Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Sociais
Faculdade de Serviço Social

Thays Ribeiro da Silva

Transtorno mental grave e usos de drogas: desafios do cuidado no campo da atenção psicossocial

Rio de Janeiro
2021

Thays Ribeiro da Silva

Transtorno mental grave e usos de drogas: desafios do cuidado no campo da atenção psicossocial

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Trabalho e Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

S586 Silva, Thays Ribeiro da.
Transtorno mental grave e usos de drogas: desafios do cuidado no campo da atenção psicossocial / Thays Ribeiro da Silva . – 2021.
134 f.

Orientador: Marco José de Oliveira Duarte.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.

1. Drogas – Abuso – Teses. 2. Saúde mental – Teses. 3. Políticas públicas – Teses. 4. Centro de Atenção Psicossocial – Teses. I. Duarte, Marco José de Oliveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 364.272

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Thays Ribeiro da Silva

Transtorno mental grave e usos de drogas:
desafios do cuidado no campo da atenção psicossocial

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovada em 22 de outubro de 2021.
Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte (Orientador)
Faculdade de Serviço Social – UERJ

_____

Profa. Dra. Ana Inês Simões Cardoso de Melo
Faculdade de Serviço Social – UERJ

_____

Profa. Dra. Sabrina Pereira Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Rio de Janeiro
2021

AGRADECIMENTOS

Os processos que envolvem a pesquisa e a escrita nunca são simples, mas se tornaram um enorme desafio diante do grave quadro de pandemia ocasionado pela Covid-19, que impactou a vida de todos nós. Seguir adiante com a pesquisa e concluí-la, apesar do contexto pandêmico, exigiu um esforço grandioso da minha parte, porém isso só foi possível porque tive apoio. Por isso deixo registrada, aqui, minha gratidão:

Ao meu amor e melhor amigo, Maurício Korenchendler, que acreditou mais em mim do que eu mesma, me acolheu nos momentos de angústia e foi meu maior incentivador. Obrigada por tudo.

À minha mãe, Lucimar Ribeiro, pelo apoio durante esse processo e por sempre ter acreditado que a educação me levaria mais longe.

Às minhas companheiras e companheiro de turma no mestrado, Carolina Moraes, Carolina Heringer, Aurilene e Valdemar, que dividiram comigo dificuldades inerentes à vida acadêmica, mas também momentos divertidos e afetuosos pelos corredores da UERJ.

Ao professor Marco José Duarte, meu orientador, pelas contribuições que faz para o meu amadurecimento acadêmico desde a graduação e por acreditar no meu potencial.

Às professoras Ana Inês Melo e Sabrina Paiva, pelas importantes contribuições na banca de qualificação e por aceitarem o convite de estarem na banca de defesa.

Agradeço imensamente as/aos profissionais entrevistadas/os dos dois Centros de Atenção Psicossocial da Grande Tijuca, que, generosamente, dispuseram de seu tempo e contribuíram de maneira fundamental para este trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural.
Pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural.
Nada deve parecer impossível de mudar.

Bertolt Brecht

RESUMO

SILVA, T. R. **Transtorno mental grave e usos de drogas**: desafios do cuidado no campo da atenção psicossocial. 2021. 134 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Esta dissertação de mestrado tem como proposta analisar o cuidado em saúde mental e seus desafios, nos CAPS II e CAPSad II localizados na cidade do Rio de Janeiro, em um mesmo território, quando se trata da associação entre transtorno mental grave e persistente e o uso de drogas na atualidade. O estudo se volta para o cuidado em saúde nos serviços de base territorial específicos do campo da atenção psicossocial, as formas de abordagem do uso de drogas associado aos transtornos mentais, bem como os avanços e retrocessos políticos-legislativos que impactam nesse cuidado. Constitui-se como uma pesquisa qualitativa, de triangulação de dados, com revisão da literatura, de base narrativa, a partir de estudos teóricos, análise documental relacionada aos documentos oficiais da área de saúde mental, álcool e outras drogas e de entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuam diretamente com tal público para compreender o objeto ora explicitado. Conclui-se que o cuidado em saúde mental e drogas dirigido às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes que fazem uso prejudicial de drogas tem sido atravessado por retrocessos de ordem econômica que trazem consequências negativas evidentes ao serviço prestado à população. Entretanto, parte da dificuldade em estabelecer esse cuidado decorre também da cultura manicomial e proibicionista hegemônica no país, que se manifesta explicitamente nas atuais políticas governamentais, mas se revela também nas barreiras de acesso impetradas pelos profissionais que constituem as redes de serviços.

Palavras-chave: Drogas. Saúde mental. Cuidado. Modelo de atenção psicossocial. Política pública.

ABSTRACT

SILVA, T. R. **Severe mental disorder and drug use**: care challenges in the field of psychosocial care. 2021. 134 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The current master thesis approaches to mental health care and its challenges, at CAPS II and CAPSad II, located in the same territory of the city of Rio de Janeiro, given the relation between severe and persistent mental disorder and use of drugs nowadays. The study focuses on health care in territorially-based services driven to psychosocial care field, its ways of approaching drug use to mental disorders, as well as the political-legal advances and setbacks that impact on it. It is a qualitative, data triangulation research, with a literature review, from a narrative based on theoretical studies, documental analysis related to official documents in the field of mental health, alcohol and other drugs and semi-structured interviews with professionals who work directly with such audience in order to understand the object explained in here. Its conclusion is that the mental health care and drugs addressed to people with severe and persistent mental disorders who make harmful use of drugs has been affected by economic setbacks that bring evident, negative consequences to the service provided to this population. However, part of the difficulty in establishing this care also stems from the hegemonic asylum and prohibitionist culture in the country, which is updated in current government policies, but is also revealed in the barriers imposed by professionals who make up the service network.

Keywords: Drugs. Mental health. Health care. Psychosocial care model. Public policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa dos Bairros da Área Programática 2.2 77

Figura 2 – Mapa das Unidades de Saúde da Área Programática 2.2 79

Quadro 1 – Identificação dos Informantes 81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AD – Atenção ao Uso de Drogas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AMB – Associação Médica Brasileira

AP – Área Programática

AT – Atenção ao Transtorno Mental

BA – Bahia

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CECRH – Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CF – Clínica da Família

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CMT – Centro Mineiro de Toxicomania

CMS – Centro Municipal de Saúde

CNFE – Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CNSM-I – Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos

CRAS – Centros de Referência de Assistência Social

CREAS – Centros de Referência Especializado de Assistência Social

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

FETEB – Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

MTSM – Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

NA – Narcóticos Anônimos

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPAD – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas

ONU – Organização das Nações Unidas

OSS – Organização Social de Saúde

PJ – Pessoa Jurídica

PNAD – Política Nacional Antidrogas

PPC – Policlínica Piquet Carneiro

PROAD – Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes

PT – Partido dos Trabalhadores

PVS – Programa de Volta para Casa

RD – Redução de Danos

RAS – Redes de Atenção em Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

RCPCD – Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

RASPDC – Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SENAPRED – Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SES-RJ – Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UNB – Universidade de Brasília

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	16
1.	**LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**	20
1.1	**Experiências internacionais de crítica ao manicômio**	25
1.2	**Construção da reforma psiquiátrica brasileira**	30
1.3	**Avanços e retrocessos do campo da atenção psicossocial no Brasil**	37
1.3.1	Neoconservadorismo, neoliberalismo e o campo da atenção psicossocial	40
2.	**DROGAS, PROIBICIONISMO E O CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS**	44
2.1	**Panorama do proibicionismo no contexto internacional**	46
2.2	**As ações do Estado relacionadas às drogas no contexto brasileiro**	51
2.3	**Saúde pública e os usos prejudiciais de drogas no Brasil**	62
3.	**O CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL QUE FAZEM USO DE DROGAS**	73
3.1	**Territorialização do cuidado: um estudo de caso**	73
3.1.1	Território da Grande Tijuca: o campo de pesquisa	76
3.2	**Os desafios do cuidado em saúde mental e drogas às pessoas com transtorno mental que fazem uso de drogas na atualidade**	80
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada	113
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	114
	ANEXO A – Parecer de aprovação do CEP/UERJ	116
	ANEXO B – Parecer de aprovação do CEP/SMS-Prefeitura do Rio de Janeiro .	123

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado é desdobramento dos últimos anos da experiência acadêmico-profissional obtida durante o período como residente multiprofissional em saúde mental, o qual possibilitou a inserção em um hospital psiquiátrico (composto pelos setores de emergência, enfermaria, ambulatório e hospital-dia), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) II, na cidade do Rio de Janeiro, e um CAPSad II na cidade de Salvador/BA.

Durante esse período foi possível identificar que existem muitas pessoas com transtornos mentais graves que fazem uso de álcool e outras drogas, assim como usuários de drogas[1] que, em um dado momento, desenvolvem algum transtorno mental.

Este cenário exige dos profissionais maior habilidade no manejo e no diálogo entre os componentes da rede de saúde em geral e da rede de atenção psicossocial (RAPS), em particular, para efetivar o cuidado destinado a esse público, bem como demanda maior grau de aproximação entre as políticas sociais, visto que uma rede intersetorial tem que ser constantemente acionada para ser possível responder às demandas e proporcionar um cuidado integral em saúde.

O estabelecimento desse cuidado se mostra desafiador tanto pela exigência de resposta às necessidades de saúde desse público específico quanto pelo próprio contexto político e econômico do país, com congelamento do repasse de verbas, cortes orçamentários nas políticas sociais e retrocessos político-econômicos, principalmente, no que tange à manutenção e ampliação da RAPS.

Cabe salientar que, ao longo desse período, identificou-se que as equipes dos CAPS, aparentemente, demonstram ter certa dificuldade no cuidado em saúde mental quando se trata dos sujeitos anteriormente mencionados. Tanto no campo de Atenção ao transtorno mental (AT) quanto no campo da Atenção ao uso de drogas (AD), parece haver algum embaraço no manejo em relação aos sujeitos que ultrapassam os limites implícitos de cada lado.

Assim sendo, a partir dessas impressões causadas pela vivência profissional em diversos serviços de saúde mental, questiona-se se essa aparente dificuldade existe de fato e, caso exista, como interfere no cuidado cotidiano com esses sujeitos que, não

[1] Não se fará diferenciação entre álcool e as demais drogas ilícitas neste trabalho, pois parte-se da compreensão de que ambas não tem diferenciação senão o fato da proibição entre uma e outras, já que todas "interferem quimicamente com processos fisiológicos, produzindo estados de consciência alterada, [...] todas têm em comum a virtude de saciarem apetites do corpo e do espírito" (CARNEIRO, 2002, p. 14).

intencionalmente, demandam maior investimento profissional e pressionam a rede pública de saúde mental através da sua própria singularidade de existência.

É importante refletir e problematizar também a relação entre o cuidado em saúde mental e drogas e a resposta dada às necessidades de saúde (CECÍLIO, 2009) desses sujeitos diante de um cenário macropolítico caracterizado pela redução drástica dos investimentos governamentais em políticas públicas e sucateamento dos serviços, o que pode afetar a prática daqueles profissionais que atuam diretamente nesse cuidado.

A realidade e o trabalho cotidiano nos dispositivos da RAPS tornam explícita a complexidade do cuidado e nos convocam constantemente a refletir, uma vez que se pode enveredar por rumos que destoam do paradigma psicossocial e cair na armadilha do engessamento das práticas. Nessa medida, cabe, tanto aos profissionais da área quanto aos demais engajados com a defesa do modelo de atenção psicossocial, questionar como as práticas de cuidado se dão nesses espaços institucionais, se estão abertas a receber também aqueles que ultrapassam o limite demarcado pelo próprio funcionamento de cada campo e se a complexidade do cuidado com esses sujeitos expõe certa fragilidade do funcionamento das redes intra e intersetorial diante do cenário político, cultural e econômico da atualidade.

O que nos interessa neste trabalho, dito isto, é entender como tem se dado o cuidado em saúde mental nesses casos tão complexos, onde a linha tênue que divide Atenção ao transtorno mental (AT) e Atenção ao uso de drogas (AD) se dissipa justamente pela forma de existência dos sujeitos que não se encaixam num só espaço e ultrapassam os limites e regras de cada campo específico dentro da atenção psicossocial.

Esclarecemos, aqui, diante do que vem sendo exposto sobre o campo AT e o campo AD num esforço teórico de compreensão da realidade, que podemos pensar a atenção psicossocial como um grande *campo*, uma vez que o Campo da Atenção Psicossocial vem se definindo a partir de princípios e de uma ética pautada no rompimento com a lógica punitivista, discriminatória, segregacionista e manicomializante-hospitalocêntrica, que coloca o tratamento em saúde mental baseado numa outra forma de cuidado ao transformar as relações entre profissional e usuário, visto que coloca também neste último a corresponsabilidade pelas definições e caminhos para seu cuidado e para a construção de novos rumos para esta área.

Costa-Rosa (2012) afirma que o modo psicossocial, *modus operandi* do campo da atenção psicossocial, se diferencia do modo asilar fazendo exatamente a sua contraposição, sendo, dessa maneira, “extra-asilar” ou “não-asilar”. Existe neste modo um deslocamento fundamental do núcleo das transformações, que passa do indivíduo para a instituição e o

contexto social. Assim, a eliminação da loucura a todo e qualquer custo deixa de ser o objetivo e passa a ser entendido como fragmento da existência de cada um e, portanto, o cuidado, deixa de objetificar e passa a implicar os sujeitos no processo dessa produção, tanto subjetiva quanto objetivamente.

De acordo com Bourdieu (1989), a estrutura social pode ser analisada através da consideração da existência de campos, os quais se constituem por agentes que tem relações objetivas entre si. Nesse sentido, cada campo possui certa generalidade e propriedades invariantes, apesar de haver diferenças entre um e outro, pois existem leis fundamentais e lógicas próprias de funcionamento que os caracterizam de maneira singular, processos históricos de formação e regras que os peculiarizam e os fazem, em certa medida, autônomos.

Os campos têm, deste modo, uma estrutura de relações objetivas que explica a forma concreta das interações sociais entre os agentes. Para Bourdieu (1989), a hipótese de existência de homologias estruturais e funcionais entre todos os campos tem eficácia heurística eminente:

> Além disso, a paciência das aplicações práticas repetidas deste método é uma das vias possíveis [...] da ascensão semântica [...] permitindo levar a um nível de generalidade e de formalização mais elevado os princípios teóricos envolvidos no estudo empírico de universos diferentes e as leis invariantes da estrutura e da história dos diferentes campos (BOURDIEU, 1989, p. 67).

Cavalleri et. al (2013) explicam que para Bourdieu o social existe de maneira dupla, na relação entre as estruturas sociais externas, expressas pelo conceito de campo, e as estruturas objetivas incorporadas pelos agentes, expressa através do conceito de *habitus.* Campos são, portanto,

> Espacios de juego historicamente constituídos com sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento proprios' a la vez que 'todo campo, en tanto que producto histórico, engendra el interes que es la condición de su funcionamento (BOURDIEU, 1987 apud CAVALLERI et. al, 2013, p. 26).

Nessa linha de pensamento é possível identificar outra propriedade que compõe um campo, apesar de menos explícita, que corresponde a que todas as pessoas comprometidas com determinado campo têm uma quantidade de interesses fundamentais em comum que se conectam pela existência deste mesmo (CAVALLERI et. al, 2013).

Habitus seria, a partir do exposto acima, a incorporação das estruturas objetivas (campo) pelos agentes, que se apresenta como princípio organizador e reprodutor de práticas e representações sociais. Dessa maneira, o *habitus* existe somente na relação entre agente e estrutura, é o sentido incorporado, o que permite certo comportamento em determinada

situação. *Habitus* é, em sua essência, um mecanismo que opera a partir da individualidade do agente, porém não é estritamente individual e nem totalmente determinante das suas ações.

> El habitus es el fundamento objetivo de conductas regulares, por lo tanto es la base de la regularidad de las conductas, el habitus es sentido práctico, sentido incorporado a lo largo de uma trayetoria social, lo que permite que los agentes se comporten de determinadas maneira en ciertas circunstancias, en este sentido dicho sistema de disposiciones marca lo que es posible y lo que no lo es. A la vez es um sistema de disposiciones durables, es decir que son plausibles de ser modificables, aunque al mismo tiempo el habitus tiende a excluir aquello que se presenta como desconocido, siendo por tanto la base de la resistencia al cambio (CAVALLERI et. al, 2013, p. 30).

Segundo Cavalleri et. al. (2013), as relações que se estabelecem entre os agentes e cada campo são diretamente influenciadas pela posição correspondente a cada um dentro de uma distribuição interna de capital específico.

A partir desses pressupostos teóricos, o Campo da Atenção Psicossocial pode ser analisado considerando a existência de dois (sub)campos constituintes, já mencionados anteriormente: o da Atenção ao transtorno mental e o da Atenção ao uso de drogas. Ambos com generalidade e paridade entre si em termos éticos e políticos, mas com diferenças na sua constituição histórica e com certas regras e limites singulares no cuidado com os sujeitos.

Então, considerando esses dois (sub)campos enquanto constituintes da atenção psicossocial brasileira, o *habitus* em cada um deles quanto às práticas de cuidado e tendo como intuito responder às indagações ora expostas, coube-nos, inicialmente, configurar o desenvolvimento histórico da atenção às pessoas com transtornos mentais graves no mundo e no Brasil. Em seguida, mostrou-se necessário delinear historicamente as ações no país voltadas para as pessoas que fazem uso de drogas ao longo do último século. Entende-se que esse resgate histórico é fundamental para a compreensão das formas atuais de cuidado dirigido aos sujeitos com transtornos mentais graves que fazem uso de drogas.

Por fim, procurou-se estabelecer o debate acerca da complexidade desse cuidado em saúde mental e drogas a partir da realidade encontrada num determinado território adscrito de uma microrregião de saúde da cidade do Rio de Janeiro, que conta exclusivamente com 2 (dois) serviços de atenção psicossocial, tipo 2, de base comunitária, responsáveis pelo ordenamento da rede, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad).

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para concretizar os objetivos principais desta dissertação de conhecer e analisar o cuidado em saúde mental e seus desafios, nos CAPS II e CAPSad II localizados na cidade do Rio de Janeiro, quando se trata da associação entre transtorno mental grave e persistente e o uso prejudicial de drogas na atualidade, optou-se por um desenho de pesquisa de tipo qualitativa, caracterizada pela aproximação da compreensão da realidade e entendendo que os fenômenos humanos, sociais e, especificamente, da área da saúde são processos complexos. Portanto, pretende-se uma pesquisa historicamente situada e que entende as múltiplas contradições e conflitos que permeiam seu caminho (MINAYO, 2006). Portanto,

> Isso significa que constituem fenômenos multideterminados, multidimensionais e em interação com seu contexto, frutos de conflitos e contradições, em processo ininterrupto de transformação, e sempre articulados a interesses, sentidos e significações múltiplas (VASCONCELOS, 2013, p. 142).

Nessa perspectiva, estabelecemos uma sequência de passos na investigação visando alcançar os objetivos da pesquisa proposta, todavia, eles foram colocados apenas como norte orientador na compreensão dos caminhos. Portanto, não se apresentaram de forma estanque e desarticulada, sendo frequentemente realinhados ao longo do estudo e das peculiaridades que foram encontradas.

A pesquisa contou com a triangulação de dados, assim, em primeiro momento, realizamos a revisão da literatura teórico-bibliográfica e a pesquisa documental[2] sobre os documentos institucionais, oficiais, normativos e legais que revelam a constituição e desenvolvimento do campo da atenção psicossocial no Brasil, bem como sobre as informações oficiais atuais que possibilitam visualizar as manutenções e alterações normativas. Foram utilizados também documentos que trazem à luz o debate sobre o cuidado em saúde mental e a confluência entre transtorno mental grave e uso de drogas no país. Posteriormente, contou com a produção de dados recolhidos e analisados das entrevistas realizadas com profissionais da área da saúde mental e drogas, dos dois dispositivos técnico-assistenciais da atenção psicossocial de um mesmo território, em particular da Área Programática (AP) 2.2. da cidade do Rio de Janeiro, a partir de um roteiro de entrevista semiestrutura (APÊNDICE A).

[2] Não foi realizada coleta de dados em arquivos, prontuários ou banco de dados institucionais de acesso restrito.

No que tange ao instrumento de coleta de dados empíricos, fizemos uso da entrevista semiestruturada que foi utilizada com a finalidade de obter informações fundamentais à investigação, as quais se complementam com os já recolhidos dados teóricos e normativos.

Durante o processo da entrevista com os sujeitos profissionais que atuam diretamente no cuidado com as pessoas com transtornos mentais graves e que fazem uso prejudicial de drogas, se prezou pelo estabelecimento de um diálogo potente que possibilitasse a aproximação entre o entrevistado e a entrevistadora, ao passo que produzisse reflexões para ambos, mas principalmente para esta última, tendo em vista o interesse de pesquisa.

Optou-se por esse instrumento de coleta de dados por ser ele capaz de captar informações "sobre o que as pessoas e grupos sabem, acreditam, esperam, sentem e desejam fazer, fazem ou fizeram, bem como suas justificativas ou representações a respeito desses temas" (VASCONCELOS, 2013, p. 220).

Os coordenadores técnicos dos CAPS foram os "informantes-chaves" (MANGABEIRA, 1993) no processo de pesquisa, uma vez que poderiam facilitar a identificação dos profissionais que acompanham os casos com associação entre transtorno mental grave e uso prejudicial de drogas. Pelo lugar que ocupam, os gestores conhecem os usuários dos serviços e os seus técnicos/equipes de referência. Assim, os primeiros contatos foram feitos estrategicamente com esses sujeitos para que as entrevistas fossem realizadas com profissionais que, de fato, tenham a experiência da assistência com a especificidade que a pesquisa propõe.

A etapa com o uso das entrevistas semiestruturadas foi efetuada com os profissionais de nível superior que trabalham em um (1) CAPS II e um (1) CAPSad II na cidade do Rio de Janeiro, especificamente da mesma Área Programática (AP) de saúde 2.2. Para se obter maior controle de variabilidade em relação aos sujeitos-atores e ao processo de trabalho multiprofissional nas duas instituições, estabelecemos, como critérios de inclusão, que as entrevistas fossem feitas com profissionais de diferentes formações acadêmicas que trabalham nesses dois serviços, sendo três (3) participantes de cada CAPS e que neles estivessem inseridos há mais de seis meses e aceitassem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)[3], conforme o Apêndice B.

[3] Ressaltamos que o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado em dois Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) por atender a duas instituições públicas de saúde diferentes: uma no âmbito estadual ligada à Universidade do

Foi utilizado como critério de exclusão o afastamento dos profissionais de suas funções dentro do período da coleta de dados e também aqueles que se inseriram mais recentemente nos serviços (num período inferior a seis meses).

A justificativa de se adotar como um dos critérios de inclusão de que só se considere como participantes a serem entrevistados os profissionais dos CAPS II e CAPSad II da mesma área territorial, se deve ao entendimento de que a dinâmica de trabalho nestes dispositivos demanda que se estabeleçam ainda mais parcerias com agentes formais e informais do próprio território e contato contínuo com os outros serviços da rede para garantir o cuidado em casos mais complexos durante os finais de semana sem a retaguarda de acolhimento, o que permite maior amplitude de conhecimento acerca do cuidado oferecido aos sujeitos usuários no que se refere à combinação entre o transtorno mental e o uso prejudicial de drogas – questão central ao fenômeno da pesquisa a ser desenvolvida.

Ao final da pesquisa, obteve-se um total de seis (6) entrevistas, que foram realizadas através das plataformas/aplicativos digitais, sendo a opção escolhida realizada em comum acordo com os participantes.

No que tange à problemática da representatividade do relato individual para o coletivo, Minayo (2017), inspirada na obra de Pierre Bourdieu, esclarece que os indivíduos representam a síntese do contexto social e histórico em que se inserem e o *habitus* de cada campo é uma categoria teórica capaz de auxiliar na compreensão da conexão entre as histórias singulares explicitadas nos estudos sociológicos e o contexto de exterioridade e desenvolvimento histórico.

Sendo assim, parte-se do pressuposto de que os entrevistados de cada CAPS, na pesquisa social realizada, demonstram sua própria subjetividade, mas, ao mesmo tempo, são capazes de refletir e representar o contexto exterior a eles, com valores, significados, representações sociais, dilemas, relações sociais e práticas construídas cotidianamente em cada campo.

No que diz respeito a sistematização e análise dos dados proporcionados pelas entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo a partir da organização temática e categorial e seguindo as diferentes fases de exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação das narrativas dos informantes (MINAYO, 2006).

Estado do Rio de Janeiro (UERJ), tendo sido aprovado pelo CEP UERJ com o protocolo nº 40621020.0.0000.5282 (ANEXO A); e a outra no âmbito municipal, aprovado pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, com o protocolo nº 40621020.0.3001.5279 (ANEXO B).

Com base no conteúdo obtido, tanto teórico quanto empírico, se deu a sistematização do conjunto de dados e informações através da elaboração de um relatório analítico final da pesquisadora-autora, objetivando fazer a triangulação dos dados teóricos e empíricos, assim como integrar as etapas do processo de investigação da realidade estudada, apontando as narrativas analisadas para a questão em tela do projeto de pesquisa.

Evidentemente, não se pretende esgotar o tema nesta dissertação, uma vez que a realidade é dinâmica e encontra-se em constante transformação, mas procuramos traçar um debate que consideramos importante tanto para os trabalhadores da área quanto para a comunidade acadêmica, que vem construindo conhecimento e refletindo sobre as práticas no campo da atenção psicossocial.

1 **LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**

A loucura nem sempre foi tratada como motivo de segregação, discriminação e vista a partir da ótica moral. Nos tempos de Platão a loucura era vista como algo místico ou da ordem das paixões humanas e na Idade Média a loucura era associada à questão divina, onde o destino de cada indivíduo teria sido pré-determinado por um ente superior e, portanto, ser "solidário" aos que se encontravam no estado de loucura era quase um dever para garantir sua salvação.

Segundo Michel Foucault (1978), só recentemente o ocidente concedeu à loucura um status de doença mental, pois, na Idade Média, a loucura não era entendida como uma problemática, mas sim como significações cunhadas a partir da religiosidade e do misticismo. Os loucos transitavam livremente pelos feudos e burgos, onde seus devaneios eram vistos pela sociedade, que praticava ações de caridade com esses indivíduos, como resultado da vontade de Deus no mundo.

Nesta época, o hospital não era uma instituição médica, mas sim uma instituição de caridade que oferecia abrigo e alimentação àquela parcela da população que não tinha formas de gerar o mínimo para o seu próprio sustento: os pobres, inválidos, mendigos e também os loucos.

No século XVII, "*[...] há uma brusca mudança no mundo da loucura que se torna o mundo da exclusão*" (FOUCAULT, 1978, p.54). Neste contexto, por determinações monárquicas e judiciárias, cria-se o Hospital Geral, o qual Foucault (1978) se refere como a instituição "d'O Grande Enclausuramento", uma vez que não havia acolhimento e/ou tratamento para os sujeitos que eram internados por determinação das grandes autoridades, apenas a exclusão.

Foi somente com o advento da vida moderna, com inovações na vida do homem, que foram gradativamente sendo cada vez mais separados os homens de suas paixões e desejos, colocando tudo que ultrapassa o limite da normalidade e do padrão necessário a essa vida moderna dentro do espectro da loucura e do abominável. E a forma encontrada pelos que se encaixavam nos padrões sociais estabelecidos foi o isolamento dos "inaptos" para a vida social e produtiva que se instaurava, assim foi possível dar prosseguimento à sociedade que se inovava.

A internação foi a forma encontrada para isolar aqueles que não se enquadravam no cotidiano da sociedade, que passava por um momento de grandes transformações, e também para conter aqueles que estavam vivendo a loucura propriamente dita. Portanto, a

modernidade trouxe consigo a necessidade de uma nova sociedade, com novos indivíduos capazes de se conterem em nome de uma necessidade econômica que transcende o âmbito individual, ou seja, a necessidade do crescimento econômico da sociedade. Nessa medida, a capacidade laborativa de cada indivíduo na sociedade passou a ser o parâmetro para a normalidade e pode-se dizer que continua assim até os dias atuais.

Nesse sentido, o objetivo primordial das internações dos loucos em conjunto com os demais segregados da sociedade era de exclusão do convívio social, pois estes sujeitos, acometidos de algum tipo de "alteração" em comparação aos demais indivíduos que respondiam às exigências e determinações sociais, não estavam de acordo com os padrões impostos pela sociedade daquele momento.

Ainda de acordo com Foucault (1978), o Estado passou a gerir os hospitais para que o mesmo pudesse ser favorável ao processo de acumulação produtiva que estava se desenrolando, de modo que os inválidos, os pobres, os considerados "vagabundos", os mendigos, os "leprosos" e os loucos, que antes perambulavam por uma gama de espaços comuns das cidades, foram postos em estabelecimentos para internação pela ordem da razão e da moral e pela ordem do capital que, gradativamente, iniciava seu processo de desenvolvimento.

> Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de 'polícia', referente à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora, será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos (FOUCAULT, 1978, p.72).

Essa conjugação de loucura e moralidade que aglutinou indivíduos doentes e outros socialmente inadequados numa mesma situação de isolamento começou a ser alterada a partir da intervenção de Phillipe Pinel (1745-1826), psiquiatra francês que iniciou um movimento dentro do próprio hospital, o qual preconizava que os loucos seriam separados dos outros indivíduos com a perspectiva de tratamento psiquiátrico.

De acordo com Foucault (1978), o internamento passou, então, a obter características médicas, tanto na sua forma de organização quanto nos seus objetivos. Assim, o que antes era "casa de internamento", que tinha objetivo único de isolamento social, foi transformado em uma instituição médica e passou a obter um novo significado social, consolidando a subjugação sociopolítica dos loucos nos asilos. Os loucos passaram a obter "um lugar próprio" e foi então que os hospícios foram definitivamente criados, locais onde o saber

médico se constituiu como saber único-absoluto, convertendo a loucura em uma doença mental que, aos olhos da ciência, poderia ser tratada e curada.

