O ABUSO DO ÁLCOOL COMO PROBLEMA POLÍTICO:
análise das estratégias políticas de assistência ao consumidor abusivo de álcool no Brasil contemporâneo*

ABUSE OF ALCOHOL AS A POLITICAL ISSUE:
analysis of the political strategies of the assistance to the abusive consumer of alcohol in contemporary Brazil

ABUSO DE ALCOHOL COMO UM TEMA POLITICO:
un análisis de las estrategias políticas para ayudar a los consumidores del abuso de alcohol en el Brasil contemporâneo

Wildoberto Batista Gurgel
Anna Gomide Mochel
Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha

Resumo: Análise das estratégias políticas para o enfrentamento da drogadicção por álcool. Examina-se a questão do abuso do álcool e sua dependência como um problema político na sociedade brasileira contemporânea e as formas estatais de enfrentamento. Analisam-se os documentos oficiais da política de saúde mental e verifica-se o lugar reservado para a assistência ao dependente químico e seus familiares. Identifica-se o papel reservado ao CAPS nessa política e sua forma de atuação. Percebe-se que o consumo abusivo do álcool está inserido em um paradoxo que o vê como uma questão de saúde mental, mas é limitado pela indústria de psicoativadores que vende como um modo de vida feliz.
Palavras-chave: Alcoolismo. Morte Social. Políticas Públicas de Saúde Mental.

Abstract: Analysis of political strategies for drug addiction for alcohol coping. This paper examines the issue of alcohol abuse and dependence as a political problem in contemporary Brazilian society and the state forms of coping. It analyzes the official documents of mental health policy and checks the place reserved for assistance to the addict and his family. Identifies the role reserved to the CAPS in that policy and its way of acting. It is felt that the alcohol abuse is embedded in a paradox which is seen as a mental health issue but it is limited by psychoactive industry that sells it as a way of happy life.
Keywords: Alcoholism. Social Death. Public Policies on Mental Health.

Resumen: Análisis de las estrategias políticas para lidiar con la adicción al alcohol. Se examina la cuestión del abuso y dependencia de alcohol como un problema político en la sociedad brasileña contemporánea y las formas estatales de afrontamiento. Se examina los documentos oficiales de la política de salud mental y es verificado el lugar reservado para la asistencia a los adictos y sus familias. Se identifica el papel reservado al CAPS en esa política y la forma en que opera. Se puede percibir que el consumo exagerado del alcohol es parte de una paradoja que lo ve como un cuestión de salud mental, pero está limitado por la industria de psicoactivos que vende como una forma de vida feliz.
Palabras clave: Alcoholismo. Muerte Social. La Política Pública de Salud Mental.

1 INTRODUÇÃO

O problema do consumo abusivo do álcool é tão antigo quanto a história da humanidade. Todas as culturas conhecidas utilizam algum tipo de álcool e, frequentemente, o seu consumo escapa ao controle dos usuários. Quando isso acontece, as consequências podem ser bastante severas: cânceres, doenças vasculares, hepáticas, gastrointestinais, prejuízos sociais – como gastos com tratamento da dependência e suas complicações –, horas de trabalho perdidas, evasão escolar e criminalidade etc. É por essa razão que Ferreira; Laranjeira (1998) afirmam que a drogadicção, incluso a dependência do álcool, constituem um dos principais problemas de saúde pública e, consequentemente, um problema político.

Como substância psicoativadora, o álcool pode produzir vários tipos de alterações no comportamento – percepção, cognição e humor – e não tem um público determinado. Segundo Flaherty, Channon e Davis (1990), a ocorrência do consumo abusivo do álcool e sua dependência é indiscriminada e pode atingir a todos, sem discriminação de gêne-

* Artigo recebido em maio 2010
Aprovado em julho 2010

ro, raça ou territórios. Isso faz do consumo abusivo do álcool uma ameaça global, cujo enfrentamento não pode ser pontual, sob a forma exclusiva de ações assistenciais ou na exibição de campanhas publicitárias com o intuito de minimizar danos, do tipo: *se beber, não dirija*. A queda de braços desfavorável às campanhas de saúde pública em favor daquelas veiculadas pela indústria de psicoativos – em particular da indústria do álcool, e a ausência de estratégias mais eficientes, é uma realidade que precisa de um enfrentamento mais amplo e eficaz.

O surgimento de uma política de saúde mental que considere o consumo abusivo do álcool como um problema do Estado brasileiro é produto tanto dessa realidade quanto de revisões jurídicas e sociais embasadas em avaliações dos paradigmas assistenciais anteriores, especialmente os de exclusão social. Embora os dois processos estejam interligados, a existência de legislação sobre o assunto não ocasiona obrigatoriamente a implementação de uma política pública em saúde mental. Aliás, como a própria OMS denuncia, há alguns países nos quais a legislação em saúde mental existe, mas não é transformada em políticas concretas, sendo os casos de consumo abusivo do álcool e outros transtornos mentais tratados como violação de direitos humanos ou caso de polícia. Nesse contexto, é interessante notar que embora 75% dos países de todo o mundo possuam legislação em saúde mental, apenas metade (51%) tem leis aprovadas depois de 1990, e praticamente um sexto (15%) possui legislação que remonta aos anos pré-1960 (WHO, 2001). Além disso, como atesta Dye (1992), se as políticas públicas são processos complexos e contínuos que exigem constantes atualizações, nem sempre o que vemos na prática é o que foi pensado.

