



**CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS- CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

JULIANA DE ARAÚJO PEREIRA

**DE PERTO NINGUÉM É NORMAL: PERCEPÇÕES
DOS PARTICIPANTES DO GRUPO ALCOÓLICOS
ANÔNIMOS EM FEIRA DE SANTANA**

Cachoeira - BA
Outubro de 2013

JULIANA DE ARAÚJO PEREIRA

**DE PERTO NINGUÉM É NORMAL: PERCEPÇÕES
DOS PARTICIPANTES DO GRUPO ALCOÓLICOS
ANÔNIMOS EM FEIRA DE SANTANA**

Monografia apresentada ao Colegiado de Serviço Social na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia para obtenção do diploma de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof^a Dr^a Heleni Duarte Dantas de Ávila

Cachoeira - BA
Outubro de 2013

JULIANA DE ARAUJO PEREIRA

DE PERTO NINGUÉM É NORMAL:

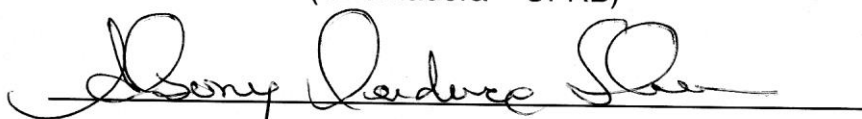
percepções dos participantes do grupo alcoólicos anônimos em Feira de Santana.

Cachoeira – BA, aprovada em 29/10/2013.

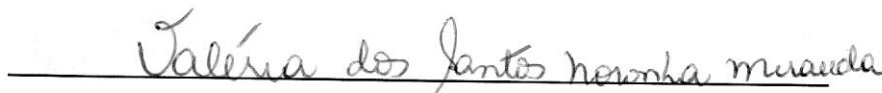
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Orientadora – UFRB)



Prof.^a Ms. Albany Mendonça Silva
(Membro Interno – UFRB)



Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Membro Interno – UFRB)

Parece improvável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os “paraísos artificiais”, isto é... a busca e auto transcendência através das drogas ou... umas férias químicas de si mesmo...

A maioria dos homens e mulheres levam tão dolorosas ou tão monótonas, pobres e limitadas, que a tentação de transcender a si mesmo, ainda que por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais apetites da alma”.

(Aldous Huxley)

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte inesgotável de sabedoria.

Aos meus padrinhos pelo incentivo e esforço para todo o sempre.

Aos meus familiares e amigos.

À assistente social Orneide do CAPS AD de Feira de Santana e aos membros do grupo alcoólicos anônimos pela disponibilidade e por terem proporcionado momentos inesquecíveis.

À assistente social Érika de Britto Rio do CAPS Ana Néri da Cachoeira pelo carinho e por me acompanhar durante todo esse processo de final de curso.

A querida professora e orientadora Heleni de Ávila, que conduziu de forma brilhante as orientações para a construção desta monografia.

As professoras Valéria e Albany, pelo profissionalismo e a todos os professores que fizeram parte da minha graduação.

A todos aqueles que me concederam entrevistas.

Agradeço a todos que colaboraram, contribuindo para a realização desta monografia e para minha formação acadêmica e pessoal.

Dedico esta monografia ao meu pai Teodoro Pereira.

LISTA DE SIGLAS

AA- Alcoólicos Anônimos

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CONFEN- Conselho Federal de Entorpecentes

ESF- Estratégia Saúde da Família

EUA- Estados Unidos da América

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PSF- Programa Saúde da Família

PTM- Portador de Transtorno Mental

RD- Redução de Danos

SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SPA's- Substâncias Psicoativas

SUS- Sistema Único de Saúde

UEFS- Universidade Estadual de Feira de Santana

UNESCO- Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo evidenciar as diversas formas de expressão do alcoolismo em homens num grupo de AA em Feira de Santana/BA. A forma como se expressa o alcoolismo na vida dos homens alcoolistas participantes dos Alcoólicos Anônimos em Feira de Santana foi o que motivou a construção desta monografia. Para condução da investigação acerca do objeto de estudo, foram realizadas entrevistas semi estruturadas com cinco membros que frequentam regularmente as reuniões de AA. Inicialmente, partiu-se da discussão acerca da política de álcool e outras drogas e sua interface com a saúde mental. O debate neste trabalho envolve, também a atenção aos usuários de álcool e para tanto a pesquisa teve como lócus de investigação o grupo do AA e o CAPS AD de Feira de Santana. Foram observadas as expressões do alcoolismo em vários contextos, tais como: na família, nas relações com amigos, no contexto de iniciação do uso do álcool e também os motivos que levaram estes usuários a buscar o AA. Buscou-se identificar a percepção dos membros acerca dos motivos que levam algumas drogas a serem legais e outras ilegais, inclusive porque o álcool é uma droga considerada legal e a qual a opinião deles a respeito da legalização das drogas consideradas ilegais, sem contudo ser este o ponto central deste estudo. Em um segundo momento partiu-se para pesquisar o CAPS AD do município com finalidade de estabelecer discussões acerca da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, ou seja, saber como está organizada a rede e como é feita a atenção a estes usuários. Por fim, conclui-se que torna-se indispensável a formulação de novas políticas públicas em virtude da complexidade e amplitude da temática.

Palavras chave: Alcoolismo, política de álcool e outras drogas, alcoólicos anônimos.

ABSTRACT

This paper aims to highlight the diverse forms of expression of alcoholism in a group of men in Feira de Santana AA / BA . The way they express the life of alcoholism in male alcoholics participating in Alcoholics Anonymous Feira de Santana was what motivated the construction of this monograph . To conduct research about the object of study , semi-structured interviews with five members regularly attending AA meetings were held . Initially , broke the discussion about alcohol and other drugs policy and its interface with mental health . The debate in this work also involves attention to alcohol users and both the research had the locus of the research group of AA and AD CAPS Feira de Santana . Expressions of alcoholism were observed in various contexts , such as in the family , in relationships with friends , in the context of initiation of alcohol use and also the reasons why these users to seek the AA . Sought to identify the perceptions of members about the reasons why some drugs are legal and others illegal , including because alcohol is a drug considered legal and what their opinion about the legalization of drugs considered illegal , without this being central point of this study . In a second stage - left to find the CAPS AD the city with the purpose of establishing discussions about attention users of alcohol and other drugs network, ie , to know how the network is organized and how is attention to these users . Finally , it is concluded that it is essential to the formulation of new policies because of the complexity and breadth of the subject .

Keywords: Alcoholism , alcohol policy and other drugs , Alcoholics Anonymous .

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I. SITUANDO A POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ----	16
1.1 Política de saúde ou de segurança pública?	16
1.2 A saúde mental e a sua interface com a política de álcool e outras drogas	26
1.3 Álcool e outras drogas: diferentes perspectivas	30
CAPÍTULO II. ATENÇÃO A SAÚDE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO ESTADO DA BAHIA	33
2.1 Rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas na Bahia	33
2.2 Alcoolismo: uma complexa questão	36
2.3 Alcoolismo e relações sócio afetivas	40
CAPÍTULO III. O LÓCUS DA PESQUISA	45
3.1 A atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município de Feira de Santana	45
3.2 O A.A e o CAPS AD de Feira de Santana	51
3.3 O olhar dos participantes do A.A em Feira de Santana acerca da questão do álcool e outras drogas	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A- ROTEIRO DA ENTREVISTA COM MEMBROS DO AA	76
APÊNDICE B- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL DO CAPS AD	78

INTRODUÇÃO

O uso das drogas, tão veiculado nos meios de comunicação, carece de estudos avançados no debate e inovadores além do que propaga a mídia. É imprescindível conhecer para desmistificar preconceitos e possíveis equívocos na interpretação da questão e ter uma atenção qualificada para os usuários de álcool e outras drogas.

A construção desta monografia partiu-se das atividades de estágio desenvolvidas pela pesquisadora no Centro de Atenção Psicossocial Ana Néri no município da Cachoeira. Tais atividades levaram-na a questionar as demandas e problemáticas inerentes aos usuários de drogas lícitas, em especial o álcool. Deste modo, considera-se primordial a necessidade do aprofundamento de estudos a respeito da dependência com o álcool e suas diversas interfaces (família e rede de atenção).

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas¹ sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira entre 2006 e 2012 os dados apontam índices preocupantes quanto a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, observando-se a prevalência do sexo feminino num percentual variando entre 29% a 39% das mulheres pesquisadas. Esse padrão de consumo demonstra também a incidência de jovens em idade precoce iniciando com o consumo.

Fazendo uma viagem no tempo, descobre-se que o surgimento do álcool remonta os séculos mais longínquos da humanidade, assim como o uso de vários tipos de drogas, também fazem parte desse processo histórico, ou seja, da vida em sociedade. Cabe destacar que por diversos motivos, ao longo dos tempos, estas substâncias são divididas em lícitas e ilícitas, na maioria das vezes essa divisão é pautada em valores morais na lógica proibicionista.²

Em que pese os atributos negativos associados ao consumo de substâncias psicoativas³ (SPA's) na sociedade brasileira e no mundo dificilmente à questão será

¹ LARANJEIRA, R. (org.). O consumo de álcool no Brasil: tendências entre 2006 e 2012. In: II LENAD- Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.

² Debate sobre o sistema jurídico: entre a garantia dos direitos humanos e a violência no Fórum de Direitos Humanos, durante o evento em comemoração ao dia do Assistente Social (15 de maio) de 2013 ocorrido no Centro de Artes, Humanidades e Letras (CAHL)/ UFRB. O Profº Drº Marco José Duarte, da Faculdade de Serviço Social/UFRJ ressaltou a importância da defesa da vida e dos direitos humanos voltada para usuários de álcool e outras drogas ao invés de ações pautadas na internação compulsória.

³ Substâncias ou produtos capazes de causar dependência física e psíquica e que tem como característica descritiva central o desejo, frequentemente forte e, algumas vezes irresistível por consumi-las. (CID-10

dado tom favorável, com debate entremeado por consensos e dissensos a debelar-se frontalmente. Essa visão mais próxima as questões negativas do uso das drogas, associada a fatores econômicos, culturais e políticos, corroboram com o proibicionismo e a apologia de guerra às drogas.

Os atributos negativos, sejam aqueles definidos no âmbito da sociedade ou em qualquer outro espaço institucional, reforçam as concepções do modelo médico, hegemônica desde o final dos anos 1960 e início de 1970 (MEDEIROS, 2010).

Os modelos institucionais mais recorrentes na sociedade brasileira são: o modelo médico, que trabalha com a lógica da centralidade no estudo de caso e na medicalização absoluta, no nível de internação para desintoxicação, na permanência diurna e ambulatorial; o modelo religioso, que defende o afastamento do usuário de seu cotidiano, geralmente pelo prazo de nove meses e prioriza a religiosidade e o trabalho; e o modelo jurídico, que atua com a lógica do delito e da penalização (SAPORI, 2010, p.188)

As reflexões acima apontam, ao mesmo tempo, dificuldades e desafios substanciais, no tocante a materialidade das políticas públicas direcionadas a usuários de álcool e outras drogas, buscando concretizar direitos, mas, não somente direitos como também oportunizar discussões rompendo com as amarras do preconceito e discriminação historicamente imbricados.

Os dispositivos assistenciais, ao longo das últimas décadas, respondem sobretudo às requisições de ampliação das condições de acesso e permanência da população nos diferentes níveis e modalidades de atenção, a partir da interlocução entre Sociedade Civil e governo mediante as pressões de sujeitos que atuam no âmbito da sociedade civil. Desse modo, se por um lado resulta da histórica pauta de luta dos movimentos sociais em defesa da universalização dos direitos dos usuários, por outro se subordina à lógica e aos diagnósticos bilaterais, fortemente sintonizados às exigências médicas, quanto à “medicalização”⁴ do problema. Inscreve-se, portanto, na dinâmica contraditória entre interesses civis, políticos e sociais cujo resultado mais efetivo tem se traduzido na ingerência e despolitização da própria luta política.

Adotando, pois, como pressuposto, a existência e peculiaridades dos dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas, essa pesquisa teve como

Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento)

⁴ Sobre este assunto, ver também Fiore (2006)

objetivo evidenciar as diversas formas de expressão do alcoolismo sobre homens em um grupo de A.A em Feira de Santana.

A pergunta que guia esta monografia é “Como se expressa o alcoolismo na vida dos homens alcoolistas que frequentam regularmente as reuniões dos Alcoólicos Anônimos?”. Para responder a pergunta de pesquisa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os homens que faziam parte do grupo Alcoólicos Anônimos Nova Visão das Tradições de Feira de Santana. A hipótese que guiou este trabalho é a de que as expressões do alcoolismo proporcionam uma maior invisibilidade dos homens que fazem parte de grupos de autoajuda, dificultando, assim a busca por outros tratamentos, devido aos tabus que ainda não foram rompidos.

A pesquisa se baseou na metodologia qualitativa e na análise de discurso.

Etimologicamente a palavra discurso contém em si a ideia de percurso, de correr por, de movimento. O objeto da Análise do Discurso é o discurso, ou seja, ela se interessa por estudar a “língua funcionando para a produção de sentidos”. Isto permite analisar unidades além da frase, ou seja, o texto. (ORLANDI, apud SILVA, 2005, p.16)

As vozes dos entrevistados trazem fortes significados e muitos aspectos a serem lidos nas entrelinhas, por isso, a importância de ser feita uma análise destas falas, ou seja, compreender os aspectos subjacentes.

A Análise do Discurso considera que a linguagem não é transparente e procura detectar, então, num texto, como ele significa. Ela o vê como detentor de uma materialidade simbólica própria e significativa. Portanto, com o estudo do discurso, pretende-se apreender a prática da linguagem, ou seja, o homem falando, além de procurar compreender a língua enquanto trabalho simbólico que faz e dá sentido, constitui o homem e sua história. (SILVA, 2005, p. 16)

Para compor as entrevistas e contribuir nas análises, também buscou-se a escuta dos profissionais do CAPS AD de Feira de Santana, através do discurso dos profissionais, porém compondo a outra face da moeda.

Esta monografia está dividida em quatro partes. O primeiro capítulo refere-se ao cenário da política de álcool e outras drogas. Neste capítulo, discorre-se, de antemão, a respeito do surgimento das substâncias consideradas “drogas” e, por essa razão, classificadas quanto lícitas e ilícitas, percebendo-se que tal divisão serve apenas como parâmetro ou marco regulatório, imbuídas e pautadas em valores morais, políticos e

econômicos.

Destarte, a relação que se estabelece entre a política de álcool e outras drogas como sendo uma política de saúde ou de segurança pública é subentendida a partir da diferenciação que polariza as discussões travadas em seu interior à medida que há o confronto direto entre posicionamentos divergentes. Outrossim, significaria problematizar o debate, salientando como as ações foram, e estão sendo empreendidas e o porquê de interesses e atores tão diversificados no que tange a questão.

O item 1.2 a saúde mental e a sua interface com a política de álcool e outras drogas discursa, de forma pincelada o processo emblemático de Luta Antimanicomial, movimento este dedicado a extinção progressiva de hospitais psiquiátricos e a substituição destes por um novo modelo de dispositivo de atenção aos portadores de transtornos mentais (PTM) que não fosse o asilar. A Luta teve notoriedade com o slogan “Por uma sociedade sem manicômios”.

Vasconcelos (2010) aponta que vimos no Brasil "nos anos 90 um processo efetivo de criação de serviços psiquiátricos substitutivos, principalmente de centros e núcleos de atenção psicossocial"

Esta frase, bastante sugestiva, corrobora para o fortalecimento da expansão dos dispositivos abertos e também o entendimento ampliado do quadro conjuntural apresentado nas diversas modalidades de atenção. Neste sentido, Basaglia (1991 apud BISNETO, 2011, p.31) “[...] as instituições psiquiátricas precisam ser analisadas coletivamente [...], urgem ser postas em autocrítica e auto-avaliação”

Ainda neste item, a Lei Paulo Delgado (10216/2001) nos é apresentada porque constitui norma político-legal inscrita nos direitos e atenção aos portadores de transtorno mental. Ressalte-se a importância deste aparato normatizador de atendimentos a estes indivíduos. Entretanto, nota-se que a sua efetivação deu-se tardiamente, século XXI. De início rechaçada obteve posterior aprovação. Segundo Bisneto (2000, p.35) “[...] dispõe sobre a substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos, é um marco histórico da luta antimanicomial, do movimento de desinstitucionalização da Psiquiatria Tradicional”.

Em 1.3, Álcool e outras drogas: diferentes perspectivas a análise feita baseia-se num ponto fulcral. Direcionar encaminhamentos que não estejam tão somente atrelados a ações de caráter proibicionista sob o álcool e as outras drogas mas objetivando a

iniciação de caminhos tangíveis, o aprimoramento continuado destes caminhos e por fim, a sua execução nas práticas cotidianas. Resumidamente, pode-se inferir que nos primeiros modelos de atenção buscava-se tratar do problema através de mecanismos de higienização, ou seja, acreditava-se que fazendo-se a assepsia do indivíduo, o problema “moral” deixaria de existir. Apontamos que este método era destinado às pessoas acometidas por transtornos e se aplica também com relação àquelas que consumiam álcool. Corroborando Vasconcelos (2010, p. 130) [...] “ela deve realizar a profilaxia preservadora, tentando modificar as condições intelectuais, físicas e morais daqueles que, por razões diversas, foram separados dos outros homens”.

Já no capítulo 2, Rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Estado da Bahia, o panorama da atenção aos usuários neste estado enfatizando o município de Feira de Santana como objeto de estudo. Este capítulo será construído tendo por pressuposto o pensamento da assistente social Patrícia Flach⁵ e de outros autores que pesquisam temáticas relacionadas. Verificou-se, a partir das leituras que no estado em destaque Flach enfatiza que a implementação da política é norteadada apoiando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) haja vista que no texto constitucional do SUS a integralidade, a equidade e a universalidade são eixos do sistema único de saúde.

Nos itens 2.1 e 2.2 Alcoolismo: uma complexa questão e Alcoolismo e relações sócio afetivas, respectivamente, discorrerá acerca da temática de estudo tecendo considerações sobre o porquê da complexidade e tendência de localizá-la muito aquém da relevância, bem como serão feitas provocações no que diz respeito às relações conectivas entre usuários, familiares, amigos e os desafios subjacentes. Em seguida, realizou-se visita institucional referente ao CAPS AD Dr. Gutemberg S. de Almeida na qual a pesquisadora entrevistou a assistente social da mesma instituição cujo objetivo consistiu em dialogar a respeito da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas buscando coletar informações através das ações realizadas dentro destes espaços condizentes a efetivação da política.