Amarante (1995) afirma que, neste momento histórico, Pinel despontou, na França, como principal figura do médico clínico e estabeleceu a loucura como um problema de ordem moral, implantando um tratamento também com o mesmo nome, o qual passa a ordenar o espaço do hospital. Utilizou-se de categorias que dividem os alienados em diversas 'espécies' e que postula o isolamento como peça fundamental para observação dos sintomas e respectivas tratativas. Ainda de acordo com o autor,

> O hospital do século XVIII deveria criar condições para que a verdade do mal explodisse, tornando-se *lócus* de manifestação da verdadeira doença. Nesse contexto inauguram-se práticas centradas no baluarte asilar, estruturando uma relação entre medicina e hospitalização, fundada na tecnologia hospitalar e em um poder institucional com um novo mandato social: o de assistência e tutela (AMARANTE, 1995, p. 26).

Neste contexto, o termo alienado refere-se à pessoa externa e estranha a uma cultura e racionalidade, um estrangeiro, relaciona-se à ideia de que o alienado é aquele que teve sua razão apartada de si mesmo, assim, o termo constrói o imaginário de que o denominado alienado está fora da realidade, fora de si mesmo e é incapaz de controlar a si mesmo justamente porque não é dotado de razão (ARAÚJO, 2019).

Outro psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel e sucessor dele como chefe do Hospital de Salpêtriére, em Paris, refletiu acerca das funções que o hospício tinha no tratamento moral dos loucos. De acordo com o médico, o hospício: 1) garantia a segurança individual do louco e de sua família; 2) possibilitava vencer as resistências pessoais dos loucos; 3) libertava o louco de influências do mundo exterior; 4) impunha ao louco o regime médico e sua ordem; e 5) submetia os loucos a uma nova moralidade e novos hábitos intelectuais (AMARANTE, 2011).

Foi durante a segunda metade do século XIX que a psiquiatria passou a ser positivista, seguindo a direção das demais ciências naturais. Neste período, o saber psiquiátrico tomou como modelo a medicina biológica, que se limitava a observar os comportamentos dos loucos e a descrever e classificar os distúrbios nervosos com a justificativa de compreender objetivamente o homem.

Já, no final do século XIX, a doutrina organicista se tornou hegemônica, ampliando a confiança no tratamento físico. Houve, assim, um declínio do tratamento moral e uma

predominância do isolamento, considerando este um espaço que contribui para um melhor efeito terapêutico do louco.

É importante frisar que a intervenção de Pinel, na loucura e no hospital, significou a ação historicamente mais importante para a medicalização do hospital. Essa intervenção foi fundamental para transformar o espaço anteriormente filantrópico em instituição médica, subjugada estritamente ao poder e saber médicos e, consequentemente, transformando a loucura em objeto da prática médica.

No contexto brasileiro, segundo Costa (2016), a presença da família real e o processo de urbanização territorial foram essenciais para o início da institucionalização da psiquiatria no país. A internação indevida dos loucos/alienados nas Santas Casas de Misericórdia e a sua circulação livre pelas cidades se tornou um aborrecimento para os grupos mais influentes e abastados, o que gerou debate entre os mesmos sobre o local "adequado" para permanência dessas pessoas sem causar a desorganização da cidade.

Foi a partir destas discussões promovidas com base na preocupação de organização e modernização da cidade que, em 1841, contando com o apoio dos médicos, os quais se alicerçavam na experiência francesa de assistência psiquiátrica e defendiam a criação do hospício no Brasil, o imperador assina um decreto tratando da criação do Hospício de Alienados Pedro II[4] (COSTA, 2016).

Desde a criação deste primeiro hospital psiquiátrico, o hospício/manicômio/sanatório se tornou o lugar destinado aos alienados, que passaram a ser impedidos de utilizar do espaço público das cidades como as demais pessoas e tiveram sua liberdade roubada com a justificativa da recuperação proporcionada pela ciência moderna, supostamente capaz de fazer com que estes sujeitos recobrem a razão.

O início do século XX, no Brasil, tem como destaque uma política de Estado caracteristicamente higienista, que buscava dar respostas às imposições que a reestruturação da produção vinha colocando como urgentes numa sociedade recém-saída do período escravocrata (COSTA, 2016). Nesse sentido, a organização e limpeza do espaço urbano eram fundamentais para a adequação e desenvolvimento do país à dinâmica capitalista, ainda que a América Latina como um todo estivesse muito aquém do que se poderia considerar como conglomerado de países tipicamente capitalistas. Mesmo assim esses países desempenhavam seu papel dentro da dinâmica do capital, que consegue conjugar modos avançados e arcaicos

[4] O Hospício de Alienados Pedro II foi fundado oficialmente em 1852 na cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente na Praia Vermelha. À época era um local distante do centro da cidade e foi propositalmente escolhido, uma vez que o objetivo era retirar a figura do louco do cenário imperial.

de produção bem como utilizar-se de saberes técnicos diversos para cooperar com a celeridade do desenvolvimento.

Assim, tanto a Saúde Pública quanto a Psiquiatria, enquanto saberes-poder, se colocaram lado a lado com o intuito de reordenamento e limpeza da cidade, evidentemente focadas na população pobre, nos moradores dos cortiços, nos indivíduos sem trabalho considerados vagabundos, etc. (COSTA, 2016).

Foi nesse período que começaram a serem criadas as colônias agrícolas de alienados por todo o país, tendo objetivo também serem locais de internação para os loucos e indesejados no espaço da cidade, só que eram ainda mais afastadas do perímetro urbano e tinham como característica o trabalho rural dos internos com a justificativa da terapêutica.

> As colônias se caracterizaram como espaços de medicalização que seguiam à risca a orientação higienista de limpar a cidade, num momento em que a questão social era tratada como caso de polícia e o Estado procurava punir rigorosamente qualquer manifestação contra a ordem estabelecida (COSTA, 2016, p.78).

Esse período que vai de meados do século XIX até as décadas iniciais do século XX, no Brasil, é considerado como essencialmente higienista. Foi desde então que o saber médico se firmou nacionalmente, utilizando-se de um projeto de medicalização social que coloca o saber psiquiátrico como um poder disciplinar capaz de conduzir a organização tanto das instituições de saúde quanto da própria cidade (AMARANTE, 1995).

Após a Segunda Guerra Mundial se intensificou a crítica ao modelo manicomial baseado no isolamento social e, a partir desse período, foram sendo construídos alguns movimentos que contestavam o hospital psiquiátrico e o tratamento hegemônico dado aos loucos. As chamadas “psiquiatrias reformadas” surgiram tanto do questionamento do papel da instituição asilar e de sua natureza, quanto da crítica ao saber psiquiátrico, colocando, assim, no cenário mundial outras propostas de assistência a essa população (AMARANTE, 1995).

É certo que tanto com o hospital psiquiátrico francês da época de Pinel, quanto com os manicômios e colônias brasileiros, houve resistência e discordância em relação às práticas médicas e aos modos de funcionamento da instituição asilar. Contudo, o enfoque aqui está nos processos de questionamentos coletivos e organizados que chegaram a se concretizar enquanto práticas alternativas em alguma medida.

1.1 **Experiências internacionais de crítica ao manicômio**

O período após a Segunda Guerra Mundial foi marcado, pelo menos nos países europeus ocidentais, pela afirmação e consolidação das políticas sociais e o desenvolvimento do Estado de bem-estar social (*Welfare State*). Isso se deu ao fato principal de que o capitalismo já tinha se firmado numa etapa superior de desenvolvimento e começava a se espraiar por todos os âmbitos da vida social.

Foram as consequências tanto da crise capitalista de 1929 quanto da última grande guerra que impuseram aos Estados capitalistas ocidentais a necessidade de construção de políticas econômicas que garantissem um mercado consumidor, medidas internacionais que evitassem uma nova grande guerra e uma linha de mediação que fosse capaz de estabelecer um acordo entre os setores da esquerda e da direita, evitando também o avanço soviético para os países europeus (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Uma das características marcantes dessa fase do capitalismo foi a mudança nas formas em que o Estado administrou a questão social e as problemáticas envolvendo a população, de um modo geral. Não é novidade que o Estado salvaguarda de diversos modos a acumulação capitalista, mas se mostrou inteiramente nova a forma com que passou a lidar com as necessidades sociais expostas pela classe trabalhadora e os movimentos sociais críticos da época. Assim, aos poucos foram sendo adotadas políticas keynesianas de pleno emprego, política salarial, de expansão econômica, subsídios às empresas, etc. e sendo construídas políticas sociais de cunho universalista.

O grandioso acúmulo de excedente[5] nos anos que se seguiram permitiu que parte dele fosse reencaminhada para o próprio capital objetivando autovalorização e outra parte fosse direcionada para manutenção da classe trabalhadora, atendendo às exigências de satisfação das necessidades sociais tanto dos indivíduos inseridos no mercado de trabalho quanto dos que compõem o exército industrial de reserva e não estão inseridos no mercado.

De acordo com Costa (2016), a conjugação de estabilidade econômica e expansão das políticas sociais proporcionadas pela política de Estado keynesiana abriu espaço para debates acerca dos direitos sociais e direitos humanos e a sua relação com a democracia. As

[5] Na perspectiva marxista, mais-valor ou excedente corresponde ao tempo de trabalho não pago ao trabalhador. Quando contratado, o trabalhador produz por determinado período e em determinada intensidade, todavia, o tempo socialmente necessário para criar o equivalente ao indispensável para se reproduzir é menor que o tempo total da sua jornada de trabalho ou a intensidade com que produz mercadorias é maior do que a necessária para sua reprodução. Assim, todo o valor produzido além do necessário para o trabalhador satisfazer suas necessidades materiais e espirituais constitui o mais-valor, conteúdo que é apropriado pelo capitalista ao fim de cada jornada de trabalho.

discussões sobre estes temas foram atravessadas, em grande medida, pela necessidade de reabilitação dos sujeitos que sobreviveram ao terror da guerra.

Ainda segundo a autora, nesse contexto histórico, o hospital psiquiátrico e sua suposta resolutividade terapêutica passaram a ser questionados, tanto porque se mostrou obsoleto para a nova fase capitalista e incapaz de se modernizar essencialmente, quanto porque se ampliou o debate acerca dos direitos humanos e se trouxe à tona o cotidiano dentro dos hospitais psiquiátricos.

Parte dessa crítica se estabeleceu a partir da ideia de reforma do hospital psiquiátrico/manicômio sem questionar sua existência em si e os saberes ordenadores hegemônicos que sustentavam a instituição daquela forma; outra parte se voltou para uma crítica capaz de ultrapassar as reformas dentro da própria instituição asilar e vislumbrar seu desmonte, entretanto, sem direcionar-se para as bases ideológicas, técnicas e políticas que sustentavam o *modus operandi* do hospital psiquiátrico; e já outra parte da crítica se deu de maneira mais radical questionando a existência do manicômio e todas as suas bases de sustentação dentro e fora da instituição.

> As críticas ao modelo hospitalocêntrico emergem desde denúncias das condições de trabalho até às relativas ao tratamento nas instituições asilares. Percebe-se que, após a Segunda Guerra Mundial, evidencia-se um conjunto de produções diretamente relacionadas às experiências que passaram a fazer a crítica à estrutura asilar, contudo, em uma grande parte dessas produções buscava modernizar, modificar ou reformar os hospitais psiquiátricos, sendo assim, não rompiam com o modelo hospitalocêntrico (COSTA, 2016, p.72).

A respeito das críticas ao hospital psiquiátrico e das experiências dos modelos de assistência das psiquiatrias reformadas, evidenciam-se a Psicoterapia Institucional francesa e o modelo de Comunidade Terapêutica inglesa, as quais se restringem a reformas dentro do próprio espaço asilar; a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva e/ou Comunitária estadunidense, que se diferenciam das anteriores por superar as reformas circunscritas apenas ao âmbito do hospício e conseguirem trabalhar com a noção de território; e a Antipsiquiatria inglesa e a experiência inovadora de Franco Basaglia, na Itália, a Psiquiatria Democrática - estas destacadas por romperem com os movimentos já citados e colocar em questionamento o dispositivo médico-psiquiátrico e o aparato a ele correspondente (AMARANTE, 1995).

A Comunidade Terapêutica inglesa teve por base a ativação do potencial incutido nos próprios pacientes da instituição. A inovação consistia em compreender que a função terapêutica perpassava por todos que partilhavam da convivência e constituíam a comunidade,

ou seja, esse dever cabia a todos os técnicos, pacientes e familiares. A comunidade era responsável por discutir coletivamente todos os assuntos que diziam respeito à instituição e os pacientes implicados na construção do seu próprio tratamento. Assim, criou-se um ambiente que buscava a democratização das relações comunitárias que se davam naquele espaço, entretanto, sem transformações radicais em relação à liberdade que pudesse extrapolar os muros asilares (ARAÚJO, 2019).

> A experiência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico (ROTELLI, 1994, p.150 apud AMARANTE, 1995, p. 31).

Quanto à Psicoterapia Institucional francesa, procurou-se ampliar o leque de referenciais teóricos de escuta e demarcar a importância do acolhimento institucional. A transversalidade dos saberes proposta por esse movimento coloca em embate o engessamento dos lugares dos profissionais na instituição, além de confrontar a própria organização institucional (ARAÚJO, 2019). O movimento objetivava resgatar a potência terapêutica que acreditava existir no hospital psiquiátrico e que outrora se perdeu nas práticas não condizentes com sua real função. Assim, como renovação do espaço de tratamento se buscou recuperar a ideia de reabilitação pelo trabalho, dessa forma, recriaram-se os ateliês e oficinas de trabalho e se tentou transcender as noções de hierarquia que são próprias do funcionamento de qualquer hospital (AMARANTE, 1995).

A Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva norte-americana traziam a ideia do desmonte do hospital psiquiátrico, baseando-se na crítica a esse modelo ineficiente e procuraram trabalhar com serviços extra-hospitalares, como, por exemplo, os centros de saúde mental e os hospitais-dia. De acordo com Araújo (2019), a experiência da Psicoterapia Institucional francesa mostrou a esses grupos que o trabalho terapêutico deveria extrapolar os muros do hospital psiquiátrico e se assentar em bases mais horizontais fora dessa instituição.

Então, a Psiquiatria de Setor desenvolveu especificamente um modelo de acompanhamento dos pacientes de acordo com a região administrativa em que moravam e essa repartição ligava-os às respectivas equipes de cada localidade, seja nos centros de saúde mental ou hospital-dia ou dentro do hospital durante as internações. Esse fluxo contribuiu para a criação de vínculo entre paciente e equipe, como para se estabelecer uma linha de continuidade no tratamento.

Já a Psiquiatria Preventiva, dos EUA, partia da ideia desenvolvida por Gerald Caplan de que era perfeitamente possível identificar doenças mentais quando ainda estavam no estágio inicial, o que poderia, nessa concepção, facilitar a ação preventiva das equipes de saúde mental e eliminar a doença precocemente. A efetivação da ideia contou com a contribuição dos moradores dos bairros/comunidades que passaram a fazer denúncias de comportamentos "inadequados" e pessoas suspeitas de terem alguma doença mental. Assim, a Psiquiatria Preventiva acabou, em verdade, promovendo perseguições às pessoas (ARAÚJO, 2019).

Embora pareça um grande avanço com relação à valorização do território e esteja fundamentada numa crítica ao hospital psiquiátrico, a desinstitucionalização é apreendida de maneira restrita nesta vertente reformista, pois se volta mais para o cumprimento de medidas administrativas de redução de gastos financeiros com assistência hospitalar de longo prazo do que essencialmente para a transformação das práticas de cuidado. A realidade cotidiana mostrou que ocorreu a ampliação do território de ação psiquiátrica, uma vez que se expandiu a concepção de doença mental para a de desvio de comportamento, desajustamento etc. (AMARANTE, 1996).

Em resumo, a principal distinção entre as reformas ocorridas na Inglaterra, França e Estados Unidos da América se assenta no fato de que nos países europeus houve uma ultrapassagem da concepção obsoleta e higienista que fundamentava as ações de prevenção e vigilância comunitária da doença mental. Assim, em parte da Europa, esses grupos visavam promover a saúde das pessoas com transtorno mental, todavia, sem abandonar a centralidade do saber psiquiátrico que ainda regia a relação paciente-profissional.

O movimento denominado 'Antipsiquiatria' surgiu na década de 1960 em meio ao movimento *underground* da contracultura, que misturavam perfis de indivíduos que também traziam seus questionamentos sobre os poderes político-econômicos hegemônicos e reivindicavam os direitos humanos. Assim, psicodelismo, misticismo, movimentos hippie, pacifismo e antipsiquiatria compunham um cenário de ruptura com o que estava estabelecido socialmente naquele momento.

Dentro desse contexto de revolução e contestação de forças até então dominantes, discutia-se também a opressão e violência com os internados nos manicômios e, por conseguinte, pensava sobre a loucura, a psiquê e a saúde mental. Diversos autores embasaram as discussões que aconteciam acerca do poder e da relação com os sujeitos em sociedade, bem como sua influência na psiquê e na participação coletiva. Exemplo deles são Erving Goffman,

Sartre e Foucault, que politizaram a intervenção em saúde mental em alguns países (OLIVEIRA, 2012).

A antipsiquiatria, portanto, buscou o rompimento com o modelo assistencial vigente até então e objetivava destituir o valor do saber médico-psiquiátrico que se coloca no lugar restrito de compreensão e tratamento de doenças mentais. Essa vertente procurava dar outro lugar onde o saber psiquiátrico seja passível de ser reinterrogado diante de uma perspectiva diferente de outrora (AMARANTE, 1995).

O projeto de transformação institucional trazido por Franco Basaglia, na Itália, durante a década de 1960, era fundamentalmente de desconstrução de campos de conhecimento endurecidos, das ideologias e da própria função dos técnicos. O que passa a ser destaque nesse cenário diz respeito a um processo de desinstitucionalização, desmontagem e desconstrução de saberes, práticas e discursos dominantes que objetificavam a loucura e reduziam-na a doença.

Esse movimento que ficou conhecido como Psiquiatria Democrática italiana[6] teve sua origem em bases comunitárias e só tomou proporções um pouco maiores à medida que foi ganhando força e adquirindo apoio tanto financeiro quanto populacional da cidade de Trieste, a qual desenvolveu um trabalho mais progressista e radical no sentido de preconizar a extinção total dos hospitais psiquiátricos existentes na época e seus respectivos aparatos institucionais. Essa medida implicava diretamente na criação de serviços territoriais que fossem capazes de suprir as necessidades das pessoas com transtorno mental, principalmente aquelas com histórico de institucionalização de longos períodos.

Assim, Basaglia e as equipes de saúde mental trabalharam constantemente com o conceito de desinstitucionalização desses sujeitos tendo como alicerce das ações a transformação do território, partindo do princípio de que só era possível prestar assistência integral e digna com a mudança de olhar da população em relação à loucura e com apoio dos demais dispositivos componentes da cidade.

Diferentemente dos países europeus que tiveram sua economia devastada e a população dizimada e/ou adoecida pelas duas grandes guerras ocorridas na primeira metade do século XX, que precisaram voltar seus esforços para qualificação da mão de obra

[6] Embora o termo utilizado remeta mais a uma renovação do que já estava estabelecido enquanto assistência do que a uma transformação radical, ele se refere a um movimento específico de questionamento do saber organizador do campo psiquiátrico, que visa descontruir práticas de segregação social, violência e desamparo para construir um campo de cuidado que tenha por fundamento a cidadania e a democracia numa linha horizontal de manutenção das relações sociais. Este movimento, apesar de ser intitulado italiano, ocorreu em uma parte pequena do país (Trieste) e não representa o caminho percorrido pelas demais regiões.

disponível e a recuperação dos homens que adoeceram física e mentalmente por consequência das guerras, o Brasil só voltou sua atenção para a loucura e as bases que fundamentavam o tratamento das pessoas nessa condição no final da década de 1970, quando houve um crescimento significativo da organização popular em coletivos, movimentos sociais e partidos políticos que reapareceram após a repressão da ditadura militar que durou anos.

1.2 **Construção da reforma psiquiátrica brasileira**

O Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira tomou como referência epistêmica a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática italiana, e foi, a partir de 1978, com o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que se começou a contestar as práticas violentas e segregacionistas dos manicômios e instituições asilares no país. Este movimento iniciou a discussão e os questionamentos acerca da assistência psiquiátrica no Brasil e respectivas políticas, tomando também como referência e grupo articulador o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (OLIVEIRA, 2012).

> Em processo em muito semelhante ao ocorrido na Europa, durante o pós-guerra, a sociedade brasileira mostra-se perplexa com a violência com a qual as instituições públicas tratam os seus cidadãos enfermos ou sem recursos. A violência das instituições psiquiátricas é entendida dentro da violência cometida contra os presos políticos, os trabalhadores, enfim, os cidadãos de toda espécie (AMARANTE, 1995, p. 90).

Faz-se necessário assinalar que a ascensão dos movimentos de contestação da psiquiatria e do manicômio não significa que as perspectivas tradicionais e suas respectivas práticas tenham desaparecido. Quer dizer apenas que tanto práticas mais antigas e hegemônicas quanto as mais recentes e inovadoras coexistem disputando a legitimidade social. Isso demarca que, mesmo havendo grupos que aspiram extinguir o manicômio e as práticas manicomiais, os hospitais psiquiátricos, as ideias higienistas, as práticas segregacionistas e "rotulantes" continuam existindo.

É importante ressaltar ainda que o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é complexo e envolve não só sanções e promulgação de leis, mas caracteriza-se por ser amplo e contar com a participação de diversos atores, como familiares, trabalhadores, movimentos sociais etc. Assim, no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, os profissionais que antes detinham a hegemonia do poder-saber passaram a dividir espaço com outros sujeitos-atores que traziam ideias diferenciadas e inovadoras, como, por exemplo, os representantes da

sociedade civil e usuários dos serviços, os trabalhadores de outras categorias que tinham perspectivas teórico-práticas que caminhavam para outras direções, os profissionais com novas formações e horizontes de expectativas abertos a construção de outras práticas, etc.

A década de 1980, então, foi marcada pela participação popular nas definições políticas do país e evidenciou a necessidade da redemocratização que passasse pelas bases sociais e respondesse às demandas e necessidades da população. Ocorre que muito por conta da crise econômica pela qual o país vinha passando, resultado da crise estrutural que o capitalismo vinha atravessando em escala global desde a década anterior e que levou a cabo o modo de acumulação e organização do trabalho fordista/taylorista, e ainda em função do esgotamento do poder político militar que por anos garantiu a expansão do capital estrangeiro em território brasileiro, as lutas sociais no Brasil se intensificaram e novas ideias e maneiras de gerir os espaços públicos e de trabalho com a população foram surgindo e se afirmando na contramão do movimento mundial de aquietação diante do neoliberalismo.

No Brasil, durante o período de redemocratização do país, a luta pela cidadania era uma bandeira geral dos movimentos sociais organizados e sindicatos de trabalhadores, e não foi diferente quanto aos campos que vinham se delineando como da saúde coletiva e saúde mental. Especificamente neste último, a história demonstra nitidamente o quanto a loucura foi utilizada como argumento para destituição dos direitos civis, políticos e sociais de um grupo grande de pessoas, e isso perdurou até a história recente do país. As pessoas que recebiam o tratamento psiquiátrico passavam por um processo de transformação em "não-cidadãos", tendo subtraída de si a inserção na esfera da cidadania e todos os direitos dela advindos, inclusive o de uso e percurso livre pela cidade.

A importância da conexão com os demais movimentos sociais se estabelecia justamente pela condição de exercício da cidadania que diversos outros grupos também não detinham. Dessa forma, grupos sociais como das crianças, dos povos indígenas, das mulheres, dos negros e dos, até então, vistos como doentes mentais, entre outras minorias, cada qual com sua especificidade, estabeleceram suas pautas principais tendo como ponto comum a garantia da condição de cidadãos.

O ano de 1987 aparece com destaque na constituição histórica do campo da saúde mental, pois aconteceram: a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro, desdobramento da 8° Conferência Nacional de Saúde realizada no ano anterior; o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru (SP), que se torna, a partir de então, Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), adotando o lema "Por

uma sociedade sem manicômios"[7], e a criação, na cidade de São Paulo, do primeiro Centro de Atenção Psicossocial. Os acontecimentos que se deram neste período, historicamente marcante, foram influenciadores para a criação e transformação de diversos serviços de saúde mental espalhados pelo Brasil.

> A I CNSM marca o fim da trajetória sanitarista e o início de uma outra: a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Aqui é tomada a decisão de realizar o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, em dezembro do mesmo ano, quando é construído o lema 'por uma sociedade sem manicômios'. É nesta trajetória que surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, que é feita a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, com a posterior criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) ou que surge o Projeto de Lei 3.657/89. Nesta trajetória, passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para o país (AMARANTE, 1995, p. 93-94).

Em 1989 ocorreu a intervenção e fechamento da Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos (SP), hospital psiquiátrico que foi denunciado por inúmeros maus-tratos e mortes de seus pacientes. Esse fato possibilitou a criação de um serviço que objetivava substituir completamente o modelo manicomial, o qual foi denominado Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que se deu através de articulações de redes e parcerias no referido município. Todavia, de modo diferente do CAPS, o NAPS funcionava 24 horas por dia, durante os 7 dias da semana, o que proporcionava naquele momento um cuidado mais intensivo com os sujeitos em crise e evitava as internações em manicômios.

O ano de 1989 também foi importante nessa cidade pelas iniciativas de promoção de saúde e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), que foram desenvolvidas pela gestão municipal, majoritariamente, composta por sanitaristas alinhados com as propostas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Assim, se deu em Santos a primeira tentativa de efetivar ações de Redução de Danos (RD) pelo poder público, visto que o número de mortes ocasionadas pela doença chegou a ser o mais alto de todo o país, sendo que muitos dos óbitos provocados pela AIDS e transmissão de HIV ocorriam com o uso compartilhado de seringas pelos usuários de drogas injetáveis (UDI) (ARAÚJO, 2019).

Apesar do notório avanço em relação ao fechamento do hospital psiquiátrico, do desenvolvimento de ações fundamentalmente alinhadas com a Reforma Sanitária e com uma

[7] De acordo com Amarante (1995), o lema "por uma sociedade sem manicômios" acertadamente coloca em evidência a necessidade de extinção dessa instituição que perpetua a violência dentro dos seus muros, além de ser estratégico, pois utiliza o termo 'manicômio' para pontuar implicitamente que não há diferença entre manicômio judiciário e hospital psiquiátrico, criando, portanto, a equivalência das práticas institucionais que se dão nesses lugares.

perspectiva progressista no que tange ao trato do uso de drogas como uma questão de saúde pública, os campos de atenção às pessoas com transtorno e de atenção aos usuários de drogas não tinham grande interação.

> Ainda não se tinha naquele momento a dimensão da importância da RD para o desenvolvimento do cuidado às pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas dentro de uma ética de cuidado pautada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Petuco (2016) chama atenção para a falta de percepção e entrosamento entre a política de saúde mental e a política de HIV/Aids, na sua interseção com a RD, proposta pela Prefeitura de Santos (ARAÚJO, 2019, p. 103).

Em 1988, a Constituição Federal do Brasil declara a saúde como parte integrante e indissociável do tripé da Seguridade Social, que se completa com a assistência social e a previdência social, estabelecendo, dessa maneira, um sistema mais igualitário e universalista. Esse fato histórico foi decisivo para os rumos do sistema de saúde brasileiro, para que se programasse, mantivesse em funcionamento e, posteriormente, viesse a se expandir apesar dos ataques constantes e consecutivos dos governos neoliberais.

Nesse contexto o campo da atenção psicossocial já vinha se configurando através da resistência e pressão para que o giro paradigmático fosse feito de maneira tal que se explicitasse e tomasse concretude em forma de política pública.

De acordo com Coe e Duarte (2017), a experiência obtida em cidades como São Paulo, Santos e Angra dos Reis, no fim da década de 1980 e início de dos anos de 1990, foram de suma importância para alavancar o surgimento e ampliação de projetos técnico-assistenciais que fossem realmente transformadores e rompessem com o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador[8].

Assim, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei n° 8.080 (BRASIL, 1990), a nova rede de serviços de saúde foi sendo aos poucos implementada e, em seguida, lançada a Portaria GM/MS n° 224 (BRASIL, 1992), que regulamentou o funcionamento dos novos serviços de saúde mental, estabelecendo normas e proibindo práticas até então habituais na assistência às pessoas com transtorno mental.

No final da década de 1980, o deputado federal Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei (PL) nº 3.657/89 que visava a extinção progressiva dos manicômios e sua respectiva substituição por serviços extra-hospitalares. O PL enfrentou grandes dificuldades, tendo diversos substitutivos que já não condiziam com as intenções fundamentalmente progressistas e oriundas do movimento da luta antimanicomial sobre o seu texto original.

[8]Acerca do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e o Paradigma da Atenção Psicossocial ver COSTA-ROSA (2013).

Mas, mesmo assim, em 2001, temos a aprovação da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica ou da Saúde Mental, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, de base comunitária. Como consequência dela, no ano seguinte, se institui a Portaria GM/MS n° 336 (BRASIL, 2002) que tipificou e regulamentou o funcionamento dos CAPS em todo o país, considerando-o como dispositivo fundamental do novo modelo de atenção na saúde mental pública.

Esse foi um período marcado pelos esforços na direção de efetivar a transição da assistência centrada no modelo hospitalocêntrico para o modelo de atenção baseado no território, além de ter sido um momento de alargamento do debate trazido pelo movimento da luta antimanicomial.

> Esse período ampliou a agenda política para os novos problemas a serem enfrentados, como crianças e adolescentes, uso prejudicial de álcool e outras drogas, leitos de atenção integral à saúde mental no hospital geral, corporativismo médico, avanço tecnológico, atenção à crise, apoio matricial da saúde mental na atenção básica, suporte aos familiares, empoderamento e fortalecimento organizacional do movimento de usuários e familiares em suas bases, violência social, entre outras questões contemporâneas. (COE; DUARTE, 2017, p. 84).