As leis federais 10.216/01 e 10.708/03, marcos legais da política socialmente inclusiva de saúde mental no Brasil, têm como proposta uma política garantidora de direitos, não apenas do ponto de vista jurídico, mas, especialmente, político, haja visto ela ser parte integrante do movimento social e político que culminou com a *reforma psiquiátrica.*

Como todo movimento político, a formulação de uma política dessa natureza tem múltiplas determinações, a maioria delas originadas ainda nos anos 1970, junto com a redemocratização do país. Ou seja, ela é produto tanto da mobilização de profissionais da saúde mental, familiares de pacientes com transtornos mentais e da classe política, quanto de instituições e acordos internacionais dos quais o Brasil se tornou signatário. Assim, sob a influência da psiquiatria democrática foi criada a PNSM (Política Nacional de Saúde Mental), cuja premissa fundamental e claramente assumida é a ampliação do conceito de saúde mental e suas formas de manutenção.

Essa premissa tem sido implementada por meio da ampliação da rede de assistência à saúde mental e fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais que propiciam a criação de tecnologias intensivas e intermediárias entre o tratamento ambulatorial e hospitalar. Seu núcleo heurístico é a mudança paradigmática do tratamento isolado (modelo de exclusão social) para o tratamento inserido no convívio familiar e comunitário (modelo de inclusão social), significando que o tratamento não é oferecido exclusivamente ao indivíduo, mas à coletividade. Nessa concepção ampliada de assistência à saúde mental, não faz sentido tratar apenas o indivíduo. Tanto a pessoa quanto o ambiente precisam de cuidados interativos.

Justamente por isso, e graças ao caráter dialético dessa política, são exigidas mudanças progressivas e ampliação do repertório assistencial ao público-alvo, portador de inúmeras e contraditórias demandas, tanto em tipos quanto em graus. Ela procura atender a múltiplos enfoques que variam de acordo com o tipo de substância psicoativadoras, padrão de consumo, disponibilidade de sistemas de apoio psicossocial e características individuais do usuário. Isso se traduz na manutenção de instalações mais conservadoras, como hospitais psiquiátricos (mesmo contra a vontade de muitos), até a instalação de outras mais abertas de base comunitária como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), passando por SRT (Serviço Residencial Terapêutico), CCC (Centro de Convivência e Cultura), leitos em hospitais gerais, a ambulatórios e programas mais voltados para a transferência da assistência para a família, como o Programa de Volta para Casa. Nessa perspectiva, embora o CAPS seja o carro-chefe desse paradigma, porque tem sido a assistência mais próxima possível da família e da comunidade, não é o único.

Contudo, a passagem lenta e gradual que culminou nessa *reforma* implicou em uma mudança de paradigmas que pode tanto gerar ansiedade em demasia como certo desconforto com a nova estrutura. Às vezes, há certa insegurança, especialmente por parte daqueles que estavam habituados com o antigo paradigma de assistência psiquiátrica, cujo funcionamento era conhecido e previsível.

Enquanto o novo modelo não é plenamente assumido, o maior perdedor é justamente o adicto e seus familiares. Esse indivíduo passa por muitos momentos difíceis. Durante o pe-

ríodo de drogadicção pode ter perdido o emprego ou deixado os estudos, afastando-se da família, dos amigos não-usuários e limitando suas atividades à manutenção da dependência. Quando interrompe o consumo, depara-se com uma nova realidade na qual, com frequência, vê-se excluído do grupo de amigos de antes, tem dificuldade para se adequar aos novos laços, em virtude até mesmo da desconfiança daqueles de quem se aproxima.

Essa situação é uma ameaça constante ao tratamento e recuperação, caracterizando a drogadicção como uma morte social da qual é praticamente impossível sair por meio de ações isoladas ou sem o apoio de programas ou políticas sociais que possam assegurar a sua reinserção na sociedade. Para compreendê-la, bem como as alternativas para o processo de recuperação e reinserção social, resolvemos estudar as estratégias políticas formuladas e implementadas para a redução dos danos provocados pelo consumo abusivo do álcool e de outras drogas, transformando-os em uma questão política.

2 CONSUMO ABUSIVO DO ÁLCOOL, MORTE SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

A questão do consumo abusivo do álcool e sua dependência se insere na questão maior da dependência de substâncias psicoativadoras, ou, mais especificamente, na questão da drogadicção. Mas, afinal, o que vem a ser drogadicção? Com o intuito de elaborar não uma resposta, mas uma diretriz para o debate sobre a questão e a formulação de políticas públicas para o seu enfrentamento, a OMS a apresenta como:

> Um estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por um comportamento e outras reações que incluem sempre compulsão para ingerir a droga, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, às vezes, para evitar o desconforto de sua abstinência (OMS *apud* LOUZÃ NETO *et al.* 1995, p.122).

Coerente com essa definição, Focchi (2004 *apud* SOUSA, 2005) classificou as drogas de acordo com seus efeitos predominantes no cérebro, em: a) *depressoras*: levam ao letargismo, como álcool, inalantes (cola de sapateiro, esmalte) e opioides (heroína, por exemplo); b) *estimulantes*: provocam excitação, agitação e euforia, como cocaína, nicotina e anfetaminas; e, c) *alucinógenas*: induzem a alucinações, sendo maconha e LSD as mais comuns das que atuam nesse sentido. Esses efeitos não são exclusivos nem excludentes, de modo que o consumo do álcool pode, inicialmente, ser encarado como um *estimulante* (*beber para se desinibir*), embora esse efeito seja seguido da letargia.