Por fim, o terceiro e último capítulo retrata o lócus da pesquisa. A pesquisadora inicia o capítulo contextualizando historicamente o surgimento dos grupos de auto

⁵ Patrícia Maia von Flach- Psicóloga, Assistente Social, Mestre em Saúde Coletiva pela UFBA, coordenadora do Ponto de Encontro do Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas-CETAD/UFBA- SESAB.

ajuda, tendo como foco a abordagem de A.A em Feira de Santana e também da criação do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD) Dr. Gutemberg S. de Almeida na cidade pesquisada. O roteiro de entrevistas semi-estruturadas elaborado continha sete perguntas a serem feitas aos membros do grupo Alcoólicos Anônimos Nova Visão das Tradições cujo objetivo a princípio seria obter informações acerca da existência e funcionamento de grupos semelhantes ao A.A tendo por suposto a curiosidade da pesquisadora em conhecê-los.

No terceiro capítulo são apresentados os principais achados de pesquisa que fundamentam a conclusão desta monografia. Neste capítulo são apresentadas as diversas formas de expressão do alcoolismo na perspectiva dos discursos dos entrevistados usando o aporte teórico. São destacadas algumas categorias que mais apareceram nas entrevistas, como os impactos do álcool na vida profissional e familiar, o contexto de iniciação num A.A, as relações com vizinhos, amigos, no trabalho.

O último capítulo consiste na apresentação das conclusões gerais da monografia. Não é confirmada a hipótese de pesquisa porque a imersão num grupo de ajuda mútua configura-se enquanto possibilidade tangível, não importando aos membros a invisibilidade enquanto grupo requerida ou não perante a sociedade, pois o comprometimento com a irmandade reside no fato de poder ajudar aqueles que estejam passando por situações em virtude do alcoolismo semelhantes àquelas que vivera anteriormente. São elencadas algumas mudanças para os dispositivos de atenção. Apontou-se caminhos que subsidiem estudos futuramente sobre este emaranhado de modelos de atenção a usuários de álcool, principalmente.

CAPÍTULO I. SITUANDO A POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

1.1- Política de saúde ou de segurança pública?

O álcool e outras drogas no decorrer da história sofreram transformações que justificam o mapeamento da realidade vivenciada por estes na contemporaneidade.

Numa retrospectiva breve da história a partir do século XIV⁶ tomando como base Saporì (2010), veremos que até o referido século, álcool e drogas, inclusive em termos de cuidado, não tinha expressão. A partir de então, em decorrência das oscilações do Estado e das crises de mercado, a concepção repressiva ganha força, tendo como preocupações a manutenção da ordem social.

O álcool era utilizado pelos povos, desempenhando as funções medicinais, como anestésico e orgiáticas. O uso se intensifica décadas mais tarde, bem como novos hábitos de consumo, de padrões culturais estrangeiros. Impondo sua cultura dominante na Colônia brasileira, subjugando os povos nativos, seus costumes, suas crenças, os estrangeiros foram destruindo formas peculiares desses grupos. (SIQUEIRA apud ANDRADE, 2006, p.40).

Entre as drogas mais comuns utilizadas na sociedade humana são as bebidas alcoólicas. Há registro de que elas são conhecidas desde aproximadamente 6000 a. C., utilizadas principalmente em sua forma destilada. Já os problemas sociais advindos do consumo excessivo do álcool e dos significados atribuídos a este, depende de cada momento histórico. Assim, como o homem vem modificando sua história e sua maneira de estar no mundo, sua relação com a droga também se modifica (SIQUEIRA apud ANDRADE, 2006, p.40).

Ao examinar a história das civilizações pré-colombianas até os tempos áureos da modernização do país, no Brasil em especial, estaremos habilitados a considerar as

⁶ De acordo com Romano (2002) no século supracitado há o surgimento de pequenas aglomerações urbanas, os vilarejos. Concomitantemente ao processo migratório em virtude da industrialização, as pessoas começam a viver em comunidade, adquirindo hábitos populares compartilhados. Neste sentido, o uso da bebida alcoólica se insere como atividade social e corriqueira, porém tal hábito naquela época configurou-se também como sendo uma atitude amoral, isto é, relacionada aos defeitos de caráter dos seres humanos.

influências iniciais que as bebidas em geral exerciam nesta época; a expressão “vou beber porque não tenho nada para fazer” é fantástica para entendermos este contexto. Nesta época inclusive, o hábito de beber era manifestação mais espontânea do culto a divindade do deus do vinho, Baco; as festas eram regadas a bebida numa espécie de “pão e circo”.

Tudo aquilo que estivesse fora dos padrões, hábitos, costumes, era tachado de impróprio porque feria os princípios da moral e dos bons costumes. A bebida exercia seu poder fulcral de submissão. Durante todo processo histórico os homens envolvidos em questões relacionadas aos hábitos culturais de beber, mesmo que de certa forma excluídos ou sem a sua devida importância (NIEL; JULIÃO, 2006).

No século XVIII⁷, começam a se operar mudanças no contexto social, que vão se processar até o século XIX. Neste período é importante destacar que a situação do homem é também alvo de mudanças, caracterizadas pela perda gradativa da autonomia, o que culmina, no século XVIII, com a formalização da jurisprudência e a soberania do Estado.

Desta forma, a legislação reforça poder jurídico e da repressão em geral, estabelecendo a (des)igualdade entre uso para consumo próprio e comércio de drogas (FEFFERMANN, 2006).

As transformações ocorridas no século XVIII e XIX com o advento da urbanização, as influências europeia e norte-americana, a imigração e o avanço tecnológico provocam, segundo Antônio Cândido, autor clássico da literatura a passagem da sociedade agrário-exportadora para urbano-industrial, com predomínio das inovações tecnológicas de capitalismo avançado. O consumo de substâncias entorpecentes dá prosseguimento a estas mudanças e rompe os paradigmas ético- morais de uma sociedade classista e burguesa. Novas substâncias vão surgindo e começam a ser inscritas no cotidiano das pessoas. As atitudes em relação ao álcool se alteram e este se desloca dos limites internos ao ambiente privado para as ruas. Neste “novo mundo”, há espaço para a liberdade, aonde os indivíduos sintam-se livres para fazer o que quiserem das suas vidas.

⁷Para Japiassu e Marcondes (1996) este marco histórico envolve a transição da idade medieval à moderna, numa lógica do progresso e da modernidade, rompendo-se com os paradigmas morais. Nesta época também o grande marco configura-se no incremento da demanda de álcool disponibilizado na sua utilização mais acessível à população, em contrapartida os chamados movimentos de temperança, segundo Romano (2000) surgem com vistas a contrapor tal lógica de consumo exacerbado incutindo nas pessoas a maleabilidade e contenção do consumo.

A partir da segunda metade do século XIX, o processo de urbanização e o estímulo ao desenvolvimento do país provocam outras mudanças e concepções, estimuladas através das revoluções científicas e tecnológicas. Neste período, a Psiquiatria, ramo da medicina vivencia o ápice, além do florescimento da farmacologia e da bioquímica representando possibilidades para o incremento e qualidade da expectativa de vida, com impactos nas ações de saúde desenvolvidas. Começa a se desenvolver a “caça às bruxas”, na qual as substâncias químicas assumem o papel de agentes inibidores do desenvolvimento econômico do país, com base em comportamentos higienistas, presente na sociedade durante muito tempo, tendo como perspectiva a superação dos entraves econômicos e novas formulações para os papéis desempenhados pelo álcool e o indivíduo que o consome, na sociedade. Simões (2008), afirma que:

[...] as pessoas sempre utilizaram “drogas”, pelos motivos mais diversos, nas circunstâncias mais variadas, e não há razões para supor que deixarão de fazê-lo. É crucial, portanto, compreender a interpretação que os sujeitos dão à experiência com as “drogas”, de seu estado de motivação que os impele a um consumo repetido de determinada substância, dos sentidos e razões pelas quais a consideram importante ou indispensável para satisfação de determinadas metas e necessidade. (SIMÕES 2008, apud MACRAE, 2010, P.16)

A partir da década de 1970 vêm à tona novas questões para se pensar a dependência química como agência de reprodução ideológica, a vida cotidiana é o ponto de partida para o âmbito ideológico, e a abstinência, como fator determinante para uma sociedade caótica, que vislumbra o pleno desenvolvimento de suas capacidades tecnológicas, políticas e econômicas.

A dependência química na atualidade corresponde a um fenômeno amplamente divulgado e discutido, uma vez que o uso abusivo de substâncias psicoativas tornou-se um grave problema social e de saúde pública em nossa realidade. Entretanto, falar sobre o uso de drogas, particularmente sobre a dependência química, traz à tona questões relacionadas diretamente ao campo da saúde, o que implica na necessidade de realizar uma reflexão sobre esse fenômeno no âmbito das concepções sobre saúde e doença, vigentes ao longo da história do homem, bem como no momento atual. Isso porque temas como saúde, doença e drogas sempre estiveram presentes ao longo da história da humanidade, embora cada período apresente uma maneira particular de encarar e lidar com esses fenômenos, de acordo com os conhecimentos e interesses de cada época.

(PRATTA E SANTOS, 2009, p. 203).

Não dá para pensar o alcoolismo e o uso de drogas a partir única e exclusivamente da biologia e anatomia humanas, o que leva a introduzir na análise a dimensão eugênica. Para se construir tal discurso deve-se recorrer à história, delimitando o caminho percorrido por aqueles até os dias atuais numa sociedade contemporânea autodeclarada à frente de seu tempo.

Santos nos afirma:

Partindo desta análise histórico-política da Saúde Pública no Brasil, percebe-se a convivência de continuidades, avanços e retrocessos em determinados momentos históricos, conforme o poder de luta emanado pelas classes sociais existentes. No momento, apesar de alguns avanços, principalmente no campo do discurso jurídico, a realidade se apresenta favorável à expansão neoliberal, sobretudo com a frustração do projeto constitucional para a Seguridade Social, em detrimento do afogamento das pretensões democráticas constitucionais. Ao contrário, o SUS precisa ser alavancado para o rumo assegurado na Constituição de 1988, requerendo assim a retomada dos embates e ideais alçados pelo Movimento Sanitarista através da resistência das classes sociais progressistas, tendo em vista a consecução de uma Política de Saúde Pública comprometida com a cidadania democrática. (SANTOS, 2009, p. 40)

A mente humana não é algo estanque, mas sim fruto da estrutura construída através da formação da personalidade, ou seja, persona dotada de desejos, sensações, medo, angústias que ocorre no seio familiar, expandindo-se para a vida adulta (VENÂNCIO; CARNEIRO, 2005).

O fato de o alcoolismo fazer parte dos hábitos culturais das pessoas e estar fortemente influenciado por valores religiosos, morais e éticos tem feito com que muitas vezes se tenha a ilusão de que as discussões sobre álcool e drogas estão assentadas sobre bases comuns. Ao estudar o discurso da Psiquiatria médica, Saporì (2010) assinalou a tendência de conceituar o alcoolismo a partir da amoralidade e de enfatizarem as relações vivenciadas pelos indivíduos “desviantes” como cambiantes. Ainda hoje no contexto das discussões dos profissionais que trabalham com a temática está presente esta visão distorcida e errônea do álcool, apesar de se apresentar de modo velado, quase imperceptível. O alcoolismo pode ser entendido como algo cultural e simbólico, socialmente construído que se constitui, a priori, como prazeroso e facilitador de emoções as mais intensas. O ocultamento da fidedignidade concreta determina socialmente o álcool como um espaço fugidio, válvula de escape (GOMES; CAPPONI,

2011).

Por meio de estudos comparativos das substâncias químicas, chega-se a conclusão de que apenas podem estar contidos efeitos perniciosos e destrutíveis a humanidade. Esta conclusão precipitada permitiu afirmar enfaticamente a supremacia da autoridade médica, que pretensamente pretendia expurgar todo o mal causado por aquelas substâncias tóxicas, que impediam o progresso e a bonança.

A pesquisa histórica de Saporì (2010) sobre o advento do crack na modernidade mostra claramente as diferenças subjacentes das drogas legais e ilegais ao longo da história, de modo que, foi no ápice da contemporaneidade que se estabelecem os limites entre o aceito socialmente e o proibido. Nesta época se desenvolveu a idéia de legitimar-se Estado e saber médico.

Álcool e drogas no contexto das fronteiras entre o público e o privado com base na sociedade industrial até os nossos dias, aponta para a historicidade da construção desses espaços. As evidências são pertinentes, no sentido de não haver tantas mudanças com relação a percepção sobre os mesmos, apesar de que avanços também existiram, que foram fundamentais na constituição do problema, cujos caminhos se alteraram significativamente. Dentro dessa lógica, partimos do pressuposto de que as ideias e informações que existem a respeito nem sempre são minuciosamente detalhadas, o que dificulta a análise dos fatos que se transmitem como filtro. Ressaltamos que esta atitude tende a se perpetuar nas gerações vindouras, se não tivermos desde já, o cuidado que se faz essencial quando pretendemos abordar um assunto em suma, desconcertante e ao mesmo tempo tão necessário o debate. A ONU, com base nas propostas proibicionistas dos Estados Unidos "[...] **instituíram** o sistema internacional de combate das drogas, reafirmando o proibicionismo como a política a ser seguida por todas as nações"(RIBEIRO; ARAÚJO, 2006, p.462, grifo nosso).

No mundo vivido nos séculos XVIII e XIX, e nos dias de hoje, o indivíduo busca a felicidade, algo que lhe dê prazer. Mas este algo não mais se encontra somente no âmbito do lar, é muito mais expansivo. Assim a bebida alcoólica torna-se o sujeito, invertem-se os papéis, e a rua torna-se o local onde se pode extravasar as emoções dantes reprimidas, e em interação com outros. Diante de vários conflitos existenciais vivenciados pelos sujeitos, a bebida ainda pode ser um lugar propício para demonstrar suas mais profundas angústias frente a tantos percalços da vida - desemprego, desentendimentos com amigos, conflitos familiares e outros. (HELLER, 1987).

Vitale (1987, p.35) descreve: “na família são reproduzidos os padrões, os valores e os sistemas de relações sociais que são particularizados, vividos, interiorizados ao nível da família e de cada membro, na forma de continuidade e descontinuidade”. É no interior da família também que os conflitos acontecem, no convívio diário das pessoas, os problemas aparecem e a contradição de idéias, pensamentos e opinião entram em choque, definindo modos de ser e de agir consigo e para com os outros. Esse modo de ser tende a se reproduzir socialmente e perpetuar-se entre as gerações subsequentes.

Nas últimas décadas do século XX, novas mudanças ocorrem e são incorporadas pela Carta Magna ou Constituição Cidadã. A prevalência do consumo de álcool na população jovem, por exemplo, e a condição de subalternidade do homem ou da mulher como seres frágeis perante a doença do alcoolismo se processam entre conflitos e tensões e que certas características dos diferentes tipos de “vício” convivem numa redoma, acentuando, assim seu grau de complexidade (NOTO et al, 2003).

As drogas de maneira geral têm um papel inquestionável na vida de algumas pessoas e são destacadas como propulsoras de sensações por meio das pulsões latentes, tidas como a responsável pelo processo de socialização e pela livre expressão de suas vontades.

A atenção com a saúde de homens e mulheres que sofriam com abuso de álcool sempre foram competência exclusiva do Estado e da medicina psiquiátrica, cabia a estas instâncias decidirem sobre a vida destas pessoas, ditando os modos como deveriam se comportar e agir. Hoje na sociedade ainda estão vinculadas idéias repressivas com a atenção a estes usuários embora pautada num discurso humanista.

A história da sociedade em que vivemos está repleta de modelos de atenção, que correspondem a diferentes perspectivas de abordagem para álcool e drogas. Dentro dessas perspectivas, aprendemos a pensar e a nos perceber. Nesta dinâmica no processo histórico as drogas destacaram-se pela constante circunstância no âmbito familiar e social a exemplo do crack que ocupa um destaque na mídia. A divisão binária das perspectivas é uma realidade que vem sendo questionada há alguns anos. O coro de “guerra” às drogas, que a literatura especializada chama de plano de enfrentamento ao crack, é uma realidade que vem constantemente sendo questionada em nosso dia-a-dia, o que, por implicação, tem demandado a revisão desses modelos de atenção (SODELLI, 2010).

É necessário que toda análise acerca do alcoolismo e uso de outras drogas, leve em consideração o contexto em que vivem os usuários, não existe “a culpa é de fulano”. A construção dessas abordagens é resgatada a todo instante na sociedade.

Em decorrência do processo de modernização da sociedade na segunda metade do século XX o fenômeno das drogas sofreu mudanças significativas compreendidas como decorrentes de diversos aspectos, dentre os quais se destacam o avanço tecnológico, que proporcionou tantas invenções, a descoberta de cura para algumas doenças e de novas e costumes, especialmente relacionados a tabus como a dependência química. Conforme Pratta e Santos (2009, p. 206) “nesse contexto, a concepção reducionista de doença resume a mesma ao aspecto biológico, deixando de considerar outros elementos relevantes”.

Estas transformações revelaram um novo padrão biológico na sociedade brasileira e acarretaram uma fragilização dos vínculos de pertença e uma maior vulnerabilidade no contexto social onde não é possível falar de vício, mas sim de vícios. O uso do plural se faz no sentido de abarcar, dentro da concepção vício a diversidade de informações deturpadas existentes hoje na sociedade brasileira.

Pode-se dizer que o estudo das drogas e álcool depende da maneira de compreensão de cada um dentro de seu espaço social e as formas de lidar com as transformações ocorridas no âmbito das relações sociais.

As mudanças produziram efeitos sobre a abordagem retrógrada e antiquada, e modernizaram-se as concepções sobre o lugar das substâncias nos alicerces da sociedade. Ao contrário do antigo modelo repressivo historicamente datado os modelos de atenção a usuários de álcool e drogas deveriam ser pensados primando o contexto macroestrutural e específico de cada condição particular (ALVES, 2009).

As relações com as drogas seguem um padrão tradicional de arbitrariedade e é uma questão de ordem moral a contextualização impregnada de conteúdo subjetivo. É nesse contexto que se estabelece a tarefa descriminalizante da sociedade. Para Perduca (2005) o proibicionismo é um conjunto de leis e políticas que não deslancharam; na verdade, um conjunto de leis e políticas que falharam”.