Cabe sinalizar que os CAPS, a partir da legislação em saúde mental, foram divididos em modalidades que variam entre o público-alvo e sua capacidade de abrangência populacional e territorial, podendo, esses dispositivos de saúde, serem encontrados nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, e CAPSi.[9]

Importante ressaltar que as novas diretrizes do cuidado, desde então, perpassaram por conceitos incompatíveis com as práticas manicomiais estabelecidas entre os muros dos manicômios, tais como: cidadania, território, liberdade e autonomia. Isso, portanto, configurou, a partir dos marcos normativo e legislativo do campo da saúde mental, ou seja, oficialmente, o deslocamento da centralidade dos hospitais psiquiátricos na rede de assistência

[9] As modalidades de CAPS estão divididas da seguinte forma: a) CAPS I com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, sem distinção de público-alvo, funcionando em dias e horários úteis; b) CAPS II com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, tendo como público-alvo adultos com transtornos mentais graves e persistentes, funcionando em dias e horários úteis. Dentro dessa modalidade do tipo II, além dos adultos com transtorno mental, encontram-se os CAPSad e os CAPSi, que tem a variação em relação ao público-alvo, podendo ser direcionados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas ou crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou em uso de drogas; e, mais recentemente, foi criada a modalidade CAPS III com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com atenção durante 24 horas diariamente, incluindo os feriados e finais de semana, contando com leitos de acolhimento noturno e tendo como público-alvo adultos com transtornos mentais graves e persistentes.
.

para os CAPS, esses vistos agora como serviços ordenadores do cuidado direcionado às pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso prejudicial de drogas.

Considerando a história do último século no Brasil e as ações repressivas e punitivistas por parte do Estado em relação às pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas, a década de 2000 marcou o rompimento, não sem embates, com a hegemonia de práticas e discursos altamente estigmatizantes e segregadores. Isso porque, além da Lei anteriormente mencionada, em meados de 2003, foi instituído o Programa de Volta para Casa (PVC), através da Lei n° 10.708 (BRASIL, 2003), que incentiva o processo de desinstitucionalização das pessoas com histórico de longa internação.

O campo da atenção psicossocial alcançou grandes avanços quanto à consolidação da política de saúde mental brasileira e complexificou-se de tal modo que suas lutas específicas transformaram-se em pautas para a consolidação dos direitos sociais, componentes da cidadania. A persistência do Movimento da Luta Antimanicomial na formação e participação política dos seus militantes (aqui incluídos usuários, familiares e quadro técnico) na construção de ações concretas para o campo explicitou-se em 2010 com a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (CNSM-I), que trazia o tema "Saúde Mental - direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios" (COE; DUARTE, 2017).

A referida conferência foi resultado da pressão social imposta pelos próprios usuários no ano anterior através da Marcha dos Usuários de Saúde Mental, em Brasília, no Distrito Federal. A manifestação reivindicou o cumprimento da Lei nº 10.216/01, dando ênfase para o processo de desinstitucionalização, exigiu a ampliação e efetivação do controle social assim como a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental para debater sobre a Reforma Psiquiátrica. (COE; DUARTE, 2017)

Em 2011, com a implementação da Portaria GM/MS n° 3.088 (BRASIL, 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, o campo da atenção psicossocial tem oficialmente estabelecida sua conexão com os demais dispositivos de saúde e de forma intersetorial. Esse foi um importante passo para se romper com as ideias manicomiais que identificam o usuário dos serviços de saúde mental como uma questão exclusiva dos serviços voltados para atenção aos transtornos mentais ou uso de drogas.

Cabe ressaltar que foi a partir do Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011) ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde, que emerge a rede de atenção psicossocial e outras redes constitutivas

da Rede de Atenção em Saúde (RAS), no âmbito do SUS, que são compreendidas como "[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2011). É nesse sentido, portanto, que as RAS foram organizadas entre as seguintes temáticas: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPCD) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC).

Esse conceito de Rede de Atenção em Saúde foi aplicado no SUS para organizar as ações por temáticas, mas compreendendo que há uma constante conexão entre elas, pois ambas atuam em conjunto para construir a melhor solução em torno de um mesmo problema. O conceito, portanto, é empregado para implicar todos os atores, instituições e ações que forem necessários em cada situação/caso, com intuito de desenvolver ações coletivas e harmônicas, sem sobrecarregar redes específicas nem fragmentar o cuidado em saúde dos sujeitos atendidos (PRUDENCIO, 2019).

> O conceito de rede, na política de saúde, apresenta uma tentativa de pensar ações conjuntas para dar fim aos problemas ocorridos pela construção histórica da fragmentação do acesso à política de saúde. Nesse sentido, a ação em rede de saúde aumenta a possibilidade de cuidado, acesso aos serviços, qualidade na atenção em saúde, redução de custos e diminuição nas ações fragmentadas. Além disso, possibilita o acesso a uma intervenção integral e no território, de forma mais acessível e regionalizada (PRUDENCIO, 2019, p. 74).

Para o campo da atenção psicossocial essa mudança, que se concretizou com a referida legislação, foi fundamental para oficializar a responsabilidade do cuidado em rede das pessoas com transtornos mentais e daquelas que fazem uso de drogas. A RAPS tem dispositivos e ações programadas fundamentais para o cuidado dessas pessoas, todavia o estigma em relação à loucura e ao usuário de drogas historicamente cerceou a integralidade da atenção a saúde dessa população. Dessa maneira, com a implementação das RAS foi possível pensar em ações de saúde menos fragmentadas e implicar os dispositivos e agentes do território no cuidado compartilhado[10].

[10] Como todo processo social, complexo e histórico, existem contradições no processo de implantação e ampliação da RAPS, pois ao mesmo tempo em que oficializa os dispositivos da atenção psicossocial e dá visibilidade para os usuários através da sua conexão com as demais redes, acaba por vezes engessando-se em procedimentos fechados, além da ambiguidade que se verifica com a retirada dos ambulatórios de saúde mental do SUS, pois induz a um processo de ambulatorização dos CAPS.

O modelo CAPS foi implantado em todo o país aos poucos, contudo, ainda hoje, existem regiões que não tem esse dispositivo ou tem baixa cobertura em seus territórios. Um dos problemas que afetam não só a atenção psicossocial, mas a saúde pública, de um modo geral, é o déficit de cobertura territorial que muitas vezes compromete o desenvolvimento adequado do trabalho das equipes.

De acordo com Coe e Duarte (2017), embora o CAPS tenha sido o primeiro dispositivo antimanicomial inventado para levar adiante a Reforma Psiquiátrica e ser seu carro-chefe, apesar do seu notório avanço na cobertura territorial, existem ainda vazios assistenciais que precisam ser eliminados.

Então, esse conjunto de normas e legislações que regulamentam e direcionam os serviços da RAPS, com proposições de transformações práticas e de um novo posicionamento político são elementos suficientes para se pensar a atenção psicossocial como potencialidade e, concomitantemente, arena de disputa e desafios (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

1.3 **Avanços e retrocessos do campo da atenção psicossocial no Brasil**

As políticas públicas e sociais, sejam elas de caráter mais progressista ou de cunho mais conservador, podem ser compreendidas como decorrentes da conjuntura política, econômica e social na qual o Estado, na sua complexa relação nacional e internacional, atravessada por interesses diversos e conflitantes, se encontra. Isso significa que as manutenções e/ou alterações no âmbito da esfera pública dos direitos são consequências da forma como a realidade macrossocial se apresenta e como os agentes sociais se organizam e operam a partir disso (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Essa colocação é fundamental para melhor se compreender a recente tendência de remanicomialização no campo da atenção psicossocial, principalmente, a partir de 2010, quando o Brasil viu reascender, com grande apoio populacional, forças conservadoras em diversos âmbitos sociais, um deles o campo da atenção psicossocial (DUARTE, 2018).

Desde 2010 se acentuou no país como um todo a visibilidade proporcionada pela mídia hegemônica à chamada “epidemia do crack”, endossando o discurso de forças conservadoras da necessidade de internação voluntária e/ou involuntária dos usuários desta substância. A ação da mídia foi decisiva para o acirramento da disputa pelo financiamento público na área, pois reacendeu a ideia de impossibilidade de lidar com questões de saúde pública decorrentes do uso de drogas sem recorrer à internação. (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Assim, no Brasil, na esteira da crise econômica mundial de 2008 que ocasionou grande recessão, a insatisfação populacional com relação às políticas públicas e sociais de cunho universal e suas respectivas fragilidades de eficiência e cobertura cresceram exponencialmente ao longo dos anos. O resultado disso foi uma onda de manifestações populares pelo país, em 2013, as quais ocorreram, aparentemente, de forma pontual e espontânea, tentando expressar a insatisfação com as políticas estabelecidas até então, mas sem contar com uma agenda de reivindicações sólidas e tampouco tendo organização suficiente que desse direcionamento ao processo. (VASCONCELOS, 2016)

Em dezembro deste mesmo ano ocorreu o I Encontro Nacional da RAPS, em Pinhais-PR, contando com a participação de diversos sujeitos e movimentos sociais organizados deste campo, como usuários, trabalhadores e gestores alinhados com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Estes grupos já vislumbravam a reascenção do conservadorismo na sociedade, pois, principalmente, nesta área, os direcionamentos governamentais já mostravam a tendência manicomial no tratamento de usuários de drogas (DUARTE, 2018).

Num contexto mais amplo, a inexistência de uma agenda de reivindicações que visasse os interesses históricos da população, a falta de organização popular e a dificuldade de ultrapassar o espontaneísmo foram alguns dos fatores determinantes para a captura desse descontentamento em prol do fortalecimento de grupos conservadores na política.

> A crise econômica, política e ética, que se aprofundou ainda mais em 2015 [...] e que atinge e enfraquece agudamente o governo Dilma Rousseff, possibilitou que essas forças políticas mais conservadoras se reorganizassem com toda virulência, pedindo o *impeachment* da presidenta Dilma. Nesse conjunto, os setores mais autoritários da direita brasileira e mais saudosos do período de ditadura militar, que tinham se calado integralmente até 2013, 'saíram do armário' e passaram a brandir abertamente a bandeira da defesa da volta dos militares (VASCONCELOS, 2016, p. 65).

Dessa maneira, levando a cabo os planos mais imediatos e possíveis do capital nacional e internacional, após o golpe de 2016, o governo Temer aprovou a mais recente reforma trabalhista e a "nova política de saúde mental", entre outras ações que atacaram os direitos historicamente conquistados pela maioria da população. Ambas as medidas foram formuladas a partir da ótica ultraliberal, portanto, estão voltadas para a manutenção e progressiva ampliação da lucratividade do grande capital, de um lado, e para a extinção dos gastos na área social, por outro lado.

Em relação ao investimento na área social, a Emenda Constitucional (EC) nº 95 (BRASIL, 2016) que congela por 20 anos o teto dos gastos públicos com políticas sociais, denominada como "PEC da morte", afeta diretamente a área da saúde e, por consequência, da

saúde mental. Apesar da Constituição Federal (BRASIL, 1988) determinar o investimento mínimo de 15% da receita líquida da União na pasta da saúde, a referida emenda extingue essa obrigação e coloca numa situação degradante os serviços públicos de saúde fundamentais para a população usuária, pois no âmbito desses 20 anos, o financiamento será incapaz de suprir as necessidades crescentes da população no país.

Já no final da década, com a recente Portaria GM/MS n° 3.588 (BRASIL, 2017) intitulada pelo governo Temer de "Nova política de saúde mental", se inserem na RAPS as comunidades terapêuticas (entidades privadas, principalmente, de cunho religioso, que tem o modelo assistencial baseado na abstinência total e na conversão), os hospitais psiquiátricos especializados, os CAPSad IV, os ambulatórios e também se estimula a qualificação e expansão dos leitos em enfermarias especializadas em hospitais gerais. É crível que a medida está pautada em ações que fortalecem o tratamento na perspectiva da internação, de forma hospitalocêntrica e que vai na contramão da ética do cuidado promovido pela atenção psicossocial nos últimos 30 anos.

> Reforça-se a lógica manicomial com financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos e o aumento de números de leitos em hospitais gerais, de forma que não permite o cuidado de qualidade e em liberdade, posto as internações como única alternativa de resposta à crise, retrocedendo aos típicos loucos ociosos dos manicômios (DUARTE, 2018, p. 236).

As internações psiquiátricas não só são mais custosas, como também são mais ineficientes em termos de oferecimento de um efetivo cuidado em saúde mental horizontalizado e pensado de forma integral, baseado na liberdade humana e na corresponsabilização dos sujeitos pelo andamento de seu tratamento, pois o paradigma imperante dentro desses espaços é hospitalocêntrico, medicalizador, verticalizado e fundamentado num saber-poder que minimiza a autonomia dos sujeitos em tratamento.

Em fevereiro de 2019, o governo de Jair Bolsonaro, assumidamente ultraliberal e dotado de um discurso autoritário e antidemocrático, lançou a Nota Técnica n°11, como forma de reiterar as alterações feitas na chamada "Nova Política de Saúde Mental", lançada no final de 2017. O documento publicizado afirma a dissociação entre o cuidado em saúde mental e o uso de drogas, já que este último passou a ser tema de discussão pela mais recente Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), criada em janeiro de 2019.

Diante da polêmica criada com o lançamento da referida Nota Técnica, que repercutiu negativamente e ocasionou respostas públicas de entidades representativas e movimentos

sociais organizados, o governo retirou de seus meios de informação o documento e justificou que o conteúdo seria reavaliado, porém manteve a referida nova política na prática.

Todavia, aos poucos se tenta retirar o mandato do campo da saúde mental em relação ao cuidado com o usuário de drogas, o qual passa a ser visto mais como um delinquente/criminoso que precisa ser punido/internado do que como um sujeito detentor de direitos (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

As constatações conjunturais ora expostas caracterizam a tendência neoconservadora e ultraliberal com a qual o campo da atenção psicossocial vem se deparando nos últimos anos, o que corrobora a ideia de que este campo não está imune aos retrocessos políticos e tampouco está isento da disputa paradigmática.

No tópico a seguir trataremos mais detalhadamente desse neoconservadorismo e ultraliberalismo que vem se fazendo presente na arena política brasileira através da chamada Nova Direita e que tem atingido duramente os direitos sociais, políticos e humanos da população do país. Deteremos-nos aos efeitos práticos dessa direção política diretamente relacionados ao Campo da atenção psicossocial, apesar de reconhecermos que suas consequências se espraiam por todos os aspectos da vida social.

1.3.1 Neoconservadorismo, neoliberalismo e o campo da atenção psicossocial

Para entendermos os retrocessos mais recentes que vem ocorrendo no Campo da Atenção Psicossocial é necessário se ter cristalino em mente que, antes de tudo, trata-se de um fenômeno de tendência mundial que, contudo, carrega especificidades da história brasileira, como o racismo, a economia dependente e a construção de uma democracia frágil, recente após o período da ditadura militar-empresarial.

Farias (2019) afirma que as modificações ocorridas atualmente expressam a forma encontrada por segmentos da elite brasileira de concretizarem seus interesses privados, que vem sendo articulados através de uma perspectiva neoliberal e neoconservadora que busca difundir seus pensamentos e, por conseguinte, legitimar seu status.

As mudanças econômicas de cunho neoliberal vividas pela população na década de 1990 e 2000 que, em sua maioria, impediram a plena efetivação dos direitos sociais contidos na Constituição de 1988, não se fundamentam nas mesmas bases teórico-políticas dos retrocessos que vem acontecendo na última década. Entende-se que os processos atuais, apesar de conectados ao neoliberalismo, são essencialmente vinculados ao

neoconservadorismo e sua forma de operar politicamente, que no Brasil é representado pela Nova Direita (FARIAS, 2019).

As principais características da Nova Direita são a junção das ideias neoliberais com relação às decisões econômicas, tendo sempre como corolário o livre mercado e responsabilidade individual, com as ideias neoconservadoras no que tange às questões culturais e políticas, enaltecendo continuamente a autoridade do Estado como ente disciplinador e punitivo, além de primar pelos valores tradicionais (FARIAS, 2019).

> Dessa forma, a nova direita é caracterizada pelo amalgamento de duas ideologias que, apesar de serem contraditórias em muitos aspectos, convergem em seus efeitos de desdemocratização (BROWN, 2006), formando, assim, um novo elemento que une o pior das duas vertentes (do neoconservadorismo e do neoliberalismo) [...] a nova direita tem como consequência: a desvalorização da liberdade política, da igualdade, da cidadania substantiva e do Estado de direito em favor do mercado, de um lado, e, de outro, a valorização do poder estatal para fins morais, enfraquecendo, assim, a cultura e as instituições do Estado (FARIAS, 2019, p.32-33).

O que se denomina "Nova Direita" nada mais é que a fração da elite, seja no Brasil ou em outros países pelo mundo, que rompeu com alguns aspectos que a Velha Direita ainda preserva. Nesse sentido, esta última foca na família e na tradição a partir do indivíduo, preservando em certa medida a distinção entre público e privado. Já a Nova Direita focaliza na família a partir das instituições públicas, dotando-as de religiosidade (branca e cristã) e tornando-as instrumento para revogação de uma série de direitos conquistados há anos que, na concepção deste grupo, ameaçam a família tradicional e a plena organização da sociedade.

Evidentemente existem algumas distinções e diversas similaridades entre a Nova Direita no Brasil e em outros países. Os principais aspectos em comum, especialmente na comparação entre Brasil e França, são: ode à violência, culto à repressão, intolerância religiosa, homofobia e o apoio à pena de morte (LÖWY, 2015).

De acordo com Löwy (2015), a característica diferencial e mais perigosa existente na Nova Direita no Brasil é a idolatria ao militarismo com um forte chamado ao retorno da ditadura militar. Tal particularidade não tem correspondência no movimento neoconservador europeu, uma vez que este ainda não se mostrou explicitamente aderido a um regime totalitário.

É importante situar que essa Nova Direita tem sua ascensão gradativa a partir da crise capitalista que atingiu o mundo em 2008. Desde esse período, grupos antidemocráticos, autoritários e dotados de características neofascistas tem conseguido centralidade na disputa

de poder político no cenário internacional, justamente por conta de um vazio deixado pelas demais forças políticas, como a Velha Direita e a própria Esquerda.

As profundas crises político-econômicas abrem espaço para práticas autoritárias que apresentam respostas imediatas e supostamente eficazes às demandas colocadas pela população, que tem trazido à tona a falta de representatividade política e o descrédito nas instituições democráticas (DORNELLES, 2020).

Segundo Dornelles (2020), a crise socioeconômica e política desse período teve como produto o aumento das diferentes formas de intolerância, o aprofundamento da miserabilidade, a disseminação do ultranacionalismo, o crescimento do número de ações violentas nas áreas periféricas dos grandes centros urbanos, a tentativa constante de "limpeza" étnico-social por parte do poder público nas áreas centrais das cidades, entre outras coisas.

No Brasil, especificamente, as práticas e discursos autoritários e conectados ao neofascismo encontram eco numa população que tem em sua memória coletiva as marcas da escravidão da população negra e a naturalização desse processo histórico desumanizador. Uma população que, pelos marcadores da colonização, também foi se construindo religiosamente intolerante, estruturalmente racista, machista e reacionária em termos políticos.

Levando todos esses aspectos em consideração, é possível compreender também como a Nova Direita tem encontrado ainda mais espaço para atuação no que diz respeito ao Campo da Atenção Psicossocial nos últimos anos, principalmente nos assuntos relacionados aos usos de drogas, sejam eles prejudiciais ou não, e ainda no que concerne às internações em hospitais psiquiátricos dos sujeitos com transtornos mentais graves.

A história brasileira da assistência prestada à população com transtornos mentais e à população usuária de álcool e outras drogas nos mostra que o tom da tratativa sobre estas problemáticas, na maior parte do tempo, se deu a partir da ótica higienista e punitivista, que trazia como solução de tais questões a exclusão social e/ou a punição. Tais práticas também marcaram o imaginário social e edificaram a ideia comum de que a resposta eficaz e imediata para essas questões estava dada na internação dos sujeitos.

Nessa medida, os grupos neoconservadores que estão no poder executivo e legislativo reafirmam essa ideia do senso comum e (re)instituem legalmente práticas que vinham sendo consideradas tecnicamente ineficientes e custosas aos cofres públicos. Evidentemente, tais grupos se utilizam da cultura e da história conservadora em torno deste campo para realizar uma higienização social dos territórios urbanos.

> [...] o neoconservadorismo ajuda a construir e reafirmar as drogas, vistas como tabu, como algo insolúvel, proibido em uma moral estabelecida, devendo, assim, ser tratada pela repressão e pela higienização da população que faz uso problemático dessas substâncias. Porém, tal repressão se dá apenas a determinados sujeitos, que tem cor e classe social (FARIAS, 2019, p. 37-38).

O Estado, nesse sentido, promove uma regulação coletiva das vidas, que se dá a partir da diversidade humana e seguindo as diferenças sociais, assim, leva em consideração para a gerência das vidas o grau de escolaridade, a raça, o gênero, a sexualidade, o território de pertencimento, a faixa etária e os comportamentos sociais dos sujeitos (LEMOS et al., 2017).

O aparato estatal, quando ocupado por grupos antidemocráticos e autoritários, determina essa regulação coletiva da vida incorporando ainda as características desses grupos, logo, estratifica as vidas que devem ser valorizadas a partir da ótica conservadora, branca, cristã, burguesa e ultranacionalista.

Especificamente no que tange ao campo de álcool e outras drogas e a regulação da vida dos usuários, essas forças autoritárias tem avançado ainda mais na última década e contado com o apoio popular. As alterações mais recentes na Política Nacional sobre Drogas (2019) e as mudanças na RAPS, com inserção de Comunidades Terapêuticas na rede e previsão de financiamento público para esses serviços, aparecem como a acentuação de uma visão conservadora sobre o uso de drogas que nunca deixou de se fazer presente na história do país.

Para melhor entender essa afirmativa sobre acentuação do conservadorismo a respeito do tema das drogas, no capítulo a seguir, traremos dados históricos acerca do uso de drogas e como o Estado lidou com a questão ao longo do último século.

2 **DROGAS, PROIBICIONISMO E O CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS**

O conceito de “drogas” não é um consenso dentro da comunidade científica e não há um significado exato para que a partir de tal se possa tratar do tema. As diferenças conceituais se ampliam ainda mais quando se identifica outro significado dado pelo senso comum, que geralmente é influenciado pelos grandes veículos midiáticos e discursos políticos mais inflamados a respeito do tema.

Assim, “droga” pode significar de maneira bem ampla um conjunto de substâncias que se diferenciam dos alimentos, uma vez que estes últimos são definidos pela capacidade de renovação de energia e conservação do corpo humano e a primeira se restringe a proporcionar alterações corporais e psíquicas, prazerosas ou não (SIMÕES, 2008).

Pode se referir, ainda, a todas as substâncias que modificam o humor, os sentimentos e o estado de consciência humana com graus de variação da potência que alternam entre leve, moderado e alto. Ainda são incluídos nesse rol de produtos os alimentos, como café, plantas alucinógenas como a ayahuasca e substâncias produzidas em laboratórios, como os sintéticos ecstasy e LSD (SIMÕES, 2008).

No senso comum e de maneira corriqueira, atualmente, “drogas” têm sido relacionadas diretamente àquele conjunto de substâncias com capacidade de alteração do humor e estado de consciência com uso proibido por parte do Estado, deixando de abarcar as demais substâncias.

Assim, uma revisão célere da história das drogas, no mundo, mostra que o termo abarcou um conjunto de significados, os quais variaram de um vasto conjunto de substâncias alimentares até as mais recentes e comuns compreensões acerca da palavra. E, nesta apreensão do termo, dizem respeito ao conjunto de substâncias com capacidade de afetar o corpo humano, sejam elas proibidas ou não de serem usadas por parte do Estado.

De acordo com Carneiro (2005), as chamadas “drogas quentes” oriundas do oriente, mais comumente conhecidas como especiarias, motivaram as grandes navegações europeias e estimularam o surgimento do comércio internacional, uma vez que por sua rara existência nas terras nórdicas tinham alto valor mercantil. Assim, nas terras orientais se buscava drogas como a pimenta, a canela, o cravo, o açúcar, gengibre, noz moscada, o incenso e a mirra, para que fossem comercializadas para as grandes elites como regozijo de sua posição social, utilizadas como remédios ou inseridas nos ritos religiosos dos países colonizadores.

Evidentemente esse processo de busca por “drogas” não encontradas no território europeu trouxe consequências drásticas para os povos originários das terras recém

“descobertas”, como o continente americano, além de ter provocado a diáspora dos povos africanos, escravizados para suprir a necessidade de exploração de força de trabalho na produção de açúcar, melaço e álcool, entre outros produtos (CARNEIRO, 2005).

O Brasil, durante o período colonial, ficou conhecido nos países europeus como “Índia Ocidental”, por também contar, em seu território, com drogas quentes e de aromas perfumados. Entre elas, por exemplo, o açúcar, a copaíba, o cacau, tabaco, pau-brasil, pedras bezoares de antas, dentre outras drogas naturais (CARNEIRO, 2005).

É importante pontuar que diversos povos e sociedades não faziam distinção entre substâncias com potencial terapêutico orgânico e alimentos, produtos com capacidade de alteração de consciência e gêneros puramente alimentares. E, de fato, a época colonial pode ser compreendida como período histórico que seguiu essa mesma linha de pensamento, pois se lidava de maneira indistinta com as substâncias. Isso quer dizer que cabia aos indivíduos, com seus respectivos objetivos no trato com cada substância, a classificação variável entre remédio e alimento, uma vez que os alimentos por si só também eram considerados potências terapêuticas naturais, dependendo da quantidade e da forma de manipulação da substância (CARNEIRO, 2005).

Com o passar do tempo a classificação das substâncias consideradas drogas foi incisivamente delimitada, sendo separadas as substâncias que não têm capacidade de nutrir o corpo humano e provocam alterações orgânicas e/ou psíquicas daquelas consideradas puramente alimentícias e voltadas para a necessidade básica de nutrição. Apesar disso, é sabido que muitos alimentos naturais têm potencial para incidir sobre o corpo humano, como, por exemplo, o café, o açúcar, chocolate, etc. Todavia, este fato sobre alguns alimentos naturais não ganhou relevância durante o processo, norteado tanto pela medicina quanto pelas forças políticas com interesses comerciais de distinção entre substâncias.

Nesse sentido, Carneiro (2005) explica que a distinção entre drogas e alimentos não se deu naturalmente, como se faz crer a maioria dos discursos e ações dos Estados-nação a respeito do tema, pois esse foi um processo político que ocorreu com intuito de obtenção de um maior controle político e jurídico sobre determinadas substâncias e a lucratividade advinda desse setor comercial.

De acordo com Simões (2008), a classificação das substâncias como drogas não depende exclusivamente das suas propriedades químicas e farmacológicas, pois, em última instância, é o Estado no trato com cada uma dessas substâncias dentro da dinâmica geopolítica, em determinado contexto histórico, que decidirá a esse respeito.

> De alguma forma, todos somos viciados. Tudo pode viciar: Coca-Cola ou cocaína, álcool ou cafeína, aspirina ou dimetiltriptamina. Todos somos drogados. Mas existe, entretanto, uma dicotomia ideológica básica entre droga e fármaco (Basaglia,1994), a primeira é vista como veneno e o segundo, como remédio, que fundamenta a definição de drogas ilícitas e lícitas. O divisor de águas, a matriz constituidora de todos os problemas decorrentes do uso de drogas ilícitas é o sistema da proibição. Ao compararmos drogas e alimentos, o que as diferencia é o regime jurídico e político que regula o direito à livre escolha (CARNEIRO, 2005, p. 20-21).

Assim, historicamente o controle do trânsito comercial das drogas aglutinou interesses político-econômicos e culturais, e isso se verifica desde o século XV com as tentativas de extinção dos usos das drogas indígenas por parte da Igreja e a disseminação da cultura cristã com uso do vinho. Os séculos XX e XXI contam com as marcas das tentativas de repressão policial e jurídica da produção e comercialização de determinadas drogas, como a *cannabis*, a cocaína e heroína, e a perpetuação da cultura abstêmia em relação a essas substâncias.

A histórica tentativa de controle sobre as drogas, independente das motivações que levam a isso e seja qual for a substância, torna invisível a relação dos sujeitos que fazem uso com as substâncias, as razões que os levam a tal ato e os sentidos dados a esse uso pelos indivíduos (SIMÕES, 2008). Além disso, o próprio uso de drogas é estruturado culturalmente nas mais diversas sociedades, portanto, a tentativa de controle impositivo só poderia ter um desenrolar marcado por falhas do Estado, insucesso no objetivo e marginalização dos usuários.

2.1 **Panorama do proibicionismo no contexto internacional**

O controle sobre a comercialização e o uso de drogas ocorria internacionalmente pelos Estados-nação e impérios de maneira difusa e não sistemática até o final do século XIX. Entretanto, os últimos anos deste século mostraram que naquele período já estavam sendo dados os passos iniciais para uma mudança radical na tratativa sobre drogas, a qual fundamenta-se, até os dias atuais, em interesses tanto econômicos quanto políticos e morais (RODRIGUES, 2008).

Na China, na metade do século XIX, houve um esforço governamental com objetivo de controlar o livre mercado de ópio no território e isso conduziu o país a confrontos diretos com as grandes potências comerciais europeias, principalmente a Inglaterra, que obtinha lucros imensos com a comercialização da droga. Após anos de embates, foi imposto ao país produtor de ópio que reabrisse os portos aos ingleses e legalizasse a importação do produto (FONSECA; BASTOS, 2012).

Segundo Rodrigues (2008), esse cenário sofreu profundas alterações que foram expressas na Conferência de Xangai, em 1909, onde se debateu pela primeira vez em escala internacional sobre o ópio, os derivados da droga e os respectivos limites que deveriam ser traçados legalmente para sua comercialização no mercado mundial. Nessa conferência, a China contou com o apoio da potência em ascensão à época, os EUA, que já expunham uma posição contrária ao comércio de drogas sem regulamentações.

Da conferência de Xangai saíram recomendações sobre a redução da comercialização do ópio e seus derivados, apontando como norte o exemplo prático da experiência norte-americana com sua colônia, as Filipinas, onde o uso das drogas estava subordinado à prescrição médica com vistas a tratamentos de saúde, sendo proibido o uso recreativo e cultural nas suas formas religiosas (RODRIGUES, 2008).

Em 1912 ocorreu outra Convenção Internacional, em Haia, cidade holandesa, para tratar do tema e a reunião expôs os conflitos entre as potências comerciais que divergiam na tratativa sobre o ópio, incluindo os usos médicos das substâncias dele derivadas. As discussões perduraram por anos e somente em 1919 ocorreu a ratificação definitiva da Convenção, que proibia aos países signatários a produção, comercialização e consumo do ópio, cocaína e morfina, exceto o uso desta última no tratamento medicamentoso (FONSECA; BASTOS, 2012).