Contudo, apesar desse e de outros estudos, ainda não há resposta para a indagação sobre o(s) motivo(s) que faz(em) com que alguém, após iniciar o consumo de uma droga como o álcool, torne-se dependente. Os estímulos podem ser das mais diversas ordens. A esse respeito, Louzã Neto *et al.* (1995, p.23) inferem que pelo menos três classes devem ser consideradas na gênese da drogadicção: a droga em si, as características do indivíduo e do meio ambiente e a hipótese de uma causa genética. Flaherty, Chano e Davis. (1990) destacam fatores como curiosidade, situação sócio-econômica, instabilidade familiar, fatores psicológicos e condicionamento aprendido. Rezende (2005) evidencia que quanto maior for a dificuldade para adaptação social, maior a probabilidade de iniciação no consumo de psicoativos, o que, por sua vez, incrementa o desajustamento do indivíduo ao meio social. Schenker e Minayo (2004) identificam maior prevalência do consumo de psicoativos entre pessoas pertencentes a famílias nas quais os seus integrantes mal ficam juntos, são organizadas de forma desengajada ou que possuem fraco vínculo entre si. Micheli; Formigoni (2001, p.22) atestam que essa iniciação está mais ligada aos círculos de amizades: "[...] ter amigos que fazem uso de drogas é a condição principal para ocorrer a experiência inicial". Destacam ainda que a facilidade de obtenção ou disponibilidade da droga, especialmente tabaco e álcool, e as situações ou eventos aliados a sensações negativas como solidão, abandono e depressão são fatores que contribuem para o início do consumo. No entanto, o que realmente se pode afirmar com segurança é que vários fatores estão associados ao consumo abusivo do álcool.

A idade de início do consumo de drogas em geral situa-se entre 9 e 14 anos. Levantamento realizado em 1997, em seis capitais brasileiras, demonstrou que, em média, 88,25% dessa população consumiram na vida substâncias psicoativadoras, sendo que as mais consumidas foram tabaco, maconha, álcool, cocaína e derivados (BRASIL, 2004a). Dentre esses, conforme já apontara Taborda, Pardo-Lima e Busnello. (1996, p.100),

> [...] o álcool é a substância mais utilizada no mundo e as consequências de seu uso continuado são um dos maiores problemas de saúde pública pela grande morbidade que o acompanha.

Ou, como afirma Azevedo (2002), embora seja uma droga relacionada a doenças, violência, desordens sociais e morte, tem se tornado um problema cada vez maior, haja vista que ocupa lugar proeminente na história da humanidade, é amplamente utilizado, tolerado fisiológica e socialmente e tem lugar garantido em

eventos sociais e cerimônias religiosas,

No que se refere ao adicto, apesar da tolerância social e incentivo midiático, sua vida não significa exemplo de aceitação social. Em muitos casos, seu grupo social ou familiar o considera indesejável, graças às manifestações de comportamentos antissociais e delitivos. Uma das bases dessa exclusão é a crença de que o ato de *consumir álcool* não pode ser responsabilizado pelo comportamento intolerado (isso seria fetichismo). A ingestão do álcool altera o nível de consciência e a coordenação motora, o que pode favorecer ou não o aparecimento de determinado comportamento, a depender de certa predisposição moral ou psíquica do adicto.

Não importa a gênese desse comportamento, o fato é que essa exclusão existe e se configura como aquilo que Thomas (1983) chamou de morte social. Morte social no sentido de que há uma ruptura traumática todas as vezes que a pessoa deixa de pertencer a um grupo dado, ou mais precisamente, quando fatores como idade ou perda de funções conduzem a interdições sociais. Ela está ligada tanto aos rituais de passagem – correspondente às fases da vida – quanto à perda de papeis e funções sócio-políticas, originada de acontecimentos das mais diversas ordens. No caso em questão, da dependência química do álcool.

A morte social é um evento social e historicamente determinado pautado por inúmeras contradições. No caso dos adictos não é diferente. O consumo abusivo e dependência do álcool é um fenômeno social que carrega consigo vários significados contraditórios. Na atual sociedade de consumo, apesar das diversas leituras, o consumo abusivo do álcool é resultado do encontro entre determinada tradição cultural secular e a recente indústria capitalista de psicoativos. Esse fenômeno mobiliza recursos financeiros, sentimentos e posturas contraditórios, bem como serviços públicos e privados de assistência à saúde. Tais contradições estão presentes tanto na sua massificação positiva, do tipo que se vê nas campanhas publicitárias que vendem *alegria num copo de cerveja*, quanto à sua massificação negativa, do tipo que se vê nas condenações morais de que *o alcoólatra é um fraco que não sabe beber*. Se a música proclama «vou beber até cair», quando o indivíduo cai, a sua moral cai junto, tornando-se o único ou principal responsável pela sua fraqueza. Ele é um incapaz de resistir ao álcool e será algo de chacota para os mais resistentes.

Esses paradoxos são reforçadores que afetam significativamente o bem-estar das pessoas que convivem com ou são alcoolistas, em especial, quando a situação já é de dependência. Além dos danos causados pela drogadicção, somam-se as exigências de um modelo de vida social exemplar, muitas vezes interdito pelas próprias condições da dependência. Essas dificuldades tornam-se estímulos e reforçadores para mantê-lo adicto, sem falar na ausência de apoio para ajudá-lo a reduzir os danos associados à dependência e ser inserido em outras contingências, inclusive naquelas que não o consideram o único responsável pela situação na qual se encontra.

Tais contingências, ao lado de pressões sociais dos mais diversos grupos, têm convencido os formuladores de políticas a postularem que a questão da drogadicção em geral, e do alcoolismo em particular, não pode ser enfrentada como questão isolada; responsabilidade exclusiva do indivíduo. Ela passou a ser identificada como uma questão de saúde mental e perpassa todas as esferas da sociedade, envolvendo tanto o patrimônio público quanto o poder designado para administrá-lo.

