então, um CAPS ad resumido a poucos funcionários cabendo aos psicólogos a função de palestrar, fazer atendimentos individuais, terapias de grupo e ocupacionais, além de promover atividades físicas e reinserção social e familiar. Tornando-se exaustiva a jornada de trabalho para ambas as partes, terapeuta e paciente.

Visualizando um declínio na promoção da saúde mental ocasionado por fatores socioeconômico, vale ressaltar que os Centros de Atenção Psicossocial são pautados pela lei vigente no código institucional brasileiro, no qual defende a promoção terapêutica e o investimento adequado para funcionamento do CAPS.

Art. 5º – Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério

da Saúde. Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa dessas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com o código estabelecido, as instituições terapêuticas devem manter atenção diária ao paciente usuário do CAPS, com todas as propostas terapêuticas em ação.

Nota-se em relevante comparação, a motivação dos pacientes em fazerem uso do programa CAPS independente de suas dificuldades, porém, vale ressaltar a eficácia do projeto com o quadro de funcionários completo, visualizando uma instituição motivadora e produtora de novos pontos de vistas. Elucidando-se a partir desse contexto a importância eminente das atenções políticas e econômicas voltarem seus olhares para as práticas da promoção da saúde mental, em razão de que esta tenta minimizar os efeitos drásticos causados pela dependência química.

5 REFLEXÃO TEÓRICA

Os conceitos em saúde mental no Brasil emergiram-se em meados da década de 70, adjunto a Reforma Psiquiátrica proferida por Franco Basaglia em 1961, o qual denunciou e modificou os modelos terapêuticos empregados naquela época. Antecedente ao fator histórico de reintegração da saúde mental, Michel Foucault em uma de suas obras literárias já havia descrito sobre a exclusão daqueles que se contrapunham as ideias morais introduzidas pelos indivíduos “politicamente corretos”. Em comum relevância o literário Machado de Assis detalha no conto *O Alienista* a estória de Simão Bacamarte, médico, estudioso advindo da Europa que disposto a integrar seus conhecimentos científicos na cidade de Itaguaí, dizia:

- Suponho o espírito humano uma vasta concha, o meu fim, Sr. Soares, é ver se posso extrair a pérola, que é a razão; por outros termos, demarquemos definitivamente os limites da razão e da loucura. A razão é o perfeito equilíbrio

de todas as faculdades; fora daí insânia, insânia e só insânia (MACHADO DE ASSIS, 1998).

Por assim dizer, o personagem do livro internava no asilo “Casa Verde”, todos os cidadãos que considerava estar fora de suas faculdades mentais como, os promíscuos, curandeiros, ideológicos diferenciais, brigões, etc. Na literatura todos os habitantes da cidade acabam presos, pois o médico só julgava a si mesmo como são. Desviando do extremismo literário e acoplado a estória com a história social proferida por Michel Foucault:

A loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força (FOUCAULT, 1972).

O literário e filósofo denunciam de formas arbitrárias as mazelas destinadas as primeiras implantações terapêuticas, onde o absolutismo científico não permitiu compreender a subjetividade do sujeito.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil passou a ser implantada quando as contribuições de Franco Basaglia no hospital psiquiátrico, passaram a se tornar referência no mundo, aderindo novas modalidades terapêuticas, extinguindo os manicômios. As lutas pelas adoções das Comunidades Terapêuticas no Brasil começaram efetivamente na década de 1980 com Paulo Delgado⁷, defendendo a reforma no estado brasileiro. A humanização no tratamento do cidadão se prolongou durante décadas, se consolidando apenas em 2001 com a lei 10.216 que reformula os modelos da assistência da saúde mental no Brasil e garante a proteção e os direitos daqueles acometidos de transtornos mentais.

Os CAPS foram inseridos no contexto psicossocial brasileiro em 1996, mas sua concretização só se deu por meio da Lei Paulo Delgado em 2001. Antecedente a sua afirmação, os CAPS não eram tão utilizados para o atendimento comunitário e ambulatorial, visto que, a internação psiquiátrica exercia uma pertinente dominância social. As comunidades terapêuticas que tem por objetivo distinguir, analisar, intervir e reinserir o sujeito na sociedade enxergando-o como cidadão, autor de suas

⁷ Sociólogo, pós-graduado em Ciências Políticas. É autor da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira 10.216.

escolhas, detentor dos seus direitos e consciente dos seus deveres. Compreender sua singularidade anexa a sua totalidade humana.