Na sociedade contemporânea não existe um padrão rígido de organização social, devido às transformações na própria estrutura societária, trazendo mais flexibilidade à mesma, o que aproxima ou distancia pessoas, nas relações sociais,

culturais e políticas. Mas os diversos problemas vivenciados hoje em dia são decorrentes das mudanças mais amplas que estão ocorrendo; a dependência química é considerada uma dessas consequências desastrosas, a explicação errônea, diga-se de passagem, de tantas crises enfrentadas no país.

A cultura das civilizações brasileira e estrangeira é, e sempre será permeada de hábitos e costumes locais, e as drogas também fazem parte deste contexto. Entretanto, os meios de comunicação de massa têm se preocupado muito em disseminar uma imagem demonizada da substância, e o seu usuário, além de massificar o uso descontrolado daquela. Nos séculos XIX e XX, o advento da economia capitalista provocou grandes transformações sociais que repercutiram nos padrões de comportamento e conseqüentemente levaram a modificações na estrutura familiar. Embora tenham sido grandemente reparadoras, outras provocaram o progressivo isolamento familiar, fatos que aliados a uma ideologia de consumo e condutora de uma busca de prazer instantâneo e imediato contribuíram para o surgimento de conflitos e desastres dentre os quais apontamos o uso abusivo de drogas (BUCHER, 1988).

No Brasil as transformações desencadeadas na década de 1990 com a proposta de uma economia global através do processo da mundialização do capital com a privatização das estatais brasileiras por empresas do exterior além do impeachment do ex-presidente Fernando Collor de Melo, grande marco histórico da democracia brasileira, ocasionou impactos. A tríade flexibilização, precarização e fragmentação do trabalho, a pobreza e miséria avassaladoras, o desmonte dos direitos sociais preconizados na Constituição Cidadã no limiar da década de 1980 e a exclusão dos excluídos sinalizam elementos de como estava o país àquela época. Martins (1991, p.11-15) mostra “que a pobreza, muito mais que falta de comida, de habitação é “carência de direitos, de possibilidade, de esperança”.

Historicamente compreendidas as relações entre o homem e as drogas, conforme mencionado anteriormente, no entanto um fato se destaca nos dias de hoje em todo o mundo é que a sua demonização não acompanha a mesma proporção do entendimento do fenômeno drogas.

Santos e Gomes sinalizam para um trecho que diz:

A pobreza não tem como consequência direta a violência. A construção da desumanização da pessoa coloca como diferente o outro (diferente dos parâmetros da sociedade), que deve ser execrado, cria-

se um estado de separação social. Estigmatiza-se a pessoa, ela deixa de ter direito à proteção do estado. SANTOS e GOMES 2008, p.101)

Com isso, jovens e adultos têm feito uso abusivo de álcool e drogas em nossa sociedade, mas questões como a violência, por exemplo, não pode ser vista como fator que predisponha o indivíduo a cometer atitudes ilícitas por causa do uso que faça; isto não pode ser analisado fora de um quadro de referência da sociedade mais ampla (GOMES, 2008). Nesta perspectiva, segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), um em quatro habitantes do mundo recorre a drogas. Outro dado que se destaca diz respeito à indústria farmacêutica que é, atualmente, uma das mais rendosas do mundo. Esses dados nos remetem a existência de regras tóxicas de sobrevivência. É um problema que envolve aspectos psicológicos, sanitários, educativos, políticos e sociais, exigindo, portanto integração entre ações preventivas, repressivas e de tratamento. (BUCHER, 1988; FIORE, 2005).

Há várias discussões a respeito do paradoxo entre o estabelecimento da política de álcool e outras drogas no campo da saúde e da segurança pública. Será que ambas não estariam no mesmo patamar ou, apesar de semelhantes se constituem como interesses distintos? Quais responsabilidades deveriam ser atribuídas a estes dois campos?

Apesar de inúmeras intervenções às drogas ilícitas, no início do século XX⁸ pouco havia sido feito com relação às drogas lícitas como o álcool por exemplo. As mínimas ações baseavam-se na repressão do uso. Durante muito tempo o governo permaneceu tolerante, e a questão, deixada em “banho-maria” (MUSUMESCI, 1994).

Segundo Musumesci (1994) algumas organizações de caráter privado surgem para promover campanhas de educação anti- alcoólica, frente à inércia dos governantes diante do alcoolismo (Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária e Liga Brasileira de Higiene Mental). Buscava-se a regeneração da sociedade através da redução do consumo de bebidas alcoólicas.

⁸ Numa breve contextualização histórica, segunda metade do século XX, nota-se o incremento do consumo de álcool e outras drogas, o alcoolismo começa a ser visto e tratado como doença. Em contrapartida, tal modelo biológico permite-se a tratar somente as pessoas que faziam uso pesado da substância e, neste sentido, a segregação se define enquanto meta no que tange a diferenciação entre uso moderado e abusivo frente às camadas mais populares e abastadas. Segundo Romano (2002) as respostas do Estado em relação ao tratamento e prevenção revelam-se insuficientes, em virtude da intensificação rápida do uso bem como dos distintos segmentos populacionais iniciando com o uso de drogas lícitas e ilícitas.

Situações decorrentes na década de 1980 tais como a ocupação de leitos psiquiátricos para pacientes alcoólicos, concessão de benefícios previdenciários, e influências próprias da Psiquiatria, que apregoava a moral e os bons costumes serviram de pretexto e, de certo modo dificultaram a formulação de propostas de saúde mais eficazes, e em contrapartida atitudes menos pragmáticas e focalizadas na abstinência do usuário (SÀAD, 2002).

O Brasil adotava posturas arcaicas, baseadas num modelo repressivo vindo do exterior, que feria os direitos humanos, reafirmando a necessidade de adoção de medidas repressivas à oferta e consumo de drogas. A Lei nº 6368/76, apesar de ser uma das primeiras a ser criada traz resquícios de uma política abstinente, entretanto definiu capítulo dedicado às ações para o setor público de saúde:

Art 9º As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei.

1º Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptados, na rede já existente, unidades para aquela finalidade

2º O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e em seu 1º parágrafo sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde (BRASIL, 1992).

O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) tinha como principais funções:

Art 4º [...] propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica [...] (BRASIL, 1992, p.19).

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) surge em 1998 com a extinção do CONFEN na administração presidencial de Fernando Henrique Cardoso, como resultado de procedimentos jurídicos e penais, voltados a combater os “perigos” subjacente às drogas.

Por esta dúvida em debate é largar um pouco do pieguismo e soberba atrelados a nós, seres humanos para o enfrentamento direto com a questão.

O antigo discurso alarmista provocava repúdio e ojeriza com determinados

tipos de substâncias, sempre consideradas satânicas ou de péssimo gosto. Tal discurso propugnava a manutenção da ordem e dos princípios morais de uma sociedade burguesa estritamente patriarcal e aristocrática.

Aos poucos, diante de uma sociedade vivendo sob ameaça e medo constante, foram investidas ações para incentivar a segurança. Contratação e capacitação de policiais e compra de armamentos bélicos de última geração são exemplos. A princípio, uma solução fácil, porém carregada de complexificações.

1.2. A saúde mental e a sua interface com a política de álcool e outras drogas

O processo de reestruturação da atenção em saúde mental ⁹se consolida com a proposta do deputado Paulo Delgado (PT/ MG) preconizando a instalação de dispositivos assistenciais abertos e comunitários, à população em sofrimento de transtornos mentais devido a falência do modelo tradicional de assistência psiquiátrica do Brasil, característico de estabelecimentos asilares. Corrobora com os preceitos da Reforma Psiquiátrica dos anos 1970, que prioriza a defesa dos direitos humanos e sociais de pessoas com transtorno mental (MACHADO, 2006).

A Lei Paulo Delgado se consolida enquanto marco do processo de luta para se repensar estratégias concernentes a resolução de inquietações e lacunas vislumbradas num problema ainda presente nesse processo de reestruturação da atenção a saúde mental, associado a ausência de fortalecimento do processo, coadunada a violação dos direitos humanos de pessoas em sofrimento psíquico. Neste sentido, a criação da referida lei resulta dos movimentos emblemáticos percorridos na reforma sanitária e reforma psiquiátrica. A luta antimanicomial constituiu-se na efervescência porque teve como primado a viabilização de uma nova lógica de atendimento destituída do aprisionamento asilar e da violência institucionalizada.

O marco desse processo é a década de 80, “identificada por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao

⁹Em 1989, o deputado Paulo Delgado elaborou o Projeto de Lei (PL) nº 3.657 que tramitou no Congresso por 12 anos e deu origem a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. A referida Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial.

campo assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre há um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural” (AMARANTE, 1995, p. 75-76 *apud* GRUNPETER *et al*, 2007, p. 514).

Frente a isso, apesar dos avanços conquistados na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) com princípios e diretrizes norteadores de ações, as políticas públicas de saúde merecem um pouco de nossa atenção.

Neste sentido, há uma batalha muito grande dos profissionais da saúde mental, das organizações de luta dos direitos humanos e de usuários de transtornos mentais na garantia dos direitos que, historicamente lhes foi negado ou, sequer jamais existiram.

A Psiquiatria exerceu dominação, apropriando-se de um discurso que possibilitava a expansão e hegemonia de hospitais psiquiátricos vulgarmente chamados manicômios, em sua maioria gerenciados pela categoria médico- psiquiátrica mantidos com recursos públicos e privados. A proposta de Paulo Delgado, lei nº 10.216 (MS, 2002) que visa a extinção progressiva daqueles hospícios contrapõe esta lógica excludente e discriminatória na atenção à saúde mental.

Entretanto, em primeira instância houve preocupação somente com os elevados custos sociais e econômicos e índices de criminalidade e violência que estariam associados ao consumo de álcool sem maiores explicações do porquê disto.

Reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é grave problema de saúde pública, e reconhecendo a necessidade de superação do atraso histórico do SUS, buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresenta as suas diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas (BRASIL,2003)

A respeito desta Política, Flach diz:

Este documento pode ser considerado um marco político que rompe com as propostas reducionistas e focadas na abstinência ao conceber o consumo de drogas na sociedade como um fenômeno complexo que não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas, e exige a construção de respostas intersetoriais e a participação da sociedade. , (FLACH 2010, p.17)

Correia e Silva observam que

A abordagem predominante sobre a questão das drogas caracteriza-se por uma visão simplista, contraditória, com ênfase no produto, denotando uma concepção moralista e repressora... Assim muitas ações de prevenção são desenvolvidas neste referencial restrito, promovendo muito mais a discriminação e a marginalização do usuário do que a efetiva prevenção do uso indevido de drogas. Esta concepção influencia uma política fortemente centrada na redução da oferta em oposição à estratégia de redução da demanda. A atuação do Ministério da Saúde... está voltada para as ações de prevenção, assistência e tratamento na área de drogas, visando a reduzir a demanda crescente e promover a mudança de percepção da população em relação à questão (CORREIA E SILVA 1995, p. 20)

Sendo assim, o SUS, mesmo constitucionalmente inscrito na configuração de um sistema único e público de saúde, como assim diz na sua legislação, e com princípios de universalidade, equidade e integralidade nas ações de saúde, ainda busca se consolidar num sistema vigente muito distante de uma política equânime e democrática. No texto constitucional, a saúde recebeu a seguinte definição:

A saúde é direito de todos e dever do Poder Público, assegurado mediante políticas econômicas, sociais, ambientais e outras que visem à prevenção e à eliminação do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, sem qualquer discriminação (BRASIL, 1988).

O processo de reestruturação da atenção em saúde mental não se consolidou de uma só vez no país. Apesar de um projeto constitucional inovador, numa época vivenciada pela redemocratização como a nossa digna “Constituição Cidadã”, belíssima por sinal, predominava o chamado ciclo de “mercantilização da loucura”, entre os hospitais psiquiátricos beneficiavam-se das doenças mentais que haviam surgido para promover-se profissional e economicamente. Porém, o tratamento destinado a pacientes, àquela época, ou seja, até os fins da década de 1970, chamados de loucos, era humilhante, excludente e desumano. Com a Reforma Psiquiátrica, buscou-se mudar a concepção de tratamento e a forma de lidar com a loucura também. Até mesmo houve a troca de nomenclatura, de doente mental para portador de transtornos mentais e/ ou psiquiátricos (VASCONCELOS, 2010).

Esta mudança foi essencial, tanto para a pessoa que possui o transtorno e àqueles de sua convivência quanto para os profissionais que lidam com o PTM (portador de transtorno mental). Diante deste quadro desolador mudanças ocorreram

com o passar dos tempos, e o estopim foi a Reforma Psiquiátrica, que, junto a Luta Antimanicomial buscam a efetivação e garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental, desde àquela época até a atualidade do século XXI. Luta diária que encontra empecilhos à frente, mas que não desanima porque possui o desejo de transformação, de mudar um contexto fadado à extinção (AMARANTE, 1995).

Estes processos são resultado da iniciativa de grandes pensadores, Philippe Pinel e Franco Basaglia são exemplos clássicos de estrategistas magníficos que apoiaram a luta do movimento antimanicomial, pela extinção dos hospitais psiquiátricos e da forma de tratar o “louco”, incentivando países como o Brasil que se engajaram nestes movimentos, lutando em prol dos direitos destas pessoas (BISNETO, 2011).

A Política Nacional sobre o Álcool surge numa época de constatação dos riscos causados pelo consumo precoce de álcool entre os jovens, na população brasileira, desvencilhando-se da banalização do consumo, e perspectivando no embasamento de dados epidemiológicos e científicos, assim como dando atenção aos impactos na saúde e segurança.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas em saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito[...] (BRASIL, 2003).

É importante, portanto, destacar que, neste governo, o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (BRASIL, 2004).

Baseando-se na premissa das duas maiores intervenções a usuários de álcool e outras drogas disponíveis, vislumbramos a necessidade de reforço das instituições, ancoradas na lógica do AA e da Redução de Danos (RD). Passos e Souza (2011) explicam:

A Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas. A diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de RD deixam

de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental (PASSOS E SOUZA, 2011, p.154).

Em contrapartida, os grupos de ajuda mútua, os AA, subsistem com diferencial em relação à lógica da RD. Isto é, neste sentido, buscam como única prerrogativa, a abstinência do usuário, conduzindo-o às interrupções do uso de álcool de modo não gradativo, porém, instantâneo. Brites (2006) afirma que:

A criminalização também contribui para a reprodução de uma consciência social alienada acerca dos reais danos sociais e de saúde das diferentes drogas e da verdadeira dimensão desses danos na medida em que forja uma separação ideológica entre o universo de drogas consumidas-ilícitas e lícitas. Contribui, também, para ampliar os processos de exclusão social dos segmentos que fazem uso de drogas ilícitas, afastando-os [...] dos equipamentos sociais e de saúde (BRITES, 2006, p.64).

1.3. Álcool e outras drogas: diferentes perspectivas

Se, de um lado a ambiguidade de ambos os temas despertava temor e desprezo da população para com estes usuários, por outro devemos nos dispor a estudar estas questões mais a fundo desvencilhando-se de conclusões precipitadas. Compreendendo-as como múltiplas na interdisciplinaridade, conseguiremos aguçar nosso interesse disponibilizando-nos à abertura de novos caminhos e perspectivas a serem tratados que desconhecíamos existir. Pois, a dependência química é conduzida por um discurso pautado na periculosidade das substâncias e daquela pessoa que a utiliza.

Os estudos sobre álcool e outras drogas sempre foram baseados na focalização do usuário. A mídia também, é um dos elementos que reafirmam enfaticamente o perigo que trazem à sociedade. Frente a esse panorama do desconhecimento sobre o uso de drogas legais e ilegais, na sociedade brasileira, e de uma discriminação e preconceito absurdos construídos histórica e socialmente carregados de concepções moralistas, estas propostas precisam se realinhar a novos métodos e práticas de atenção. Assim, Mota (2007) ressalta que a dependência do álcool, mesmo entendida pelo ponto de vista biológico, quando tratada se dava via moral.

Apesar de vislumbrar o alcoolismo como “biologicamente herdado”, o que isentaria de culpa o indivíduo que o “contraiu”, a receita para sua remissão estava sempre ligada a um tratamento moral, incluindo a privação de relações sexuais entre os alcoolistas como profilaxia à difusão desta patologia das gerações. (MOTA, 2007, p.22).

No ano de 2007 é criada no Brasil a Política Nacional sobre o Álcool por meio do Decreto Presidencial nº 6117/ 2007; apesar das preocupações sugeridas, ainda revalida a concepção negativa de o consumo exagerado provocar grandes índices de criminalidade e violência nas populações. Zaluar (1994) refere que as “imagens negativas”, os preconceitos, o medo, que [...] chegam as raias da demonização do viciado, contribuem [...] para a cristalização da subcultura marginal e dos tons agressivos e anti- sociais [...]"

Diante de um tema demasiado complexo, houve a necessidade de novas, e variadas perspectivas a partir da leitura crítica do panorama atual vivenciado pelas drogas e álcool, e da pessoa que consome. Mas a questão sempre teve uma (des)atenção diferenciada. Predominaram discursos depreciativos, pautados na difamação das drogas em si. No decorrer dos anos a mentalidade se modificou, dispositivos de atenção foram criados obedecendo-se a uma nova lógica, para oferta de tratamento especializado e condizente com as possibilidades da pessoa, garantido para si o que acha a melhor opção de tratamento.

Tendo por suposto as abordagens diferenciadas no que tange às problemáticas inerentes aos usuários de álcool e outras drogas, esta gama de possibilidades requisitadas tendenciosamente se reatualizam. Entretanto, torna-se cuidadosa a discussão destes caminhos trilhados para que os debates não se esvaziem, redundando novamente em concepções moralistas e deturpadas em relação às substâncias químicas.

Refletindo sobre a própria saúde, e sua impossibilidade de ser assegurada apenas por um único setor, se faz necessário promover a responsabilidade social desta; aumentar a capacidade da comunidade e o empoderamento dos indivíduos; expandir e consolidar alianças para a saúde e aumentar os investimentos para o desenvolvimento da saúde. Sendo assim, observa-se que a intersetorialidade tem sido evocada no campo da política e das práticas, por envolver ações integradas de distintos setores, a partir da necessidade da realidade concreta, de modo a colocar em pauta as peculiaridades de suas condições de vida (NASCIMENTO, 2011; RAMOS, 2002 *apud* SOUZA *et al*,

2013, p.70).