Contudo, a questão da saúde mental como preocupação política, isto é, o controle social estatal sobre os problemas mentais, não é uma novidade de nossa época. Ao longo da história ocidental sempre existiram ações políticas, de origem estatal ou não, voltadas para esse controle, embora tenha sido somente com o advento da chamada medicina social que esse controle se tornou abertamente questão política sob a tutela das ações governamentais, ou, como escreveu Vechi (2004), sob o gerenciamento científico da loucura.

Esse *gerenciamento* deslocou a questão da saúde mental para o plano da ocupação estratégica do Estado, que, como atestam Jardim *et al.* (2009, p.242), «[...] define a forma de organização da produção da atenção em saúde e determina as características de acesso, da qualidade da atenção e do processo de trabalho». Ele está ligado, como também assinalou Foucault (2005), à própria origem da hospitalização e desenvolvimento do capitalismo industrial, significando que, em muitos casos, analisar um é se deparar com o outro. Ou, conforme defendem Jardim *et al.* (2009, p.242), trata-se de um movimento social e político que é parte das disputas de poder:

> As políticas de saúde expressam uma dimensão de poder e se constituem em respostas de caráter social, através do movimento ou da omissão do Estado e suas representações frente às condições de saúde (individual e coletiva), implicando, assim, em relações de produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços relacionados a saúde.

Não há, portanto, como separar as políticas de saúde mental e a questão da produção e distribuição de riquezas. Essa indissociabilidade chama a atenção para a relação orgânica que existe entre as formas de Estado e as formas de assistência à saúde mental, na qual

a segunda é expressão da primeira. No Brasil, essa relação se tornou mais explícita a partir da metade do século XIX quando o governo passou a se ocupar com a hospitalização dos pacientes com transtornos mentais. No entanto, a incapacidade de atingir a todos, uma vez que só havia centros psiquiátricos nas regiões de maior desenvolvimento econômico, fez com que o próprio Estado, a partir de seus agentes sanitários, em um processo que durou mais de um século, repensasse esse modelo de controle, substituindo-o por outro mais centrado na interação social. Inicialmente entre os próprios internos, depois com a família e a sociedade. A esse redirecionamento das estratégias de controle social ou de *gerenciamento científico da loucura* convencionou-se chamar de *reforma psiquiátrica*.

Por *reforma psiquiátrica* se compreende, oficialmente, o resultado de um movimento complexo que interage com outros, nacionais e internacionais, dentro de um contexto de mudanças e lutas sociais marcado por inúmeras contradições e interesses, tal como aparece no documento *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*:

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

A primeira fase dessa *reforma,* de 1978 a 1991, esteve centrada na crítica ao *saber psiquiátrico* e ao modelo hospitalar ou hospitalocêntrico. O principal ator social foi o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) que tinha como estandarte a denúncia contra a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência às pessoas com transtornos mentais. As suas bases ideológicas eram tanto de origens internas (oriundas de reflexões filosóficas, artísticas ou literárias), quanto externas (especialmente as influenciadas pela experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria).

O movimento se tornou mais forte, embora continuasse centrado na região sudeste, a partir de 1987, quando o discurso de crítica e denúncia começou a dar lugar à construção de experiências alternativas de assistência em saúde mental. Naquele ano, na cidade de São Paulo, foi criado o primeiro CAPS, apresentando-se como opção mais humanizada, materializando a proposta lançada no II Congresso Nacional do MTSM (Bauru/SP), que clamava *por uma sociedade sem manicômios*. Em 1989, a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP na Casa de Saúde Anchieta, atendendo denúncia de maus tratos contra os pacientes, e a repercussão que essa ação obteve na imprensa confirmou que o movimento ganhara a simpatia dos órgãos públicos, da imprensa e da população em geral. Nesse mesmo ano foram criados os NAPS, em Santos, além de cooperativas, residências para os egressos dos hospitais psiquiátricos e associações de usuários, familiares e amigos de pessoas com transtornos mentais em diversos outros municípios da região.

A expansão dessa *reforma* para além do sudeste e início da construção do marco legal da PNSM inclui a ação do movimento ligado ao deputado Paulo Delgado que, em 1989, deu entrada no Congresso Nacional ao Projeto de Lei n. 3.657/89 propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Apesar de a lei só ter sido aprovada doze anos depois, e após sofrer muitas modificações, essa iniciativa político-parlamentar dera início a um *boom* legislativo por todo o território nacional com inúmeras tentativas de normatizar a forma como cada estado faria a sua reforma.

Em 1990, a II Conferência Nacional de Saúde Mental fechou com o modelo das experiências do sudeste (CAPS, NAPS e Hospitais-dia) como paradigma do ideário da PNSM. A partir de então foram criadas as primeiras normas para gerenciamento da fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. E, em 1992 vários estados já tinham aprovado as suas leis e iniciado a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, caracterizando a segunda fase da *reforma psiquiátrica brasileira*, a da *implantação da rede extra-hospitalar.*

A atuação do MS (Ministério da Saúde) nessa política tem levado o Brasil a se tornar signatário de vários acordos internacionais que visam à implementação de políticas de saúde mental mais coerentes com as diretrizes da OMS e os direitos humanos. Contudo, como a maioria das políticas públicas que geram novos paradigmas, a transição de um modelo ao outro não tem sido fácil nem imediata. Essa decisão é portadora de contradições e se vê obrigada a lidar com paradigmas concorrentes. Assim, parte das ações governamentais da PNSM se manteve presa aos paradigmas manicomiais, enquanto a outra implementava a *reforma psiquiátrica*:

> Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p.8).