É importante destacar que os EUA tiveram papel crucial na definição dos mecanismos de controle sobre as drogas que começaram a ser desenvolvidos pelos países que participaram das conferências já expostas acima. A realização das Convenções foi o pontapé inicial para a criação de um sistema internacional de controle das drogas baseado no proibicionismo.

Fiore (2005) explica que a posição marcadamente proibicionista dos EUA tem como fundamento a cultura cristã-puritana que, ao longo da história moderna e contemporânea, demonstrou: aversão por algumas substâncias e as alterações de estado de consciência ocasionados pelos usos; o medo que as elites tinham do excesso do uso de drogas pelas classes mais baixas e determinadas raças, ambas vistas como perigosas e ameaçadoras; e o interesse econômico envolvido no comércio de determinadas substâncias em detrimento de outras.

> De fato, entidades civis norte-americanas, como a Anti-Saloon League, e até mesmo partidos com representação legislativa federal, como o Proibihition Party, influenciados diretamente por religiosos, lutaram ativamente pela supressão do ‘vício’ – termo que englobava, na época, as bebidas alcóolicas, as drogas, a prostituição e o jogo. Assim, os EUA foram o primeiro país não só a sediar um intenso debate público, mas também instituir um aparelho burocrático exclusivo para o controle de drogas (FIORE, 2005, p. 260).

Os Estados Unidos foi o primeiro país a ter uma lei contemporânea com validade nacional que proibia o uso de uma droga, o álcool. Em 1919, no país, após anos de debates envolvendo o Congresso, o judiciário e grupos sociais conservadores organizados, foi aprovada a Lei Seca estadunidense que objetivava proibir a produção, circulação, importação, exportação e consumo de álcool no território inteiro (RODRIGUES, 2008).

Segundo Rodrigues (2008), a referida lei pretendia extinguir essa droga e seu uso dentro de todo o território, todavia, o efeito que causou na população foi bastante diferente do esperado. Afinal, o resultado obtido com a Lei Seca foi, em verdade, o surgimento de um mercado clandestino composto por negociadores nacionais e internacionais e consumidores que continuavam tendo as mesmas práticas, porém agora ilegais.

O governo dos EUA passou a investir, desde então, na construção e ampliação gradativa de um aparato repressivo direcionado às drogas e seus negociantes e consumidores. Ano após ano, novas drogas entraram na lista de substâncias proibidas e algumas foram consideradas pelas autoridades norte-americanas como de uso restrito sob acompanhamento médico. Assim, a lista se tornou bem mais ampla e passou a incluir a cocaína e seus derivados, a maconha, haxixe, entre outras drogas antes consumidas com menos interferências (RODRIGUES, 2008).

Em 1933 a lei foi revogada no que dizia respeito à proibição do álcool, inserindo a droga novamente na legalidade. Contudo, a estrutura criada para o combate e repressão ao uso e comércio de drogas continuou operando ao longo das décadas seguintes, mas com olhar voltado para as “novas” drogas, suas rotas de comercialização nacional e internacional, novos produtores e negociantes, assim como para os usuários. Dessa maneira, a proibição passou a ser direcionada para o recém-criado narcotráfico (RODRIGUES, 2008).

E, passo a passo, diversos países se espelharam nas medidas proibicionistas implementadas nos EUA para concretizar os compromissos firmados desde a Convenção de Haia. Esse direcionamento dado quanto ao controle do uso e comércio de drogas é somente um dentre diversos exemplos da condução política internacional promovida pelo Estado norte-americano, principalmente na América Latina.

É necessário lembrar que, desde o início do século XX, a indústria norte-americana se tornou uma potência comercial que passou a exportar não só um modelo de acumulação de capital, mas também um modo de regulação da vida social que fosse capaz de conduzir os trabalhadores de acordo com as necessidades de lucratividade capitalista. Assim, à medida que se firmava um modo específico de produzir nas fábricas, fora delas eram construídas

ideias e discursos que moldavam as formas de se relacionar socialmente, incluindo aí as formas de relacionamento com as drogas (CARNEIRO, 2005).

Após o fim da proibição do uso e comercialização do álcool, as décadas que se seguiram continuaram marcadas pelo discurso moralista dos movimentos sociais conservadores nos EUA e influenciavam diversos países, principalmente suas elites sociais. Já desde a virada do século XIX e durante grande parte do século XX, esses grupos e a própria mídia aparentavam estar à vontade na associação direta que faziam entre drogas, violência e determinados grupos sociais que, na maioria das vezes, eram compostos por não-brancos e/ou pessoas que tinham comportamentos que "desviavam" das exigências impostas pelas elites (RODRIGUES, 2008).

> É interessante reparar que o 'novo crime' do tráfico e consumo de drogas foi imediatamente conectado a camadas das crescentes populações urbanas que representavam uma ameaça ao Estado e às classes que o controlavam: perigo de insubmissão, de greve, de higiene, de ataques à pessoa e à propriedade. Na Europa, Estados Unidos ou Brasil, essa massa amedrontadora era conformada por negros, imigrantes e migrantes rurais, socialistas, anarquistas, ladrões, prostitutas, operários, mulheres, homens e crianças de 'hábitos exóticos e não civilizados'; eram a antítese do progresso e das maravilhas do mundo moderno (RODRIGUES, 2008, p. 96).

Na década de 1960 ocorreu a Convenção Única de Narcóticos (1961), quando decisões importantes sobre as drogas foram tomadas no plano internacional. Nesse evento, foram definidas duas maneiras de controle: 1) restrição do uso, comércio, posse, produção, distribuição e importação a uso médico e em pesquisa científica; 2) normatização do combate ao tráfico de drogas através de cooperação internacional com objetivo de impedi-lo (FONSECA; BASTOS, 2012).

Segundo Fiore (2005), nessa convenção, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou uma lista com as substâncias consideradas drogas e alguns graus de periculosidade nos quais elas se enquadrariam. Entretanto, a classificação foi feita segundo a possibilidade da substância conter alguma propriedade medicinal e não pelo risco de dependência ou a capacidade tóxica dela. Dessa forma, algumas substâncias com maior potencial de provocar dependência ou intoxicação foram classificadas como de baixa periculosidade pelo simples fato de serem usadas pela medicina, como, por exemplo, a morfina. Já a maconha foi considerada substância de alta periculosidade, apesar de ter baixa capacidade tóxica.

Mesmo com o endurecimento progressivo do controle internacional sobre as drogas, o final da década de 1960 foi um período de intensificação do consumo delas. Tal fato foi muito associado ao movimento de contracultura, que trazia em sua base questionamentos sobre a

violência que atravessava a sociedade, a preocupação com o estabelecimento da paz social e o rompimento pacifista com o ordenamento social (RODRIGUES, 2008). Por ter sido diretamente associado ao crescimento do uso de drogas como maconha, alucinógenos (por certo tempo caídos em desuso) e LSD, este movimento se tornou uma preocupação para o Estado que vinha investindo no aparato repressivo direcionado ao combate ao uso de drogas e narcotráfico.

Em 1977 e 1988 foram realizadas outras duas convenções internacionais para tratar e discutir o tema das drogas. A primeira focou esforços em debater a diversificação das drogas que apareciam como tendência de uso e estabelecer o controle sobre as drogas sintéticas. Já a segunda foi dedicada a pensar novas formas de combate narcotráfico e controle sobre os produtos químicos utilizados na fabricação de drogas, além de ter orientado todos os países signatários que enquadrassem como crime a posse de drogas e/ou cultivo pessoal de plantas consideradas drogas (FONSECA; BASTOS, 2012).

A maioria dos países participantes das convenções mencionadas firmou compromisso em dedicar esforços no combate ao uso e comércio de drogas. Entretanto, na década de 1980, a Holanda passou a construir políticas em seu próprio território para tratar da questão das drogas enquanto uma problemática social, através do olhar, principalmente, da saúde pública, divergindo do discurso e prática proibicionistas hegemônicos no mundo.

Com relação à redução de danos, Alarcon (2012) explica que esta lógica surge oficialmente na Europa, mais especificamente na Holanda, quando o governo cria a diferenciação meramente formal entre “drogas leves e pesadas” para, assim, justificar a posse e a venda da *Cannabis*, que no caso holandês era a droga com maior prevalência de uso naquele momento. A ideia, antes de ser uma preocupação com a redução de danos pelo uso da substância em si, era uma medida de proteção dos usuários da *cannabis* e de seu afastamento do mercado ilícito.

Ainda segundo o autor, tanto a ideia original dos holandeses sobre redução de danos quanto a classificação entre drogas leves e pesadas constituem uma complexa e ampla estratégia que objetiva reduzir os efeitos negativos do proibicionismo na vida dos usuários de drogas que historicamente são penalizados por tal prática. Mas, a questão central nesse debate polêmico, que engloba cuidado em saúde e segurança pública, diz respeito, primeiramente, à desmistificação das drogas enquanto única e exclusivamente potencialidade maléfica e causadora de danos.

Destaca-se, ainda, que, durante os anos 80, muitos países foram afetados pela epidemia de HIV/AIDS e precisaram voltar sua atenção para o problema de saúde pública

mais urgente naquele momento. Não só as práticas sexuais se tornaram preocupantes como formas de transmissão do vírus, mas também o uso de drogas injetáveis, prática um pouco mais comum nos países europeus e, principalmente, entre a população socialmente mais vulnerável.

De acordo com Machado (2006), a constatação que uma parte considerável dos usuários de drogas injetáveis era composta por pessoas portadoras de HIV/AIDS contribuiu para que o campo da saúde pública em alguns países passasse a apresentar novas respostas para esse problema específico associado ao uso de drogas.

Assim, mesmo que as condutas proibicionistas tenham sido hegemônicas ao longo do século XX e permaneçam assim, ainda hoje, no cenário internacional surgiram políticas que frisavam a necessidade do cuidado com a saúde dos usuários de drogas, as quais foram ganhando espaço e convivendo, ao mesmo tempo e no mesmo território, com as ações repressivas impetradas pelo diversos Estados-nação.

O caso brasileiro assemelha-se ao exemplo norte-americano, no trato com a questão das drogas, por seu histórico também moralista, além da formação social e histórica racista e eugenista. Apesar disso, nas últimas décadas, existem ações predominantemente da saúde pública que contestam a forma do Estado lidar com a problemática das drogas, trazem novas perspectivas no trato com os usuários e se aproximam, de certa forma, da vanguarda progressista europeia.

2.2 **As ações do Estado relacionadas às drogas no contexto brasileiro**

Até o final do século XIX, no Brasil, não havia grande preocupação por parte das autoridades com o controle sobre a comercialização e o uso de drogas, porém, já existia uma associação discriminatória entre o uso de maconha e a população negra, classes baixas e grupos criminosos. Assim, existia um controle, de forma mais intensa, das práticas entendidas como tradicionais do povo negro e miscigenado do que dirigido às drogas de maneira ampliada, que eram, de fato, também usadas pela população branca, inclusive nos tratamentos medicamentosos (FIORE, 2005).

O consumo de álcool pelas classes sociais subalternas se mostrou uma preocupação para a medicina brasileira, que acompanhava as tendências internacionais no trato com a questão. Todavia, a atenção não se voltava para a substância, especificamente, e sim para a forma de consumo que, segundo os grupos médicos, no caso desse estrato social, era degenerante e de cunho imoral. Dessa forma, delineava-se mais uma associação entre um

grupo social e um suposto uso inadequado de uma droga, provocando uma percepção discriminatória desses grupos/indivíduos (FIORE, 2005).

A suposta demora na resposta por parte do poder público para o problema do alcoolismo levou à criação de entidades de caráter privado e grupos autônomos, como a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, União Brasileira Pró-Temperança e Liga Brasileira de Higiene Mental. Estas organizações privadas passaram a prestar serviços assistenciais e de educação antialcoólica, todavia, tais ações eram fundamentalmente direcionadas por compreensões higienistas, conservadoras e moralistas (MACHADO e MIRANDA, 2007)

Fiore (2005) observa que somente nas primeiras décadas do século XX, o Brasil, embasado numa postura conservadora, tanto da medicina quanto dessas Ligas, irá direcionar um olhar mais atento para as drogas e a sua disponibilidade dentro da sociedade, assim como começar a regular as formas de uso de algumas substâncias e a necessidade de respostas. Isso, evidentemente, ocorre com o Estado brasileiro seguindo o lastro das ações estadunidenses que já vinham reprimindo o uso do álcool, do ópio e respectivos derivados.

Como o Brasil foi um dos países signatários da Convenção de Haia, passou a direcionar esforços estatais para combater as drogas e seus malefícios em seu território. Mas, para além desse compromisso, havia uma pressão internacional, imposta pelos EUA, para adesão a condutas proibicionistas e uma cobrança da imprensa nacional e das camadas mais altas da sociedade para implementação de medidas mais duras, o que tornou essa questão central para as intervenções do Estado (ARAÚJO, 2019).

> Em movimento análogo ao ocorrido nos Estados Unidos no mesmo período, houve, no Brasil, uma coadunação entre demandas sociais proibicionistas e estratégias governamentais de controle social. O consumo de psicoativos como a cocaína, a morfina e a heroína foi largamente tolerado enquanto fez parte dos hábitos de oligarcas e abastados, mas passou a ser atacado com veemência pela mídia e por grupos moralistas quando atingiu prostitutas, proxenetas, pequenos marginais e indivíduos de camadas populares. O uso de maconha, por sua vez, jamais fora aceito pela ‘sociedade de bem’, pela associação direta de seu consumo a negros e mestiços. Assim, ao alcançar maior difusão no meio urbano, o uso de maconha e outros psicoativos tornou-se um tema de segurança pública (RODRIGUES, 2005, p. 302).

Anos após o compromisso firmado com diversos outros países na referida Convenção, o Código Penal Brasileiro, através do decreto 4.294 de 1921, passou a prever a pena de prisão para pessoas envolvidas com a venda de ópio e seus derivados e a cocaína. Previa ainda a punição de internação compulsória, por tempo indeterminado e em estabelecimento

correcional, por ato de embriaguez que causasse danos ao próprio sujeito embriagado, a outrem ou à ordem pública (FIORE, 2005).

As ações iniciais de tratamento dos usuários de drogas, tidos majoritariamente como viciados e degenerados, ocorreram no campo da justiça penal, pois as medidas traçadas para dar alguma resposta ao uso não foram compreendidas como uma problemática de saúde pública, apesar de ser este um argumento utilizado também para justificar muitas ações proibicionistas do Estado. As respostas dadas por parte do poder público partiam do princípio de que esta era uma questão de segurança pública e, portanto, deveria ser solucionada pelas instituições adequadas, de modo que se pudesse extinguir o uso inadequado.

Ainda em 1921, o decreto 14.969 passou a tipificar juridicamente o toxicômano[11] e criou legalmente a instituição "adequada" para seu tratamento correcional, o Sanatório para Toxicômanos. A internação na instituição poderia ocorrer por meio de requerimento feito pelo próprio sujeito, pela família ou por um juiz que avaliasse tal necessidade (FIORE, 2005). Contudo, apesar de ser prevista em lei tal instituição específica para a correção da toxicomania, na prática, não existia separação entre asilos para loucos e para viciados, portanto, as grandes colônias e asilos característicos do século XX, no Brasil, receberam um conjunto vasto de pessoas.

> A falta de cumprimento da norma que exigia instituições próprias para toxicômanos não impediu, contudo, o cumprimento massivo da norma que previa internações compulsórias para a 'toxicomania'. Uma vez rotulados, loucos ou viciados, na prática, não se diferenciavam no tratamento recebido pelo Estado (ARAÚJO, 2019, p. 72).

De acordo com Fiore (2005), a partir de 1932, a lista de substâncias proibidas de uso e comercialização no país foi legalmente ampliada e tais atos eram passíveis de punição, seja por prisão ou internação compulsória. Tal fato alargou o poder de mando do Estado, principalmente das instituições jurídico-penais, em relação aos usuários e traficantes de drogas, e colocou em pauta a necessidade de criação de um órgão específico destinado a tal discussão e proposição de ações.

Assim, em 1936, foi criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE) que tinha como função propor legislações sobre o assunto e supervisionar o controle e a repressão às drogas (naquele momento, denominadas "entorpecentes") em todo o território nacional. O CNFE era composto por representantes de diferentes áreas de conhecimento que

[11] Toxicomania pode ser entendida como uma mania/vício de consumir substâncias químicas, mais comumente conhecidas como drogas, e, geralmente, está associada ao consumo intenso das substâncias consideradas ilícitas.

tinham ligação com o tema, em especial a medicina, e representantes de órgãos do próprio governo (FIORE, 2005).

A Lei de Fiscalização de Entorpecentes, datada do ano de 1938 e criada pelo CNFE, aprimorou as regras já determinadas anteriormente tornando-as mais severas e detalhadas, além de colocar dois pontos diferenciais: 1) a lei passou a determinar a mesma punição tanto para o uso quanto para a venda de drogas, independentemente da quantia apreendida com o sujeito; 2) passou a proibir o tratamento de toxicomania ou parte dele em domicílio e obrigava notificação às autoridades, o que equiparava tal questão às doenças infecciosas (FIORE, 2005).

O Brasil foi um dos países que participaram das convenções sobre drogas promovidas pela ONU, em 1961 e 1971, que afirmaram a direção altamente combativa ao consumo de drogas e sua comercialização, o que resultou em mais mudanças tanto na legislação penal brasileira quanto nas medidas adotadas pelo Estado para repressão ostensiva nos territórios considerados de maior atuação do tráfico. Além disso, a medicina passou a funcionar também como "parâmetro oficial" para interpretação das substâncias como drogas ou como remédios, extirpando a possível ambiguidade contida em cada uma delas e subjugando o uso ao seu poder de análise.

Araújo (2019) nos explica que a aproximação entre a medicina e o Estado possibilitou certo controle sobre as drogas, pois ele fundamentou suas ações a partir do discurso médico amplamente disseminado pela sociedade. Dessa forma, associou determinadas substâncias a alguns comportamentos, os quais, nessa perspectiva, acarretariam consequências orgânicas, econômicas e sociais temerárias.

Segundo Machado e Miranda (2007), a medicina ganhou maior espaço e passou a influenciar a legislação brasileira a partir da década de 1970 com conteúdo tecnicocientífico sobre o tema, contribuindo para a legitimação do controle do Estado sobre uso de drogas e disseminando um discurso que variava entre a identificação do usuário ora como doente ora como criminoso. Porém surgiram, a partir da sua inserção mais marcante, propostas assistenciais no campo da saúde para os usuários de drogas, como os hospitais psiquiátricos já utilizados ao longo dos anos, mas que passaram a ser utilizados com objetivo de recuperar, quando possível, e não somente corrigir o usuário.

É importante pontuar que mesmo sendo observado um maior alcance do saber médico, prioritariamente psiquiátrico, sobre o uso de drogas, não fica evidenciado seu descolamento do aparato jurídico e instrumentos penais. Pelo contrário, a medicina serviu como uma tecnologia fundamental para uso do poder judiciário e legitimação de suas ações e,

posteriormente, passou a se apresentar como alternativa institucional, utilizando seus próprios procedimentos para o controle do uso de drogas e comportamentos sociais, todos suscetíveis em alguma instância ao âmbito jurídico-penal (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Na década de 1970, período de intensificação das medidas autoritárias impostas pela ditadura militar no país, o Estado seguiu reafirmando a abordagem médico-centrada do uso de drogas e a repressão ao narcotráfico. Tal posicionamento se deu a partir da constatação, desde o final da década de 60, da mudança de perfil do consumidor da maconha, antes circulante dentre os grupos marginalizados das cidades e que passou a ter seu consumo expandido também para a classe média. Posteriormente, o crescimento da oferta e a queda do preço da cocaína fizeram com que a taxa de consumo aumentasse e se tornasse alvo de ações médicas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

De acordo com Machado (2006), com base na legislação anterior sobre drogas, em 1976 foi promulgada a Lei 6.368 (BRASIL, 1976), que trouxe alterações relativas à assistência que deveria ser prestada aos usuários e demarcou sua tendência à medicalização. A lei traz em seu texto medidas que evidenciam tal afirmação, como, por exemplo: a troca do termo "viciado" para "dependente de drogas/químico"; a proposta de criação de serviços especializados para tratamento dos dependentes na rede pública de saúde; a opção de tratamento hospitalar ou extra-hospitalar; além de desobrigar os dependentes de drogas da internação, sendo prevista como medida compulsória somente o tratamento médico.

Os serviços de que tratavam a lei e as (poucas) portas assistenciais que se abriram na rede pública de saúde destinavam-se, em sua maioria, ao tratamento dos dependentes de drogas ilícitas, deixando de fora o enorme contingente de usuários de álcool que precisavam de tal atenção em saúde. Na análise de Machado (2006), isso evidencia que as ações sobre drogas implementadas no Brasil foram construídas a partir do compromisso firmado internacionalmente nos anos anteriores e que visavam a repressão da oferta e a redução do uso de drogas ilícitas sem tratar da questão latente do abuso da droga lícita.

A aprovação da referida lei colaborou diretamente para a ampliação da conduta de alto controle, que pôde ser observada através da criação de novos dispositivos jurídicos para repressão do tráfico e uso de drogas, assim como surgimento de espaços governamentais específicos para a discussão e deliberação a respeito da assistência em saúde dos dependentes de drogas, como o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes.

Cabe pontuar que, nesse período, o Brasil não havia estabelecido um sistema de saúde público e universal capaz de propor ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde

das pessoas consideradas dependentes das drogas. Portanto, a assistência médica era prestada a partir da comprovação de vínculo empregatício e isso impedia o acesso de uma grande parcela da população que demandava todo tipo de assistência em saúde, incluindo alcoolistas e pessoas dependentes de drogas ilícitas.[12]

O CONFEN foi um espaço importante e, em algumas vezes, ambíguo, de tratativa de variados assuntos relativos à questão das drogas, pois foi criado em 1980, durante o período ditatorial, e tinha por característica principal sua dedicação ao combate ao tráfico e uso de drogas. Mas, em determinados momentos, extrapolou seus próprios limites proibicionistas e favoreceu ações com perspectivas mais progressistas tanto em relação ao tratamento dos usuários quanto no que tange às pesquisas sobre o tema (MACHADO, 2006).

Esse conselho foi criado com as atribuições de propor a política brasileira de entorpecentes, elaborar planos sobre a questão das drogas, exercer orientação normativa, a coordenação geral, a supervisão, o controle e a fiscalização das atividades que envolvessem o tráfico e o uso drogas capazes de provocar dependência (BRASIL, 1980). O CONFEN tinha uma composição mista que contava com representantes de várias áreas do governo, como do Ministério da Saúde, da Justiça, da Fazenda, da Educação e Cultura, da Previdência e Assistência Social e das Relações Exteriores. Além de ter um representante da Polícia Federal e outro da Vigilância Sanitária, eram escolhidos ainda um médico que tivesse sido indicado pela Associação Médica Brasileira (AMB) e um jurista indicado pelo próprio Ministério da Justiça (MACHADO, 2006).

Como se sabe, as políticas públicas setoriais e sociais expressam a conjuntura política de cada período histórico nos países e não foi diferente com relação às medidas propostas pelo CONFEN, ao final da década de 1980. Afinal, tratava-se do momento em que o país passava pela redemocratização e buscava uma atuação do Estado que garantisse a cidadania ao invés da reiterada repressão que havia perdurado anos. Mais especificamente em 1988, o conselho produziu um documento, denominado "Política Nacional na Questão das Drogas", que ampliava a discussão sobre essa questão no território nacional, propunha mudanças na forma

[12] A partir da segunda metade da década de 1960, com a reestruturação na Previdência Social, ampliou-se a cobertura previdenciária brasileira e, consequentemente, a assistência à saúde chegou à uma parcela maior de trabalhadores urbanos e rurais, ainda que não se tornasse universal. Instituiu-se, desde então, uma política de saúde de cunho médico-hospitalar que privilegiava o setor privado através do modelo de assistência médica e deixava de lado os investimentos em ações de saúde pública, consolidando, assim, um padrão interventivo do Estado de caráter privatista e excludente. De acordo com Giovanella e Fleury (1995), a essência privatista da intervenção estatal se dá justamente por privilegiar a contratação, pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), do setor privado para a prestação de serviços médicos e hospitalares, o que garantiu a expansão das empresas privadas; e excludente porque condiciona o acesso à saúde à contribuição com a previdência, mantendo a grande massa da população na completa desassistência.

de lidar com o assunto e tomou como uma das frentes de atuação o incentivo à criação e consolidação dos centros de referência para tratamento da dependência de drogas lícitas e ilícitas (MACHADO, 2006). Tais centros funcionariam como um lócus privilegiado para formação profissional especializada em atendimento de dependentes de drogas e realização de pesquisas sobre o assunto, além de servir como local para tratamento.

Nesse momento, a demanda que antes era respondida apenas pela via da punição, seja pela prisão ou pela internação compulsória, passou a ter algum tipo de cuidado e certo reconhecimento de uma pequena parte do poder público sobre a necessidade de responder às questões de saúde interligadas ao uso de drogas.

Ainda em 1988, o Brasil participou da Convenção Contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas para tratar das medidas internacionais de combate ao tráfico de drogas, lavagem de dinheiro e etc. Na ocasião, afirma novamente sua posição proibicionista, alinhada com as políticas supranacionais antidrogas, apesar do fracassado resultado obtido há décadas.

Uma nova política de drogas foi proposta e colocada em documento elaborado por Domingos Bernardo Silva Sá, um dos conselheiros participantes do CONFEN, em 1992. O texto explicitava os ainda persistentes entraves da política sobre drogas diante da realidade brasileira e expunha as mudanças necessárias para o avanço na solução dos problemas que já vinham sendo apontados desde o documento de 1988. Porém, a tentativa de prosseguir com uma linha um pouco mais progressista, que tratasse do tema das drogas de maneira menos valorativa e moralista, foi impedida por meio da articulação de forças reacionárias (MACHADO, 2006).

Foi determinada, então, a saída do presidente do CONFEN, pela conduta adotada no órgão, e ocorreu um desmantelamento da gestão que se mostrou menos conservadora (MACHADO, 2006). A finalidade era exatamente a de brecar o estabelecimento de abordagens tidas como “mais liberais” em relação ao uso de drogas e ao tráfico, uma vez que o Brasil continuava signatário das Convenções internacionais que tratavam do tema com uma perspectiva abstêmia e tinham como objetivo extinguir tanto o uso quanto o comércio das substâncias ilícitas.

O CONFEN voltou a ter uma gestão mais democrática em 1994, quando um juiz especialista na questão das drogas assumiu o cargo de presidente do conselho. Então, o caminho traçado para tratar da questão foi sendo delineado a partir de um equilíbrio entre a repressão (nunca abandonada pelo Estado) e a prevenção do uso, valorização das entidades de

pesquisa e apoio aos serviços de tratamento especializado, incluindo as comunidades terapêuticas (MACHADO, 2006).

Segundo Machado e Miranda (2007), outro documento que ampliava o campo de ação do CONFEN foi o denominado “Programa de Ação Nacional Antidrogas”, que trouxe uma proposta de estabelecimento de ações equilibradas entre a linha repressiva, preventiva e de tratamento dos dependentes de drogas. Ele tornou pública sua preocupação relativa ao aumento do consumo e a problemática da propagação do vírus HIV através do uso de drogas injetáveis.

O documento delegava ao Ministério da Justiça, à Secretaria de Planejamento das Ações de Segurança Pública e ao Departamento de Entorpecentes. As atribuições eram as de coordenar e supervisionar o cumprimento das normas estabelecidas para o funcionamento de instituições de tratamento, fiscalizar a implementação de serviços específicos de tratamento dos usuários de drogas (distinguindo o tratamento dos modelos existentes na saúde mental), a capacitação de profissionais e a distribuição do apoio econômico destinado ao setor privado filantrópico (MACHADO; MIRANDA, 2007).

É possível observar que as medidas estabelecidas não se articularam com o que vinha sendo trabalhado a nível nacional pelo setor da saúde pública em todo o país, que manobrava ações tanto do campo da saúde coletiva quanto relativas a alterações estruturais no campo da saúde mental pública. Como visto, o referido programa tinha vinculação com os setores da segurança pública e da justiça, reproduzindo a forma de tratamento dos usuários de drogas pela lente da coerção.

> O Programa, apesar de conter ações sanitárias, não propôs nenhuma articulação com o setor específico nem com as políticas que estavam sendo implementadas, como o Sistema Único de Saúde (SUS), a reestruturação da atenção em saúde mental e os programas de redução de danos. As ações sanitárias foram propostas no âmbito da Justiça, mantendo uma tendência, observada desde o início do século XX, de indefinição e sobreposição de atribuições e de responsabilidades (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 807).

Mesmo com a contradição fazendo parte do desenvolvimento das ações do CONFEN, é necessário reconhecer, portanto, que tal órgão teve sua importância para a constituição de algumas práticas mais humanizadas e cientificamente fundamentadas para o tratamento dos usuários de drogas. Esse apoio se deu por meio do incentivo aos centros de referência de tratamento e pesquisa e aos projetos de redução de danos que despontavam no Brasil.

De acordo com Machado (2006), os centros de referência de tratamento, prevenção e pesquisa tinham, em sua maioria, ligação com as universidades[13]. Dessa forma, colaboraram com a produção técnico-científica sobre as drogas, incentivaram o aprimoramento das ações relativas à recuperação dos usuários e prevenção do uso, além de incrementar práticas de redução de danos.

Em boa parte da existência desses centros não houve, entretanto, uma conexão com a política de saúde que estava sendo implantada no país, ficando suas práticas mais restritas ao âmbito do atendimento nos próprios serviços. Sua notoriedade se deu por terem sido vanguarda no que tange ao desenvolvimento de um tratamento despido de concepções moralistas, preconceituosas e coercitivas dos usuários de drogas.

Ainda no ano de 1994, o CONFEN tornou público seu posicionamento favorável à implantação e desenvolvimento de ações de redução de danos em todo o país, visto que se tornava urgente pôr em prática medidas de prevenção de HIV/AIDS entre os usuários de drogas no Brasil. Evidentemente tal posição não ocorreu sem embates internos e externos, pois diversas entidades e instituições públicas alegavam que as práticas de redução de danos, como a distribuição de insumos para uso seguro das drogas e a troca de seringas, caracterizavam crime enquadrado pela Lei 6.368 de 1976.