Brites (2006) sinaliza para uma questão central, contraposta a perspectiva da redução de danos, tendo como prioridade esclarecimentos acerca das consequências decorrentes do uso prejudicial das substâncias. À guisa de ponderações, reafirmamos o proibicionismo como mola propulsora em termos de criminalização, principalmente dos usuários de drogas ilícitas.

[...] da mesma forma, é possível identificar, que as preocupações (e sua regulação social-moral, política e jurídica) com o uso de determinadas drogas não são fundadas exclusivamente em conhecimentos e critérios de saúde, mas mediadas por interesses econômicos e políticos e por motivações morais (BRITES, 2006, p.31).

CAPÍTULO II. ATENÇÃO A SAÚDE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO ESTADO DA BAHIA

2.1. Rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas na Bahia

Considerando a complexidade que envolve a discussão acerca desta temática na perspectiva ampliada é necessário ir além das simplificações reducionistas ou antagônicas.

Estudos têm demonstrado que a atenção prestada à saúde dos usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia está aquém de atender às necessidades desta parcela da população. Algumas das razões que podem ser explicadas seriam o despreparo dos profissionais, inclusive os da proteção social básica que prestam assistência a indivíduos em vulnerabilidade e risco pessoal e social. Outro motivo importante é a capacidade mínima de implantação dos dispositivos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e CAPS AD (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas). Uma das dificuldades encontradas por parte dos técnicos da atenção básica no acolhimento é a resistência para atender estas pessoas e o preconceito em relação à problemática, além da inexistência de capacitação permanente destes profissionais que compõem a rede de saúde e assistência social, em algumas instituições de atendimento.

É importante assinalar que nas discussões de profissionais da saúde, na sua pauta, discute-se muito a respeito desta falta de disponibilidade dos sistemas de saúde da atenção básica, os PSF (Programa de Saúde da Família) em atender demandas outras de pacientes dos CAPS AD, como se a responsabilidade estivesse sob as mãos de um campo do saber. É importante refletir que, para a consolidação de políticas públicas, não basta somente ter “vontade política”, mas engajamento, disposição para enfrentar os desafios e, especialmente a articulação de atores envolvidos em prol da mesma causa. E, na Saúde Mental, estes são alguns empecilhos que dificultam uma abordagem condizente com a legislação da Constituinte de 1988, “Constituição Cidadã”. Alves (2009) afirma que “ se discursos políticos podem delinear modelos de atenção à saúde, neste trabalho, pressupõe-se que o conhecimento produzido a partir de práticas concretas também pode subsidiar a reiteração ou a reorientação de diretrizes políticas.” (ALVES, 2009).

No Estado da Bahia assim como em outros estados brasileiros, existe uma dificuldade enorme no processo de implementação de políticas públicas sobre álcool e drogas. A Bahia é um lugar muito apreciado pelos turistas, pelas suas diversidades étnico- culturais, e das belezas naturais de uma terra fértil. Mas, também aonde o preconceito e a discriminação fazem morada. As pessoas têm dificuldades em aceitar o “diferente”, o “anormal”, o “estranho”. Isto serve para o caso de álcool e outras drogas. Esta dificuldade, muitas vezes acontece porque as pessoas não estão acostumadas e não se sentem preparadas para lidar com aquilo que esteja alheio ao seu entendimento, e por isso não sentem-se obrigadas a entender e aprender com o “outro”. Espinheira (2009, p. 14) descreve que “a demonização da droga é mais um erro, torna-se terrorismo, na medida em que se desvia do sujeito e o torna “coisa”; como são, de fato, as drogas. Este perde a condição de “pessoa” para ser o que usa drogas, logo drogado ou drogada.”

As mudanças do modelo de atenção dependem basicamente de três fatores: vontade política, interesse coletivo e articulação entre atores. Por isso é importante observar os aspectos relacionados a estes três elementos. O contexto em que se movem essas mudanças, os recursos disponíveis e as demandas existentes também terão influência na resolução de situações e as expectativas dos trabalhadores da saúde e usuários também poderão interferir nos resultados.

As drogas são comumente divididas em legais e ilegais como por exemplo álcool e crack, respectivamente. O consumo prolongado de qualquer um delas pode levar à dependência. Esquecemos que nos habituamos ao vício do chocolate, café, chá, como se nunca tivéssemos feito uso de drogas. Pelo contrário, são drogas estimulantes que dão prazer (CARLINI et al, 2002). A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia encontra em seu caminho dificuldades de implementação para se consolidar enquanto política pública de saúde coadunada com os princípios e diretrizes do SUS (8.080/ 1990) e a Constituição Federal de 1988. Nos idos da década de 1990, tendo como auge a imersão do processo democratizante do país, a chamada “Constituição Cidadã” representa este marco.

De acordo com Minayo (2003):

[...] a própria sociedade se “droga” com as “drogas”, criando sua toxicomania, buscando escapar, sobretudo, de problemas sócio-estruturais culturais muito profundos, assim como de angústias existenciais, desemprego, miséria, guerras internas e externas, conflitos geracionais, mudanças velozes na cultura, dentre outras questões... Por vezes, tem-se a impressão de que nada mais acontece

na sociedade a não ser a droga, a violência e suas consequências (MINAYO, 2003, p. 20)

Os discursos pautados na criminalização das drogas e usuários refletem, e impactam de forma negativa na execução dos trabalhadores da saúde que, rotineiramente acessam os serviços e planejam as suas ações. O despreparo e a falta de conhecimentos específicos sobre o assunto dificultam sobremaneira a abordagem do mesmo. Outro complicador é que muitos desses profissionais ocupam funções as quais não estão capacitados a exercê-las, sequer existe a formação de recursos humanos habilitado ao enfrentamento de situações difíceis e a necessidade de solucioná-las (ALVES, 2009).

Face a isso, vale pontuar que esta “falta de vontade” ou “indisposição” apresentados na equipe técnica não significa o abandono, que tende à naturalizar o que está posto e agir de modo fatalista e/ ou messiânico. Significa muito mais que isso, significa a perda de confiança no projeto político vigente, o descrédito e a falta de perspectivas futuras, mutáveis.

O conceito de organização que utilizo abrange dois aspectos: o institucional, ou a consolidação burocrática de uma organização em geral, e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, os atores sociais primários. É nas organizações, neste duplo sentido, que está situado o poder na sociedade (TESTA, 1992, p.117 apud FLACH, 2010, p.24).

No contexto de desigualdades, miséria e exclusão social, as políticas sobre álcool e drogas encontram barreiras atitudinais. Os índices alarmantes de violência e criminalidade no país contribuem para o acirramento da questão das substâncias químicas. Numa população urbana crescente composta de segmentos marginalizados como os da periferia das grandes cidades brasileiras, dizem que o problema se refere a entrada maciça destas minorias num espaço que não lhes pertence. O alheamento vislumbra qualquer tendência à mudança e fortalece aquilo que chamo de barreiras atitudinais, ou seja, recorre-se ao discurso subjetivo raso na sua amplitude e dissociado de questionamentos.

O consumo de substâncias psicoativas, pejorativamente denominadas “drogas” não é uma novidade dentro da sociedade, seu uso está relacionado a hábitos culturais alimentares das civilizações desde a era paleolítica e teve diferentes significados que

variaram da tolerância a total intolerância e a criminalização de algumas em cada sociedade (WOLLMANN, 2009, p.46).

Na Bahia, a grande dificuldade reside na distribuição não equânime dos recursos públicos alocados, precariedade da infraestrutura, redução de salários, enxugamento de postos de trabalho, falta de incentivo das organizações públicas com ou sem fins lucrativos e privadas, incluindo universidades, empresas e o envolvimento das comunidades na organização de luta dos movimentos sociais. Neste contexto, a falta de percepção pelos gestores da importância de integrar a atenção ao uso de drogas na ótica da RD (Redução de Danos) à ESF (Estratégia de Saúde da Família), cujas equipes muitas vezes carecem de vínculos estáveis, salários dignos e treinamento adequado, tem se constituído na maior dificuldade para que as ações de promoção à saúde, prevenção e assistência alcancem estas populações de usuários de drogas, as quais não têm os serviços de saúde como referência (ANDRADE, 2011).

2.2. Alcoolismo: uma complexa questão

O alcoolismo é um tema de extremada delicadeza, assim como o uso de drogas. Não são raras, as vezes em que muitos sequer se dispõem a conhecer e, principalmente, a entender de alguns assuntos tão difíceis, os quais a sociedade tem de lidar. Uma frase marcante, que demonstra situações de calamidade pública consiste na assertiva em afirmarmos que não há sociedade livre do uso de drogas. Isto é, uma realidade bastante evidente permeada de contradições. De acordo com Ribeiro e Araújo (2006, p. 10) “o movimento proibicionista em relação às drogas teve sua origem no início do século XIX, quando se observava o crescimento exponencial da industrialização de bebidas alcoólicas no país e, conseqüentemente, do seu consumo”.

O discurso proibicionista, entretanto, não se restringiu a questão do consumo de álcool. Em consequência do aumento do consumo de ópio, os Estados Unidos lideraram a campanha pela supressão gradual do comércio internacional dessa substância, a qual desencadeou a realização de uma série de eventos internacionais para o debate em torno da questão que foram os Encontros de Xangai, em 1906 e 1911, e as Conferências em Haia, em 1912 e 1914 (ALVES, 2009)

O alcoolismo encontra-se classificado mundialmente como doença na

Organização Mundial de Saúde (OMS).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2004, p.5).

Vale dizer que demandou bastante tempo para considerá-lo como uma doença, que não tem cura, porém, tratamento. Durante anos a abordagem da questão esteve atrelada a preconceitos e concepções moralistas de toda ordem; e uma série de situações vivenciadas pela pessoa que bebe compulsivamente contribuíram para que sofressem discriminações, sentissem vergonha perante a família e à sociedade, eram recriminados por causa de sua condição que nem ele mesmo pudesse entender, imaginem os outros que tinham de conviver com a sua presença.

Torna-se desafiador estudar os temas relacionados às drogas de forma detalhada e propositiva, observando os aspectos mais polêmicos ligados a visões preconceituosas e ligadas a ideologia do medo.

Assim, é importante para compreender essa situação, investigar as expectativas dos usuários, quanto ao tratamento que podem estar recheadas de possibilidades ideais redundando em frustração, rede insuficiente de serviços, desqualificação dos profissionais para atender esses usuários, o que contribui para a pouca disponibilidade do indivíduo para aderência ao processo terapêutico (LEITE, 2001).

Na abordagem, os conceitos associados ao alcoolismo discriminam o próprio usuário, dificultando a aderência de novas perspectivas e a contribuição de sujeitos coletivos num projeto multidisciplinar, formando agentes multiplicadores que desenvolvam o papel de trabalhar estes conceitos, estas “visões de mundo”, operando no cotidiano do exercício profissional de cada trabalhador da área da saúde, em especial ou de áreas afins, que possibilite o enfrentamento das problemáticas.

A única meta aceitável de quase todos os programas de tratamento para alcoolismo e drogas nos Estados Unidos é a abstinência vitalícia, juntamente com atendimento contínuo em grupos de recuperação do tipo Doze Passos. Na verdade, a abstinência é quase sempre pré-requisito para o tratamento, uma vez que a maioria dos programas de tratamento de dependência química recusa-se a admitir pacientes que ainda estejam usando drogas. A exigência de que o indivíduo deve primeiro abster-se a fim de receber o tratamento que visa manter a abstinência exemplifica uma abordagem de “alta exigência”, a qual muitas vezes torna-se um obstáculo para aqueles que procuram ajuda.

(TEIXEIRA, *apud* ALVES, 2009, p. 2311)

Ao álcool, são atribuídas inúmeras situações emblemáticas tais como conflitos geracionais, brigas entre família, na relação marido/mulher, filhos, amizades, discussões no ambiente de trabalho, no trânsito, violência doméstica etc. Dizer que acontecimentos como esses são consequência pura e simplesmente porque a pessoa fez uso de bebida alcoólica, é reduzir sumariamente a questão ao universo particular de entendimento, na unicidade dos fatos. Claro que a probabilidade destas ocorrências é bem maior no caso daqueles que convivem com o alcoolismo no cotidiano, mas, não generalizemos.

No Brasil, as estatísticas indicam que o alcoolismo é responsável por internações em hospitais psiquiátricos; grande número de faltas ao trabalho; parcela significativa dos acidentes de trânsito; parte dos acidentes de trânsito (COSTA, 2008).

É importante assinalar que o alcoolismo tende a ser determinado por ações localizadas, fragmentadas e residuais na perspectiva da abstinência, que refere a um certo tipo de pacto estabelecido entre os usuários e aqueles que juntos, acompanham o progresso ou não de seu tratamento. Esta forma de “tratar” como o nome sugere, significa que ambas as partes envolvidas no processo/ projeto deveriam estar de acordo, ou seja, pode até haver divergências, mas construindo-se coletivamente.

A despeito dos avanços, há ainda muitas páginas a serem escritas e revisadas na história das políticas públicas brasileiras de drogas. No que se refere à atenção à saúde, a estruturação e fortalecimento de uma rede pública de saúde especializada na assistência a usuários de álcool e outras drogas e às suas famílias, centrada na atenção comunitária, orientada pela concepção ampliada de redução de danos e articulada com outras redes de serviços sociais e de saúde constitui, na atualidade, um importante desafio (ALVES, 2009, p. 2317)

Neste sentido, partindo-se do pressuposto de que no Brasil e demais países emergentes, o alcoolismo e as drogas são considerados como os grandes vilões da humanidade, a tendência a naturalização das problemáticas inerentes ao uso de drogas, permeada de análises superficiais. A este respeito, Ribeiro e Araújo (2006), apontam: “historicamente os países europeus sempre defenderam a redução da demanda como política preferencial, em detrimento de políticas fortemente centradas na redução de oferta.”

As bebidas alcoólicas fazem parte do conjunto de drogas legais, isto é,

socialmente aceitas, a princípio inofensivas. Quando consumidas moderadamente não representam perigo, os problemas começam a surgir no momento em que este uso se torna meteórico no tempo e aumentam-se as quantidades da dose permitida.

Um dos fatores que também dificulta a abordagem é o intenso processo de penalização submetida a estas pessoas em tratamento do uso de álcool e outras drogas. Culpa-se o usuário, deixando-se de perceber a conjuntura na qual encontra-se inserido e, os determinantes macroestruturais, na contextualização das perspectivas. O flagelo da humanidade, as drogas, parece adquirir status de importância maior do que a própria pessoa, convivendo com os dilemas da vida diariamente. Bertolote (1997 apud FONSECA, 2009) adverte-se [...] “um fenômeno que se manifesta em várias dimensões, expressando-se ao longo de distintos eixos: físicos, mas também psicológico e social”.

O alcoolismo adquiriu notoriedade, principalmente numa civilização moderna/ contemporânea, orientada através da lógica consumista, onde o “ter” se sobrepõe ao “ser”. Jargão irrisório e de rima pobre, desculpe-nos a licença poética, porém adequado perfeitamente para a linguagem do consumo exacerbado, e a mídia como principal vetor de transmissão. É óbvio que temos de atender às nossas expectativas de sobrevivências tais como comer, vestirmo-nos, fazer necessidades físicas e biológicas. Vivemos no mundo consumista, e dele somos parte, não deveríamos permitir que este “mundo” nos domine com a retórica e poder de persuasão (REIS, 2005).

A mídia incentiva o consumo, desde os bens materiais básicos para suprir as necessidades mínimas, ao supérfluo. Tudo que representa novidade, apreço, o homem pretende acessar ou se firmar em algo que lhe dê prazer e satisfação, especialmente que o deixe mais feliz, mais revigorado. Sobre isto Freitas (2002, p.86) “[...] e não se pode negar o peso simbólico que a mídia, principalmente a televisiva, desempenha em nossa sociedade”.

Na relação que se estabelece entre homem e álcool, é de reciprocidade mútua. O primeiro sente a vontade de beber para aplacar seus sentimentos mais profundos e o segundo precisa encontrar alguém que o consuma, muitas vezes tornando os homens presa fácil, que não conseguem controlar o vício da bebida. Daí, existe a diferença entre o beber moderado, socialmente aceito, o chamado “beber social”, e o considerado dependência.

Exemplificando os tratamentos destinados a usuários dependentes de

substâncias psicotrópicas, alguns apregoam a abstinência como objetivo primeiro para abandonar o vício, isto é, a pessoa precisa deixar de beber de uma só vez sem interrupções, mas aqueles favoráveis a este modelo se esquecem das crises, das inconstâncias que envolvem o processo do rompimento com a bebida alcoólica.

As fragilidades da rede de atenção contribuem de forma impactante para a não garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais associados com uso de álcool e outras drogas bem como dificultam o desvendamento das condicionantes constitutivas do processo saúde-doença¹⁰, e traz rebatimentos na construção de políticas públicas eficazes de atenção aos segmentos marginalizados e destituídos de seus direitos fundamentais.

Esta fragilidade possibilita que concepções abstratas exerçam influência sobremaneira a ponto de optar por um tratamento impositivo, na abstinência do cidadão, elaborando regras e procedimentos que deverão ser seguidos à risca e sem nenhum questionamento, o que deixa de antever possibilidades outras que perspective a autonomia, a liberdade e a clareza dos fatos, o que corrobora para o crescimento exponencial das comunidades terapêuticas¹¹ e organizações de ajuda mútua em detrimento da modalidade CAPS AD.

2.3 Alcoolismo e relações sócio afetivas

Os modelos de atenção disponíveis são inúmeros, cada um com sua abordagem diferenciada. Os CAPS AD, os grupos de ajuda mútua como os Alcoólicos Anônimos (A.A) dentre outros. Ao ingressar numa destas modalidades, o indivíduo alcoólico já tinha uma vida antes dali, o que pressupõe família, amigos, emprego. E, dentro desses espaços vai conviver com realidades semelhantes à sua, descobrir potencialidades dantes inimagináveis, mas também, fazer redescobertas de si mesmo, aprender e viver

¹⁰ Seminário de Políticas Públicas Voltadas para Usuários de Álcool e Outras Drogas, em Feira de Santana, em setembro de 2013 discutindo as implicações decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas à saúde da população brasileira e dos perceptíveis empecilhos encontrados à implementação da política integral e (devido a uma) rede de atenção fragilizada neste município.