Mesmo após a publicação da lei federal n. 10.216/01, a política, em seu escopo estratégico e jurídico, ainda não tinha definido claramente como fazer a passagem do sistema manicomial para a assistência mais integralizadora:

> [...] a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005, p.8).

O que faltava a favor dos reformadores veio com a pressão estabelecida pelo consenso firmado na III Conferência Nacional de Saúde Mental, quando se decidiu pelo modelo desospitalizado de assistência, mesmo que isso significasse o abandono da tarefa de repensar o lugar dos hospitais psiquiátricos dentro da *reforma*. Acabou-se, na verdade, criando uma barreira de difícil conciliação, e a favor do primeiro, entre o paradigma desospitalizado e o manicomial. Desse modo, a promulgação da lei federal n.10.216/01 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, alinhadas com as diretrizes da *reforma psiquiátrica*, passaram a definir as bases ideológicas e legais da PNSM. Esse marco inaugura a expansão do novo paradigma em saúde mental no Brasil, como mostra o documento:

> A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa "De Volta para Casa". Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2005, p.9).

Com essa decisão, a política definiu suas linhas de financiamento passando a privilegiar os serviços assistenciais abertos e substitutivos dos hospitais psiquiátricos, além da criação de novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos. As ações devem ocorrer em todos os níveis de poder (federal, estadual e municipal), além da participação de movimentos sociais e não-governamentais.

Com base nesse processo, os formuladores acreditam que o país se encontra, formalmente, preparado para estabelecer uma PNSM coerente com diretrizes mais humanitárias e com os acordos internacionais sobre a matéria. O paradigma dessa política é a assistência em rede intersetorial, levando em conta o perfil e o quantitativo populacional de cada território. Em função disso, a PNSM preconiza a interação de diversas áreas de saber e atuação focal na reabilitação do usuário dos serviços por meio de oficinas, cursos, palestras, atividades lúdicas, laborativas e assistência clínica especializada e psicossocial, além do fornecimento de medicamentos e orientação para seu uso correto.

A realidade sobre a qual essas definições e prática se assentam tem múltiplas determinações sociais e históricas que não serão desconstruídas ou transformadas em um intervalo de tempo muito breve, bem como é composta por diferentes atores que precisam ser cuidados a partir de múltiplas estratégias reabilitadoras. Do lado dos usuários dessa rede, aproximados 3% sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do consumo de álcool e de outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental (contínuo ou eventual) (BRASIL, 2010), bem como são pessoas mais conscientes dos seus direitos civis e sociais. Do lado do governo, prevalece a tendência de reversão do modelo hospitalar (a desospitalização) para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar de base comunitária, o entendimento do consumo e dependência química (inclusive do álcool e do tabaco) como problemas de saúde pública, além de ratificação das diretrizes do SUS pela Lei federal n. 10.216/01 e III Conferência Nacional de Saúde Mental, apesar de ter destinado apenas 2,3% do orçamento anual do SUS para a área da saúde mental. Em ambos os casos, trata-se de um cenário que produz o próprio adoecimento das pessoas (sociedade competitiva, consumismo, superexposição ao estímulo para consumo do álcool, tabaco e outras drogas etc) e exige a cura, seja como mais um bem a ser consumido, seja como uma estratégia política do controle social sobre os corpos.

3 O DESAFIO DA REABILITAÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O MS tem passado a enfatizar o consumo abusivo do álcool como problema de saúde

pública, tendo em vista a relação comprovada entre esse tipo de consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam (BRASIL, 2004b). O MS enfoca ainda que "[...] o enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial", pela grande morbidade que o acompanha, seja ela física, psíquica ou emocional. O modus operandi proposto então para o enfrentamento da drogadicção como questão política está exposto na forma como foram elaboradas as ações estratégicas dos modelos de assistência à saúde mental, bem como na forma como cada estratégia deve ser posta em prática.

O carro-chefe dessas estratégias são os CAPS voltados para os usuários de álcool e outras drogas, conhecidos como CAPS-ad, como bem mostram os dados do MS, (BRASIL, 2010). Esses dados indicavam existir, em todo o país, até abril de 2010, 1.502 CAPS, dos quais 231 CAPS-ad, sendo São Paulo, com 58, Rio Grande do Sul, com 21, Paraná, com 19 e Ceará, com 17 os estados que mais possuem essa estratégia. Já o número de hospitais psiquiátricos, em junho de 2009, era de 208, sendo São Paulo, com 53, o estado com o maior número. Nesse mesmo período, a quantidade de beneficiários do Programa de Volta para Casa era de 3.346, sendo São Paulo, com 975, e Rio de Janeiro, com 701, os dois estados com o maior número de concessões do benefício.

É importante ressaltar que a ação estratégica do CAPS-ad se propaga para a família dos pacientes, incluindo-os na rede social de apoio e redução de danos, bem como que a forma de materializar essa assistência integralizadora e intersetorial tem várias modalidades e se renova a cada dia. Nesse sentido, a amostra coletada tem caráter meramente tipológico e descreve um momento específico da implementação da política. Justamente por isso e para facilitar a análise e disposição dos dados coletados, foram estabelecidos eixos sintetizadores das propostas de atuação dos CAPS-ad junto aos usuários, familiares e sociedade. Esses eixos são: a) intervenções/tratamentos para dependentes químicos; b) redução de danos na adicção; e, c) reinserção/inclusão social do adicto.