Sabe-se que o programa oferecido pelo SUS, Centro de Atenção Psicossocial, cursa um estágio de maturação relacionado aos domínios políticos, profissionais e publicitários, este último, visto que, não existem muitos anúncios que conscientizem a população sobre os benefícios do CAPS e como utilizar de seus serviços. Entende-se então que devido ao alto número de ocorrências em saúde mental, em considerável extensão, na dependência química, faz-se necessário a extensão do projeto com maior número vagas disponíveis, mais casas terapêuticas a serem implantadas, além de investimentos em equipes multidisciplinares para que promovam no indivíduo saúde mental, estendendo-se a compreensão e autenticidade do seu valor individual e social.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência química é um conceito utilizado para representar um quadro clínico dependente desenvolvido pelo usuário de substâncias psicoativas. Inicialmente de acordo com a literatura, as drogas eram compreendidas como alucinógenos presentes dos deuses e também como curativas. Desenvolveram-se ao longo dos anos, para se adaptar aos requisitos da contemporaneidade.

Este estudo esclarece os conceitos psicoativos, fazendo menções às áreas atuante das drogas, seus efeitos adrenérgicos e toxicômanos. Prosseguindo para intervenções psicoterápicas, revelando a eficácia dos projetos públicos terapêuticos, as dificuldades socioeconômicas e a persistência a promoção da saúde mental.

Finda-se este pensamento conceitual e crítico, considerando a extensa interpretação relacionada aos campos da dependência química, fomentado assim futuras observações da temática em questão, prorrogando o pensamento crítico em busca de uma análise positiva.

7 REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretária da Saúde. Governo do Estado da Bahia. Caps – Centro de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8862catid=24&Itemid=16>. Acesso em: 18/11/2016.

BATISTA, Murilo Campos. **O uso de êxtase (MDMA) na cidade de São Paulo e imediações**: um estudo etnográfico. 2002. 138 p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Impresso no Brasil, 2004. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Manual Final CAPS. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 15 nov. 2016.

CALDEIRA, Zelia Freire. **Drogas, indivíduo e família**: um estudo de relações singulares. 1999. 81 p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

CARLINI, E. A. et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC**, n. 3, p. 9-35, 2001. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20DROGAS%20PSICOTR%C3%93PICAS%20O%20QUE%20S%C3%83O%20E%20COMO%20AGEM.pdf>>. Acesso em 17 nov. 2016.

COLAVITTI, F. As drogas através dos séculos. **Revista Galileu Especial**, ed.187, fev. 2007. Disponível em: <<http://revistagalileu.globo.com/Galileu/0,6993,ECT1120198-1706-2,00.html>>. Acesso em 15 nov. 2016.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, e colaboradores. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FORSYTH, A.J.M. Places and patterns of drug use in the Scottish dance scene. **Addiction**, v.91, n. 04, p. 511-521, 1996.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

LARANJEIRA, R. **Mecanismo geral da dependência**. Entrevista ao site Drauzio Varella. 2016. Disponível em: <https://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/a-epidemia-do-crack/>. Acesso em: 18 nov. 2016.

L'APICCIRELLA, Nadine. O existencialismo de Jean Paul Sartre. **Revista Eletrônica de Ciências**. Maio, 2004.

LEMLE, Marina. Drogas no século XXI: penas pedagógicas para os usuários. **Comunidade Segura**. 09 mai. 2008. Disponível em: <

http://www.comunidadessegura.org.br/fr/node/39222/es_priv>. Acesso em: 27 ago. 2016.

MACHADO DE ASSIS. **O Alienista**. Brasil: L&PM Editores, 1998. 88 p. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bn000012.pdf>>. Acesso em 18 nov. 2016.

SARTRE, Jean-Paul. **O ser e o nada**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. Disponível em: <https://yadi.sk/i/g_7g7MNcmMBoT>. Acesso em: 18 nov. 2016.

VARELA, D. O crack é uma epidemia. **Globo News**. 20 mar. 2013. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Erihj9Kk15EJ:g1.globo.com/globo-news/noticia/2013/03/o-crack-e-uma-epidemia-diz-drauzio-varella.html+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em 10 nov. 2016.