Assim, as ações de redução de danos foram interpretadas pela Igreja Católica, Comunidades Terapêuticas, Ministério Público e pelo gabinete da Presidência da República, entre outros, como auxílio ou incentivo ao uso de substâncias ilícitas, crime previsto em lei. Apesar da pressão contrária, o CONFEN apoiou tais ações e isso foi fundamental para que os projetos de redução de danos pudessem ser implantados e se capilarizassem pelos territórios necessários naquele período (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Ao passo que os projetos de redução de danos, vinculados ao problema do HIV/AIDS começaram a serem viabilizados, na década de 1990, no Brasil, as Comunidades Terapêuticas conseguiram, contudo, maior apoio de setores sociopolíticos conservadores e expandiram seu poder de alcance. Assim, apesar dessas comunidades existirem desde a década de 1970 no país, ganharam maior espaço e apoio oficial somente no final do século XX, como resultado

[13] Os centros para tratamento, pesquisa e prevenção sobre drogas foram reconhecidos pelo CONFEN como referências na área e os mais conhecidos foram: o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad) da UNIFESP; o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (Cordato) da UnB; o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad) da UFBA; o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (Nepad) da UERJ; o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) também da UNIFESP; o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH) de Pernambuco e o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) de Minas Gerais, ambos ligados diretamente ao setor de saúde pública dos respectivos estados.

de uma disputa político-ideológica em torno dos rumos oferecidos para a questão das drogas e o respectivo financiamento público.

E, apesar dos conflitos entre posturas mais progressistas e mais conservadoras do meio acadêmico e do filantrópico/religioso, o CONFEN contribuiu para certa aproximação entre os setores acadêmicos, o poder público e as Comunidades Terapêuticas. Isto porque tentou criar uma série de regras que pudessem garantir maior qualidade do cuidado para com os usuários inseridos nesses espaços. Espaços estes historicamente marcados pela ausência de regulamentação pública, pelo moralismo e pela imposição de princípios religiosos que feriam a individualidade daqueles que pretendiam ser atendidos (MACHADO, 2006).

Essa tentativa de regulamentação culminou na pressão por financiamento público das comunidades, enquadradas nas regras criadas ao longo dos anos 1990 pelo CONFEN em conjunto com as Federações de Comunidades Terapêuticas[14]. Os argumentos para o requerimento de apoio financeiro giravam em torno do esforço de adequação às normas estabelecidas e pelo vazio deixado pelo poder público durante todo o século XX em relação ao cuidado com os usuários de drogas - que acabou sendo preenchido pelo "empenho" das iniciativas individuais e privadas dessas entidades.

Mas, apesar dessa adequação às normas, as Comunidades Terapêuticas ainda tinham (e têm), em seu âmago, uma perspectiva moralista e abstêmia, que impõem, aos usuários de drogas, comportamentos que, geralmente, não condizem com suas vivências, subjetividades e particularidades enquanto sujeitos. Tal afirmação fica explicita quando a FEBRACT informa que os pressupostos do trabalho nessas comunidades são:

> A aceitação voluntária do programa; a intensa e constante comunicação entre todos os membros; a atuação em um sistema de pressões artificialmente provocadas, que estimula a explicitação da patologia do residente diante de seus pares; o enfoque na pessoa como um todo e não na droga; a coesão interna sustentada por um sentimento de solidariedade fraterna e pela aceitação de valores morais; não às drogas, aos contatos sexuais e à violência (BRASIL, 2004, *apud* MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 811).

A partir dessa breve consideração é possível compreender as dificuldades de adesão dos usuários ao "tratamento" nesses espaços, pois se instaura antecipadamente uma série de exigências que dificultam tanto o acesso quanto a continuidade do cuidado.

No final da década, em 1998, tanto o Conselho Federal de Entorpecentes quanto a Secretaria Nacional de Entorpecentes foram extintos para dar lugar ao Conselho Nacional

[14] No Brasil, existem a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB) criadas em 1990 e 1994, respectivamente.

Antidrogas (CONAD) e à Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Não por coincidência, a mudança adveio, justamente, no mesmo período em que ocorria uma assembleia da ONU para tratar da questão das drogas e do seu combate internacional (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Os órgãos recém-criados, pelo então presidente da república Fernando Henrique Cardoso, constituíam o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e demarcavam um posicionamento ainda mais repressivo se comparado aos organismos multidisciplinares existentes anteriormente. Fez-se notório, neste período, o esforço da cúpula governamental de implementar uma política fortemente vinculada aos direcionamentos internacionais mais coercitivos, o que ficou cristalino com a alocação do referido sistema no Gabinete Militar da Presidência da República, que, posteriormente, passou a ser chamado de Gabinete de Segurança Institucional (MACHADO, 2006).

A tarefa delegada ao SISNAD era de gerir as ações de repressão e prevenção em conjunto com o Ministério da Justiça, Polícia Federal e SENAD, esta última ficando responsável pelas atividades de tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários dependentes das drogas. Aqui, é de extrema importância observar que, para o Ministério da Saúde, não foi prevista participação ou responsabilidade pelas ações que seriam, justamente, da área da saúde, o que denota desarticulação entre ações para os usuários de drogas e ações no SUS para todos os cidadãos do país e desconsideração da questão como problema de saúde pública.

Com relação ao tratamento destinado aos usuários de drogas, a SENAD focou suas atividades nas comunidades terapêuticas prezando por melhores condições de assistência nesses espaços. Portanto, apesar da perspectiva antidrogas, o órgão não impediu o aumento do número de programas de redução de danos e, por vezes, estimulou os centros de referência sobre drogas a produzirem dados científicos sobre o tema no Brasil.

Machado e Miranda (2007) explicam que, ainda em 1998, ocorreu o I Fórum Nacional Antidrogas, que contou com a participação dos grupos sociais mais atuantes em relação à questão das drogas, como profissionais vinculados as universidades, pessoas com conexão com as práticas de redução de danos, pessoas ligadas às comunidades terapêuticas e policiais. Como resultado das discussões travadas se obteve a Política Nacional Antidrogas (PNAD) (BRASIL, 2001) que, repetindo o ato anterior, também não previa articulação com qualquer órgão ligado a área de saúde pública brasileira, dessa forma, a parte do documento que prevê o tratamento, a recuperação e a reinserção social dos usuários aborda a questão de maneira isolada.

O II Fórum Nacional Antidrogas aconteceu em 2001, concomitantemente e na mesma cidade que a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Isso repercutiu de maneira crítica entre os participantes da conferência, que conseguiram discutir o tema e avançar na ampliação de suas ações, recomendando a inserção da atenção aos usuários de drogas no sistema de saúde pública nacional (MACHADO, 2006). Este desencontro corrobora a suposição de que a articulação entre setores da saúde pública e da área de drogas ocorria de forma incipiente ou não ocorria.

2.3 **Saúde pública e os usos prejudiciais de drogas no Brasil**

A criação do SUS em 1988, resultado de um processo de lutas sociais para restabelecimento da democracia e garantia de direitos, certamente foi fundamental para a convergência entre os setores da saúde pública e da atenção ao uso de drogas. A afirmação da saúde como um direito social de todos os cidadãos e "dever do Estado" (BRASIL, 1988) coloca o pressuposto legal de que esse último tem por obrigação garantir a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no sistema público de saúde que estava sendo criado.

Foi assim que, com a constatação mundial da alta taxa de transmissão do vírus HIV através do compartilhamento de seringas para o uso de drogas injetáveis, o governo federal brasileiro passou a olhar também para esse problema que já vinha atingindo parte dos usuários no país. Dessa maneira, em 1989, a Divisão Nacional de DST/AIDS, pertencente ao Ministério da Saúde, elaborou um projeto que objetivava prevenir e controlar a disseminação do vírus entre os grupos considerados mais vulneráveis a contraí-lo como, por exemplo, usuários de drogas, detentos e profissionais do sexo (MACHADO, 2006).

Neste mesmo ano, no estado de São Paulo, a prefeitura de Santos verificou que grande parte das pessoas que contraíram o vírus tinha sido infectada durante o uso compartilhado de drogas injetáveis. A constatação levou à tentativa, inspirada nas experiências europeias, de desenvolvimento do primeiro programa de redução de danos brasileiro, que teria como ações a distribuição de seringas e insumos que proporcionassem um uso mais seguro. Entretanto, o Ministério Público interferiu por meio de medidas judiciais impedindo o avanço das atividades do programa na cidade.

> Os projetos de redução de danos, sobretudo no que diz respeito à distribuição de insumos para uso de drogas injetáveis, foram interpretados como práticas ilícitas uma vez que a Lei nº 6368 de 1976 criminalizava quem contribuísse de qualquer forma para o uso de drogas. Essa interpretação da Lei, que desconsiderava o surgimento da epidemia da AIDS, criou entraves para a aplicação de uma importante

> medida de saúde pública para conter a disseminação da doença, já implementada com eficácia em outros países (MACHADO, 2006, p. 63).

Já em 1994 a ONU passou a incentivar financeiramente a implantação de novos programas e a ampliação dos já existentes para prevenção da contaminação por HIV através do uso de drogas injetáveis. Foi então que o Ministério da Saúde construiu o Programa AIDS I, que tinha como meta implementar ações de prevenção para impactar positivamente na taxa de contaminação pelo vírus, fazendo-a diminuir entre a população geral, mas principalmente entre os usuários de drogas (MACHADO, 2006).

Essas ações de prevenção sob a ótica da redução de danos, que passaram a ser desenvolvidas com o incentivo do Ministério da Saúde, podem ser encaradas, hoje, como o início da mudança de perspectiva da atenção do Estado destinada aos usuários de drogas. Isso porque as práticas demarcadas pela lógica antidrogas-abstêmia, até então exclusivas dentro do leque de ações governamentais repressivas para lidar com a questão das drogas, passaram a conviver com práticas progressistas que encaram as complicações decorrentes do uso prejudicial/dependência como problemas que podem ser minimizados através da orientação adequada, do respeito às decisões individuais dos sujeitos, do acesso a insumos que reduzam os riscos de contaminação, etc.

Assim se estabeleceram vertentes contrárias umas às outras dentro do próprio Estado para lidar com o uso de drogas no país. Ao mesmo tempo em que ganhavam espaço programas fundamentados nos direitos humanos e em posturas mais tolerantes em relação ao uso, também se firmavam, na outra ponta, maneiras de manter a perspectiva de tratamento moralista e repressiva, representadas em grande medida pelas comunidades terapêuticas.

O Ministério da Saúde, até final dos anos 1990 e início dos anos 2000, tinha divergências internas explícitas quanto ao tema. Havia, de um lado, uma pressão por parte das comunidades terapêuticas para obtenção de financiamento advindo do SUS e para se tornarem parte da rede oficial de atendimento voltada para a questão das drogas. Por outro lado, ocorria a pressão de outros segmentos do Ministério (como a Coordenação Nacional de Saúde Mental) que eram favoráveis aos serviços do SUS serem responsáveis por esses atendimentos (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Neste ponto é necessário observar que, desde a década de 1970, os hospitais psiquiátricos no Brasil tinham parte de seus leitos ocupados por alcoolistas e usuários de outras drogas. Seja pelas determinações legais que obrigavam os usuários a se submeter a internações nessas instituições ou pela falta de serviços alternativos que dessem conta dessa problemática, a demanda dos usuários de drogas foi sendo absorvida, em grande medida, pela

via da internação nos manicômios. Desta forma, ainda que se proporcionasse alguma forma de atendimento pela via da saúde mental, esta era residual e não interpretada como uma questão inerente ao campo da saúde pública. Somente no final da década de 1990 que essa se torna uma demanda que mobiliza contundentemente setores da saúde pública.

O processo de estruturação do SUS e reestruturação dos serviços do campo da assistência às pessoas com transtornos mentais foi ocorrendo desde início da década de 1990 por todo o país, na medida em que os profissionais e a própria sociedade civil organizada foi pressionando o poder público para concretizar as mudanças necessárias. Durante esse período se conseguiu no âmbito normativo e jurídico alterações importantes que direcionavam a assistência a uma transição qualitativa dos serviços existentes, asseguradas pela portaria GM/MS 224 (BRASIL, 1992) e, posteriormente, pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001).

Segundo Machado (2006), a Coordenação Nacional de Saúde Mental chegou a reconhecer que existia dentre a população brasileira um grave problema de saúde pública associado ao uso prejudicial/dependência de álcool e outras drogas. Questão, inclusive, sustentada cientificamente por dados tanto das internações em hospitais psiquiátricos quanto pelos levantamentos feitos em regiões metropolitanas de alguns estados que apontavam para a necessidade de maior cuidado com esse grupo.

Apesar disso e, mesmo com a comprovação da necessidade de se edificar alguma alternativa, no interior do campo da saúde pública, para absorção desses sujeitos que também integravam a população interna dos manicômios -chegando os alcoolistas a ocuparem cerca de 36% dos leitos psiquiátricos em todo o país-, se levou quase uma década para uma resposta (MACHADO, 2006).

> Na década seguinte, as condições no setor público de saúde eram, aparentemente, mais favoráveis à criação de uma atenção pública às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas no campo da saúde mental. A proposição de serviços ou de formas de atenção a essas pessoas se colocava como necessária à efetivação do processo de reestruturação da atenção em saúde mental, uma vez que mais de um terço dos leitos psiquiátricos eram ocupados por alcoolistas. Esse processo - que foi se consolidando a partir do apoio e da mobilização da sociedade civil organizada, das possibilidades criadas pelas experiências estrangeiras de reforma psiquiátrica e das modificações introduzidas na gestão e no financiamento do sistema de saúde - apresentava, a princípio, condições de incluir a atenção a usuários de álcool e outras drogas no setor público de saúde. Entretanto, isso efetivamente não ocorreu (MACHADO, 2006, p. 77).

Assim, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas foi inclusa oficialmente no campo da saúde mental e atenção psicossocial a partir dos anos 2000, através da lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, como da publicação de portarias que tratavam da atenção aos

usuários de drogas. A principal delas, segundo Machado (2006), foi a Portaria GM/MS 816 (BRASIL, 2002) que dispunha sobre a implantação dentro do sistema de saúde pública de uma rede de assistência para usuários de álcool e outras drogas.

Mesmo com algumas respostas pontuais dadas ao longo dos anos pelo Ministério da Saúde, foi somente em 2003, durante o governo do presidente Luíz Inácio Lula da Silva, que o órgão tomou efetivamente para si a tarefa de lidar com os problemas decorrentes do uso prejudicial/dependência de álcool e outras drogas no Brasil. Nesse ano foi publicada a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), documento em que o Estado assume o compromisso com a população de prevenir, tratar e reabilitar os usuários a partir da perspectiva da saúde pública, de maneira articulada com as demais políticas e baseada em ações menos focadas na repressão e no controle.

O estabelecimento dessa política foi de suma importância, pois retirou a centralidade que as comunidades terapêuticas tiveram durante muitos anos no "tratamento" dos usuários e, além disso, demarcou o norte teórico-político das ações de saúde pública a partir daquele momento. Isso quer dizer que, no documento, foram explicitadas as diretrizes de atuação na área, as quais foram construídas em conformidade com os princípios do SUS, da reforma psiquiátrica e da lógica de redução de danos, sendo essa última indicada como o paradigma que deveria orientar o trabalho profissional (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Em articulação com a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001) e com a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2001), a proposta para atenção em saúde aos usuários de álcool e outras drogas trouxe a ideia de construção de uma rede composta por serviços estratégicos, como os CAPSad, portanto, não especializados como as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF); serviços que compõem a rede intersetorial, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), entre outros dispositivos.

Destacamos, nesse ínterim, a criação dos CAPS ad, principalmente de modalidade III, que têm como público-alvo os adultos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e que oferecem, a este grupo, atendimento diário e acolhimento noturno em casos de crise dos usuários acompanhados pela equipe. Este é um exemplo notório da mudança paradigmática que passou a embasar o ordenamento institucional e o trabalho dentro dos dispositivos de atenção em saúde.

Com relação à rede de serviços, verifica-se que sua construção foi fundamentada na noção de território -acompanhando formulações também elaboradas para a política de Saúde Pública em geral-, onde se parte da ideia de integração do usuário à cidade, à sua comunidade originária, aos locais onde tem algum pertencimento e que não o encara enquanto mais um

indivíduo que está deslocado daquele território específico. Seguindo essa lógica, a reconstrução dos vínculos sociais dos sujeitos que fazem uso prejudicial de drogas, bem como o seu acesso aos direitos básicos, é possível e, portanto, concebido como essencial, uma vez que a (re)inserção social e o rompimento dessa lógica segregacionista são primordiais para um outro projeto de vida (RAMÔA et al., 2012).

Ter serviços voltados para atenção aos usuários de álcool e outras drogas significa, portanto, ir à contramão de uma tendência mundial hegemônica de repressão, criminalização e desassistência nos casos de uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Ainda mais expressiva e potente é a ideia adotada pelas equipes que compõem os serviços destinados a este público, que tem como foco principal não a abstinência e repressão, mas sim a redução de danos na vida dos usuários.

O debate em torno da questão das drogas não se tornou, contudo, um consenso, desde 2003, pois, como se pôde observar ao longo deste capítulo, a questão relativa ao uso de drogas foi e, na maioria das vezes, ainda é, tratada a partir de uma perspectiva moral, policialesca e punitivista que, de um lado, criminaliza o indivíduo que faz uso de drogas e, de outro lado, o usuário é visto como doente e/ou incapaz, devendo o Estado responsabilizar-se por sua internação em instituição que o retira do convívio social.

O período após a implementação da Política para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas foi marcado pela expansão dos serviços de base territorial destinados tanto à população com transtornos mentais graves e persistentes quanto aos usuários de drogas. Contudo, ao mesmo tempo e apesar dos incentivos destinados à construção de uma nova estrutura de apoio destinada a este público, também nos hospitais gerais e na atenção básica, a Coordenação Nacional de Saúde Mental ainda considerava a rede filantrópica/privada absenteísta como um suporte necessário e incentivava a articulação entre os dispositivos que estavam sendo criados e as instituições que historicamente prestaram atenção aos usuários (ARAÚJO, 2019).

O Ministério da Saúde criou, em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD), através da Portaria GM/MS nº 1.190 (BRASIL, 2009), que visava ampliar o acesso ao tratamento e prevenção do uso de drogas no SUS. Também se voltava a diversificar as ações de promoção, prevenção e redução de danos relativos ao consumo de drogas e desenvolver respostas intersetoriais capazes de alcançar os objetivos traçados e respeitar a pluralidade cultural e social desses usuários.

De acordo com Araújo (2019), o PEAD foi fundamental para se conseguir chegar à população em situação de rua, grupo de elevada vulnerabilidade social e com maior dificuldade em aderir ao tratamento tradicional nos serviços especializados. Foi a partir dele, por exemplo, que o dispositivo Consultório na Rua foi introduzido oficialmente no campo como estratégia de atendimento.

Em 2010 ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental de caráter intersetorial e já tendo como ultrapassada a discussão acerca da questão das drogas como um problema de saúde pública que deve ser tratado como tal. E foi nesse evento que começaram a aparecer preocupações contundentes em relação à repercussão em torno do uso de crack (principalmente pelas pessoas em situação de rua) e a propagação do discurso da grande mídia que apontava para uma "epidemia do crack".

Esse discurso alarmante reforçou o posicionamento dos grupos conservadores que sempre propagaram a ideia da impossibilidade de tratamento dos usuários de álcool e outras drogas em liberdade, os quais entendiam que a internação, naquele momento, era a saída mais viável para lidar com a suposta epidemia. Assim, ainda em 2010, essa mesma coordenação que se mostrou preocupada meses antes, lançou o "Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas", que contrariava, em muitos pontos, a Reforma Psiquiátrica e se conectava com a lógica absenteísta, manicomial e punitivista.

O documento ficou conhecido no país como "Plano crack" e, mesmo diante dos dados estatísticos que mostravam maior agravo e intensificação no consumo de álcool se comparado a outros tipos de drogas, o consumo de crack foi tratado como uma epidemia a ser contida pelos organismos de saúde com suporte dos dispositivos socioassistenciais (ARÁUJO, 2019).

Do ponto de vista prático, o "Plano crack" se tornou ambíguo, uma vez que acarretou maior investimento do poder público na RAPS para conseguir assegurar atendimento através dos Consultórios na Rua, dos CAPSad II ou III, Unidades de Acolhimento, infantil e adulto (UAi e UAa) ou das ações de redução de danos desenvolvidas no território pelos agentes redutores de danos. Mas, o Plano também permitiu que o poder público passasse a financiar leitos em comunidades terapêuticas para suprir a demanda, que se criou com a ideia de "epidemia do crack". Assim, com o argumento de que a rede pública não tinha condições concretas de dar conta dessa problemática, o governo federal passou a injetar verba pública nas instituições filantrópicas que já vinham buscando tal feito, como vimos, desde o final da década de 1980.

É importante notar que, em 2011, o governo federal lança o programa, "Crack, é possível vencer" e, ao mesmo tempo, define os dispositivos assistenciais componentes da

RAPS através da Portaria GM/MS n° 3.088 (BRASIL, 2011), incluindo as comunidades terapêuticas como Serviços de Atenção Residencial de caráter transitório para a população adulta com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Já no ano seguinte, o governo federal lançou a Portaria GM/MS n° 131 (BRASIL, 2012) que regulamenta o financiamento dos Serviços de Atenção em Regime Residencial, o que abarcou tanto serviços totalmente públicos quanto entidades filantrópicas de cunho absenteísta, como as comunidades terapêuticas (ARAÚJO, 2019).

A presença das comunidades terapêuticas enquanto local de acolhimento privado/filantrópico para os usuários de drogas é constante, no Brasil, desde as últimas décadas do século XX e, a partir dos anos 2000, vem se ampliando exponencialmente. Os discursos midiáticos inflamados em relação ao uso do crack somado às respostas governamentais, que passaram a integrar as comunidades terapêuticas à rede dos serviços destinados a tal público, colaboraram para essa multiplicação em todo o território nacional.

Como já dito, a suposta "epidemia do crack" e os problemas que dela derivaram foram tema de debate não somente pela mídia hegemônica, que deu o tom conservador às suas análises, mas também foi pauta dos debates presidenciais naquele período. De acordo com Albuquerque (2018), o governo do PT (Partido dos Trabalhadores) e suas alianças políticas também contribuíram, direta ou indiretamente, para a construção de políticas conservadoras e abriram espaço para a propagação deste tipo de instituição:

> A temática do crack e outras drogas também pautou o debate nas eleições presidenciais. O clamor midiático de respostas imediatas para o fenômeno e, principalmente, as alianças e correlações de forças políticas construídas nos governos petistas que tiveram como base aliada, deputados e senadores da bancada evangélica, incidiram numa disputa de posição acerca do direcionamento estratégico adotado pelo governo em algumas políticas, inclusive, nas políticas sobre drogas. Vale lembrar a eleição de Dilma Roussef, em 2010, e os compromissos assumidos pela presidenta na *Carta Aberta ao Povo de Deus* [...] (ALBUQUERQUE, 2018, p.154-155)

Evidentemente, os movimentos sociais e sujeitos atuantes política e profissionalmente comprometidos com perspectivas de ações em saúde de cunho progressista, antimanicomial e antipunitivista, se posicionaram publicamente contra as medidas que permitiam o financiamento das comunidades terapêuticas engendradas pelo governo federal. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), entre outras entidades, se colocaram contra a regulamentação e financiamento público das comunidades, pois entendem que essa é uma

forma de privatização da coisa pública e de mercantilização do SUS (ALBUQUERQUE, 2018).

Em 2011, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) divulgou o documento intitulado Relatório da 4° Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (CFP, 2011), onde foi constatada desassistência em saúde e violação dos direitos dos sujeitos internados nas instituições que passaram pela fiscalização em todo país. Dentre as situações averiguadas, destaca-se que os internos eram submetidos à violência física, tortura, intimidação, violação de privacidade, desrespeito à orientação sexual, desrespeito a determinado credo religioso, além de submissão dos familiares a situações vexatórias (ALBUQUERQUE, 2018).

> Seja de fundamentação religiosa ou médica, um número considerável de CT's tem sido espaço para internações forçadas, ilegais e com violação dos direitos das pessoas em tratamento. O financiamento com recursos públicos incide no aumento e na sustentabilidade econômica dessas organizações, que representam não só uma afronta à Lei 10.216/2001 e ao longo processo de construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, como também, ao caráter laico do Estado. (ALBUQUERQUE, 2018, p.158-159)

O financiamento público destas instituições é problemático justamente pelo caráter religioso que a maioria das comunidades terapêuticas detém e pelas ocorrências incessantes de violações de direito dentro de espaços considerados "para tratamento". Tófoli (2015) esclarece que é possível que haja instituições de caráter religioso que utilizem sua doutrina como tratamento para usuários de drogas, contudo, isso só é cabível se tais instituições não recebam verbas estatais e sejam apenas um recurso filantrópico destinado exclusivamente ao atendimento de pessoas que já professem a fé e pertençam à tal comunidade religiosa, e, evidentemente, sempre respeitando os direitos humanos.

Considerar as comunidades terapêuticas brasileiras, que vem mesclando princípios do método 12 passos, característico dos Alcoólicos Anônimos (AA) e dos Narcóticos Anônimos (NA), com a religiosidade e a hierarquização meritocrática institucional, como serviços de saúde públicos[15] "[...] significa o financiamento público do proselitismo para qualquer cidadão brasileiro" (TÓFOLI, 2015, p. 4).

Em 2013, aconteceu o I Encontro Nacional da RAPS, que incluiu a participação de trabalhadores da área, gestores, usuários dos serviços do campo da atenção psicossocial, etc.

[15] Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) não considera as comunidades terapêuticas como dispositivos de tratamento em saúde e recomenda que os países criem maneiras adequadas e eficientes de fiscalização delas, caso não seja possível eliminar essa modalidade de atenção aos usuários de drogas (ALBUQUERQUE, 2018).

Durante o encontro, as discussões trataram das questões latentes que impactam nos serviços e na vida dos usuários, como a remanicomialização, o avanço do conservadorismo e os rumos da Reforma Psiquiátrica. Dos debates travados se chegou a um conjunto de recomendações para o Ministério da Saúde, dentre elas a de não inserção das comunidades terapêuticas na RAPS e a posição contrária às internações compulsórias dos usuários de drogas que vinham ocorrendo nos últimos anos (DUARTE, 2018).

A partir de 2016, com os retrocessos políticos ocorridos desde o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, as decisões relativas ao campo da atenção psicossocial e, mais especificamente, da atenção dirigida aos usuários de drogas, se deram sem a participação popular e dos especialistas na área.

De acordo com Araújo (2019), na gestão presidencial de Michel Temer, em 2016, foi editada a Portaria SAS/MS nº 1.482 (BRASIL, 2016) que regulamentou o cadastramento das comunidades terapêuticas como serviços de saúde. Elas já tinham regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para funcionamento, contudo, não eram registradas como serviços de saúde.

No ano de 2017, ainda no Governo Temer, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Portaria GM/MS nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017), que reformula a RAPS e a considera nova pelas mudanças ocorridas, entretanto, reinsere, na rede, serviços já considerados obsoletos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica do país. A "nova" rede passou a ser composta por serviços ambulatoriais multiprofissionais em saúde mental, hospital-dia, hospital psiquiátrico e unidade psiquiátrica em hospitais gerais, além de ter sido criada a modalidade CAPS ad IV, que teria a capacidade de ter até 30 leitos e funcionar 24 horas por dia, próximo as cenas de uso de drogas das regiões metropolitanas.

A RAPS atual possui características que retiram a centralidade da atenção psicossocial de base territorial diretamente conectada à atenção básica em saúde, as quais são capazes de se aproximar da população pela sua capacidade de manter e respeitar a cultura dos sujeitos e a sua liberdade de escolha e autonomia no tratamento.

> Há uma nova lógica de saúde mental, em especial, no campo álcool e outras drogas, que se erige em oposição ao modo de atenção psicossocial e aponta para uma desfiguração de dispositivos próprios do modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Embora seja possível perceber elementos de remanicomialização, como os hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia e ambulatórios, outros dispositivos previstos na RAPS apresentam algo novo. No modelo de atenção psicossocial instituído pela Reforma Psiquiátrica brasileira, os CAPS são o centro de gravidade organizacional da rede de cuidado. A nova lógica traz duas mudanças fatais: aproxima as comunidades terapêuticas da condição de protagonistas do cuidado em álcool e outras drogas e coloca os CAPS ad, pela modalidade do CAPS ad IV, como

> as linhas auxiliares de suporte à uma rede de perfil absenteísta (ARAÚJO, 2019, p. 113).

Um ponto muito importante acerca da RAPS no modelo atual é que, com os dispositivos antigos sendo resgatados, o foco na reabilitação psicossocial se dilui e a ênfase do cuidado com os usuários e a organização da rede passam por um deslocamento que deixa de considerar a internação uma ação iatrogênica. Assim, passa-se a caminhar na contramão dos ideais da Reforma Psiquiátrica e da lógica de redução de danos.

O Conselho Federal de Psicologia divulgou, em 2018, o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018), que cotinha dados relativos à inspeção realizada no ano anterior e denunciavam as violações de direitos, as violências ocorridas nestas instituições e as condições materiais em que os internos eram mantidos para tratamento (ARAÚJO, 2019). Apesar dos dados, o incentivo a tais instituições permanece crescendo e o discurso conservador que nutre o imaginário social de preconceitos e articula uma rede lucrativa em torno dos usuários/dependentes de drogas.

Sob o governo de Jair Bolsonaro, as comunidades terapêuticas e as práticas coercitivas e abstêmias passaram a ter uma centralidade ainda maior, visto que, no primeiro ano de mandato, o presidente da república já aprovou diversas alterações na Política Nacional sobre Drogas, através do Decreto n° 9.761 (BRASIL, 2019). Tais mudanças retiram de cena a redução de danos como norte da atenção aos usuários e promove a abstinência a objetivo central.