¹¹ Comunidades terapêuticas, conforme Costa (2006) consistem em instituições sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público destinadas a tratamento e reabilitação de dependentes químicos, em especial as drogas ilícitas oferecendo de modo gratuito acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. A mesma autora confirma que “surgiram no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção à dependência química no país”.

com o “outro”, na diversidade.

Entretanto, as relações desenvolvidas pós –ingresso passam por modificações, que não estão isentas de ocorrer contradições, conflitos de idéias, válido quando contribuem para o desempenho e formação da pessoa que se faz ali presente. A família é o primeiro núcleo a quem recorrer, importante mas nem sempre a base de tudo e a salvadora da pátria, muitas vezes constitui-se num espaço de violência. Em alguns casos, um amigo ou vizinho é mais significativo do que a família propriamente, aliás há casos recorrentes deste tipo na sociedade.

Essas famílias estão diante do desafio de enfrentar, sem nenhuma proteção social, carências materiais e financeiras. Convivem, além disso, com graves conflitos relacionais. Essas dificuldades já são suficientes para caracterizar a situação por elas vivida como de violência social [...], compondo um quadro de acúmulo e potencialização da violência familiar (GUIMARÃES E ALMEIDA, p.131)

O discurso utilizado pelas famílias responsabiliza o usuário assim, como a sociedade que criminaliza e estigmatiza o dependente sem considerar fatores externos que determinam sua condição. Nesta dinâmica é importante incluir a família que necessita participar ativamente do tratamento e do processo de recuperação do dependente, como núcleo de suporte fundamental do indivíduo analisando esta dificuldade que é trazer a família para junto daquele que sofre e, possivelmente da interlocução dos espaços intramuros e extramuros.

Geralmente quando as pessoas bebem, modifica-se o quadro social e psicológico, num misto de agressividade e depressão, outras vezes nada acontece. Mas, seja como for, sofrem uma intensa retaliação e estigma (GOFFMAN, 1988). O preconceito, a discriminação, o afastamento da família, amigos, a perda das funções laborativas contribuem para que não se sintam à vontade em procurar ajuda, pelo medo, pela vergonha de admitir para si mesmo e, perante a sociedade que é um doente alcoólico. A vantagem reside na opção de escolher o tratamento que lhe afigurar mais adequado de acordo com as necessidades do indivíduo.

A relação do alcoolismo com as relações sócio afetivas da pessoa que bebe se manifesta repleta de paradoxos. Costuma-se erroneamente dizer que a periculosidade associada com o álcool, fator que predispõe à violência, resultante de um discurso historicamente construído, dissipado aos “quatro ventos” por aí, reproduzindo no

imaginário social a condição de “alcoólatra”, “vagabundo” e demais denominações.

As famílias constituem universo particular junto a escola, responsáveis na socialização e formação do conhecimento. Portanto, agentes multiplicadores do processo e formadores de opinião. A família neste caso, tenta moldar o indivíduo a seu modo e, quando não consegue, se sente incapaz de exercitar o seu papel de agenciadora de conduta, isto é, estabelecendo regras e padrão de comportamento.

O Estado e a família desempenham papéis similares, em seus respectivos âmbitos de atuação: regulam, normatizam, impõem direitos de propriedade, poder e deveres de proteção e assistência. Tanto família quanto Estado funcionam de modo similar, como filtros redistributivos de bem-estar, trabalho e recursos (SOUZA, 2000 apud CARVALHO, p. 268).

O reconhecimento da família como totalidade implica também reconhecê-la dentro de um processo de contínuas mudanças. Estas são provocadas por inúmeros fatores nos quais estão aqueles referentes à estrutura social em que as famílias estão inseridas e aqueles colocados pelo processo de desenvolvimento de seus membros. Tais fatores constituem-se em fontes de estresse familiar e concorrem significativamente para o aparecimento das dificuldades familiares e, conseqüentemente para o surgimento dos membros sintomáticos (MINUCHIN, 1990).

Não esqueçamos que o discurso pautado na “modelagem” é referido às famílias tradicionais. Há composição de novos arranjos familiares e maneiras de encarar a vida sob diversos aspectos. Arranjos familiares que se justificam no cenário atual condizente com as mudanças de mentalidade e de conviver com as diferenças e, conforme Carvalho (ANO, p.269) [...]“ vêm produzindo uma sociedade complexa e multifacetada, uma sociedade global que, de um lado, mantém seus cidadãos fortemente interconectados e, por outro, extremamente vulnerabilizados em seus vínculos relacionais de inclusão e pertença”.

Famílias não representam a única estratégia, pois as pessoas se socializam com demais indivíduos fora do núcleo familiar; amigos, vizinhos, nações e povos de distintos lugares. Neste emaranhado de relações, verbalizam, constroem vínculos, trocam experiências, vivenciam culturas. E, a sociedade exige muito da família um fardo, estas, muitas vezes não consegue abarcar o emaranhado de problemáticas sozinha. Por isso, as articulações, as redes assumem importância fundamental neste

sentido. Segundo Heller (1987), “a construção de uma vida pautada na felicidade é, portanto um compromisso de cada ser humano e, mais especialmente, da família enquanto grupo voltado para tal fim”.

Porém, as relações com o alcoolista, por exemplo, também podem se fragilizar, porque a credibilidade e confiança deixam de existir; as pessoas ao seu redor não acreditam mais em suas palavras, nas conversas, nas histórias contadas. Diante do exposto, saibamos que essas relações encontram limiar muito tênue entre a discriminação e o acolhimento, pólos antagônicos convivendo neste processo de socialização.

Sendo a família o principal agente de socialização do indivíduo, e o lugar inicial para o exercício da cidadania se faz necessário dispensar a esta categoria sua devida importância na vida do indivíduo. Por ser a família um espaço privilegiado de convivência isto não significa que não haja conflitos e a forma de lidar com as dificuldades poderá favorecer o tratamento, mas em algumas situações o resultado pode ser contrário.

À família atribui-se a tarefa de cuidar. Às vezes os resultados esperados do “cuidado” não objetivam àqueles esperados, pois a família, além de garantir a continuidade do tratamento tem de assumir várias obrigações ao mesmo tempo: trabalhar, cuidar de filhos, netos, agregados e dos afazeres domésticos, uma sobrecarga de atividades, deixando de cuidar de si mesma.

[...] as atividades de atenção aos usuários e dependentes de drogas e suas famílias são definidas como aquelas que objetivam a melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos e danos associados ao uso de drogas. Para a reinserção social destes sujeitos, almeja-se a sua integração ou reintegração em redes sociais (ALVES, 2009, p. 2317).

A família brasileira tem sofrido transformações e provocado diálogos acerca da conceituação radical. Pensada como sendo fruto de construções sociais, o que implica afirmar que novos arranjos familiares e conceitos de família aparecerão, ao considerarmos o contexto sócio-histórico no qual encontra-se inserida. Apesar da hegemônica tradicionalidade da família nuclear, surgem novas modalidades como as famílias monoparentais em que as responsabilidades são assumidas pelo pai ou pela mãe, sem a devida presença dos dois juntos na educação dos filhos (SARTI,

O surgimento de arranjos familiares provoca novas mentalidades nas pessoas e

também na maneira de conduzir o assunto família na execução das políticas para o enfrentamento das expressões da questão social. Por este motivo o debate assume fundamental importância, porque talvez seja no interior da família que poderão estar presentes as angústias, inquietações e necessidades. Famílias constituem espaço de amor, acolhimento e, de violência. Em se tratando sobre álcool e outras drogas os familiares dos usuários, em muitas ocasiões pelo fato de não entenderem as reais implicações concernentes ao uso prejudicial das drogas em geral, dão preferência ao afastamento daquele parente ao invés de acolhê-lo por inúmeros motivos, dentre estes, o medo constante, a falta de perspectivas, o descrédito e, principalmente, o aspecto mais essencial e autoexplicativo, seria o escasso entendimento da questão, resvalando para o enviesamento baseado nas concepções alarmistas e moralizadoras.

CAPÍTULO III. O LÓCUS DA PESQUISA

3.1. A atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município de Feira de Santana

Feira de Santana é uma cidade do Estado da Bahia, distante 108 quilômetros da capital, Salvador. É chamada zona de entroncamento rodoviário sendo cortada pelas BR's 101, 116 e 324. A população atual estimada, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 606.139 habitantes e a cidade, composta por 417 municípios.

A cidade de Feira de Santana assim como demais cidades do Estado da Bahia e das maiores capitais brasileiras que tem suas peculiaridades e também, diversos problemas. Um dos mais preocupantes é o aumento da criminalidade e violência, que aterroriza as pessoas e a alta incidência no consumo de drogas ilícitas, em especial entre os jovens feirenses. O agravante disto é a tendência de a população leiga, em geral, atribuir às drogas que são consumidas sem limites, a causa de tantos crimes, na maioria das vezes sequer solucionados na cidade em tela.

Quando partimos para abordar sobre a atenção ao usuário de álcool e outras drogas no município em destaque, e nos debruçamos numa questão permeada de ambiguidade e desafios postos à prática, nos deparamos com a triste realidade: a existência de apenas um centro especializado para tratar e cuidar de usuários de substâncias psicoativas (SPA's), o CAPS AD, para uma população de mais de 500 mil habitantes; enquanto as comunidades terapêuticas que crescem absurdamente. Neste sentido, nos “penalizamos” diante de tal situação. Entretanto nada fazemos para modificar este quadro, estamos despreparados e impotentes para enfrentar esta problemática.

Em primeiro lugar, é importante refletir que a Reforma Psiquiátrica, em processo contínuo de construção e debates através da sua normativa legal, Lei 10.216, e do SUS (8.080/90) subsidia as ações das instituições de atenção e cuidado a pessoas em sofrimento psíquico, devido uso/ abuso de SPA's.

A proposta política de saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a

sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, *apud* ZANELLATTO, 2007).

Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais constituem uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Porém, neste caso específico, parece “letra morta”, pois presenciamos a falta de respeito com relação a um segmento discriminado por conta de sua condição de bebedor, e isto não acontece somente em Feira de Santana. Vemos a falta de clareza das pessoas quanto ao próprio conhecimento daquelas substâncias, que resvala no ato de recriminar e “tratar mal” quem faz uso.

E, com relação às SPA's a trajetória das políticas públicas a este segmento populacional tem sido íngreme e dificultada por percalços que, sobremaneira embargam o processo de implementação das mesmas, além da legislação e burocracia como limites que são postos, evidenciando-se na prática, a falta de efetivação/ efetividade do projeto de Reforma Psiquiátrica em voga, e o superdimensionamento do discurso médico-psiquiátrico, da medicalização do usuário na aderência ao tratamento e, inclusive de posturas antidemocráticas e segregacionistas dos profissionais dos serviços sociais. Assim, a atenção ao usuário de álcool e outras drogas há muito assemelhava-se àquela oferecida às pessoas com transtornos mentais, dantes segregadas institucionalmente, mantidas em clausura, numa espécie de “encarceramento social”, que impedia o processo inclusivo, fortalecendo cada vez mais a exclusão, e a não aceitação da sociedade em conviver com as diferenças, com o “outro”.

Reproduziu-se historicamente no imaginário social a ideia de que ao “drogado” e “alcoólatra” deveriam existir apenas obrigações, os direitos seriam assegurados unicamente àqueles indivíduos de boa conduta, aos de caráter e índole duvidosa, a repressão e tratamento dos mais degradantes; a subserviência desponta como “palavra de ordem”. Por conta disto, a inoperância da aplicabilidade de uma política pública enquanto tal, e possivelmente a (in)eficácia, (in)eficiência de sua implementação apesar das garantias conquistadas com a avançada Reforma Psiquiátrica, e de outros fatores que não se faz necessário tecer comentários a respeito problematiza e transfere

responsabilidades a quem de fato, não se aplica.

O legado construído durante todo o caminho trilhado pela Reforma constitui importância *sui generis* a toda humanidade. É inegável a contribuição no tocante a defesa intransigente dos direitos das pessoas com sofrimento mental, na perspectiva do olhar diferenciado, que seja mais humano e menos estigmatizante, mais acolhedor e menos enviesado. A Reforma Psiquiátrica se consolida como articuladora dos atores sociais envolvidos dentro do processo da desinstitucionalização, engendrando possibilidades viáveis a uma melhor qualidade de vida às pessoas em sofrimento mental, para que consigam viver autonomamente e livres dos grilhões da “loucura”, ambientada nos antigos modelos asilares. Desta forma, tem a sua consagração na transição dos fins da década de 1970 a meados de 1980, época reconhecidamente nomeada de “períodos áureos da redemocratização” no Brasil.

Embora saibamos que qualquer perspectiva de mudanças por mínimas que sejam, gera polêmica, medo, angústia e até mesmo situações de conflito, porque há o acirramento de ideias convergentes, conflitantes, interesses em disputa, a Reforma Psiquiátrica em curso propiciou o auge dos primeiros centros de atenção psicossocial, na região sudeste do país expandindo-se posteriormente para demais regiões, inclusive as do nordeste. Ou seja, tem como categoria fundante a processualidade como sendo ciclo, porém o reconhecimento do fim enquanto tal não se determina porque as propostas inicialmente gestadas estão em movimento contínuo de repensar o saber-fazer. Por isto a importância de, em tom provocativo, corroborar com os princípios alinhados àquela no sentido de debruçar sobre si, estudando-a com mais afinco, conhecê-la mais que superficialmente. Constitui-se, pois, de infindável dinamicidade no que tange ao balizamento das ações postas à prática, à medida que o apreendido na teoria praticamente se efetive. Eis um trabalho árduo e penoso, entretanto desafiador porque a correlação de forças existente nos espaços socioinstitucionais inviabiliza e decerto impede o desdobramento de estratégias que suplantem o mero cumprimento das atividades exigidas institucionalmente.

A implementação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas data do ano de 2003, e em Feira de Santana surge o primeiro CAPS AD, o Gutemberg S. de Almeida, desde então o único existente na cidade, fundado em vinte e seis de setembro de dois mil e três.

A partir deste marco legal pudemos notar o quão preocupante se tornou a

problemática de álcool e outras drogas, não somente no âmbito privado como também no contexto político-global, mesmo tardiamente consolidado na esfera da saúde, englobando também a assistência no quesito integralidade ao compor, dentro da política de atenção um dos princípios norteadores propugnados pelo SUS, juntamente com a equidade e a universalidade.

Em Feira de Santana, cidade objeto do presente estudo, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas é configurada por intermédio do CAPS AD perfazendo um total de cinco CAPS (CAPS II, CAPS III e CAPS I) que compõe o universo desta pesquisa, via equipe multidisciplinar/ interdisciplinar e o trabalho dos centros de recuperação e comunidades terapêuticas, este realizado à parte e de modo isolado no município. Partindo do pressuposto de que a pesquisadora garimpou algumas destas comunidades existentes, nota-se que o número tem aumentado consideravelmente. Óbvio que não foi realizada nenhuma investigação precisa acerca da constatação supracitada, entretanto observa-se tal evidência.

Em primeiro lugar salientamos que a abordagem de ambos é diferenciada, cada um possui uma linha de raciocínio e metodologia de trabalho diferentes entre si. No primeiro, há equipes especializadas no atendimento às pessoas que consomem SPA's sejam lícitas ou ilícitas, compondo no quadro de funcionários da instituição profissionais de nível médio e superior. Já no segundo às vezes são os próprios membros do grupo que mantêm as comunidades em funcionamento e eles mesmos se responsabilizam por aquelas através de ações pontuais, além de estabelecer como meta a abstinência total do indivíduo, somente podendo manter-se no grupo compactuando deste princípio. Também nestes locais, realizam atividades com horta, jardinagem, participam de encontros bíblicos, cultos, etc. Vale salientar que geralmente, estes lugares se encontram alocados em regiões afastadas da cidade como nos interiores, por exemplo.

Diante de uma cidade tão populosa e povoada como Feira de Santana, o vasto leque de opções disponíveis para tratamento da dependência química se configura como locus privilegiado, haja vista que somente um CAPS AD não consegue suprir as necessidades e as demandas de cada ser, que são gigantescas. Por suposto, urge suscitar reflexões, para dirimir dúvidas e provocar debates neste sentido, no que tange ao que se tem proposto como forma de tratamento e invariavelmente, como aquele tem sido trabalhado nos diversos contextos sócio-ocupacionais, enfim, quais implicações e

consequências estão sendo impactadas na vida social e subjetiva deste sujeito alvo de políticas públicas. Significa essa análise, investigar no cerne da questão o porquê do atravancamento de determinadas ações que, por si só dificultam o prosseguimento das estratégias postas à intervenção.

Em suma, a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município de Feira de Santana tem sido constantemente questionada e discutida em artigos publicados nacionalmente, teses de mestrado trazendo inflexões à prática profissional e subsidiando questionamentos no tocante ao posicionamento político da problemática, inserido num contexto historicamente traçado por concepções moralistas e resquícios de uma política paradigmática, conservadora e residual. Impactando sobremaneira na historicidade da prática favorece o ecletismo a histórico em detrimento do pluralismo e da interdisciplinaridade, estes por sua vez alinhados ao campo do saber-fazer, cujo princípio se baseia na intermediação, no entrosamento dos atores sociais envolvidos quando as condições apontam para tal, entre eles citamos: profissionais, usuários, familiares e comunidade, na busca, pretensa, por uma sociedade mais justa e igualitária, tendo por pressuposto a emancipação humana.

Segundo Santos (2009) refere que um dos entraves responsável pela reduzida capacidade de mobilização das categorias de profissionais da Saúde Mental se explica por intermédio do desinteresse de alguns políticos na consolidação da normatização legal da Lei 10.216, o que de algum modo fez recuar o avanço democrático à desinstitucionalização através dos movimentos de luta a favor dos direitos humanos seja no âmbito regional e/ou local.

Discutir a rede de atenção significa delinear qual o traçado de seu mapeamento, isto é, permite a identificação dos principais atores em cena e também os meandros da política conjuntural em vigência, favorável ou reticente a mudanças expressivas e impactantes de forma generalizada. É de suma importância a realização deste estudo propositivo porque possibilita a previa ideação do pesquisador, não somente exclusiva a este como também aos diversos sujeitos da pesquisa quanto a propositura de suas ações. Refere avaliação de si mesmo enquanto profissional e dos resultados, tendo como primazia a concreticidade da prática.