3.1 Intervenções breves e outros tratamentos para os drogadictos

As intervenções breves para problemas relacionados ao consumo abusivo do álcool têm sido uma das principais estratégias adotadas nos CAPS-ad para acolhimento do drogadicto e enfrentamento da sua morte social. Há várias razões para preferi-las. Marques; Furtado (2004) são defensores dessas intervenções e acreditam na sua eficácia, desde que se ofereça treinamento competente e hábil aos profissionais que a aplicarão. Esses autores frisam que há um paradoxo na atual sociedade brasileira que precisa ser enfrentado: ela tem se tornado mais atenta para a dimensão dos problemas médicos e sociais decorrentes da drogadicção, contudo, há um abismo extraordinário entre a crescente demanda por assistência e os recursos existentes. Esse paradoxo exige que o foco e a prioridade de políticas assistenciais seja o equacionamento entre o maior alcance e a maior efetividade possível com o uso de recursos limitados, tanto na área pública, como nos serviços privados, razão pela qual a intervenção breve é uma ferramenta indispensável para os CAPS-ad.

O MS coaduna com essa ferramenta quando apresenta os CAPS, inclusive os CAPS-ad, como estratégias da PNSM que têm como objetivo permitir planejamento terapêutico dentro da perspectiva individualizada, não individualizadora e de evolução contínua (BRASIL, 2004c). Para tanto, os CAPS devem possibilitar intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento, e se apresentarem como uma excelente alternativa de intervenção junto às pessoas com problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativadoras e seus familiares.

Corradi-Webster *et al*. (2005) investigando a capacitação dos profissionais de atenção básica em PSFs (Programas Saúde da Família) para essas intervenções breves, especialmente junto a consumidores abusivos de álcool, concluíram que tais profissionais ainda carecem dessa capacitação. Contudo, afirmam que nos casos em que ela existe, os benefícios para a população usuária desses serviços são bastante animadores: houve ruptura dos esterótipos em torno da adicção, identificação dos padrões de consumo, bem como implementação de intervenções breves eficientes.

Na mesma direção, Moraes (2008) faz referência aos CAPS-ad, como um modelo de atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas, preconizando que eles carregam consigo a ideologia da passagem de doentes para cidadãos, de reinserção social e intersetorialidade das ações, da adoção da redução de danos e outros princípios para atenção integral, justa e equânime. Essa ideologia, apesar de não ser verificada completamente em algumas práticas, tem como principal mecanismo de aplicação no plano macro da assistência a atenção diferenciada em rede, e no plano micro, as intervenções breves e focais. Para a autora, é necessária uma reorientação da prática, buscando romper com a cultura do preconceito, da exclu-

são e da doença, bem como com modelos controladores baseados na psiquiatria hospitalocêntrica.

Há, contudo, algumas disputas em torno da natureza dessas intervenções. Schenker e Minayo (2004) defendem que ela deva ser sistêmica e integrar a participação da família, especialmente quando se tratar de usuário adolescente, uma vez que a adolescência é o momento do ciclo vital mais fértil para o consumo abusivo ou indevido de drogas. Para elas, "[...] os tratamentos são construídos, na busca de engajamento e retenção daquele que abusa da droga, seja através das figuras significativas da família que se preocupam com ele". Pechansky *et al*. (2001) chamam a atenção para a falta de importância dada às intervenções breves e focais, bem como à falta de estrutura para esse tipo de atendimento, a dificuldade de reter em tratamento usuários de drogas injetáveis e de motivar equipes e usuários para o tratamento. Resende (2005), por sua vez, fala que, embora tenha havido 64% de adesão à terapia breve, não houve diminuição da passagem do estágio da contemplação para os estágios da ação e da manutenção. Para o autor, a entrevista motivacional e a terapia cognitivo-comportamental são importantíssimas abordagens que poderiam mostrar mais eficácia na diminuição da adicção.

Embora as intervenções breves sejam as mais difundidas e até as preferidas pela PNSM, há outras necessidades que demandam outras formas terapêuticas, seja porque há outros enfoques sobre a concepção de saúde mental, seja porque há situações nas quais, simplesmente, as intervenções breves não são as mais indicadas. Cunha e Novaes (2004), em uma abordagem neurocognitiva da saúde mental, afirmam haver relação entre danos cerebrais e seus efeitos na cognição e no comportamento do indivíduo, o que pode chegar à geração de transtornos persistentes de memória e demência alcoólica. Para esses autores, embora muitas pesquisas tenham apontado para novas formas de tratamento e intervenções, contrariando este enfoque, os déficits cognitivos encontrados nos adictos, especialmente nos consumidores abusivos do álcool, têm implicação direta no tratamento, o que significa demandas diferenciadas e especializadas, impossíveis de serem plenamente oferecidas por meio de intervenções breves. Para Marques (2001), os casos menos graves relacionados ao consumo abusivo do álcool e de outras drogas podem ser atendidos por psiquiatras ou psicólogos em serviços públicos ou privados, mas, casos mais graves devem ser encaminhados ao serviço hospitalar.

O fato é que, embora se tenha cada vez mais discutido sobre as intervenções ou tratamento voltados especificamente para os adictos, ainda ocorre com muita frequência a sua hospitalização em clínicas especializadas para o tratamento de pessoas com transtornos mentais. Isso faz com que eles recebam a mesma terapêutica e medicamentos que aqueles, não diminuindo os seus problemas com o consumo abusivo das drogas. Ao contrário, em muitos casos, há até mesmo o incremento de desajuste físico, mental e social dos mesmos. Destaca-se, portanto, o valor de uma terapia exclusiva para esse público, uma vez que durante o processo de desintoxicação é fundamental observar também se a adicção não afetou o seu estilo de vida. Muitas vezes a vida de antes para a qual o tratamento irá devolvê-lo era uma vida em torno da procura, do consumo ou da recuperação dos efeitos do consumo dos psicoativadores, em detrimento de outra forma de vida possível, graças ao remanejo das suas contingências.