Verifica-se que o texto endurece, ainda mais, a política, que já tinha caráter proibicionista e já respondia às recomendações dos organismos internacionais no combate ao uso e tráfico de drogas. Além disso, abre brechas facilitadoras para internações involuntárias dos usuários/dependentes de drogas e fortalece as comunidades terapêuticas e, ainda, prevendo, no Orçamento Geral da União, dotações orçamentárias tanto para a área de tratamento quanto para a do acolhimento, o que inclui as instituições filantrópicas/privadas.

Ainda no ano de 2019, Bolsonaro sancionou a lei 13.840/2019 (BRASIL, 2019) que dispõe sobre a internação involuntária, sem necessidade da autorização judicial, das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. A medida trouxe consequências negativas para área, uma vez que permite que a internação desse grupo venha ser executada por profissionais da área da saúde e/ou assistência social, reafirmando o caráter higienista e segregador que, historicamente, marcou a atenção destinada a tal público.

Já em 2020, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) aprovou a regulamentação do acolhimento de adolescentes usuários de drogas em comunidades

terapêuticas, o que indica o caminho de retrocessos que vem sendo traçado ao longo dos últimos anos. Avança, em sentido contrário, ao das conquistas da luta antimanicomial e antiproibicionista, além de infringir os direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

É importante destacar que a atual Política sobre Drogas brasileira e as diversas medidas impostas pelo governo federal atual explicitam a conexão entre as formas como as políticas públicas se apresentam e a conjuntura político-econômica estabelecida em determinado período histórico. Dessa maneira, podemos compreender os retrocessos recentes ocorridos nesta área como uma representação do avanço do neoconservadorismo, do ultraliberalismo e da sua capilaridade na sociedade brasileira atual.

3 O CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL QUE FAZEM USO DE DROGAS

Como já explicitado no capítulo anterior, a efetiva junção entre o cuidado às pessoas com transtornos mentais e às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas ocorreu recentemente, se levarmos em consideração os últimos 100 anos de desenvolvimento de ações por parte do Estado para responder às questões latentes neste campo no nosso país.

Apesar da conexão entre campo AT e campo AD ter sido consolidada recentemente, em termos de assistência pública em saúde, os sujeitos demandam cuidado de maneira contínua, independentemente da organização, divisão e articulação das redes que conformam o sistema público de saúde. O que se quer afirmar com isso é que, o grupo populacional que demanda cuidado em saúde mental o faz pelas suas necessidades de saúde, nesse sentido, a disposição dos serviços no território e a divisão pré-existente entre esses (sub)campos da atenção psicossocial não necessariamente coadunam e correspondem às questões subjetivas e necessidades específicas dos sujeitos demandantes.

Assim sendo, os sujeitos com transtornos mentais graves e persistentes que fazem usos de drogas colocam para os profissionais e equipes técnicas os desafios do cuidado a partir das subjetividades de cada um, em rede, no território, e com tudo que este pode proporcionar: acolhimento, preconceito, violência, conservadorismo, trabalho, renda, entre outras coisas.

A seguir analisaremos o cuidado em saúde mental e os seus desafios especificamente com esse público.

3.1 **Territorialização do cuidado: um estudo de caso**

O debate em torno do cuidado em saúde mental no território dentro do campo da atenção psicossocial tem sido fundamental para o desenvolvimento das ações pautadas na autonomia dos sujeitos e na potência da vida em coletividade. Prova da centralidade deste tema para este campo são, não somente os estudos teóricos construídos ao longo dos anos, mas também as legislações que compõem a estrutura jurídico-política da Reforma Psiquiátrica, como a Portaria N° 336/02 (BRASIL, 2002) que oficializa os CAPS como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e considera que sua implementação e o trabalho nele construído devem ocorrer de maneira territorializada.

A noção de território varia dentro do campo das ciências sociais e vem sendo bastante utilizada na área da saúde pública, principalmente após a implementação do SUS e a necessidade de prestar à população uma assistência mais horizontalizada e de organizá-la de maneira eficiente, de acordo com os princípios e diretrizes expostos na Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990).

As obras do geógrafo brasileiro Milton Santos têm influenciado o campo da saúde, uma vez que o autor trata do conceito de território como algo dinâmico e não apenas como um conjunto de formações naturais inertes e sem vida. Trabalha com esse conceito, portanto, considerando-o como um espaço repleto de inter-relações, constituído pelo natural e pela vida social, donde é possível compreender as influências entre o território e a sociedade, e as interferências do território na vida individual e coletiva dos sujeitos (LIMA; YASUI, 2014).

Considera-se, nessa perspectiva teórica, que existe um indissociabilidade entre o território, tomado enquanto determinado espaço geográfico, e a sociedade. Assim sendo, o território se forma na relação intrínseca entre o físico e o social, entre o objeto natural e os seus usos sociais. Partir desta concepção possibilita análises que consideram o todo dos complexos processos sociais que envolvem política e economia, mas também a cultura (LIMA; YASUI, 2014). Segundo Lima e Yasui (2014), território diz respeito:

> à construção e à transformação que se dão entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem: memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar; relações que surgem de apropriação e de alienação desse espaço e dos valores sociais, econômicos, políticos e culturais ali produzidos; modos múltiplos, contíguos, contraditórios de construção do espaço, da produção de sentidos para o lugar que se habita por meio das práticas cotidianas (LIMA; YASUI, 2014, p. 597).

Tais pressupostos vêm sendo incorporados ao Campo da atenção psicossocial tanto pelos gestores quanto pelo corpo técnico-profissional, assim, os serviços substitutivos mencionados nos documentos oficiais funcionam (ou pelo menos tentam funcionar) de acordo com o território, ou seja, são organizados a partir da cultura, da economia, política, formas de existência e do próprio espaço geográfico, enfim, da vida ao seu redor.

Ainda de acordo com Lima e Yasui (2014), a produção de cuidado em saúde mental e drogas envolve a noção de território como uma determinada área sobre a qual o dispositivo deve assumir responsabilidades relativas à saúde dos sujeitos com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, mas também envolve a noção do território como espaço onde a vida se produz e que se dão as relações sociais dos usuários dos serviços.

É necessário dizer também que o território carrega em si a história da implementação de políticas públicas voltadas àquela população e àquele espaço específico, logo, a abundância ou escassez de serviços públicos existentes, sua distribuição, organização e operacionalização tem relação com o desenvolvimento das políticas anteriormente (LIMA; YASUI, 2014).

A noção de território no campo da saúde pública e da atenção psicossocial tem atrelada a si, de modo indissociável, a noção de rede. Duarte (2017) nos explica a respeito disso, que as redes são vivas e colaborativas, concentram em si diversas possibilidades de conexão que não correspondem a uma hierarquia organizativa e são capazes de estabelecer entradas e saídas que variam de acordo com a sua plasticidade, assim, não se limitam ao estabelecimento protocolar das redes de atenção à saúde.

Território e redes se relacionam de maneira dialética e apresentam interdependência, de modo que para considerar o adequado funcionamento de um é necessário levar em conta a existência e influência do outro. Assim, ao se tratar de redes, a análise necessariamente deve transcorrer a partir da consideração do território que lhe é diretamente relacionado (DUARTE, 2017).

Nesse sentido, pensar as redes de maneira articulada significa entendê-las enquanto parte do movimento do próprio território, que é vivo, dinâmico e integrado, apesar de por vezes se mostrar fragmentado em certa medida. Portanto, as redes só podem ser plásticas, interrelacionais e abertas a conexões porque o território não é somente um espaço físico que abarca determinadas características naturais (DUARTE, 2017).

Todavia, de acordo com Duarte (2017), é importante destacar que o território não é predecessor das redes, ainda que ele seja um fator condicionante de sua existência e funcionamento. O mesmo ocorre com as redes, pois não são antecessoras do território, contudo, elas tornam possível a sua existência e fazem parte essencial da dinâmica dele.

Ainda segundo Duarte (2017), além das redes, é preciso considerar a noção de territorialização, que é compreendida como um processo de aproximação entre os sujeitos e o espaço territorial, seja de maneira física e/ou simbólica. Assim, a territorialização aglutina tanto a apropriação concreta daquele determinado espaço quanto a internalização afetiva e simbólica dele, o que colabora para a construção de uma identidade social que reconhece naquele território um local de pertencimento para indivíduos e grupos.

A identidade territorial produzida a partir da apropriação subjetiva do território é expressão da força política e cultural dos indivíduos e grupos sociais que, no desenrolar de

suas ações, criam um poder simbólico que interfere as relações sociais que se dão naquele espaço (DUARTE, 2017).

Destarte, pensar o cuidado em saúde mental considerando a territorialização significa que este não se dá de maneira descolada do contexto de vida dos sujeitos, da sua identificação com o espaço social, tampouco pode ocorrer sem o acionamento das redes do território e a consideração dos poderes que ali se estabelecem.

E não somente isso, para seu estabelecimento na prática é necessário reconhecer que, nos diversos territórios, existem nichos de poder simbólico e material que interferem na dinâmica social e conectam o que ocorre localmente com acontecimentos em outras esferas sociais. Esses nichos de poder concorrem numa disputa pelo mandato sobre aqueles territórios, o que inclui ações de grupos político-partidários, grupos envolvidos em narcotráfico, grupos paramilitares como as milícias, assim como grupos sociais locais criados a partir da sua identidade territorial.

Destaca-se que o conceito de território ganhou enorme importância para os profissionais da saúde mental, álcool e outras drogas justamente porque é nele que a vida acontece e que o cuidado no modo psicossocial se desenrola atualmente. Nessa medida, a adoção deste conceito para a gestão do cuidado simboliza também a ultrapassagem de um modelo de assistência incapaz de reconhecer os sujeitos, suas vivências e a potência das redes.

Desde o rompimento com a lógica de assistência da psiquiatria tradicional, que se limitava ao manicômio e, portanto, ocorria de forma não-territorializada e iatrogênica, as formas de cuidado foram sendo modificadas e tais mudanças foram refletindo na organização dos serviços, na clínica, na gestão do cuidado e no próprio território (DUARTE, 2017).

Dessa forma, pensar a atenção psicossocial no território, com suas redes e formas de existência, significa, portanto, que o cuidado em saúde mental perpassa também pelas peculiaridades e relações potentes existentes naquele espaço, ao mesmo tempo em que é atravessado por dificultadores advindos tanto do próprio território quanto da macroestrutura político-social.

3.1.1 Território da Grande Tijuca: o campo de pesquisa

Neste trabalho temos, como lócus de análise do cuidado em saúde mental e drogas, o território da Área Programática (AP) 2.2 da cidade do Rio de Janeiro, que compreende 7 bairros que compõem a chamada Grande Tijuca, que são: Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da

Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o censo realizado em 2010 mostrou que, até aquele período, a área de 55,2km² compreendida por esses bairros totalizava 371.120 habitantes, tendo como densidade demográfica 6.727,33 habitantes/km².[16] E desse total de habitantes, cerca de 13% vivem nas 29 favelas existentes no território (SANTOS; LEITE; FRANCA, 2003).

Figura 1- Mapa dos Bairros da Área Programática 2.2

Fonte: CAP 2.2 – Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

No que tange aos dispositivos assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), esse território conta com unidades de saúde atendendo os diversos níveis de atenção e cuidado à saúde, contemplando as três esferas governamentais. Assim, no âmbito federal são três unidades hospitalares: o Hospital Geral do Andaraí, que conta com uma emergência, o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e o Instituto Nacional do Câncer (INCA) III e IV.

No âmbito estadual, portanto, são três unidades vinculadas a Universidade do Estado do Rio de Janeiro: o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), a Policlínica Piquet

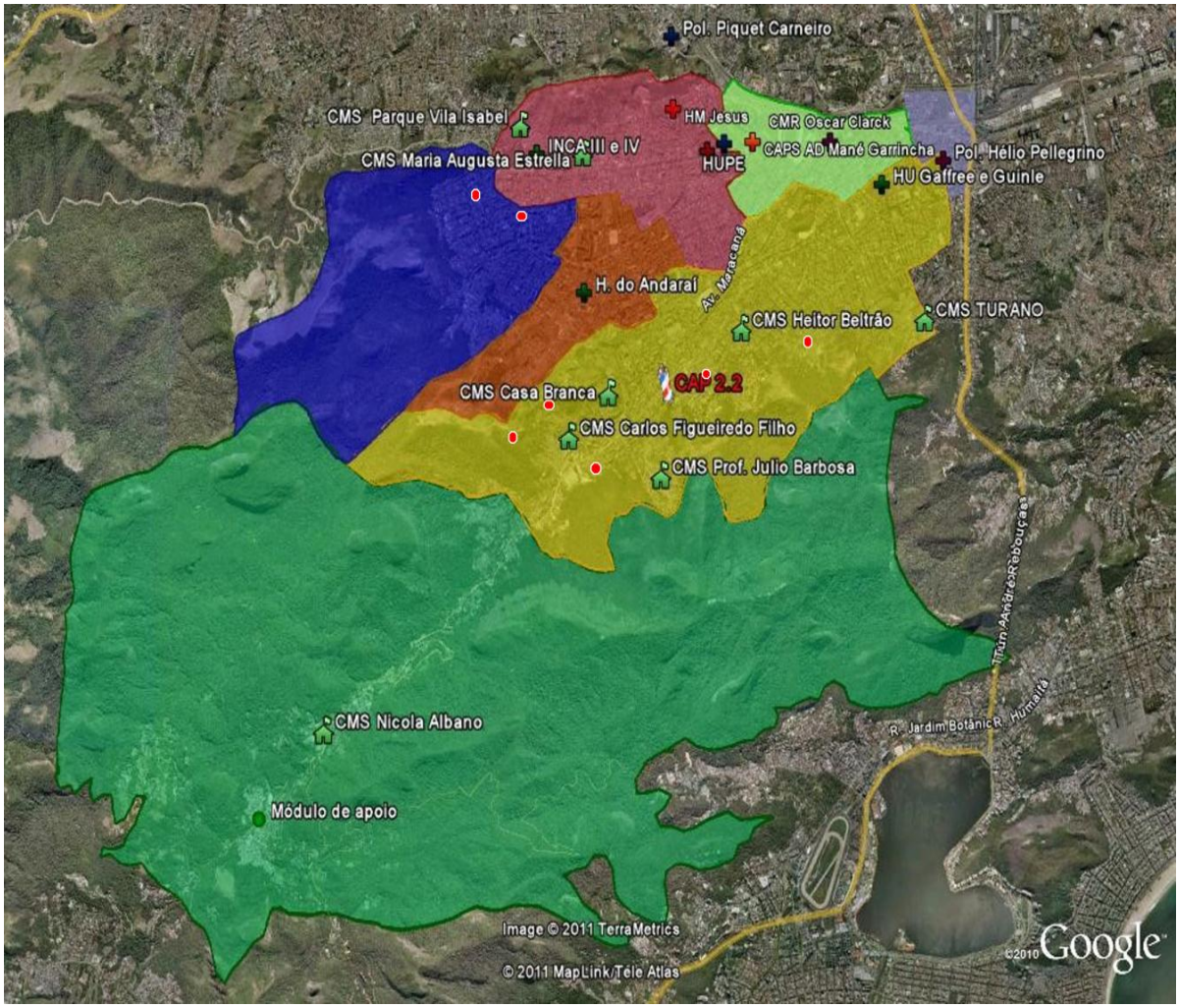
[16] Para mais detalhes sobre a Área Programática 2.2 acesse: http://cap22tijuca.blogspot.com/p/depoimentos.html

Carneiro (PPC) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS/UERJ), tipo II, voltado para transtorno mental grave e persistente, e, também, um equipamento vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

No âmbito municipal, tem-se: um hospital pediátrico, o Hospital Municipal Jesus, um centro especializado em reabilitação, o Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark, a Policlínica Hélio Pellegrino, sete Centros Municipais de Saúde (CMS), duas Clínicas da Família (CF), ambas operam como referência para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), tipo II. Contudo, é importante destacar a ausência de CAPS voltados para o atendimento a crianças e adolescentes, bem como de dispositivos na modalidade III (24h) para atender adultos com transtorno mental e/ou usuários de álcool e outras drogas.

Como pode ser observado, a partir da descrição acima, tem-se o total de 20 (vinte) unidades de saúde no território, podendo ser visualizado na figura a seguir sobre os bairros da AP 2.2.

Figura 2 - Mapa das Unidades de Saúde da Área Programática 2.2



Fonte: CAP 2.2 – Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

Em se tratando do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), particularmente, ao que se refere aos equipamentos municipais da assistência social, o território possui 3 Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e 1 Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), que são importantes dispositivos para a promoção de um cuidado em saúde mental integral.

Em consonância com o princípio da integralidade no SUS e, ao mesmo tempo, correspondendo à diretriz de territorialização dos CAPS, se constrói a articulação entre os serviços de atenção psicossocial e os diversos dispositivos componentes das redes intersetorial e intrasetorial do território.

Como sabemos, a atenção primária aparece como um dos componentes da RAPS e tem um papel fundamental na construção do cuidado integral das pessoas com transtornos mentais graves e de usuários de álcool e outras drogas. Seu papel passa pela possibilidade do

cuidado básico em saúde e pelo compromisso com a população em estabelecer o cuidado permanente, tendo como norte uma visão ampla de saúde, dos modos de vida, das doenças e indicadores sociais, tudo isso articulado à cultura local e às vinculações dos sujeitos no território. Além disso, os serviços de atenção básica são a porta de entrada para os outros níveis de atenção em saúde e também outros serviços na localidade.

A articulação entre os profissionais dos CAPS e as equipes dos dispositivos da atenção primária é primordial para a mobilização da própria rede, mas também é fundamental para a identificação dos casos que estão no território e não chegam aos serviços de saúde mental e drogas por diversos motivos. A capilaridade que as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, principalmente, que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm nas suas localidades de atuação possibilitam uma visão mais abrangente dos problemas do território, tanto no que se refere às estruturas socioambientais e culturais que interferem no processo saúde-doença quanto nas questões de ordem individual e subjetiva.

Portanto, analisar, aqui, o cuidado em saúde mental e drogas às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e que fazem uso prejudicial de drogas significa refletir também sobre o território da Grande Tijuca, localidade que carrega uma história própria que a população vem construindo ao longo do tempo. É também falar dos usos sociais desse espaço, da penetração das instituições públicas nesse local, da influência da disputa pelo mandato no território, bem como das formas de existência e sobrevivência daqueles que não se enquadram nos padrões exigidos socialmente.

Diante de tais considerações adentraremos, a seguir, no debate acerca dos desafios desse cuidado tendo por base as análises realizadas a partir das entrevistas realizadas com os profissionais dos serviços de atenção psicossocial do território mencionado.

3.2 **Os desafios do cuidado em saúde mental e drogas às pessoas com transtorno mental que fazem uso prejudicial de drogas na atualidade**

O cuidado em saúde mental e drogas, como vimos ao longo dos capítulos anteriores, é atravessado por um conjunto de fatores histórico-culturais, econômicos e sócio-políticos que interferem tanto na organização dos serviços prestados quanto em sua qualidade, influenciando até mesmo na própria possibilidade de sua existência enquanto materialização de uma política pública.

As entrevistas realizadas com os profissionais dos CAPS que integram o território da AP 2.2 trazem um conjunto de informações privilegiadas, que narram os desafios de um cuidado complexo e indispensável aos sujeitos com transtornos mentais graves que fazem uso prejudicial de drogas. Para uma melhor compreensão do leitor, trazemos, logo abaixo, o quadro de identificação dos informantes:

Quadro 1 - Identificação dos Informantes

Identificação dos informantes						
	Sexo	**Idade**	**Categoria Profissional**	**Tempo de formação profissional**	**Tempo de trabalho no campo da atenção psicossocial**	**Período de inserção no serviço atual**
AT 1	Feminino	33	Assistente social	10 anos	5 anos	5 anos
AT 2	Masculino	27	Enfermeiro	5 anos	4 anos	2 anos
AT 3	Feminino	58	Psicólogo	26 anos	17 anos	4 anos
AD 1	Feminino	37	Enfermeiro	16 anos	8 anos	5 anos
AD 2	Feminino	39	Assistente social	13 anos	4 anos	2 anos
AD 3	Masculino	44	Psicólogo	21 anos	15 anos	6 anos

Fonte: Elaboração da autora (2021).

O conteúdo trata de questões como a complexidade dos casos e a oferta de cuidados nos dispositivos, o acolhimento aos sujeitos, a rede intersetorial e sua relação com os usuários dos serviços, a aposta ou não nas práticas de redução de danos e os reflexos das recentes alterações macropolíticas no cotidiano dos profissionais.

No que se refere à complexidade dos casos e o respectivo cuidado, é possível identificar que esses sujeitos, que estão nesse trânsito entre os campos AT e AD, são considerados por alguns dos entrevistados como integrantes de um "grupo de casos mais graves" dos serviços em questão e são interpretados, na maioria das vezes, como casos complexos ou com certa gravidade, não apenas pelo psicodiagnóstico apresentado inicialmente no tratamento, mas também pelo agravamento das condições concretas de vida e existência (ou não) de suporte social.

> Em termos de tarefa que o serviço se propõe, eu acho que psicose, situação de rua, essas pessoas com muita vulnerabilidade, isso pra gente denota gravidade. Quer dizer, acho que não é só diagnóstico do transtorno mental em si, é um pouco essa junção, essa complexidade aí que a gente chama de diagnóstico situacional. Quer dizer, um diagnóstico só pelo uso da droga ou um diagnóstico só psicopatológico ele não consegue muito ver a situação de vulnerabilidade em si. (Informante AD 3)

Essa consideração, portanto, por parte dos profissionais, é atravessada pelo conceito de vulnerabilidade social, na medida em que ponderam tanto a questão do sofrimento psíquico quanto das necessidades e riscos concretos da vida cotidiana dos usuários.

> Hoje o serviço recebe muitos casos, hoje não, já tem um tempo. Muitos casos de pessoas com transtorno mental que fazem um uso prejudicial de drogas, isso faz parte da nossa rotina. Se é difícil? Eu acho que depende muito do caso. Existem pessoas que tem grande vulnerabilidade que ter um transtorno faz com que se coloquem em risco no território o tempo inteiro. (Informante AD 1)

Outros profissionais interpretam que todos os casos atendidos pelos CAPS são muito graves, independentemente da associação entre transtornos mentais graves e usos de drogas. Nesse sentido, não haveria diferenciação do cuidado entre os sujeitos, porém as interferências do contexto social em que se vive podem tornar esse cuidado mais complicado.

> Você já viu paciente de CAPS que não seja grave? Paciente de CAPS está lá porque ele é grave, então, a gente só trabalha com caso grave. O caso que não é grave, a tendência é a gente fazer um encaminhamento para a atenção básica e fica na unidade básica de saúde, Clínica da Família. (Informante AT 3)

Os riscos mencionados que particularmente esses usuários se colocam pelos territórios em que residem e/ou transitam dizem muito a respeito do próprio território e da visão social acerca das pessoas com transtornos mentais graves e usuários de drogas, principalmente, das consideradas ilícitas.

> Essa própria divisão entre drogas leves e pesadas é perigosa, nesse sentido, porque tem pessoas que não são psicóticas, não usam drogas supostamente pesadas e estão em extrema vulnerabilidade dependendo do contexto. (Informante AD 3)

O percurso histórico brasileiro de repressão ao uso e comercialização de drogas associado ao fenômeno estruturante de exclusão social e violência contra os ditos loucos repercute nas relações sociais cotidianas dentro e fora das favelas.

Estamos tratando, nesse ponto, das violências cotidianas vivenciadas por esses sujeitos tanto nas ruas da cidade quanto na sua própria vizinhança, que perpassam pelo simbolismo do afastamento do convívio social daqueles considerados diferentes; pela limpeza social

promovida pelo poder público nas ruas da cidade; pela dificuldade de aceitação da diferença até mesmo por parte das equipes de saúde; mas também estamos nos referindo à violência física promovida tanto pela polícia quanto pelo tráfico de drogas, que, contraditoriamente ou não, podem se mostrar conservadores e intolerantes com pessoas que transgridem determinadas regras sociais.

Os entrevistados narram que um dos desafios a serem enfrentados cotidianamente nos serviços em que estão inseridos é esse risco na vida dos usuários e de suas próprias vidas, constituindo-se em algo complexo e difícil de lidar, uma vez que a violência vem sendo um componente inerente nas relações sociais do próprio território, que, como bem se sabe, se coloca entre dois polos contraditórios, de um, a segurança pública, lado repressor do Estado e de outro, tanto o tráfico de drogas como as histórias da população marcadas por resistência social.

> Tem a questão de como você vai entrar naquela favela, você pensando que dependendo de qual favela se está falando tem incursão policial e às vezes você tá trabalhando num CAPS. E eu não estou falando do CAPS que estou nesse momento. Digo porque passei num CAPS que eu era residente e numa época que tinha incursão policial quase sempre. Muitas vezes a Clínica da Família estava em amarelo ou vermelho e acabava você não podendo chegar até aquele usuário e, ao mesmo tempo, eu ficava incomodada com qual era o cuidado e muitas vezes o cuidado era controlar se ele tomou o depósito ou não. Era o máximo que a gente conseguia muitas das vezes, porque é muito mais difícil quando a gente pensa na questão da rede territorial, o CAPS, a Clínica da Família. (Informante AD 2)

Contudo, é necessário frisar que a marca da violência urbana não se dá, no território em análise, pela ausência de ação do Estado em garantir políticas públicas, mas na forma exclusiva e evidente da sua política pública de segurança, pela via da repressão, entre outras questões, ao fenômeno das drogas.

> Tem momentos que a cidade começa a fazer uma espécie de tentativa de limpeza, como tá acontecendo agora de novo, mas aconteceu no Panamericano, aconteceu na época da Copa do Mundo, na época das Olimpíadas. Volta e meia os governos municipais e estaduais vão promovendo ações às vezes muito truculentas e muito também insossas, muito sem efeito em médio prazo. E um dos focos dessas ações são as pessoas que usam drogas ou supostamente usam drogas. Tem essa coisa com a população de rua, que inclusive a gente atende bastante, a gente tem um foco nisso também. Agora, é claro, você faz uma ação com a população em situação de rua, mas ao mesmo tempo tem a polícia fazendo uma ação, aí, isso viabiliza ou não o próprio acesso dessa pessoa a um serviço de saúde, tanto da atenção primária quanto no nosso caso, da atenção especializada em saúde mental, álcool e drogas [...] Tem uma cultura de muita violência da cidade, acho que para além dos conservadores. A gente olha a Polícia Militar, olha a Guarda Municipal e vê a violência acontecendo, mas as relações sociais nessa cidade são violentas desde muito tempo. Uma parte da população pede isso também, vota nas pessoas que falam que vão fazer isso, ligam

> para o CREAS pedindo isso, quando não tomam suas providências com matadores de aluguel, seguranças de rua que também produzem muita violência. Aí, a droga vira o grande bode expiatório que justifica qualquer coisa, justifica matar. Tem essa demonização das drogas que impede reflexão, impede qualquer debate, impede de conhecer aquela pessoa. (Informante AD 3)

A violência física e, por vezes, simbólica, direcionada às pessoas com transtornos mentais que fazem uso prejudicial de drogas tem como alicerce os preconceitos que outrora fundamentaram uma lógica de intervenção profissional e institucional objetificadora, excludente e violenta, composta, em certa medida também, pelo seu conteúdo estrutural do racismo e do conservadorismo colonial que perdura até os dias atuais.

> O território está muito hostil, cai no campo do preconceito, cai no campo do julgamento... "ah, não é maluco é só vagabundo mesmo". Porque, aí, o doido as pessoas tem pena ou as pessoas tem medo, o que usa droga não. O que usa droga é vagabundo, é criminoso, é bandido... Cai num outro lugar. Tem essa diferença e eu vejo isso muito claro, sabe. Quem tem transtorno é só maluco, é doido, coitado, tadinho ou é assim "morro de medo, não quero chegar perto". O que tem transtorno associado ao uso da droga "é vagabundo, podia parar e não para porque não quer", "ah né nada maluco, é vagabundo". (Informante AT 1)

> Na hora que vê que é usuário de CAPS, doido, as vezes acham engraçado ou então tem medo. Mas "ah usuário de droga?! Vagabundo!" "é porque quer, é safado, não tem jeito". (Informante AD 1)

Os profissionais que estão à frente do cuidado em saúde mental e drogas a essas pessoas encontram rotineiramente barreiras sociais (re)construídas tanto pelo proibicionismo às drogas e sua "guerra" às drogas, quanto pela (re)manicomialização da loucura (GUIMARÃES; ROSA, 2019), os quais não se apresentam exclusivamente como ações do Estado em relação a um grupo populacional, mas se manifestam como parte de uma cultura moral e hostil que forja as hieraquias social e racial (FERRUGEM, 2019), como na definição de quem deve e pode ser (MBEMBE, 2018) os merecedores (ou não) de assistência pública.

> É uma diferença que, infelizmente, está muito presente ainda tanto entre a equipe quanto entre os próprios usuários, na questão mesmo de estigmatização, de discriminação, preconceito com quem é usuário de drogas, do tipo que identifica o usuário de drogas com coisas muito pesadas e não perceber o uso de drogas como mais uma questão que a pessoa está vivendo na sua vida mesmo. Colocam num lugar muito moralista às vezes, de tratar diferentemente a pessoa que é usuária de drogas. Às vezes a gente vê. Existem certas questões que são o jeito de olhar, o jeito de se portar, são gestos físicos que só de a pessoa chegar e ser usuária de drogas, já tem um comportamento totalmente diferente. A gente percebe até certo medo às vezes de alguns profissionais quando está na presença de alguém que seja usuário de drogas. (Informante AT 2)

A narrativa dos entrevistados revela, entretanto, que os usuários de drogas em acompanhamento nos CAPS, tendo ou não transtornos mentais graves, são tratados pelos demais profissionais das redes intra e intersetorial a partir de um olhar moralista, que associa o usuário à vagabundagem e desconsidera esse uso como um problema de saúde pública.

> Uma das facetas do conservadorismo é essa coisa chapada que coloca "ta na rua, usa droga, é negro, tem que morrer... É para matar, é isso". Quando essas pessoas são acolhidas e alguém diz que tem muito interesse em saber da situação de vida e ao mesmo tempo está fazendo uma aposta em alguma outra coisa, acho que é uma clínica não conservadora. Porque o discurso da droga é muito atravessado por esse discurso organicista, e tem toda uma mitologia de que as drogas fazem coisas. (Informante AD 3)

É importante perceber que, se por um lado, ainda existe um certo preconceito e dificuldade de lidar com a loucura por parte daqueles que não estão inseridos diretamente no campo da atenção psicossocial, por outro lado, a loucura é aparentemente mais aceitável que o uso de drogas, sejam elas ilícitas ou não. Nessa medida, se institui uma dupla estigmatização das pessoas com transtornos mentais graves que fazem uso de drogas.