É importante, contudo, frisar o discurso médico-jurídico ainda hegemônico nas práticas de atenção à saúde mental, mesmo que se reconheça legalmente, no interior das instituições de atendimento, disponibilizado à equipe multiprofissional e

multidisciplinar o conteúdo da política nacional de saúde mental (PNSM), a 10216/2001. Porém o acesso à normatização legal consubstanciada na prática do cuidado em saúde mental não se dá de modo equânime e compartilhado aos demais funcionários destes estabelecimentos de saúde.

Ora chega no aligeiramento dos processos, ora alcança apenas alguns setores que muitas vezes nem se preocupam em apreender os conhecimentos e repassar as informações obtidas àqueles que não as conhecem. Isto, sobretudo dificulta o delineamento de mudanças importantíssimas que poderiam acontecer e cristaliza saberes avessos ao pretendido na Reforma Psiquiátrica quando introjeta-se o discurso da superioridade do saber/ poder em detrimento das minorias de conhecimento parco e simplório. Conseqüentemente fragiliza-se todo o processo, implicando em entraves e em ações inexpressivas, residuais (SANTOS, 2009).

Consentâneo a toda esta conjuntura, há alguns impedimentos que interferem, sobremaneira na consecução de objetivos atinentes à equipe para com os sujeitos demandatários das políticas públicas tais como a precarização dos vínculos empregatícios e de trabalho, aumento da carga horária associado a redução de salários no bojo da lógica neoliberal em países emergentes como o Brasil, e sobretudo, a valorização de categorias profissionais, especificamente dos médicos em relação a efetividade da pretensa rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, dissociando-se o trabalho em equipe, no qual determinado campo do saber se especializa em sua área específica, sem dar oportunidades de conhecer a importância do trabalho dos saberes e em conjunto.

Em Feira de Santana e nos demais municípios circunvizinhos à região feirense há predomínio das comunidades terapêuticas¹² e centros de recuperação para dependentes químicos. No entanto, a abordagem destes espaços de tratamento encontra-se desvinculada do que é proposto na Reforma Psiquiátrica que tem como primado a autonomia e a emancipação humanas. Neste sentido, os CAPS AD assumem uma responsabilidade seriíssima acerca do compromisso firmado nestes princípios da tão propalada Reforma Psiquiátrica.

Vale salientar que a abstinência se põe como meta única e viável de tratamento

¹² O financiamento público às comunidades terapêuticas, segundo o presidente do CFP, Humberto Verona, vai na contramão das práticas clínicas e políticas reafirmadas pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2010, que reforçam o tratamento em meio aberto e o respeito aos direitos humanos dos usuários.

nas primeiras, citadas linhas acima. O indivíduo deve seguir com obediência às regras, às normas que são postas ao seu tratamento sob pena de, caso contrário, ser expulso do grupo, arcando com as consequências de seus malfeitos, atitudes impróprias e levianas.

Em contrapartida nos segundos, os centros de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas há composição de uma equipe interdisciplinar especificamente direcionada para atender às demandas destes sujeitos, aonde a abstinência não é o objetivo primeiro. A redução de danos vem a ser a categoria de análise, o mecanismo de ação aonde o usuário, juntamente com a equipe, funcionários, instituição e sociedade em geral tem a autonomia e a livre participação em seu próprio tratamento, pois nada é imposto.

Assim, o usuário é dotado de capacidades para decidir o melhor para si, não existe nada que o obrigue a dar continuidade no tratamento porque a sua liberdade deve ser pensada até as últimas consequências. Sob hipótese nenhuma deve-se obrigá-lo a fazer aquilo que não deseja fazer, respeitar as suas decisões é estar de acordo e compromissado com os direitos humanos indistintamente. E a redução de danos, sistematizada em práticas pautadas no suporte e na inclusão social deste ator-sujeito promove o desenvolvimento da perspectiva que se engendrou a partir do renomado projeto de Reforma.

3.2. O A.A e o CAPS AD de Feira de Santana

Refletir a respeito da saúde mental significa por em xeque as práticas que já são garantidas a este segmento, além de identificar os modelos de atenção que se encontram à disposição na sociedade. Significa muito mais do que simploriamente desmitificar tais modelos. Estudar de modo analítico o contexto histórico traçado na saúde mental no mundo aonde o Brasil se apropria de influências externas, e os desdobramentos, as implicações que tiveram, aqui e lá, no decorrer dos anos corroborando com os princípios norteadores de sua contextualização histórica, desde a institucionalização psiquiátrica, ancorada num modelo tradicional de asilamento institucional aos desdobramentos depreendidos na integralidade do acesso à saúde e à assistência.

Sendo assim, observamos que a saúde mental mundialmente e no Brasil passou por transformações e influências que se intensificaram. Estas mudanças são bastante nítidas e expressivas no que concerne a passagem de uma lógica pautada em princípios morais, higienistas e médico- jurídico relacionados à questão da saúde mental como um todo para uma ressignificação em sua plenitude coadunada com o processo de Luta Antimanicomial, tendo como propósito a extinção dos manicômios e as mudanças de lidar com a loucura.

Assim, dois modelos de atenção bastante elucidativos constituem nosso raio de ação e caracterizam a intencionalidade da pesquisadora quando a mesma os define como objeto de pesquisa à realização do estudo, qual seja, a monografia em destaque.

Iremos primeiramente nos debruçar sobre o histórico dos modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, seus atores, suas principais características, as divergências entre tais dispositivos, as propostas e o quão importante é na vida de cada pessoa que faz uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Neste sentido, abordaremos a incursão de duas modalidades de tratamento sumariamente distintas, o A.A e os CAPS AD. Faz-se necessário, portanto, sabermos como, quando e para que foram originados. A história permite-nos desvendar os aspectos mais improváveis da questão, ou seja, a necessidade da pesquisa sobre a saúde mental da população, formas de atendimento e suas variações no decorrer do tempo cronológico, no entanto, muitos dos achados das investigações que são feitas obscurecem de fato a realidade, suplantando informações descabíveis e presunçosas, às vezes, tendenciosas.

O surgimento dos grupos de mútua-ajuda para indivíduos com histórico de alcoolismo na família remonta os séculos XVIII e XIX, em decorrência dos agravos à saúde devido uso de álcool começam a ser detectados inúmeros problemas associados, necessitando de soluções. Junto a isso, eis que surge no caminho dois profissionais dentre eles um médico e um advogado; uma parceria de toda uma vida. Juntos, decidem fundar uma irmandade que oriente e aconselhe pessoas convivendo com problema comum, neste caso o grande problema em questão trata-se do alcoolismo. Dr. Bob e Bill. W. criam em 1935 nos EUA a irmandade A.A, reconhecido mundialmente. Atualmente o grupo ainda permanece vívido, presente em quase 180 países espalhados ao redor do mundo, ajudando milhares de pessoas a livrar-se do vício do álcool.

Na década de 1935 a Irmandade de A.A¹³ conquista adeptos. Esta adesão a metodologia do grupo, capitaneada pela imposição da abstinência se configura como a “única saída” encontrada por aqueles que sofriam com a doença, segundo os próprios alcoólicos, destruidora. Assim, sentiam-se à vontade estando dentro do grupo porque ali podiam compartilhar suas experiências, medos e angústias com alguém que lhes entendia, pois a doença era comum a todos, sem distinção.

Este método de tratamento perpassa na vivência do alcoólico uma filosofia de A.A, na qual o indivíduo que sofre com o alcoolismo tem de se adequar à doutrina da Irmandade ferrenhamente. Mas o recorte moral e higienista, intrínseco na temática incute no sujeito uma espiritualidade. Foi observado nas reuniões nas quais a pesquisadora pode participar a ideia da reformulação de vida propiciada através de três filosofias de A.A como o respeito e a obediência às 12 Tradições, os 12 Passos e os 12 Conceitos¹⁴(GARCIA, 2002).

O álcool e as outras drogas sempre estiveram presentes na história da humanidade, portanto é errôneo afirmar-se a contemporaneidade da questão, e este debate sempre se atualiza no cenário nacional/ internacional, sendo alvo de constantes preocupações entre governo e sociedade civil. A diferença na atualidade em contraposição a períodos mais longínquos da história reside no fato de que está se tentando modificar concepções distorcidas reproduzidas historicamente tanto em termos legais quanto em termos morais e a necessidade premente em “abordá-lo” vislumbrando-se novas perspectivas.

Entretanto assim como as drogas o álcool se define enquanto construção sociocultural. E tal construção de ideias formadoras ao longo dos tempos se configura num emaranhado de reducionismos simplistas atrelado à profusão da “cultura de proibidos”. A medicina e a psiquiatria, durante séculos, definiram os rumos da questão. Acreditava-se que o problema do alcoolismo era associado a impurezas, algo sujo e, portanto, deveria extirpar este “mal” da humanidade de algum modo. Para conseguir tal feito, realizava-se a assepsia ou a higienização das pessoas com o propósito de retirar a

¹³ De acordo com Campos (2009, p. 20) trata-se de agrupamentos que reúnem pessoas de diferentes idades e classes sociais em busca de apoio mútuo para superar a chamada doença do alcoolismo, que as levaram a uma vida destrutiva e, na maioria das vezes, a um contexto de exclusão e marginalidade social.

¹⁴ Os Dozes Passos de AA são princípios, conforme o grupo Terra da Luz, para a recuperação pessoal. As Dozes Tradições asseguram a unidade da Irmandade. Escritos em 1962 pelo co-fundador de AA Bill W, os Dozes Conceitos para Serviços Mundiais constituem um conjunto de princípios inter-relacionados para ajudar a garantir que os vários elementos da estrutura de serviços de AA mantenham-se comprometidos com os responsáveis perante aqueles a quem servem.

sujeira entranhada nos seus corpos. Salientamos que não era a sujeira propriamente física, mas a moral; esta sim a responsável em causar vergonha e imoralidade. Pois desta forma que os indivíduos eram tratados, como pessoas desavergonhadas, pecadoras. Neste contexto envolto num emaranhado de classificações pejorativas como “doente”, “imoral”, “sujo” surgem entidades como a Liga Brasileira Antialcoólica¹⁵ inclusive com respaldo da medicina e da psiquiatria para retirada desta sujeira e varrê-la para “debaixo dos tapetes” porque a sociedade não poderia permitir tão afronta de quem manchasse a honra e a conduta exemplares dos homens de bem da sociedade (GOFFMAN, 1988).

Nota-se que muitos dos princípios alicerçados na filosofia de A.A estejam associados a religiosidade dogmática doutrinária e bem no íntimo, sujeitos a variações da eugenia e profilaxia. Os membros do grupo referem a reformulação de vida como a ponta de lança do tratamento, pois, ao fazê-lo, estariam iniciando para a sua própria libertação e assim, aptos a contribuir com aqueles que porventura ainda sofrem. Portanto, faz-se necessário esta primeira abordagem consigo para que as frequências no grupo surtam algum efeito positivo em sua vida.

Os grupos de A.A tem existência milenar e a sua eficácia, bastante considerável, principalmente por aqueles que o vivenciam de forma plena e designam um novo modo de viver e de ajudar outros a viver também aprendendo e seguindo os ensinamentos por fim adquiridos durante a vivência naqueles. Pontuamos e nos atentemos à seguinte indagação: porque a opção por este “novo viver” inculcado na mentalidade tem provocado tanto a adesão em alguns e de outro lado a sua eficácia tem sido questionada a ponto de, mesmo assim não ser levada para os espaços de discussão visto que as ideias da Irmandade com relação ao alcoolismo apenas se metamorfoseiam, diluindo-se no imaginário social.

Nessa direção, o A.A do município de Feira de Santana denomina-se Grupo Nova Visão das Tradições, a princípio, Grupo das 12 Tradições. Devido decisão conjunta dos membros houve a junção dos nomes passando a chamar-se Nova Visão das Tradições. Esta nomenclatura existe até hoje, momento presente do estudo para

¹⁵Liga Brasileira de Higiene Mental constituiu-se enquanto movimentos através de ações visando, conforme Maestri (2000) “combater a degeneração nervosa e mental nos indivíduos normais” (grifo do autor), no período entre os anos de 1925 a 1934, no Brasil. O autor constatou também que apesar dos esforços empenhados, não houve avanços significativos, pois conclui-se que o alcoolismo e as implicações decorrentes não pode ser tomado tão somente por concepções moralistas e de âmbito individual, de forma isolada do contexto macroestrutural.

elaboração da monografia. Está situado à Rua Santos Dumont ¹⁶de número 182-Centro. O grupo foi fundado em vinte e seis de outubro de mil novecentos e oitenta e nove.

Conforme dito em capítulos anteriores, no município supracitado a rede de atenção é ainda bastante frágil e tênue. Percebe-se também a pouca visibilidade na temática e principalmente do sujeito com relação a discussões ferrenhas que são travadas no entorno bem como do empenho que se é dedicado. Ações pontuais que vem ocorrendo na cidade se resumem a fórum, inclusive houve a realização, no ano de 2013 do I Fórum de Dependência Química, seminários e palestras geralmente no interior de espaços acadêmicos como a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) não englobando contingente maior de pessoas que poderiam abrilhantar e trazer grandiosas contribuições, de forma a colaborarem na elaboração e implementação de políticas públicas que sejam voltadas a este segmento.

Discorreremos sobre este assunto mais adiante, por enquanto o foco aqui, é a Irmandade de A.A, que movimenta uma legião de pessoas seguindo os ensinamentos da doutrina, e com a certeza de que um dia haverão de curar-se desta terrível doença, pois assim o consideram, uma doença perniciosa e destruidora.

A Irmandade de A.A surge com propósitos bem definidos. Dar alento àqueles que sofrem fazendo com que reflitam o porquê de atitudes incorretas quando ébrios a partir da reflexão sobre si e possam reformular as suas vidas “consertando” os erros do passado.

Em Feira de Santana a Irmandade resiste ao tempo e a discriminação, isto é, muitos não a reconhecem enquanto grupo transformador e a vêem com olhos de preconceito não acreditando em sua eficácia. Na verdade, quem mais se beneficia com a filosofia de A.A é o membro do grupo em questão, portanto somente ele poderá afirmar tal importância. Isto é válido para qualquer grupo de alcoólicos anônimos porque as ideias não mudam, o que muda somente é o lugar aonde o grupo esteja, tanto que existem grupos de mútua ajuda espalhados Brasil afora.

Qualquer A.A deveria ser pensado como mais uma alternativa encontrada por aqueles que por algum motivo, não encontraram outro modo possível de, em determinadas situações, poder estar acessando serviços que não estejam diretamente

¹⁶ O AA pesquisado localiza-se à Rua Santos Dumont, 182- 2º Andar- Caixa Postal 329. E-mail: gaa.novavisaofsa@bol.com.br.

ligados a Irmandade ou não lhes configurou nenhum atrativo, por isso que se optou pela filosofia doutrinária do grupo. Talvez o x da questão para se explicar o não reconhecimento dos não frequentadores seja a pouca confiança depositada tanto no grupo quanto na doutrina.

Entretanto, apesar de muitos ainda optarem por frequentar as reuniões não existe avaliação criteriosa para saber sobre sua eficácia. Não há como avaliar resultados de ações que se baseiam única e exclusivamente a fiel obediência e respeito a uma doutrina confinada a espiritualidade humana como princípio norteador.

Uma das constatações feitas pela pesquisadora no decorrer da observação participante é a longa vivência em A.A, alguns há 10 anos, outros estão há mais de 20 anos frequentando. A pesquisadora pontua também que muitos creditam a frequência às reuniões como a solução para os problemas a serem enfrentados por eles próprios para eliminarem de vez o álcool de suas vidas (informação verbal)¹⁷. Inclusive, não deixaram de frisar que a frequência diária nas reuniões, ouvindo depoimentos, é que permite ao tratamento a definição de etapas, cada fase a seu tempo.

Em contraposição aos grupos de ajuda mútua existe uma lógica representada nos modelos de CAPS. Em linhas gerais, estes dispositivos de atenção se coadunam aos pressupostos da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, processos estes que resultaram na tardia implementação da Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/ 2001) que regulamenta o atendimento a pessoas com transtornos mentais e em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Antes de promulgada a Lei 10.216/ 2001, os manicômios, hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários figuravam como instituições de “atendimento”. A Medicina e a Psiquiatria com seu poderio, exerciam dominação. O financiamento destes espaços por hospitais privados e a administração, pelas categorias profissionais mencionadas implicou, segundo Vasconcelos (2010) na “indústria” da loucura.

No panorama histórico nacional brasileiro não existia, no país, nos séculos XVIII e XIX, o termo saúde mental. Com a emergência dos dispositivos de atenção, a “doença mental”, em voga desde as primeiras incursões higienistas e moralizadoras caiu em desuso. Isto é, todo indivíduo acometido por algum distúrbio orgânico/ biológico era considerado “doente”, tanto pela sociedade como pela classe médica. Houve-se a

¹⁷ Pesquisa direta (2013)

necessidade da mudança de nomenclatura para saúde mental, transferindo-se para uma abordagem de conteúdo mais abrangente da temática em pauta. Tal mudança, vale dizer, não se efetivou de imediato, mas, fruto de lutas, movimentos sociais de usuários dos serviços e da sociedade, até hoje encontra resistências à frente, esbarrando numa sociedade alicerçada num conservadorismo desmesurado e renitente, que intimida a construção de um projeto societário com vistas à transformação social.

Os modelos de atenção tendo como foco a humanização do atendimento começam a ser gestados no país com a implantação dos primeiros CAPS, marco da Reforma Psiquiátrica, dentro das capitais brasileiras, na região Sudeste. São Paulo no ano de 1986 funda o primeiro CAPS e posteriormente no Rio de Janeiro. Ribeiro (2004, p.95) sugere que a instalação deste dispositivo “se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental [...]”. Porém, aumentar o quantitativo de unidades CAPS, como vem ocorrendo, não é suficiente. Faz-se necessário, portanto, reescrever na prática cotidiana dos serviços a Reforma Psiquiátrica. A rede de atenção psicossocial encontra-se ainda demasiado fragilizada, entretanto esforços tem sido feitos.

Inicialmente o estudo da monografia em curso era direcionado somente ao grupo de A.A, alocado no município escolhido para realização da pesquisa. Por sugestão da orientadora da referida monografia, a ênfase no CAPS AD era de fundamental importância.