3.2 Redução de danos na adicção

A ideia de que o MS irá combater o consumo do álcool e de outras drogas não faz parte do repertório dos documentos oficiais da PNSM. A linguagem utilizada fala em redução de danos. Para o MS o Brasil passa por uma virada paradigmática que somente agora reconhece o consumo abusivo do álcool como um problema de saúde pública: "[...] os graves problemas de saúde pública decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas não vinham merecendo no Brasil, até o momento, uma resposta governamental efetiva" (BRASIL, 2004d). E mais adiante, "[...] os danos sociais e à saúde relacionados ao álcool só encontram acolhida na saúde pública quando os problemas já são graves, e a intervenção se torna menos eficaz". Essa nova concepção não pode passar de uma radicalidade a outra: antes não era um problema, então era permitido [e incentivado] o consumo; agora é um problema, logo é proibido. Antes de tudo, como formulação política, ela precisa ser aceita, o que significa ter de negociar com os mais diversos segmentos sociais e as mais diversas subjetividades.

Reale (2001), que associa redução de danos a direitos humanos, parte da teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott, e busca demonstrar que

> [...] a ênfase [ou não] dada à subjetividade daqueles a que se destinam estes programas de inserção podem contribuir para a maior [ou não] qualificação da obtenção da mudança almejada [psíquica, atitudinal, comportamental].

Essa centralidade na subjetividade como eficácia na estratégia de redução de danos aparece também em autores como Ronza-

ni (2005). Pesquisando as dificuldades para a implantação de rotinas de rastreamento do consumo abusivo do risco de álcool e da intervenção breve na atenção primária, associa a subjetividade dos agentes a outros fatores. Ele concluiu que as principais dificuldades para a implantação de ações de prevenção secundária para o consumo de risco de bebidas alcoólicas na atenção primária são: a) falta de engajamento dos profissionais de saúde e descrença na melhoria dos acidentes em relação a problemas associados ao consumo de álcool; b) o paradigma preventivo, embora amplamente discutido, raramente é colocado em prática nos serviços de saúde; e, c) a dificuldade dos gestores em ponderar adequadamente a importância de tais ações.

O MS estabelece algumas estratégias para a redução de danos causados pelo consumo abusivo do álcool e de outras drogas (BRASIL, 2002). Tais estratégias são vistas como as medidas que podem ser implementadas para se conseguir minimizar os danos à saúde relacionados ao consumo de drogas. A cartilha sugere como estratégia de redução de danos a "[...] substituição do consumo de drogas 'mais pesadas' para o consumo de drogas 'mais leves'". Ainda segundo esse documento, uma das mais importantes estratégias continua a ser o combate à epidemia pelo HIV entre os usuários de drogas injetáveis, mesmo que para isso seja estimulado o uso de outras vias, como a inalada. Mas, o básico é compreender que "[...] o usuário não é o inimigo ou o incapaz que não sabe nada sobre si próprio e que não tem nada a colaborar com a sociedade", pois, muitas vezes "[...] ele se coloca neste papel em função de preconceito e estigma". Mesmo assim, deve-se procurar quebrar essa imagem. As parcerias também devem ser estimuladas e realizadas com proprietários de bares, postos de gasolina etc.

Por fim, busca-se dar ênfase na grande valia que os programas regionais, estaduais ou setoriais, como o Teia da Amizade, no Paraná, têm diante dessas ações de redução de danos voltadas para as pessoas com problemas relacionados ao consumo abusivo de substâncias psicoativadoras. Essa ênfase reconhece, partilha e amplia a rede, reconhecendo que essas estratégias podem dar um novo sentido ao processo de reintegração social ou retorno às atividades estagnadas diante dependência química.

3.3 Reinserção/inclusão social do adicto

Costa (2001), investigando o processo de reinserção social do adicto após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica, buscou indicadores da dinâmica do processo de exclusão/inclusão do egresso ao meio social. Sua conclusão foi a de que a reinserção só acontece nos casos em que o grupo familiar é participante, de modo que essa participação não é somente um indicador importante, mas preponderante para o sucesso da reabilitação. A participação do grupo familiar permite à comunidade terapêutica, quando devidamente atenta, fazer alterações, inclusive nas contingências familiares, que são fatores desencadeadores ou reforçadores do consumo abusivo de substâncias psicoativadoras.

O retorno ao trabalho foi também outro indicador essencial para a reabilitação e reinserção do adicto, além da inserção em grupos de amizades que não funcionem como estimulantes ou reforçadores da adicção. Contudo, é importante salientar que são poucos os estudos realizados sobre essa fase da vida do adicto. Mesmo porque tão difícil quanto sair do estado de dependência química é incluir-se novamente no convívio social ou familiar. As perdas ocorridas durante o processo de adicção, que vão desde a alteração da auto-estima e auto-imagem até ao completo afastamento dos grupos familiares, amizades e laborais somam-se como impedimentos para sair desse estado, mantendo-o em sua morte social. Por isso, ressalta-se a importância de mais estudos sobre esse momento da vida dos adictos para que se possa dar maior sustentação às estratégias políticas voltadas para a sua reinserção social.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do consumo abusivo do álcool ou de substâncias psicoativadoras já foi abordado sob muitas óticas: a religiosa, a moral, a psicológica etc. e agora tem sido abordada como uma questão política estatal. Entrou na agenda pública por meio dos danos causados em sua decorrência: gastos públicos e sociais, com vítimas de acidentes de trânsito, doenças cardiovasculares, pulmonares, absenteísmos etc. Uma das saídas, historicamente determinada pelo capitalismo liberal de reclusão social, foi o isolamento em clínicas e hospitais psiquiátricos. Essa decisão foi paulatinamente revista em um longo processo que permanece inacabado, conhecido por dois movimentos que se unem e se separam: a reforma psiquiátrica e a luta anti-manicomial.