Esse duplo estigma encontra uma força propagadora não só na população comum e nos profissionais que estão nos lugares de cuidado em saúde e assistência pública, mas, principalmente, nos grupos políticos-partidários que vem conseguindo ocupar cargos dentro da máquina estatal e se utilizar da posição em que se encontram para reforçar, no imaginário social, pressuposições criminosas e desumanizadoras acerca das pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas.

Os grupos dos quais citamos acima, constituem-se, hoje, como a Nova Direita brasileira, a qual vem aglutinando características tanto do neoliberalismo, como o foco na individualização das questões sociais e a privatização da coisa pública, como solução para as crises financeiras, quanto do neoconservadorismo, que vislumbra um Estado voltado para objetivos moralistas (FARIAS, 2019).

O Estado sendo ocupado por tais setores ultraneoconservadores tende a inverter a lógica de suas ações que, em princípio, nos termos da ordem burguesa, é de neutralidade. Passa a descontruir políticas públicas com enfoque na coletividade e com bases científicas para dar lugar às políticas com princípios morais e religiosos, os quais tendem a negligenciar dados de eficiência e eficácia das ações das políticas públicas anteriores para dar lugar a uma ciência suspeita.

Os reflexos dessas mudanças dentro do Estado aparecem de forma cristalina na disposição da atual Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019), que passou a ter como

enfoque a eliminação e a abstinência dos usos de drogas pela população. Esse é um demonstrativo da cultura neoconservadora que vem ganhando espaço na disputa pela direção política no Brasil e atravessando o cuidado em saúde mental e drogas na prática.

O atravessamento se dá justamente na demonização das substâncias psicoativas usadas e na reafirmação constante da necessidade de eliminação dos respectivos usos, as quais criam e recriam preconceitos e repressão que interferem no reconhecimento pela sociedade do uso prejudicial de drogas como uma problemática de saúde.

Não surpreendemente, os preconceitos que atravessam o cuidado em saúde mental e drogas também estão incutidos na mentalidade dos próprios sujeitos assistidos nos CAPS, conectando-os ao discurso dominante no território em que vivem e aos valores conservadores característicos da história brasileira que, atualmente, são inflamados por esses setores da Nova Direita brasileira.

> Agora, conservadorismo não é só de quem persegue não, acho que tem um conservadorismo muitas vezes dos usuários e acho que é por isso também que, no Brasil, se você comparar a quantidade de pessoas que usam drogas e a mobilização política para pensar o papel das drogas, é impressionante. É um volume absurdo de um uso enorme, a ver pela quantidade de dinheiro que isso mobiliza, e tem que ser tudo escondido, tem que ser pela transgressão. Até para fazer a Marcha da maconha para poder colocar isso em debate público é um drama. (Informante AD 3)

Assim, a construção do cuidado em saúde mental e drogas com esse público tem como desafio anterior aos demais desafios fazer com que os próprios usuários dos serviços percebam que as violências físicas e simbólicas pelas quais passam não são legítimas, incluindo as internações forçadas (DUARTE, 2015), na medida em que eles não são menos detentores de direitos que a população que não tem transtornos mentais graves e persistentes ou que não fazem uso prejudicial de drogas e, ainda, tentar desconstruir a ideia comum de que os usos de drogas não são uma questão de saúde pública.

As dificuldades de efetivação do cuidado em saúde em rede, seja ela intra ou intersetorial, esbarram nesses preconceitos e moralismos fundados tanto na história da assistência psiquiátrica no Brasil, como na lógica da repressão aos usuários de álcool e outras drogas. Essa dificuldade e/ou impossibilidade de acesso aos serviços que grande parte dos usuários enfrenta, tendo seu direitos garantidos constitucionalmente muitas vezes negado, não ocorre somente por questões de infraestrutura dos serviços, mas, de acordo com Cohn (2015), passa por questões de receptividade e resistência por parte dos profissionais que estão no atendimento à população.

Segundo a autora, no Brasil, o que se encontra na prática é uma rede de saúde pública constantemente insuficiente em relação à demanda populacional cada vez maior e mais complexa, embora o critério de disponibilidade dos serviços nas localidades seja utilizado muitas vezes pelo Estado como pressuposto de acesso à saúde no território.

Cohn (2015) ressalta que, apesar do objetivo explícito de universalização da saúde, no nosso país, o acesso a esse direito depende de um conjunto de fatores que envolvem a estrutura necessária para atendimento às demandas, a informação dos usuários acerca dos serviços e a disponibilidade pessoal dos profissionais, os quais nem sempre estão inclinados a mudar seus comportamentos.

> A gente tem algumas dificuldades com algumas Clínicas da Família ainda. Aí eu não posso deixar de falar que não é só com pessoas com transtorno mental, mas também com qualquer usuário que faz uso de droga. Tem uma grande dificuldade em Algumas Clínicas da Família para esse cuidado e estando naquele território da Tijuca, com toda história daquele território, da população que vive ali, a condução de um usuário com esse perfil até a Clínica da Família, o acompanhamento territorial não é uma coisa simples. Às vezes eles precisam ser secretariados para poder ser atendidos. Na UPA, por exemplo, é outro lugar na rede... Na Upa da Tijuca, que a gente acaba usando mais, já teve situações dos médicos se negarem a atender determinado usuário. Aí esse usuário era usuário psicótico que eu acompanhei, porque ele disse que se não ficasse um profissional lá com a pessoa ele não ia atender. Então, tem um despreparo dos profissionais da rede de saúde no manejo a esses pacientes. E também tem o não entendimento de que eles também, enquanto UPA, fazem parte da RAPS. Eles não entendem desse jeito, então, tem muita resistência e a gente tem isso de maneira muito difícil... E muito cansados, furando esses bloqueios, escutando algumas coisas que às vezes são difíceis de escutar para que nossos usuários tenham acesso. O uso de drogas é uma grande questão, acho que muito mais que ter um transtorno mental. (Informante AD 1)

Essa resistência dos profissionais em acolher esses sujeitos nos serviços e prestar-lhes o devido atendimento, respeitando o preceito da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e tendo por base o compromisso ético-profissional, tem sido uma das barreiras para a construção do cuidado em saúde integral e em rede. Os trechos das entrevistas, a seguir, deixam clara a necessidade de ultrapassagem dos preconceitos e resistências nos espaços de atuação profissional e do adequado investimento financeiro por parte do poder público:

> Quando a gente encontra uma rede que está cada vez mais esfacelada, cada vez mais individualizante, ou seja, cai no campo do desejo do profissional de fazer, você conta um pouco com a rede que tem. Aí é isso, tem profissionais que são muito disponíveis para fazerem esse trabalho e tem profissionais que, se a gente fala que tem o uso da droga, cai inclusive numa criminalização. Então, eu acho que a questão é anterior, ela é a rede atual que a gente tem. (Informante AT 1)

> Eu trabalho numa UPA também e quando chega paciente de saúde mental vejo vários profissionais perguntando "o que esse sujeito tá fazendo aqui? Ele não é de CAPS? Deveria estar no CAPS!". Aí, é muito difícil a gente pensar que tem uma rede RAPS e que ela não se entende, não se fala e que a gente da saúde mental

> entende aquele sujeito... E acaba que nosso trabalho é fazer matriciamento com outros setores. E por mais que a gente faça matriciamento, nem sempre eles vão entender. (Informante AD 2)

Destaca-se que, além das barreiras impostas pela resistência profissional e os preconceitos, existem também as barreiras que as equipes dos CAPS de modalidade II encontram em relação aos acolhimentos noturnos em CAPS III localizados em outras áreas programáticas. Tais obstáculos são criados justamente nos casos que exigem maior atenção e um cuidado intensificado em situações de crise e maior vulnerabilidade social.

Como já explicitado, o território a que nos referimos neste trabalho não possui CAPS III e, devido ao horário de atendimentos dos CAPS II ser mais restrito por não funcionarem a noite, muitas vezes é necessário que os profissionais solicitem acolhimento noturno para os usuários nos serviços localizados em outras APs. Entretanto, constata-se dificuldade no diálogo entre as equipes no que tange a ocupação dos leitos, ainda que essa ocupação tenha como fundamento a opção por não internação dos usuários em hospitais psiquiátricos que tem leitos disponíveis na rede.

> Os acolhimentos noturnos estão lotados porque a vida fica cada vez mais inviável nos territórios da cidade do Rio de Janeiro. Então, as pessoas entram em crise. A pobreza produz também adoecimento, produz crise, então, as pessoas precisam do leito de acolhimento noturno e, às vezes, os leitos estão lotados e a gente que é de um outro serviço que não é daquela área vai solicitar um vaga tem muitos entraves. Eu me sinto, às vezes, quando vou conversar com a coordenação, quase que pedindo pelo amor de Deus por uma vaga, como se aquela vaga não fosse uma vaga da rede, como se o dono da vaga fosse só aquele CAPS. Eu acho que a gente tem que discutir o caso, a gente tem que estar muito presente no momento que o usuário está no acolhimento, com visitas presenciais, com atendimentos remotos por vídeo. Não é fácil. Nunca é fácil solicitar uma vaga de CAPS III, é uma coisa bem difícil inclusive. (Informante AD 1)

É importante notar que a solicitação de acolhimento noturno em outra AP só ocorre porque não existe CAPS III na AP 2.2 e a referência para acolhimento em situações de crise é um hospital psiquiátrico, que também se localiza em outra área programática. Esses profissionais se encontram, portanto, tendo que optar pela indicação de uma internação em hospital psiquiátrico ou pela “disputa” por um leito noturno de CAPS em outra região.

Assim, a inexistência de CAPS que funcione 24 horas por dia na AP 2.2, assim como em várias outras APs do município do Rio de Janeiro, escancara a falta de investimento financeiro e político numa rede de cuidado extra-hospitalar que possa acolher os sujeitos nas suas diversas crises sem que seja criada uma concorrência entre os usuários e profissionais dos CAPS III e os dos CAPS II que necessitam de retaguarda no cuidado noturno.

Contudo, é indispensável pontuar que parte dessa dificuldade do cuidado em saúde mental e drogas é criada também pela própria forma de funcionamento engessada da rede, que, por vezes, se limita às divisões administrativas e não se dispõe a criar formas de cuidado mais adaptáveis ao contexto de insuficiência de recursos disponíveis. Os trechos das falas abaixo explicitam a dificuldade de estabelecimento desse cuidado em situações de acolhimento norturno em CAPS III fora do território onde o usuário reside:

> Tem os entraves com a outra equipe e aí não é só de gestão para gestão. Às vezes tem muitas delicadezas com a equipe mesmo, com os staffs do outro serviço para que possam tomar aquele caso como uma pessoa que tá ali e que vai precisar do cuidado dele e não só alguém que tá numa vaga de leito. Isso é muito difícil às vezes. Eu tive um usuário que ficou num CAPS III e, quando eu chegava lá, perguntava: "quem tá acompanhando ele? Eu gostaria de falar com a pessoa que tá acompanhando ele aqui". Não tinha um técnico designado, tinha alguém que estava ali no dia e que sabia me dizer um pouco, mas não tinha alguém para costurar o caso comigo porque ele não era um paciente daquele caps. Então, é difícil. (Informante AD 1)

Assim, o acolhimento norturno de usuários em outro território não necessariamente vai significar também efetividade de cuidado em saúde mental e/ou atenção integral em saúde, visto que o trabalho em rede, nesses casos, não ocorre de forma recíproca entre as equipes dos dois serviços.

O desafio de estabelecer o cuidado em saúde mental e drogas baseado na liberdade e na autonomia do sujeito num território em que não existe a possibilidade de acolhimento noturno se estabelece, portanto, a partir da escassez de recursos (materiais e humanos) e do modo de funcionamento da rede, que é norteado pela noção de responsabilidade pelo cuidado restrito aos usuários vinculados a determinado território. Tal noção deriva das portarias e normas que organizam técnica e administrativamente os serviços e compreendem a rede como um conglomerado de serviços em determinada região, sem considerá-los como pontos abertos de diálogo, compartilhamento de trabalho e fonte de aprendizado prático.

No que tange aos aspectos de reconhecimento e pertecimento à uma rede de atenção e cuidados à saúde, Bermudez e Siqueira-Batista (2017) nos explicam que redes não dizem respeito estritamente a uma organização administrativa, pois elas envolvem as pessoas, suas conexões emocionais e profissionais. Nesse sentido, é necessário mais do que normativas, legislações e decretos para de fato instituir uma rede de atenção em saúde com responsabilidade sanitária coletiva e ações de cooperação com base nas necessidades dos sujeitos atendidos.

Segundo Duarte (2017), as redes podem ser abertas, horizontalizadas e livres de uma organização hierárquica que engessa as práticas profissionais cotidianas nos serviços. Sua composição permite interconexões e articulações diversas a partir de vários pontos justamente por ser flexível, adaptável e estar em constante movimento no território.

Consideramos, portanto, as redes como organismos acessíveis, mutáveis e vivos que possuem várias possibilidades de conexões entre seus diversos pontos de ligamento (instituições, profissionais, usuários, familiares, gestores, etc.), os quais tem potência para romper barreiras ou reproduzí-las (MERHY, 2014 apud DUARTE, 207).

Assim, a existência de redes não está dada somente pelo fato de haver uma definição normativa acerca da questão, como se pode vir a pensar de início. As redes não existem por si sós, uma vez que são estabelecidas pelos agentes do cuidado, os gestores e os próprios usuários num movimento que aglutina um processo de trabalho coletivo em saúde (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Destaca-se, entretanto, que as definições normativas são fundamentais para garantia dos direitos, para a direção de trabalho e para fluxos de atendimento, contudo, no ato de cuidado propriamente dito quem dá sentido à ação é o profissional que ali está operando, a partir da sua relação com os usuários e demais profissionais (BERMUDEZ; SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Desse modo, a compreensão das redes em saúde como redes de pessoas, e não somente como um conjunto de sistemas computadorizados e de instituições juridicamente conectadas em prol dos usuários, é peça chave para entender tanto as dificuldades de construção do trabalho com diferentes profissionais em diversos espaços quanto a sua potência em promoção e recuperação da saúde.

É possível identificar nas falas dos entrevistados que a resistência encontrada durante as tentativas de construir uma rede de cuidado se dá também quando os usuários dos CAPS “ousam”, sozinhos ou junto com os profissionais, acessar outros serviços que não sejam especificamente de atenção psicossocial.

> Existem muitos usuários que acabam acionando os serviços por conta própria e tem aqueles que precisam da nossa ajuda para poder acionar e nem sempre são bem recebidos, então, se a gente não estiver junto, se a gente não chegar e explicar toda a situação e poder estar junto não é sempre e não é tão simples assim de acontecer. Na maioria das vezes a gente tem que estar junto mesmo para trocar, dizer sobre aquela pessoa, por que ela tá acionando aquele serviço, de que maneira vai refletir positivamente essa atuação. (Informante AT 2)

> Eu acho o trabalho intersetorial bem difícil. Acho que as pessoas não têm essa formação, são muito despreparadas com relação ao transtorno mental, à saúde mental. Então, eles têm muito receio. (Informante AT 3)

Ora, se dentro do campo da atenção psicossocial a resistência parece não existir ou se mostra muito menor do que nos demais campos, a questão principal, então, se localiza na aceitação da obrigação por parte dos outros profissionais de atender sujeitos com comportamentos diversos dos quais se está acostumado. Dessa forma, a problemática abrange não somente a vontade dos profissionais do campo psicossocial em construir uma rede de cuidado ou simplesmente o respeito à premissas constitucionais, mas tem relação também com o *habitus* em cada campo de atuação.

Cavalleri et. al (2013) considera, com base nas obras de Pierre Bourdieu, que o social existe numa dupla relação entre as estruturas sociais externas aos sujeitos e as estruturas sociais incorporados pelos sujeitos, assim, existe respectivamente o campo e o *habitus*, a objetividade externa e a sua incorporação na subjetividade dos sujeitos.

Campo aparece como uma estrutura já estruturada pelas ações dos sujeitos ao mesmo tempo que é estruturante das ações dos sujeitos no tempo presente, numa espécie de retroalimentação onde o campo influencia nas ações e os sujeitos com suas ações reiteram a estrutura daquele campo ou podem construir práticas que tendem a ser reestruturadoras.

As ações dos atores que compõem o campo e reiteram o funcionamento das normas sociais implícitas correspondem ao *habitus* criado pelo conjunto de ações individuais na estrutura. *Habitus* é, nesse sentido, uma base de condutas em determinado campo, o sentido prático das regras sociais do campo que foi assimilado pelos sujeitos que operam nele, de modo que as práticas se dão a partir dessa assimilação de certas regras e limites de aceitação (CAVALLERI et. al, 2013).

Entretanto, ao passo que o campo parece determinar em alguma medida o *habitus* e este construir paulatinamente o campo, existe espaço para inserção de ações que podem vir a mudar o próprio *habitus* existente ali. Isto porque os sujeitos que compõem cada campo estão sempre numa disputa por poder simbólico a partir de suas posições sociais, o que vem a construir também representações e interpretações acerca da estrutura objetiva do campo e do seu devir social.

A compreensão acerca do devir social de cada campo é construída na interrelação entre o *habitus*, a subjetividade dos sujeitos e suas posições na estrutura social ao longo de sua trajetória. Assim, as possíveis mudanças dentro dos campos se dão pela atuação dos

sujeitos com diferentes interpretações sobre esse devir social, os quais proporcionam aberturas para outras ações.

Dito isto, o entrevistado 1 narra um pouco da dificuldade de construir rede de cuidado com profissionais de outros campos de atuação, e é possível perceber que o trabalho em conjunto é facilitado ao se deparar com profissionais que já atuaram no campo AD ou AT. Isso pode ser interpretado como o processo de trabalho da atenção psicossocial e as normas desses (sub)campos incorporados pelo profissional que, por mais que tenha seguido por outros rumos de atuação, esse registro está consigo, implicado na história de sua participação como agente social nestes (sub)campos e se predispõe a ações diversas.

> A gente tem uma rede atual de políticas públicas muito precarizadas e você conta somente com o profissional que tá lá ainda de uma forma muito individual. Se você der sorte de pegar um médico no NASF que em algum momento passou pelo campo AD ótimo, é uma discussão potente, é um cuidado superpotente. Agora, se você pega um médico que nunca passou por AD, nunca nem passou por transtorno mental e às vezes tem até medo do paciente, cai numa lógica criminalizadora. (Informante AT 1)

De acordo com Duarte (2014), os trabalhadores da área da saúde se configuram enquanto um ser coletivo, tanto pelo seu processo de trabalho em determinada área/setor quanto pelo seu núcleo de saber, contudo, estes mesmos sujeitos são singulares e operacionalizam a política a partir do seu modo de trabalho individual, fazendo acontecer o cuidado em saúde imprimindo suas marcas. É nessa medida que são criadas e/ou superadas barreiras simbólicas e subjetivas que interferem no acolhimento e acesso aos serviços por parte dos sujeitos com transtornos mentais graves e que fazem usos de drogas.

O trecho da entrevista, logo abaixo, esclarece que o sucesso do trabalho intersetorial entre equipes e a tentativa de acesso dos usuários aos diversos serviços componentes da rede estão atrelados, muitas das vezes, a uma disposição individual dos profissionais e o modo em que operacionalizam o trabalho. Nesse sentido, evidencia-se que, apesar da existência de um discurso hegemônico favorável às políticas intersetoriais e à construção de redes e processos de trabalho conjuntos, isso nem sempre se efetiva na prática.

> A gente tá num cenário atual que aconteceram muitos casos que a gente teve uma troca muito boa intersetorial, mas muitas vezes cai nessa da boa vontade de quem tá lá enquanto profissional que possa fazer uma troca, de poder investir no caso. Acho que depende muito de qual serviço a gente vai encontrar, de qual profissional a gente vai encontrar nesse serviço para poder ter uma linha de comunicação boa, uma troca legal. Depende muito disso: do serviço, do profissional que tá lá, mas mais uma vez é um tipo de trabalho que acontece por conta do interesse pessoal de cada profissional dentro do caso. (Informante AT 2)

Esta é uma problemática importante a se refletir, uma vez que a intersetorialidade é imprescindível como resposta às necessidades dos sujeitos que demandam ações do Estado por meio das suas diversas instituições (SENNA; GARCIA, 2014), que são compostas por esses profissionais que tem em mãos a possibilidade de construção desse tipo de trabalho ou o seu descarte baseado na resistência ao que se lhe apresenta diferente.

A intersetorialidade das políticas consiste na ultrapassagem das formas fragmentadas de atuação profissional e gestão dos recursos. Assim, o trabalho intersetorial basea-se na compreensão do homem na sua integralidade e acontece a partir da constatação da necessidade de articulação entre instituições e suas equipes/profissionais, constituindo-se numa rede capaz de responder adequadamente às demandas postas pelos sujeitos (SENNA; GARCIA, 2014).

Ora, se o trabalho intersetorial acontece a partir da constatação da necessidade de articulação, ele só vai ocorrer de fato se os profissionais, na sua relação subjetiva com a estrutura do campo em que estão inseridos e os demais campos, se dispuserem a isso. Nessa medida, um dos desafios encontrados consiste em tornar os campos e os próprios profissionais mais abertos a práticas diversas e fluidas, mais suscetíveis e predispostos a construção de redes horizontais, abertas, dotadas de incontáveis possibilidades de conexão e articulação (DUARTE, 2017)

No que tange à fala do entrevistado 5, abaixo, ao se referir à necessidade de fazer matriciamento com outros setores durante seu horário de trabalho na UPA, isso ilustra uma tentativa de driblar a resistência em oferecer cuidado em saúde a uma população que vem tendo assistência pública negada em diversas esferas das políticas sociais.

> Eu trabalho numa UPA também e quando chega paciente de saúde mental vejo vários profissionais perguntando "o que esse sujeito tá fazendo aqui? Ele não é de CAPS? Deveria estar no CAPS!". Aí, é muito difícil a gente pensar que tem uma rede RAPS e que ela não se entende, não se fala e que a gente da saúde mental entende aquele sujeito... E acaba que nosso trabalho é fazer matriciamento com outros setores. E por mais que a gente faça matriciamento, nem sempre eles vão entender. (Informante AD 2)

Essa ideia de matriciamento de um profissional (ou mais) aos demais pertencentes a outros campos passa também pelo campo da atenção psicossocial, mas não sem controvérsias. Alguns profissionais entendem que fazer esse matriciamento entre os profissionais dos (sub)campos AD e AT significa rotular uma expertise inerente ao profissional daquele campo, o que não necessariamente existe na prática. Já outros percebem a existência de habilidades

específicas no manejo com os usuários atendidos em cada campo, o que comprovaria a necessidade de matriciamento em determinados casos.

> A gente recorre ao CAPSad para fazer matriciamento da gente. O CAPSad matricia a gente nos casos AD, porque é uma expertise que eles têm e a gente não tem. Então, a gente tem recorrido, feito reuniões mesmo com alguns casos específicos para eles nos ajudarem a pensar o que é possível pactuar, como é essa negociação, como é mesmo o trabalho, porque é bem diferente, é bem diferente mesmo. Essa é uma estratégia que a gente encontrou para lidar com esses casos onde o transtorno é prioritário, mas o uso da droga é muito importante também no caso. (Informante AT 1)

Essa é uma questão que explicita mais um dos desafios do cuidado com o público que tem transtorno mental e faz uso de drogas, pois identificar no campo da atenção psicossocial determinada habilidade/expertise nos profissionais que lidam com questões AD ou AT significa também falar de uma certa fragilidade em estabelecer cuidado com quem tem a comorbidade aqui em questão. Nesse sentido, denota reconhecer que, em alguma medida, não se consegue extrapolar o limite das práticas corriqueiras daquele (sub)campo para estabelecer o cuidado necessário.

> Na saúde mental a gente fala uma língua muito próxima mesmo nos serviços que não são de álcool e drogas, num geral. Às vezes o que aparece nos serviços, nos CAPS normal é uma certa ideia do especialismo de que quem trabalha num CAPSad tem uma expertise na questão da droga e vai saber manejar melhor. Tem um certo medo de não reconhecer a gravidade do paciente que tá fazendo uso, alguma coisa assim. (Informante AD 3)

É importante refletir que a dificuldade no manejo da associação entre transtorno mental e o uso de drogas pode ser resultado de um especialismo que está sendo criado por práticas engessadas, em certa medida. Esse mesmo especialismo é capaz de criar um afunilamento e seletividade no cuidado, podendo dificultar o acolhimento dos sujeitos dentro dos serviços de atenção psicossocial.

Isto não revela somente a dificuldade em estabelecer o cuidado em saúde mental e drogas num só espaço com esses sujeitos, mas também coloca como ponto de reflexão para se pensar a questão das práticas de redução de danos, que por bastante tempo foram estritas aos usuários de uso prejudical de drogas, em particular, sobre os que faziam uso de droga injetável e a transmissão do HIV/AIDS; a percepção dos profissionais acerca dos usos de drogas por pessoas com transtornos mentais graves; e as formas de lidar com isso cotidianamente.

Parte dos entrevistados defende a redução de danos e a entende como elemento do cuidado em saúde mental e drogas, de um modo geral, mas chegam a reconhecer certa dificuldade no manejo cotidiano da questão com os sujeitos atendidos nos serviços. Vejamos a seguir:

> Na macropolítica, eu acho que a lógica não é mais de redução de danos, ela se pauta numa lógica do não uso, da abstinência da droga, mas eu acho que na micropolítica a redução de danos tem que ser possível. Acho que os profissionais precisam buscar suas estratégias cotidianas, junto com os usuários para dar conta da lógica da redução de danos. (Informante AT 1)

É importante se ter em mente que as práticas de redução de danos foram direcionadas, inicialmente, para um público específico com objetivo de reduzir a transmissão do vírus HIV. Na década de 1980 e início dos anos 1990, o compartilhamento de seringas para uso de drogas injetáveis foi um dos mostivos que elevaram os níveis de contaminação pelo vírus e morte em decorrência da AIDS no mundo, e no Brasil não foi diferente.

As ações de redução de danos que foram sendo desenvolvidas após este período não se dirigem mais a esse público especificamente, visto que o número de pessoas contaminadas por esse tipo de uso de drogas foi decaindo com o passar dos anos em decorrência da ampliação das ações públicas com este objetivo principal.

A partir disso, as ações de redução de danos passaram a ter como foco os usuários de uso prejudicial de álcool e outras drogas e, atualmente, não se restrigem a métodos que compreendem redução de danos como meramente a substituição de uma droga por outra, distribuição de seringas ou preservativos, tampouco que classifiquem as drogas entre leves, moderadas e pesadas. Isso porque tais considerações partem do princípio da centralidade da droga enquanto substância e suposta potência de destruição que cada uma tem unicamente pela sua composição química, desconsiderando a essencial compreensão do papel que a droga ocupa na vida do sujeito que faz uso e os motivos que o levaram a usar com tal intensidade.

Na atualidade, as práticas de redução de danos podem ser entendidas como um *ethos* de cuidado, que vem sendo dirigido ao público que faz uso prejudicial de drogas, porém tem como enfoque maior proporcionar suporte psicossocial ao sujeito, ainda que não lhe seja possível reduzir o uso. Essa transposição na interpretação sobre a redução de danos é fundamental para a ampliação dessa prática para todo o campo da atenção psicossocial, pois deixa de ser tomado como uma habilidade específica e se torna uma prática comum de cuidado em saúde que, inclusive, pode ultrapassar este campo.

Esse *ethos* do cuidado, fundado na ideia de reduzir danos à saúde, passa muito mais pelo conceito de acolhimento dos sujeitos e pela aposta nos vínculos sociais e afetivos do que na compreensão da engrenagem das substâncias e sua relação com o corpo humano.

Contudo, esse mesmo *ethos*, traduzido aqui pelas falas dos profissionais, especificiamente, acerca da redução de danos, revela que alguns desses sujeitos ora não sabem, ora permanecem ainda arraigados a uma representação mais antiga das práticas de redução de danos no Brasil que, apesar de ser importante, não totaliza as diversas formas de reduzir danos e riscos sociais à saúde.

> Eu não tenho conhecimento grande de redução de danos, de como fazer, eu na verdade não tenho muito conhecimento prático de como fazer, por exemplo, da substituição de uma coisa por outra, como entra certas substituições na redução de danos, coisas especificas, mais técnicas, mais práticas, eu não tenho muito conhecimento. Eu sou favorável, é a política que eu acredito, no sentido de dar total autonomia para a pessoa identificar ou não o que é prejudicial a ela e de quando e se necessário ser auxiliado. (Informante AT 2)

Nesse sentido, a falta de um entendimento mais aprofundado ou uma maior aproximação com a questão do uso de drogas por parte de alguns profissionais se torna uma problemática no estabelecimento do cuidado com as pessoas com transtornos mentais que fazem usos de drogas, pois acaba criando uma necessidade de divisão do cuidado que pode não ser tão necessária.

> Quando o usuário diz que não vai cheirar mais, mas vai fumar maconha, eu vou dizer para ele "não, você não vai fumar maconha senão não vai conseguir acordar"? Como eu vou dizer para ele não fazer isso? Talvez para ele isso seja redução de danos. Eu não vou dizer para ele "Fulano, faz o seguinte, não cheira não, fuma maconha". Eu não vou dizer isso para ele, mas se ele me disser eu vou recriminar? Não, eu não vou apoiar nem recriminar. Acho que não é disso que se trata. A gente não está aí para fazer apologia da droga nem para dizer que sim ou que não. Agora, a gente não vai ter como distribuir seringa, né? A gente não tem isso, até porque nós não somos redutores de danos. Tem toda uma preparação para você trabalhar com redução de danos. Na nossa folha de produtividade tem um código que é de redução de danos. A gente marca "ações de redução de danos", mas eu nunca sei se coloco. O que seria ações de redução de danos no CAPS? Eu não sei. (Informante AT 3)

Evidentemente que, tendo por base o acolhimento e a aposta nos vínculos, é provável que estes profissionais trabalhem numa lógica de redução de danos, pactuando o possível com os usuários para estabelecer o cuidado dia após dia, sem nem mesmo se darem conta de que estão reduzindo danos àquela vida. Mas, o esclarecimento acerca desse ato de cuidado, entendendo-o como um trabalho com um objetivo e um produto final, é necessário tanto para

o afinamento entre os campos AD e o AT quanto para desconstrução da ideia de especialismo dentro da atenção psicossocial.