A pesquisa com metodologia qualitativa que “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2004, p.21-22). Foi realizada revisão bibliográfica sobre o uso de álcool e outras drogas, com foco no CAPS AD e os membros do A.A em tratamento de alcoolismo. Corroborando Minayo (2004) Destacamos a entrevista e a observação participante por se tratar de importantes componentes da realização da pesquisa qualitativa”

Participamos das reuniões de Alcoólicos Anônimos junto aos “alcoólicos em recuperação”, visitamos o CAPS AD e realizamos a pesquisa de campo com objetivo de articular a importância do modelo de atenção dos CAPS AD e do grupo de ajuda mútua, o A.A no processo de cuidado e recuperação, respectivamente.

A escolha de A.A se deveu por constituir no interesse da pesquisadora quanto ao (re)conhecimento do grupo enquanto tal.

Quanto as demais instituições pesquisadas o interesse se deu a partir de vivências no campo de estágio. As instituições de apoio ou de ajuda mútua se constituíram em foco para entrevistas. No CAPS AD foi entrevistada a única assistente social da instituição, uma vez que não houve disponibilidade em confrontar a equipe de profissionais. A pesquisa de campo ocorreu no período de junho a outubro de 2013 e a observação participante junto aos membros da Irmandade ocorreu no mês de agosto de 2013.

Foram realizadas entrevistas, no A.A de Feira de Santana, envolvendo os membros e demais integrantes da Irmandade como secretário e coordenador, prestando serviços necessários. Houve a necessidade de aplicar um roteiro de entrevista semi-estruturada diferenciado ao membro da Irmandade e a equipe multidisciplinar do CAPS AD, a fim de possibilitar uma análise específica da abordagem num A.A e da prática interventiva do Assistente Social na dinâmica pesquisada.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de junho e agosto. Para preservar a identidade dos entrevistados a assistente social será identificada por A.S e quanto aos participantes da Irmandade utilizaremos as designações entrevistado 01, e assim sucessivamente.

A entrevista foi realizada com indivíduos “em recuperação” que frequentam reuniões no alcoólicos anônimos. Foram entrevistados cinco integrantes que participam do grupo há mais de 10 anos em média, entre estes, um deles está apenas há cerca de um mês fazendo parte dos “alcoólicos em recuperação”.

Foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, com base em um roteiro preestabelecido e a visita institucional, entre os meses de agosto e setembro. Nessa visita, procuramos acordar previamente a importância da pesquisa e do sigilo profissional, tendo por pressuposto que a instituição não permitiria sob hipótese alguma o vazamento do conteúdo das informações através de mecanismos considerados tendenciosos. O diálogo inicia confuso porque a partir do momento que a pesquisadora ficara sabendo que a conversa não poderia ser gravada em gravador portátil, ambas não souberam estabelecer consenso sobre redigi-la em próprio punho ou deixaria as perguntas na instituição para serem respondidas pela assistente social num dia oportuno.

Mas, decidiram discutir naquele curto espaço de tempo, respondendo às perguntas solicitadas.

Ao tecer comentários sobre a inserção no mercado de trabalho a profissional relatou suas angústias e percebemos que na instituição não há estímulo a capacitação dos profissionais e assim, faz um desabafo:

Se você por um acaso vir a trabalhar aqui no CAPS AD, vai se deparar com diversas situações que não saberá como lidar. Aqui, a gente chega e vai se aprimorando. Trazendo para prática os conhecimentos passados pela teoria. Seria importante essa capacitação. Não existe essa capacitação. A gente vai aprendendo com a prática (A.S, setembro de 2013).

Por outro lado, adverte sobre o processo de preparo e instrumentalização da equipe frente aos dilemas do fazer profissional, evidenciando-se o esvaziamento de ricas interlocuções entre os atores envolvidos. Tal conjuntura traz rebatimentos significativos no que tange o aprimoramento da prática efetiva, desvelando conceitos e recriando estratégias inovadoras.

Percebe-se que, nas entrelinhas desta citação ora referida a saúde que deveria ser pública e de qualidade no Brasil tem aviltado a questão do “privilegiamento do produtor privado”. (BRAVO, 2000, p. 105). Ou seja, tal aviltamento resulta dos grandes conglomerados da lógica neoliberal com impactos expressivos na saúde brasileira, a privatização do público pelo privado.

Quando questionada se conhecia a política de álcool e outras drogas ficou na dúvida sobre do que realmente se tratava. Para surpresa da pesquisadora, depois de refletir, afirma: "*Nós aprendemos a Reforma Psiquiátrica. Sim. É alguma coisa relacionada a integral, né?*" (A.S, setembro de 2013)

Neste sentido, o que demonstra a necessidade de sua publicização e do engajamento

Do excerto pode-se depreender talvez um despreparo da profissional no que toca a implementação da política vigente haja vista que na instituição a qual presta os serviços, a qualificação e capacitação dos profissionais para dirimir as demandas e qualificar os atendimentos prestados a seus usuários não se configuram enquanto pautas. Mas, não devemos restringir a falta de preparo do/da profissional, tal qual problematizar a política.

A redução de danos, marco da política integral de atenção a usuários de álcool e outras drogas visa, na lógica contrária a abstinência, garantir a redução dos agravos à saúde, quando há consumo prejudicial de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, independente de qualquer pessoa. Com relação a política de redução de danos, disse: "*Política de redução de danos. Eles recebem verbas. Trabalhar com a política. Dentro há atividades de grupo destinadas a usuários de álcool e drogas*" (A.S, setembro de 2013)

Esboçando opinião acerca da política, enfatiza o seguinte:

Ela vem realmente pra gente poder dar um suporte aos usuários de álcool e outras drogas, para o acompanhamento desses pacientes. A meta não é a abstinência, mas a redução de danos porque sabemos o quanto é difícil para eles interromper o uso de vez, por isso tentamos mostrar a estes pacientes as causas, os efeitos e as consequências do consumo prejudicial (A.S, setembro de 2013)

Trata-se de uma estratégia de saúde pública que visa minimizar as possíveis consequências adversas do consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas sem necessariamente interromper o uso. Além disso, a redução de danos visa dar inclusão social e cidadania para usuários de drogas baseando-se nos direitos humanos, respeitando que todos tem o direito ao acesso a Saúde (CAPS AD Dr. Gutemberg de Almeida)

No CAPS AD há seis grupos de ajuda mútua de álcool e outras drogas. Funciona apenas para essa clientela. A partir da triagem, encaminha o usuário para as oficinas, para as atividades (A.S, setembro de 2013).

Sobre a capacitação, outra angústia: "*Somos nós mesmos que, com recursos próprios, buscamos aperfeiçoar nossa prática, participando de cursos de capacitação fora daqui, pois no CAPS AD isso não é realidade. A gente que corre atrás disso*" (A.S, setembro de 2013)

Sobre a assistência em Feira de Santana, contou-nos que:

O usuário, quando ele chega. Ele vem, ou acompanhado por uma instituição ou voluntariamente. Na redução de danos, a gente tem de trabalhar com eles os efeitos, os danos e as consequências. Pensou-se em separar esses grupos. Sendo grupal ou individual. Porque percebemos que alguns deles não se identificavam muito uns com os outros, daí resolvemos fazer esta divisão para que pudessem se beneficiar melhor do tratamento, num CAPS AD (A.S, setembro de

2013).

Noutro momento informou que: *"o único serviço que a gente tem, é o CAPS AD, ligado à prefeitura municipal e secretaria de saúde de Feira de Santana"* (A.S, setembro de 2013).

Visando o enriquecimento da pesquisa a entrevistada fez contribuições quando demonstrou disponibilidade em apresentar as instalações do local e, *"assim como você pode ver, aqui era uma casa, então adaptamos às nossas necessidades, olha só, temos dois leitos para pacientes que chegam alcoolizados"* (A.S, setembro de 2013).

O que se percebe no discurso acima é que embora parta de pontos legais na abordagem percebemos o quão distorcida é a rede de atenção, tendo como foco a redução do sujeito a mero objeto, quase um animalesco que precisa de adestramento e disciplina. Desta forma que é feito, esvazia-se o empoderamento quando a prioridade é tão somente dar conta das demandas que, sabemos perfeitamente, nunca são supridas. Na verdade, este é um dos desafios mais emblemáticos encontrados pelos profissionais da saúde mental.

3.3. O olhar dos participantes do A.A Nova Visão das Tradições em Feira de Santana acerca da questão do álcool e outras drogas

Os nomes dos indivíduos, citados neste trabalho, são fictícios por razões de respeito ao anonimato pessoal. Os depoimentos são referentes aos membros de A.A entrevistados, prestados nas reuniões e usados no corpo desta monografia.

Empregamos, nas entrevistas, uma aproximação por parte do “alcoólico em recuperação”, já que esta pesquisa busca depreender uma análise do discurso dos entrevistados quanto a percepção do alcoolismo num grupo de AA.

Procuramos selecionar, para nossa coleta de dados, alcoólicos que já contassem com mais de 10 anos de participação na Irmandade, por entender que esta vivência pudesse introjetar os princípios do grupo. Também consideramos como importante o fato de terem apresentado, nas conversas informais, alguns indicadores de mudança em

suas representações do gênero masculino, como quando entrevistado 01 comentou que o A.A o fez aprender atividades domésticas como o café, o que nunca antes fizera.

No CAPS AD, fizemos algumas interconexões com os discursos de membros no AA a respeito das representações de gênero e arranjos familiares, como exemplo tivemos no seguinte trecho: "*Moça, moro com meu pai. Mas ele é aquele tipo de pessoa muito ignorante, sabe? Minha mãe não mora aqui não, ela fica em outra cidade, e meus irmãos... Ah, estes nem querem saber de mim*" (usuário 1)

Do excerto, na fala do usuário, as implicações decorrentes do uso prejudicial tornam as relações interpessoais e intergeracionais mais fragilizadas à medida que propicia situações de abandono material e social, abandono do tratamento na vida daquele usuário e exclusão do mesmo em virtude da dificuldade de reinserção nos espaços institucionais e democráticos.

Durante as primeiras 6 reuniões de A.A em que estivemos presentes, notamos que a quantidade de membros no local era, em média, de 7 a 12. Por esta razão, ao restringirmos a cinco o número de entrevistados, não estamos longe deles representarem o grupo como um todo. Mas, a principal razão desta quantidade, foi o fato dos depoimentos começarem a se apresentar repetidos e/ ou pouco decifráveis.

Efetuamos as entrevistas de forma semi-estruturada, caracterizada por um diálogo entre pesquisador e pesquisados, com o apoio do roteiro apresentado em anexo. Elas não puderam ser gravadas. As perguntas foram respondidas no verso do roteiro, de próprio punho e, posteriormente transcritas e seu conteúdo avaliado. Também coletamos dados para nossa pesquisa através de conversas informais nos intervalos de 10 minutos (informação verbal).

As citações dos entrevistados e as falas captadas em depoimentos prestados na sala de reuniões, bem como trechos e orações dos livros da Irmandade, estão assinaladas entre “aspas” e em itálico. Os demais trechos colocados entre “aspas” são assim destacados, como de maior importância no contexto da frase.

Comparecemos às reuniões do grupo escolhido, situado em Feira de Santana, nas noites de terça, quarta e sexta-feira, durante os meses de junho e agosto totalizando 6 reuniões. Chegávamos habitualmente ao local onde funciona o grupo, por volta das 18:40 horas e normalmente já estavam presentes, no mínimo, dois membros da Irmandade, além do coordenador. Como já éramos conhecidos, nos cumprimentamos e

solicitamos ao coordenador permissão para gravar e depois transcrever a reunião. Recebi não como resposta, com a recomendação de que tal método pudesse comprometer os pilares do anonimato.

Na parede da sala estão expostos três banners. Um contendo os “12 passos” sugeridos para recuperação, outro as “12 Tradições” da Irmandade e mais um dos “12 conceitos”, dividindo a mesma parede. Próximo à entrada da sala, a “Oração da Serenidade” que diz: “Concedei-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguir uma das outras”.

A reunião é pontualmente celebrada em forma de ritual, com início às 19:00 horas, com intervalo para cafezinho das 20:00 às 20:10 e término às 21:00 horas. Rigorosamente, o coordenador convida os presentes para, de pé ou sentados, rezarem a “oração da serenidade” e, logo em seguida, um minuto de silêncio, com a leitura do preâmbulo do Livro Azul” com o seguinte teor:

“Alcoólicos Anônimos é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolverem seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para ser membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de A.A. não há taxas ou mensalidades; somos autossuficientes, graças às nossas próprias contribuições. A.A não está ligado a nenhuma seita ou religião, nenhum movimento político, nenhuma organização ou instituição; não deseja entrar em qualquer controvérsia; não apóia nem combate quaisquer causas. Nosso propósito primordial é o de mantermo-nos sóbrios e ajudarmos outros alcoólicos a alcançarem a sobriedade”. (Livro Azul dos A.A)

A seguir é dado prosseguimento à reunião com o convite do coordenador para quem se dispuser a fazer uso da palavra (geralmente o coordenador indica esta pessoa). Nas ocasiões em que estivemos presentes, pudemos captar algumas frases antológicas, nos discursos dos “alcoólicos em recuperação”, e frases por eles proferidas que instigaram esta pesquisa.

Escolhemos um grupo de A.A, por se caracterizar como grupo singular e se apropriar de uma “receita” adequada ao parar de beber. No desenrolar das entrevistas pudemos perceber que os grupos de mútua ajuda são consistentes porque filosóficos aonde os princípios contidos na doutrina devem ser respeitados. Sobre isto é

interessante notar que, a partir do excerto traduzimos os pensamentos que permeiam os ensinamentos de A.A quando entrevistado 01 coloca *“aqui tem companheiros nossos que tentam mudar algum passo, alguma tradição, mas nós permitimos isso e freamos logo”*.

Muitas respostas quanto aos fatores motivacionais que o levaram a começar com a bebida alcoólica se assemelham, a saber:

Amizades. (entrevistado 01, 02, 03).

Diante do exposto, depreende-se que as amizades, as festas são convidativos. O processo de socialização que há nestes espaços corrobora para iniciação precoce no consumo de bebidas alcoólicas. Entretanto, este ciclo não se fecha em si mesmo, inúmeros fatores estão por detrás dessa relação segundo Saporì (2010) no livro *Crack: um desafio social, simbiótica, entre o sujeito e a substância*, na qual são interdependentes. Noutra fala, percebemos semelhanças no tocante a iniciação dos usuários do CAPS AD com o álcool e drogas ilícitas também. Referimos que alguns deles cita as drogas ilícitas como algo prazeroso e habitual. Assim: *“Olha, ontem mesmo tive vontade de fumar maconha, e fumei. O gás lá de casa acabou ontem, estou com fome... Moça, a senhora pode pagar um lanche pra mim?”* (Usuário 1)

De acordo com Rocha (2005, p.268):

O abuso de drogas por adolescentes foi reconhecido com um problema sério somente no século XX, ao final dos anos 50, com os primeiros relatos de solventes. Nos anos 60, com os movimentos jovens ganhando força, as substâncias químicas, principalmente a maconha e os alucinógenos, começaram a fazer parte de seu mundo e, desde então, as drogas fazem parte do cenário internacional (ROCHA, 2005, p.268 apud GARCIA E OLIVEIRA, 2010, p.8)

Questionados sobre os impactos que tiveram na vida porque “bebiam muito”, entrevistado 02 e entrevistado 05 disseram:

Os impactos que o álcool teve em minha vida foi bastante profundo: O álcool vetor que eu continuasse com os meus estudos de nível superior consequentemente me tirou a chance de ter uma profissão. No trabalho tive alguns transtornos com chegar atrasado, desconforto com os colegas etc. Familiar com certeza causei preocupação aos meus pais (entrevistado 05).

Diante das afirmações entendemos que o absenteísmo é uma das consequências

do alcoolismo, fonte de preocupações para o empregador, resultando em prejuízos a este e na desqualificação de seu empregado porque, de acordo com entrevistado 03 *“ninguém suporta um bêbado, um alcoólatra, né?”*

Em situação diversa, notamos que o absenteísmo não consiste como dificultador nas relações entre o usuário e atividades laborativas, explicitado na fala: *Sou padeiro. Sei fazer pães, bolos... De noite eu trabalho como garçom num restaurante.* (Usuário 1)

Em outro depoimento, a respeito deste mesmo tema, temos a seguinte colocação: *no trabalho foram muitas advertências. No casamento foi muito sofrimento para minha esposa* (Entrevistado 02). Já entrevistado 01 difere do primeiro quando diz que houve *“muitas derrotas e perdas”*. E, *“de grande proporção: brigas, desavenças e perda de tempo”* foi a resposta do entrevistado 04 a respeito dos impactos.

O que demonstra que a bebida teria se tornado um grande alibi para fora dos problemas, ou seja, a fuga e o refúgio de situações embaraçosas, difíceis de se resolver.

Ao serem questionados sobre como é frequentar as reuniões de A.A, a chegada no grupo e o que significa para eles estar participando da Irmandade, algumas diferenças podem ser consideradas quando um deles foi bem taxativo e resume bem porque, para ele, os alcoólicos anônimos tem surtido efeito na sua vida (REIS, 2007).

Há quase duas década já participo de A.A. Decidir buscar essa casa de luz que é o A.A depois de analisar a minha vida e perceber que estava perdendo a juventude (entrevistado 05).

Conheci o A.A através de uma psicóloga. (entrevistado 02).

Através da dor do álcool procurei A.A. Só existe dois caminhos, ou é pelo amor ou é pela dor. (entrevistado 03)

Como podemos ver, mudam os critérios de seleção no círculo de amizades. O A.A se transforma num lugar que transmite tranquilidade para os “alcoólicos em recuperação, aonde podem contar suas histórias, tendo certeza de que não serão rejeitadas. Eles confiam muito um no outro, afinal, quem melhor para lhes compreender, senão aquele que também sofre? Esta indicação da psicóloga é referenciada porque às vezes, nas consultas psiquiátricas, o paciente é aconselhado a buscar também os grupos de mútua ajuda: *“Eu gosto muito da psiquiatra. Mas a psicóloga me mandou fazer uma oficina que não gosto, e, parece que é todos os dias...”*

A psiquiatra me ajudou muito." (Usuário 3)

A legalização das drogas foi um ponto levantado, para que opinassem a respeito e, as respostas foram unânimes. Os membros se posicionaram contrários ao governo e sociedade permitirem tal liberalização. Assim *"não concordo em legalizar drogas. Algumas são consideradas legais pela conveniência da sociedade e do governo"* (Entrevistado 04).