Mais recentemente, a agenda pública é revista e o problema da adicção volta à pauta, dessa vez influenciado pelo capitalismo neoliberal de inclusão social, cuja principal bandeira na área da saúde é a da desospitalização e cuidados domiciliares. E, como apesar

do aparente processo de conscientização das pessoas, o consumo abusivo de substâncias psicoativadoras, como o álcool, tem crescido de forma vertiginosa, o gestor tem justificado a implantação de programas de prevenção aos danos decorrentes dessa forma de consumo. Na sua lógica, torna-se importante adotar condutas que priorizem a população-alvo e suas condições psicossociais, ambientais e afetivas, bem como questões ideológicas e políticas, procurando desenvolver medidas a partir da compreensão dos fatores que têm levado esses indivíduos ao consumo abusivo de tais substâncias, e, acima de tudo, fornecendo cuidado individualizado, não individualizador, observando suas necessidades e perdas.

Na forma escolhida para o enfrentamento das questões sociais relacionadas ao consumo abusivo do álcool, a ideia de uma rede intersetorial que deve acolher e ser responsável pelas questões em torno da adicção e seus danos, complementada pelas ações estatais, como formulador, gestor, avaliador e fiscalizador de políticas públicas, passa a ser a principal estratégia de transformação da questão do consumo abusivo do álcool como uma questão política.

Tem dado certo?

Diante da atual conjuntura, evidenciada por meio de pesquisas, estudos e debates relacionados ao consumo e consumo abusivo de substâncias psicoativadoras e aos seus efeitos no organismo e na vida das pessoas, deve-se enfatizar que muito tem sido feito, embora não o bastante. É notório o quanto a rede de atendimento fica aquém da necessidade ou demanda; até mesmo por esse não ser um tema fácil de ser discutido, nem compreendido, já que envolve não apenas fatores biológicos, mas emocionais, psicológicos e sociais dos envolvidos no processo da adicção.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J.R. de. Manifestação orgânica do alcoolismo. In: PALHANO, R. *Simpósio sobre atualidades em alcoolismo***.** São Luís, 2002.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. *Política nacional antidrogas***.** Brasília/DF, 2004a.

___. *Saúde mental no SUS***:** os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília/DF, 2004b.

___. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de àlcool e outras drogas*. 2. ed. Brasília/DF, 2004c.

___. Álcool e Redução de Danos: uma Abordagem Inovadora para Países em Transição. Brasília/DF, Ministério da saúde, 2004 d.

___ *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília,DF, 2005.

___ Dados em saúde mental. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=925>. Acesso em: 23 maio 2010.

CORRADI-WEBSTER, C.M. *et al.,* Capacitação de profissionais do Programa de Saúde da Família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para uso problemático de álcool. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v.1, n.1, p.1-10, 2005.

COSTA, S.F.C. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. *Serviço Social em Revista*, v.3, n.2, 2001.

CUNHA, P.J.; NOVAES, M. A. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.26, n.1, p.23-27, 2004.

FERREIRA, M.P.; LARANJEIRA, R.R. Dependência de substâncias psicoativas. In: ITO, L.M. *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos***.** Porto Alegre: Artes médicas, 1998. cap. 8.

FOUCALT, M*. A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

FLAHERTY, J.A.; CHANNON, R.A.; DAVIS, J.M. *Psiquiatria***:** diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

LOUZÃ NETO, M.R., *et al*. *Psiquiatria básica***.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MARQUES, A.C.P.R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *Revista IMESC*, v.1, n.3, p.73-86, , 2001.

___; FURTADO, E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n.1, 2004, p.28-32.

JARDIM, V.M.R.; KANTORSKI, L. P.; QUEVEDO, A.L.A. Avaliação da Política de Saúde Mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. Texto Contexto Enfermagem, n. 18, v. 2, abr-jun, 2009, p. 241-248.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M.L. As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêem os padrões de uso futuro? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria***,** São Paulo, v.3, n.1, p.20-29, 2001.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, jan./fev. 2008. Disponível em: <www.scielosp.org/scielo>. Acesso em: 08 mar. 2008.

PECHANSKY, F. *et al.* Limites e alternativas para a implementação de um programa para dependentes químicos em risco para infecção pelo HIV utilizando o conceito de rede social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.195-204, jan-fev, 2001.

REALE, D. Drogas, redução de danos e direitos humanos: transitando com Winnicott. *Revista Urutágua* – Revista Acadêmica Multidisciplinar, v.2, n.6, p.15-22, abr-jul, 2001.

REZENDE, M.M. Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêuticas: algumas considerações. *Revista de Psiquiatria Clínica,* [S.l.:s.n.], p.126-132, set. 2004/fev. 2005.

RESENDE, G.L.O. Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.32, n.4, p.211-217, 2005.

RONZANI. T.M. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.852-861, mai-jun 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, mai-jun, p.649-659, 2004.

SOUSA, D.D.S. de. *Opinião dos usuários da unidade de álcool e outras drogas do Hospital Nina Rodrigues com relação ao atendimento recebido***.** 2005. 52 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2005.

TABORDA, J.G.; PARDO-LIMA, P.; BUSNELLO, E. A. *Rotinas em psiquiatria***.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

THOMAS, L.V. *Antropologia de la Muerte*. México: Fondo de Cultura Economica, 1983.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. Estudos de Psicologia. n. 9, v. 3, set--dez, 2004, p. 484-495.

WHO. Atlas: Mental Health Resources in the World: 2001. Genebra. World Health Organization.