Já em outro depoimento mais drástico, diz-se que *"as drogas legais são aquelas que rende impostos ao governo. Se legalizar as drogas as sociedades sucumbem em si mesmas."* (Entrevistado 05); *"o capitalismo, sou contra a legalização."* (Entrevistado 01). Outro ainda complementa: *"o álcool é uma droga lícita e é um problema social. Imagine se outras drogas fossem liberadas."* (Entrevistado 04).

Do excerto pode-se inferir que a lógica proibicionista influencia também na percepção dos participantes de grupos de ajuda mútua. Entretanto, diferentemente daquela lógica, este “proibir” seria a presença num A.A, pois de certa forma o uso ficaria retido por algum tempo (SAPORI, 2010).

Os membros de A.A são bem entendidos no tocante a definição e classificação das drogas. Entretanto, os discursos que carregam consigo são impregnados de moralismos dando às drogas tom depreciativo e porque não dizer, subjetivo. Talvez esta “reformulação de vida” que se dispõem a fazer, obscureça qualquer debate analítico. Em contrapartida, Lima Júnior (2013) diz que “o debate sai da obscuridade, mas não do obscurantismo e exige ser construído com qualidade”.

A importância da família no tratamento foi considerada, na qual disseram: *"minha família apoia, pois sabe que é um tratamento muito bom para mim, e, que beneficia a todos."* (Entrevistado 5). O entrevistado 4 sintetiza a sua fala dizendo que a família *"da todo o apoio"*. Sendo complementado por *"minha família apoia mais não participa"* (Entrevistado 3). Resumidamente, inferimos a seguinte assertiva: *Ah. Da todo o apoio.* (Entrevistado 4). *Minha família está comigo no tratamento.* (Entrevistado 2).

No momento que entrevistávamos os usuários, chegou a esposa e disse-nos, desabafando:

Meu esposo faz tratamento aqui, sabe... Usa muita droga. A gente tem dois filhos adolescentes. Minha sogra, a mãe dele me ajuda também, e aí quando eu não posso vim ela vem no meu lugar. Eu tô grávida, né? Eu já disse a ele, meu marido que se ele não largar dessa vida, eu que

largo dele. Ele tem que parar com isso (esposa de usuário 3).

Nas falas dos profissionais, a importância da família não foi mencionada. Apenas uma das assistentes sociais fez o comentário do quão essencial é a presença da família para o tratamento do paciente.

A gente tenta chamar as famílias para que venham até o CAPS. Dizer aos familiares de que o apoio e a compreensão são necessários. Nós sabemos o que acontece com eles somente durante parte do dia, mas o restante do tempo não. Por isso, precisamos que a família converse conosco da equipe para podermos ajudar o paciente da melhor forma possível. (A.S, setembro de 2013)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa tem como objetivo evidenciar as diversas formas de expressão do alcoolismo sobre homens num A.A. A partir disso, afirmou-se como hipótese inicial que as expressões do alcoolismo proporcionam uma maior invisibilidade nos homens adeptos aos grupos de ajuda mútua, dificultando, assim a busca por outros modelos de atenção, devido aos tabus que ainda não foram rompidos.

Foi constatado que as concepções doutrinárias e filosóficas sobre os homens alcoolistas estão associadas a concepções moralistas inerentes ao ato de beber e as relações histórica e socialmente construídas tem implicações não só no modo como a questão é abordada, mas também afeta diretamente todos os aspectos que se relacionam com aquela problemática. Observou-se que tais concepções proporcionam uma ideologia que se cria e recria a todo instante por aqueles que preferem aderir a irmandades de ajuda mútua inculcando nas mentes a sua valoração como sequência de vida.

Os dados mostraram que mesmo com as constantes transformações socioculturais empreendidas na diversidade dos modelos de atenção existentes, os homens que participam das reuniões semanais da Irmandade A.A encontram-se subjugados aos preceitos rígidos e comportamentais do grupo referente a fiel observância daqueles. Neste sentido, a abordagem dos dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas mostra-se diferenciada, enquanto que para o A.A a abstinência é vista como meta específica a ser alcançada, para outras modalidades caracteriza-se como uma ação ineficaz, pois não condiz com a proposta mais atualizada da redução de danos que visa a cessação do consumo de maneira prolongada.

Essa abordagem abstinente pode levar a uma descaracterização sobre os homens que fazem uso de álcool, gerando, na maioria das vezes, um ocultamento. Isso não quer dizer que os homens alcoolistas ou melhor, “alcoólicos em recuperação” estejam à parte do contexto de sociedade, mas que essa invisibilidade representa uma particularidade intrínseca pertencente a grupos de ajuda mútua também chamados de auto ajuda.

A pesquisa realizada evidenciou diversas formas de expressão presente na vida dos homens alcoolistas. Foi possível identificar que o homem apresenta suporte familiar bastante expressivo. Geralmente, a família é a principal incentivadora, apesar de não se

constituir como fator motivacional a permanência do grupo. Assim, sua importância é primordial. Essa presença da família é bem percebida na tessitura dos depoimentos e falas dos entrevistados durante a estada num A.A.

Em outros espaços como no trabalho, as expressões são bem marcantes depois que o problema passa a ser conhecido e a interferir nos desentendimentos entre patrão e empregado. O absenteísmo também se mostra presente nas relações de trabalho e em casa.

O fato de o estudo ter uma amostra pequena de entrevistados não retira a relevância do achado de pesquisa. Estes dados instigam a busca de novas estratégias para a abordagem dos dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas, pois ultrapassa a abordagem meramente abstêmia, se apresentando em um campo multidisciplinar.

Fica claro no discurso dos participantes da pesquisa que é fundamental um espaço de discussão propositadamente interventiva atento às singularidades da temática, rompendo assim, com os modelos cristalizados nas demandas particulares. É importante destacar a relevância de tais dispositivos e romper com lógicas proibitivas, retrógradas e estigmatizantes possivelmente fadadas a extinção.

Destaca-se também que a padronização da vida, muitas vezes pode desencadear grandes entraves que se relacionam ao consumo de álcool. Por isso, os julgamentos moralistas remetidos aos homens são fruto de construções sociais que ainda perpetuam o imaginário social, disseminando a lógica que reflete a submissão aos ditames da sociedade.

Segundo pesquisas realizadas no âmbito nacional e internacional, como já foi dito, o índice de homens que fazem uso prejudicial tem aumentado, principalmente os jovens rapazes. Por isso, considera-se indispensável a formulação de novas políticas públicas, trazendo esclarecimentos à população.

Devido à complexidade da temática, aponta-se aqui propostas de estudo que a pesquisa não pode abarcar, como analisar de forma colaborativa os dispositivos existentes, o que seria essencial para identificar novos encaminhamentos possíveis.

REFERÊNCIAS

Alcoólicos Anônimos. Disponível em: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br>. Acesso em: 21 jun. 2013

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **II Levantamento sobre o consumo de álcool no Brasil: tendências entre 2006 e 2012**. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/.../LENAD_PressRelease_Alcohol_RVW.pdf. Acesso em: 02 out. 2013.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: 1988.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Legislação sobre Entorpecentes no Brasil**. Brasília: 1992.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 19 out. 2013.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis_leis2001/110216.htm. Acesso em: 19 out. 2013.

BRAVO, M. I. S. **As políticas brasileiras da seguridade social e saúde**. In: Capacitação em serviço social e política social- Módulo 3- Brasília: UnB. Centro de Educação à Distância, 2000, p. 105-135.

BRITES, C.M. **Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos**. Doutorado (Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4196. Acesso em: nov. 2013.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

CAMPOS, E.A. Por que os alcoólicos são anônimos? Anonimato e identidade no tratamento do alcoolismo. In: Interface- Comunicação, Saúde, Educação, v.13, nº 28, p. 19-30, jan./mar, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/isce/v13n28/v13n28a03.pdf>. Acesso em: nov. 2013

CARLINI. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil.** São Paulo. CEBRID/UNIFESP, 2002.

CARVALHO, M.C.B. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A.R; VITALE, M.A.F. Família: redes, laços e políticas públicas, 3ª ed. São Paulo: Cortez.

CORREIA e SILVA, R. **Política do Ministério da Saúde na área de drogas.** In: XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras Dependências, 1995, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas. Belo Horizonte: 1995, p. 81-85.

COSTA, J. S. da. **A importância da família para o tratamento de álcool e outras drogas.** 2008. (Monografia). Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ess.ufrj.br/monografias/103124804.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2013.

COSTA, S.F. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. Disponível em: <http://www.uel.br/.../29%20AS%20POLÍTICAS%20PÚBLICAS%20E%20AS%20C>. Acesso em: nov. 2013.

ESPINHEIRA, G. **Os tempos e as substâncias psicoativas das drogas.** In: ALBA, R.A. et al. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA, 2004, p. 11-26.

FEFFERMAN, M. **Vidas Arriscadas: o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico.** Petrópolis/RJ: Vozes, 2006. In: WOLLMANN, A.M. Drogas, violência, criminalização ao uso de psicoativos e direitos humanos: contribuições para um debate necessário. Revista Eletrônica de Ciências Sociais, ano 3, ed. 8, set./dez. 2009.

FIORE, M. **A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca dos debates institucionais e jurídicos.** In: VENANCIO, R.P; CARNEIRO, H. (Org.). Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda, 2005, p. 257-290.

_____. **Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público.** Campinas: Mercado de Letras/FAPESP, 2006.

FLACH, P. M. de Von. **A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no estado da Bahia.** 161 f. Dissertação (Mestrado Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2010.

FONSECA, L. A. **O estigma sobre as mulheres alcoolistas em tratamento no Serviço de Estudo e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas do Hospital Universitário de Brasília.** Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Humanas: Brasília, 2010. Disponível em: http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/1300/1/2009_LarissaAlvesFonseca.pdf. Acesso em: 19 jun.2013

FREITAS, R. C. S. **Em nome dos filhos, a formação de redes de solidariedade: algumas reflexões a partir do caso Acari.** In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº

71. São Paulo: Cortez, 2002.

GARCIA, F. J. R. A. **Como levar o alcoolismo no “osso do peito”:** um estudo da masculinidade entre alcoolistas. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Florianópolis, 2002. Disponível em: <http://www.javier.xpg.com.br/TCC.htm>. Acesso em: 15 jul. 2013.

GARCIA, T.L.A; OLIVEIRA, J.A. Adolescentes em conflito com a lei e a drogadição: desafios para os profissionais de Serviço Social, 2010. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2294/1865>>. Acesso em: nov. 2013.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Tradução de Márcia Bandeira de M. L. Nunes. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

GOMES, B. R; CAPPONI, M. **Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções.** In: Álcool e outras drogas. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRPSP, 2011. 142 f.; 23 cm.p.9-13.

GRUNPETER et al (Org.). O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. In: Anais do II Seminário Nacional, Movimentos Sociais, Participação e Democracia. 25 a 27 de abril de 2007, UFSC, Florianópolis, Brasil. Disponível em: <http://www.sociologia.ufsc.br/npms/paula_v_grunpeter.pdf>. Acesso em: nov. 2013.

HELLER, A. **A concepção de família no Estado de Bem-Estar Social.** In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 24. São Paulo: Cortez, 1987.

JAPIASSU, M; MARCONDES, D. Dicionário básico de filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 3.ed, 1996.

LEITE, M. C. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome da dependência de substâncias psicoativas.** 2ª.ed. SENAD, 2001.

MACHADO, A.R. **O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas.** 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2006

MACRAE, E; MARTINS, J. S. **Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas.** In: NERY FILHO, VALÉRIO, A. L. R. (Org.). Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua. Brasília: SENAD. Salvador: CETAD, 2010. p. 89 89 p.: il.

MAESTRI, M. Demandas Higienistas no século XXI: aspectos histórico-educacionais. In: Psicologia em Estudo, vol.5, nº 1. Maringá, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14137372200000012&script.>>. Acesso em:

nov. 2013.

MARTINS, J. de. S. **O massacre dos inocentes: a criança sem infância no Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 1991.

MEDEIROS, R. **Clínica e croni (cidade): impactos do uso/abuso de crack na configuração urbana e nos tratamentos da toxicomania.** In: _____. Crack: um desafio social. Belo Horizonte: PUC Minas, 2010. Cap. VII. p.165-218.

MINAYO, M. C. S. **A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde** (editorial). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (3), p.646-647, mai-jun, 2004.

_____. **Sobre a toxicomania da sociedade.** In: BAPTISTA, M et al (Org.). Drogas e pós-modernidade. Rio de Janeiro: Eduerj, 2003.

MINAYO, M. C. S e SOUZA, E. R. **Prefácio.** In: _____ (orgs). Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. P. 9-19.

MINUCHIN, S. **Famílias, funcionamento e tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MOTA, L. A. **Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?** São Paulo: Paulus, 2007.84 pp. (Coleção Questões Fundamentais da Saúde, 12). In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (3): 710-713, mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/27.pdf>. Acesso em: 19 out. 2013.

MUSUMESCI, B. **O consumo de álcool no país.** In: ZALUAR, A.(Org.). Drogas e Cidadania. São Paulo: Brasiliense, 1994.

NIEL, M; JULIÃO, A. **Conceitos gerais, avaliação diagnóstica e complicações clínicas.** In: SILVEIRA, D.X; MOREIRA, F.G. (Org.). Panorama atual de drogas e dependências: Atheneu. São Paulo, 2006.

NOTO, A. R. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras.** São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (UNIFESP). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2003.

PASSOS, E.M; SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. In: Psicologia& Sociedade; 23(1): 154-162, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>>. Acesso em: nov. 2013.

PERDUCA, M. **Vamos criminalizar a proibição!** In: ACSELRAD, G. (Org.). Avessos do prazer; drogas, AIDS e direitos humanos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 51-63.

PRATTA, E.M.M; SANTOS, M.A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. In: Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, abr/jun, 2009, v.25, nº 2, pp. 203-211. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: nov. 2013.

REIS, T. R. **“Fazer em grupo o que eu não posso fazer sozinho”**: indivíduo, grupo e identidade social em alcoólicos anônimos. Tese de Doutorado Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.ess.ufrj.br/monografias/106054985.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

_____. **O uso abusivo de álcool e outras drogas na sociedade brasileira e seus rebatimentos no âmbito da família: breves considerações**. In: Revista Àgora: Políticas Públicas e Serviço Social, ano 2, nº 3, dezembro de 2005. Disponível em:<http://www.assistentesocial.com.br/agora3/reis.doc>. Acesso em: 27 out. 2013.

RIBEIRO, M. M; ARAÚJO, M. R. **Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica**. In: SILVEIRA, D.X; MOREIRA, F.G. (Org.). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 457-68.

ROMANO, M. Álcool e violência urbana: sugestões de políticas públicas. In: VII Congresso Médico de Campinas, 2002. Disponível em:<<http://www.uniad.org.br/.../images/stories/.../alcool/Alcool%20e%20Violência.ppt>>. Acesso em: nov. 2013.

SÁAD, A. C. **Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos**. In: CRUZ, M.S e FERREIRA, S.M.B (Org.). Álcool e drogas- usos, dependências e tratamentos. Rio de Janeiro: IPUB- CUCA, 2001, p. 11-32.

SANTOS, J. L. G. dos. **Política de saúde pública para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: a prática no CAPS AD em Feira de Santana, Bahia, Brasil**. 2009. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania). Superintendência de Pesquisa e Pós- Graduação, Universidade Católica do Salvador, Salvador/BA, 2009.

SAPORI, L. F. (org.). **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte: PUC - Minas, 2010. 220 p.

SILVA, M. A. S. Sobre a análise do discurso. In: Revista de Psicologia da UNESP, 4 (1), 2005. Disponível em:<<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php>>. Acesso em: 28 out. 2013

SODELLI, M. **Drogas e ser humano: a prevenção do possível**. In: Álcool e outras drogas. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRPSP, 2011. 142 f.; 23 cm.p.15-21.

SOUZA et al. Política nacional sobre drogas e saúde mental: percepções dos gestores e os desafios intersetoriais no arranjo político. In: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.5,n.11, p.67-87, 2013.Disponível em:<<http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/2404/2890>>. Acesso em: nov. 2013.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VITALE, M. A. F. **Violência no cotidiano das famílias de camadas populares**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, n° 24. São Paulo: Cortez, 1987.

WOLLMANN, A. M. **Drogas, violência, criminalização ao uso de psicoativos e direitos humanos: contribuições para um debate necessário**. In: CSOnline- Revista Eletrônica de Ciências Sociais, ano 3, ed.8, set./dez. 2009.

ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e Cidadania: Repressão e Redução de Riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1994. In: WOLLMANN, A.M. Drogas, violência, criminalização ao uso de psicoativos e direitos humanos: contribuições para um debate necessário. Revista Eletrônica de Ciências Sociais, ano 3, ed. 8, set./dez. 2009. p.46-75

ZANELLATTO, E. A. **A prática profissional do assistente social nas unidades básicas de saúde de Cascavel**. Monografia (Bacharelado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade do Oeste do Paraná- Campus de Toledo, 2007. Disponível em:
[http:// cac.php.unioeste.br/.../serviço_social/2007_elizete_aparecida_zanellatto](http://cac.php.unioeste.br/.../serviço_social/2007_elizete_aparecida_zanellatto). Toledo 2007. Acesso em: 24 set. 2013.

APÊNDICE A

Roteiro da entrevista com membros do AA

1. Como ou o que, na sua opinião, lhe aproximou do álcool?
2. Quais os impactos que o álcool teve na sua vida profissional e familiar?
3. Para você por que algumas drogas são consideradas legais e outras ilegais? O que acha da proposta de legalizar as drogas?
4. Como e quando você decidiu procurar o AA? Você conhece outras formas de tratamento? Em caso afirmativo, você já participou ou buscou algumas destas formas de tratamento?
5. O que a sua família acha da sua participação no AA, e de outros tratamentos? Sua família participa do seu tratamento?

APÊNDICE B

Roteiro para entrevista com a assistente social do CAPS AD

- Política de álcool e outras drogas:

1. Você conhece esta política?
2. Como esta política vem sendo desenvolvida neste município?
3. Qual a sua opinião sobre esta política?

- Profissionais:

1. Como você acha que deveria ser a assistência aos usuários de álcool e outras drogas?
Dê as suas sugestões acerca das ações necessárias a implementação desta política.
2. Os profissionais que atuam na saúde e na assistência estão capacitados para intervirem neste campo?

- Assistência a usuários de álcool e outras drogas

1. Como é feita a assistência ao usuário de álcool e outras drogas neste município?
2. Como está organizada a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas neste município?