A redução de danos, nesse sentido, acontece no cotidiano dentro dos CAPS ainda que as práticas com esse caráter não sejam diretamente percebidas enquanto componente do trabalho e tampouco façam parte das diretrizes de atuação atribuídas pelo Governo federal aos profissionais da área atualmente.

> Saiu ano passado a mudança de Política do Ministério da Saúde pela abstinência, ne. Isso não mudou nossa forma de trabalhar, por exemplo. Ninguém trabalha pela abstinência. Essa política na prática não é usada, a gente continua trabalhando pela vertente de redução de danos, seguindo aí as possibilidades do sujeito, o que é possível para cada um, fazendo isso junto também, pensando a autonomia, a cidadania, pensando direitos. As mudanças impactam num primeiro momento, mas a gente na prática, na ponta, continua trabalhando pela redução de danos. Acho que é difícil fazer uma coisa na qual não se acredita, para mim é impossível. (Informante AD 1)

> Nosso mandato enquanto CAPS é a lógica da redução de danos. Pode ter mudado a Politica da saúde mental para abstinência, mas a gente tem o mandato profissional e da saúde mental. A gente trabalha com redução de danos, então, todo o nosso trabalho é pautado nisso. E a gente não pauta na droga, a gente pauta no sujeito, então, ele precisa entender o quanto o uso está sendo prejudicial para a gente conseguir trabalhar alguma coisa para a qualidade de vida dele. (Informante AD 2)

Verifica-se que a direção política atual objetiva, com as ações de saúde, especificamente, na área de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a eliminação do uso de drogas e o tratamento via internação/isolamento social. Isso significa que essa nova diretriz governamental imposta verticalmente no presente para os profissionas, rompeu com a lógica e a ética do cuidado estabelecida anteriormente, desde o início dos anos 2000, mas mesmo assim, enfrenta a resistência dos profissionais entrevistados.

Assim, apesar das alterações macropolíticas que vem ocorrendo nos últimos anos, observa-se um compromisso ético-político dos profissionais que estão à frente do cuidado em saúde mental e drogas. Na medida que, mesmo que essas mudanças influenciem negativamente, tanto na reatualização da cultura e da lógica manicomial – remanicomialização, quanto nas precárias condições de infraestrutura dos serviços ofertados aos trabalhadores, a condução ético-política do trabalho continua sendo pautada segundo as possibilidades e limites colocados pelos próprios sujeitos assistidos.

É notório, entretanto, que a falta de investimento público no conjunto de serviços extra-hospitalares que compõem a RAPS interfere na qualidade do cuidado ofertado e limita as possibilidades de ações territoriais potentes que poderiam promover a saúde e abrir espaço para uma maior aproximação entre população e equipes.

> A gente vem nos últimos anos vendo um processo de sucateamento tanto no sentido da política pública mais ampla, um retrocesso em relação a algumas direções de trabalho do SUS, da saúde mental, da questão de álcool e drogas especificamente. Isso também tem um impacto econômico, um impacto no sentido de como vai acontecendo ou não acontecendo o financiamento dos serviços. Aí acho que no campo AD a coisa mais grave e gritante em relação a isso é que nos últimos 2 anos houve muito financiamento de comunidades terapêuticas, via SENAD, especialmente, via governo federal. E muito menos investimento nos serviços de álcool e drogas do próprio SUS, o que é uma contradição, o que é muito estranho, enfim. Então, tem havido um certo endossamento por parte do governo federal dessas alternativas que não são do SUS, especialmente as comunidades terapêuticas. (Informante AD 3)

O processo de sucateamento dos serviços públicos de saúde mental não tem seu início nos últimos anos, entretanto, o que se tem observado mais recentemente é o crescimento alarmante do redirecionamento do fundo público para o financiamento de serviços privados caracteristicamente manicomiais, como, por exemplo, as comunidades terapêuticas, as quais aparecem na cena social como entidades supostamente sem fins lucrativos que tem como bases de sustentação a abstinência e o trabalho por parte dos internos.

Tomemos como ponto de observação a Portaria GM/MS n° 3.588 (BRASIL, 2017) que reinsere na RAPS os hospitais-dias, extintos oficialmente há anos e os ambulatórios de psiquiatria com atendimento multiprofissional, considerados em grande medida serviços engessados diante das diretrizes da Lei nº. 10.216 (BRASIL, 2001) de prestar um cuidado territorializado. Tal Portaria prevê o financiamento público de hospitais psiquiátricos especializados, deixando de incentivar o fechamento dessa modalidade de atenção e sua respectiva substituição por CAPS, num resgate explícito das formas manicomiais de prestar atendimento à população com transtornos mentais graves e aos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas em situações de crise.

Uma análise breve do custo atual da diária de internação em hospital especializado na área (que varia entre R$59,00 e R$82,40)[17] nos mostra que as internações psiquiátricas são muito mais onerosas aos cofres públicos e menos eficientes, uma vez que a oferta de tratamento via internação tem como legado a criação de estigma social, retirada de autonomia e cidadania dos sujeitos assistidos, além de reforçar o paradigma medicalizador que tem sustentado práticas institucionalizadoras há décadas.

Houve, portanto, grande retrocesso no que diz respeito ao paradigma que direcionava a construção e desenvolvimento de um campo teórico-prático-político, uma vez que o

[17] A esse respeito, consultar: https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/governo-eleva-pagamento-por-longa-internacao-em-hospital-psiquiatrico.shtml

paradigma da atenção psicossocial, que priorizava o cuidado de base territorial e evitava a internação hospitalar, foi deixado para trás enquanto diretriz oficial.

> Hoje a gente vive o retrocesso de investir em comunidade terapêutica e não investir em CAPS. Quantos CAPSad existem no Rio de Janeiro? E quantas comunidades terapêuticas existem? A gente tá falando que não existe CAPS na 1.0, tem um limbo. E a gente pensa o que a gente quer. Será que, hoje, a nossa política, porque a gente trabalha com política mesmo, o que a nossa política quer para o nosso usuário da saúde mental? (Informante AD 2)

A nova política sobre drogas, promulgada através do Decreto nº. 9.761 (BRASIL, 2019), tem como objetivo principal a abstinência do uso de drogas e destaca as comunidades terapêuticas como serviços de acolhimento capazes de garantir a assistência intersetorial necessária ao cuidado dos usuários considerados dependentes de drogas. O texto não menciona os CAPSad, principalmente, aqueles de modalidade III, que tem capacidade de acolhimento diurno e noturno sem a necessidade de internação, uma vez que esta é compreendida como último recurso a ser acionado.

O tópico da referida política sobre drogas que trata do item "Prevenção" destaca o estímulo financeiro dado às comunidades terapêuticas, o que denota o incentivo governamental às formas manicomiais de lidar com os usuários de drogas.

> 5.2.6. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada. (BRASIL, 2019)

Essas entidades não fazem parte direta do Sistema Único de Saúde (SUS) nem do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), porém atuam na assistência pública à população que faz uso prejudicial de drogas por fazerem parte, atualmente, do conjunto de entidades legalmente previstas como membros do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

Assim, as comunidades terapêuticas têm sido um dos pontos principais de investimentos na rede de atenção aos usuários de drogas por parte do governo federal desde o início de sua gestão, em 2019, na medida em que expressa valores que coadunam com a conduta neoconservadora do poder executivo federal, de privatização (direta ou indireta) do aparato dos serviços públicos e enaltecimento da moral religiosa.

> A gente sofre com essas coisas porque a estrutura para trabalhar fica muito difícil, inviabiliza ações, ações territoriais. A estrutura dos serviços sucateada dificulta o

> trabalho da gente. A contratação pelas OSS é um grande problema, pois gera uma instabilidade enorme para quem é trabalhador, gera ansiedade, adoecimento e trabalhar na saúde mental nesse panorama que a gente tem, que só vem piorando é muito ruim para a atuação. (Informante AD 1)

Diante desta fala, é necessário refletir sobre as consequências das vastas transformações no mundo do trabalho e nas formas de atuação do Estado em relação à prestação de serviços sociais. A redução do financiamento e a realocação de fundo público vêm atingindo a execução das políticas sociais na prática, pois foram se tornando dificilmente exequíveis diante da precária estrutura física, reduzida quantidade de recursos sociais e baixa remuneração da mão de obra empregada.

Todavia, numa contraposição ao intenso enxugamento dos gastos públicos com política social, identifica-se uma ampliação da atuação do Estado com objetivo de garantir que o capital esteja resguardado mediante possíveis crises. Essa ação protetora do interesse das empresas privadas por parte do Estado tem se mostrado mais explícita e passou a alcançar, nos últimos anos, a forma de organização e gestão das políticas sociais e seus respectivos serviços sociais.

No Brasil, a privatização dos serviços públicos de saúde tem ocorrido através do repasse às Organizações Sociais de Saúde (OSS), que tiveram seu funcionamento regulamentado por meio da Lei n° 9.637 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e a absorção das atividades de provimento de benefícios sociais aos cidadãos pelas organizações sociais.

Essas medidas essencialmente voltadas para a privatização da coisa pública são características do processo de contrarreforma do Estado e permitiram que fossem criados novos modelos de gestão da saúde pública, que passou a pressupor a ineficiência da gestão do poder público na área, como justificativa para o repasse das atividades a entidades privadas sem fins lucrativos.

Todas essas mudanças ocorreram igualmente incidindo na gestão dos serviços públicos que compõem a RAPS, a qual também se deparou com a mudança na organização dos seus serviços, passando a ter trabalhadores com contratos precarizados, mal remunerados e com maior rotatividade de pessoal. Esse cenário afeta o trabalho desenvolvido no campo da atenção psicossocial, visto que é fundamentalmente dependente da criação de vínculos entre os profissionais e a população sob seus cuidados.

No que tange ao panorama das relações de trabalho, a reforma trabalhista sancionada durante o governo do presidente Michel Temer, após o golpe de 2016, exprime a ruína da esfera pública de direitos sociais e rebate de maneira amplamente negativa na vida do

trabalhador. A falácia da possibilidade de negociação individual com o patrão, que aparece como ponto de melhoria no discurso neoliberal, se desmantela quando a perspectiva de análise vislumbra a enorme quantia de pessoas que formam o exército industrial reserva e o fim de um leque de conquistas históricas, como, por exemplo, férias remuneradas, descanso semanal remunerado, 13° salário, abono salarial, entre outras coisas.

Todas essas transformações incidem nos trabalhadores da área da saúde mental, os quais se deparam com baixos salários, um ambiente de trabalho por vezes altamente precário e sem infraestrutura, e, em alguns casos, tendo contratos de trabalho estabelecidos através de RPA (Recibo de Pagamento Autônomo), ou seja, sem direitos trabalhistas garantidos. Esse contrato se assemelha com a ideia de *pejotização* para que as empresas contratantes, as OSS, eximam-se de suas obrigações trabalhistas.

De acordo com Antunes (2018), a *pejotização* se refere a um dos modos de driblar os direitos trabalhistas, pois ao se utilizarem do "disfarce" da Pessoa Jurídica (PJ), as empresas apresentam o trabalhador como um prestador de serviços autônomo. Dessa maneira, as empresas contratantes não precisam arcar com as obrigações que a lei exige e o trabalhador passa a ficar desprotegido dentro e fora do ambiente de trabalho. Essa é uma das novas modalidades de trabalho marcada pela insegurança, instabilidade e desconstrução dos direitos sociais do trabalhador, características inerentes a um padrão de acumulação do capital que pretende flexibilizar as relações sociais que constituem o mundo do trabalho.

Além disso, os trabalhadores da área da saúde pública, de modo geral, e da saúde mental, em particular, acompanham cotidianamente o sofrimento físico e mental das pessoas que buscam os serviços públicos de saúde e se deparam com a superlotação das unidades, o reduzido número de profissionais contratados, falta de insumos básicos para atendimento, violência no território de atuação, dentre outros elementos.

Esse quadro caótico e de desmonte reflete diretamente na saúde do próprio trabalhador desse campo, podendo gerar sobrecarga de trabalho e afastamentos, por longos períodos do local de trabalho, em decorrência de adoecimento, além de exponenciar as dificuldades na prestação de um cuidado adequado e qualificado.

Enfim, identificamos ao decorrer deste capítulo que as questões macroestruturais referentes ao financiamento, (des)investimento e diretrizes políticas, bem como questões culturais, de cunho moralizantes e estigmatizantes em relação as pessoas com transtornos mentais que fazem uso prejudicial de drogas, vem interferindo direta e indiretamente no cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas ofertado nos serviços da atenção psicossocial configurados como extra-hospitalares e de base territorial.

Para além disso, esse cuidado tem sido impactado também pela forma de gestão, organização e estrutura do trabalho nos diversos serviços nas variadas políticas sociais e setoriais, os quais são acionados pelos profissionais da atenção psicossocial, que se veem, por vezes, diante da resistência de construção de um trabalho coletivo potente em rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado teve como objetivos principais conhecer e analisar o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas e seus desafios, tomando como referência os CAPS II e CAPSad II localizados na cidade do Rio de Janeiro, ao tratar da associação entre transtornos mentais graves e persistentes e o uso de drogas na atualidade.

Para tanto, contextualizamos social e historicamente a construção e desenvolvimento da atenção em saúde mental dirigida às pessoas com transtornos mentais graves e às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, levando em consideração a influência tanto do conservadorismo quanto do proibicionismo no Brasil. Assim, foi possível compreender o quanto se avançou, ao longo de décadas, na construção da política pública de saúde mental, identificar as lacunas e vislumbrar os retrocessos mais recentes, que perpassam também pela política nacional sobre drogas.

Visualizamos que o encontro tardio entre o campo da atenção às pessoas com transtornos mentais e o campo da atenção aos usuários de drogas, denominados por nós, respectivamente, como AT e AD, provoca ainda hoje certo descompasso na comunicação entre as equipes dos CAPS e repercute no cuidado construído cotidianamente nos serviços.

A partir da análise do conteúdo das entrevistas realizada no último capítulo, tomando como lócus privilegiado o território da Grande Tijuca, pela existência dos dois tipos diferenciados de CAPS, foi possível identificar que esse descompasso se especifica na dificuldade de compreensão das práticas de redução de danos como cabíveis a todos os profissionais do campo da atenção psicossocial, denotando certo especialismo.

Ao longo do referido capítulo foram pontuados diversos desafios que se colocam cotidianamente aos profissionais entrevistados, que perpassam pela extrema vulnerabilidade social dos usuários; pelas violências física e simbólica que essas pessoas sofrem; exclusão dos indivíduos; limpeza social promovida pelo poder público; e por fim, pelos preconceitos e discriminações que são direcionados aos sujeitos com transtornos mentais graves que fazem uso prejudicial de drogas no território.

Um dos desafios mais impactantes ao cuidado em saúde mental e drogas, entretanto, parece advir da visão conservadora e, por vezes, excludente dos profissionais que compõem as redes intra e intersetorial. A resistência encontrada nesses profissionais dificulta o acesso desses sujeitos aos serviços sociais vinculados a diversas políticas sociais e vem na contramão dos princípios do SUS e do objetivo de promoção de um cuidado integral na saúde.

Destaca-se igualmente, mas não de maneira surpreendente, que a falta de recursos materiais e humanos nas redes de atenção à saúde e nos serviços sociais das variadas políticas públicas impactam diretamente no cuidado às pessoas com transtornos mentais graves que fazem uso de drogas e compromete a qualidade do serviço prestado.

Tanto usuários quanto trabalhadores da área são afetados pela precarização proposital dos dispositivos de atenção psicossocial da atual política de saúde mental, que se encontram sendo subfinanciados em razão da alocação de recursos financeiros públicos em instituições caracteristicamente manicomiais, como as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos reinseridos na RAPS atualmente.

Tais trabalhadores sofrem ainda com os retrocessos mais recentes nas relações de trabalho, que, atualmente, combinam baixa remuneração salarial e alta flexibilização do vínculo trabalhista. Essa combinação traz implicações para os usuários atendidos, uma vez que esse quadro aumenta a rotatividade profissional nos serviços e reflete na continuidade do trabalho coletivo e na vinculação entre usuários e profissionais.

Sendo assim, a partir do entrecruzamento dos dados históricos acerca do complexo campo da atenção psicossocial com as informações obtidas através das entrevistas, conclui-se que o cuidado em saúde mental e drogas dirigido às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes que fazem uso prejudicial de drogas tem sido atravessado por um desmonte de ordem econômica que traz consequências negativas evidentes ao serviço prestado à população. Entretanto, parte da dificuldade em estabelecer esse cuidado decorre também da cultura e da lógica manicomial e proibicionista hegemônica no país, de base colonial, que se manifesta explicitamente nas atuais políticas governamentais, mas se revela também nas barreiras de acesso impetradas pelos profissionais que constituem as redes de serviços.

REFERÊNCIAS

ALARCON, S. A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Org.). **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ALBUQUERQUE, C. S. **Drogas, questão social e Serviço Social**: respostas teórico-políticas da profissão. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

ARAUJO, R. C. C. **Alterações da política de saúde mental e a expansão do poder punitivo**: drogas, comunidades terapêuticas e modelos de cuidado. 162 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2009.

BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. "Um monte de buracos amarrados com barbantes": o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 904-919, 2017.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: editora Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n° 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 11 abr. 2019, ed. 70-A, seção 1, Extra, p. 7.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n° 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 jan. 2018, seção 1, p.46.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 dez. 2011, Seção 1, p. 230-232.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 dez. 2010a, seção 1, p. 88.

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010b. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 21 maio 2010, seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 12 jun. 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.028, de 1° de julho de 2005. Regulamenta as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, seção 1, p. 5.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área de Saúde Mental. **Levantamento das comunidades terapêuticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: 2003a.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei N° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1 ago. 2003b, seção 1, p. 3.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n° 816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 3 maio 2002a, seção 1, p. 29-30.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 336, de 19 de fevereiro de 2002b. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 fev. 2002, seção 1, p. 22.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica em Saúde**. Brasília, 2001c.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei Federal N° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial**. Brasília, DF, 9 abr. 2001d, seção 1, p.2.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n° 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 jan. 2001e, vol. 89, p.23.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei N° 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 maio 1998, Seção 1, Página 8.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS N° 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1992, seção 1, p. 1168.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei Federal N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990a, seção 1, p. 18055.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei N° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 jul. 1990b, seção 1, p.13563.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n° 85.110, de 2 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 4 set. 1980, seção 1, p.17482.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n° 6.368, de 21 de outubro de 1976. (Lei de entorpecentes) Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 out. 1976, seção 1, p.14039.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1 nov. 1971, seção 1, p.8769.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei n° 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 28 nov. 1938, seção 1, p.23843.

_____. Presidência da República. Decreto N° 14.969, de 3 de setembro de 1921. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 7 set. 1921, seção 1, p.17222.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n° 4.294, de 6 de julho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. **Diário Oficial da União.** Rio de Janeiro, 12 jul. 1921, seção 1, p.13407.

CANCIAN, N. Governo eleva pagamento por longa internação em hospital psiquiátrico. **Folha de São Paulo**, 28 ago. 2018, Cotidiano. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/governo-eleva-pagamento-por-longa-internacao-em-hospital-psiquiatrico.shtml>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, São Paulo, v. 6, p. 115-128, 2002. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2020.

_____. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: CARNEIRO, H.; VENÂNCIO, R. P. (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005.

CAVALLERI, M. S. et al. Espacio social, campo y habitus en Bourdieu. In: BASTA, R.; CAVALLERI, M. S. (Com.). **El trabajo social en Argentina en debate**: la influencia teórico-metodológica de Bourdieu. Luján, Argentina: Editorial Mate, 2013.

CECILIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2009.

COE, N. M.; DUARTE, M. J. de O. A construção do campo da atenção psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: DUARTE, M. J. de O. et al. (Org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**: políticas públicas e direitos humanos. Campinas: Papel Social, 2017.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf >. Acesso em: 1 dez. 2020.

_____. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/relatorio_inspecao_direitos_humanos.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

COSTA, T. C. R. **A política de saúde mental na contemporaneidade**: entre a inovação e o conservadorismo. 254 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

COSTA-ROSA, A. **A atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Ed. UNESP, 2013.

_____. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Código de ética profissional do assistente social**. Brasília: CFESS, 1993.

DORNELLES, J. R. Necrocapitalismo e neofascismo em tempos de peste. In: AUGUSTO, C. B.; SANTOS, R. D. dos. (Org.). **Pandemias e pandemônio no Brasil**. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020.

DUARTE, M. J. de O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 227-243, ago./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18604>. Acesso em: 28 ago. 2020.

_____. Rede, território e produção do cuidado: a estratégia atenção psicossocial em questão. In: CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. (Org.). **Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira**: limites e possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

_____. Da lógica manicomial à rede de atenção psicossocial: a questão das drogas no campo da saúde mental e as internações forçadas. In: FERNANDEZ, O. F. R. L.; NERY-FILHO, A. (Org.). **Drogas e políticas públicas**: educação, saúde e direitos humanos. Salvador; Brasília: Ed. UFBA; ABRAMD, 2015.

_____. Processo de trabalho em saúde e serviço social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde. In*:* DUARTE, M. J. de O. et. al. (Org.). **Política de saúde hoje**: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas: Papel Social, 2014.

FARIAS, L. L. **Estado, nova direita e contrarreforma**: uma análise sobre os atuais parâmetros da política de drogas no Brasil. 130f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

FERRUGEM, D. **Guerra às drogas e a manutenção da hierarquia racial**. Belo Horizonte: Letramento, 2019

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

FLEURY, S.; GIOVANELLA, L. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. 20. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I. Os tratados internacionais antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. *In*: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Org.). **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, Ano XXII, n. 44, p. 111 – 138, maio./ago. 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.

LEMOS, F. C. S. et al. O extermínio de jovens negros pobres no Brasil: práticas biopolíticas em questão. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v.12, n. 1, jan./abril. 2017. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/1912/1285>. Acesso em: 10 ago. 2020.

LIMA, R. C. C.; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre drogas: enfrentamento ao crack e ao proibicionismo. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n. 2, jul./dez. 2012, pp. 6-23. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475547481002>. Acesso em 30 ago. 2020.

LIMA, E. M. F. de A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul./set., 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QbbzS8wB6xFWrmKHPKCNRMb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 jun. 2021.

LÖWY, M. Conservadorismo e extrema direita na Europa e no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 24, p. 652-664, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n124/0101-6628-sssoc-124-0652.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2021.

MACHADO, A. R. **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. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MANGABEIRA, W. Questões de método e o trabalho de campo em Volta Redonda. In: MANGABEIRA, W. **Os dilemas do novo sindicalismo**: democracia e política em Volta Redonda. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ANPOCS, 1993.

MBEMBE, A. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. São Paulo: n-1 editora, 2018.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, W. F. Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio-histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 52-71, 2012.

OLIVEIRA, E. C. et. al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Escola Anna Nery** – Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, e20160040, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040>. Acesso em: 25 abr. 2021.

PRUDENCIO, J. D. L. **A política de saúde mental e atenção aos usuários de álcool e outras drogas:** uma análise da rede de atenção psicossocial (RAPS) na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro. 199 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

RAMÔA, M. L. et. al. Integralidade e interdisciplinaridade: o movimento de desconstrução da cultura asilar a partir da experiência do CAPS ad de Paracambi. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Org.). **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

RODRIGUES, T. Tráfico, guerra, proibição. In: LABATE, B. C. et al. (Org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

_____. Narcotráfico: um esboço histórico. In: CARNEIRO, H.; VENÂNCIO, R. P. (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005.

SANTOS, A. M.; LEITE, M. P.; FRANCA, N. (Orgs.). **Quando memória e história se entrelaçam**: a trama dos espaços na Grande Tijuca. Rio de Janeiro: IBASE, 2003.

SENNA, M. C. M.; GARCIA, D. V. Políticas sociais e intersetorialidade: elementos para debate. **O Social em Questão**, v. 32, p. 277-294, 2014. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_32_SL3_Senna_Gracia_WEB.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

SIMÕES, J. A. Prefácio. In: LABATE, B. C. et al. (Org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

TÓFOLI, L. F. Política de drogas e saúde pública. **Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 12, n. 21, p. 1-6, ago. 2015. Disponível em: < https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2015/09/Sur-21_completo_pt.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma Psiquiátrica e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016.

_____. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2013.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, CEBES, v. 32, n. 78-79-80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada

Entrevista n°_____
Realizada em ___/___/____

Dados do informante

Profissão:
Idade:
Sexo:
Tempo de formação profissional:
Tempo de trabalho no campo da atenção psicossocial:
Período de inserção no serviço atual:

Cuidado em saúde mental e complexidade do cuidado

1- Como se dá, na prática, o cuidado em saúde mental (incluindo situações de crise) com as pessoas com transtorno mental grave e persistente que fazem uso (prejudicial ou não) de drogas?
2- Como você compreende o cuidado com esse público em termos de complexidade e quais os principais desafios envolvidos nisso?
3- Com relação às necessidades de saúde, há diferenciação entre necessidades das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes que fazem uso de drogas das demais?

Acolhimento e rede

4- Como se dá a definição do serviço de referência para tratamento dessas pessoas?
5- Como acontece a definição do técnico/equipe de referência para pessoas pertencentes a esse grupo específico? Como é o diálogo entre os CAPS nessa definição e ao longo do tratamento?
6- Como você analisa a criação de vínculos das pessoas com transtorno mental grave e persistente que fazem uso de drogas com a equipe do CAPS, com usuários dos CAPS e com outros serviços?
7- Como ocorre a articulação da equipe do CAPS com os demais serviços da rede (intersetorial e intrasetorial) para lidar com as demandas das pessoas com transtorno mental grave e que fazem uso de drogas?

Uso de drogas e redução de danos

8- Como você vê essa atenção psicossocial hoje, principalmente, em relação às pessoas com a comorbidade debatida aqui?
9- Considerando sua própria experiência profissional, é possível trabalhar partindo da lógica de redução de danos quando se trata das pessoas com transtorno mental grave que fazem uso de drogas? Se sim, como isso ocorre na prática?
10- Quais as principais dificuldades e quais facilidades/benefícios em trabalhar com a abordagem de redução de danos?

Alterações políticas

11- Como você vê a atenção psicossocial hoje no Brasil, a política de saúde mental, política de drogas e alterações mais recentes?
12- Essas novas políticas trazem consequências práticas para o cuidado em saúde mental e influenciam no trabalho micropolítico? Como tem lidado na prática com isso?
13- Com as alterações nessas políticas nos últimos anos, ainda é possível trabalhar a partir da lógica de redução de danos e no modo psicossocial? Como isso acontece?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado(a),
Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada "**Transtorno mental grave e uso de drogas: desafios do cuidado ao campo e *habitus* da atenção psicossocial**" que tem como objetivo principal analisar o cuidado em saúde mental e seus desafios, quando se trata da associação entre transtorno mental grave e persistente e o uso de drogas na atualidade. Trata-se de pesquisa desenvolvida junto ao curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujos resultados são de interesse acadêmico-científico.

A fim de alcançar o objetivo desta pesquisa, serão realizadas entrevistas com profissionais de nível superior que trabalham em CAPS II e CAPS ad II da cidade do Rio de Janeiro e o que se pretende é que você contribua com suas reflexões e conhecimentos sobre o cuidado com as pessoas com transtorno mental grave que fazem uso de drogas e são atendidas nesses dispositivos. **Para viabilizar esta pesquisa, você é convidado(a) a participar na forma de entrevista individual, sem gravação de sua imagem ou voz.**

Sua participação tem caráter voluntário, isto é, a qualquer momento você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar, bem como, inclusive, de retirar o seu consentimento para participar desta pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora e com a instituição onde trabalha.

Não são identificados maiores riscos em relação à sua participação, entretanto, as entrevistas podem, por exemplo, causar algum cansaço pelo tempo de duração ou indisposição e incômodo ao tratar deste assunto. Em qualquer destes casos, a entrevista poderá ser suspensa e, se concordar, reagendamos para outro momento. Em síntese, caso ocorra qualquer indisposição e/ou incômodo em sua participação, a entrevista poderá ser suspensa e retomada em momento posterior de acordo com a sua disponibilidade e concordância.

Esta pesquisa não traz nenhum benefício imediato para você, mas, ao participar deste estudo, você contribuirá para se entender como tem se dado o cuidado em saúde mental com essas pessoas em vista dos avanços e retrocessos da atenção ao uso de álcool e outras drogas, considerando as alterações e manutenções nas políticas diretamente relacionadas à área, proporcionando subsídios ao conhecimento acadêmico-científico sobre os desafios para o campo da atenção psicossocial. Você não terá nenhum custo, como também não haverá quaisquer compensações financeiras por participar como entrevistado nesta pesquisa.

As informações sobre os participantes desta pesquisa são tratadas de forma confidencial e sigilosa, ou seja, em nenhum momento seu nome, imagem ou voz serão divulgados em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados de forma a não permitir, sob nenhuma hipótese, revelar sua identidade. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou publicações acadêmico-científicas, mas sem identificação de pessoas e nomes.

Rubrica do participante | Rubrica do pesquisador

Tendo em vista o contexto da pandemia de COVID-19, as entrevistas serão realizadas através de aplicativos/plataformas da internet, decididos entre a pesquisadora e você, com duração de cerca de 2:30h (duas horas e meia), cujas imagens e áudios não serão gravados nem veiculados sob nenhuma hipótese pela pesquisadora, que se compromete a apenas extrair os dados, sem identificação para tratamento e análise na pesquisa. Os dados coletados serão armazenados no computador pessoal da pesquisadora e ficarão sob a responsabilidade da mesma pelo prazo de 5 (cinco) anos, quando então este material será deletado e integralmente descartado.

Ao decidir participar da pesquisa, você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone/e-mail da pesquisadora responsável e do professor orientador da pesquisa, podendo tirar as suas dúvidas sobre sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, ou tenha outras dúvidas, querendo ouvir uma outra opinião sobre esta pesquisa, poderá procurar também a Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h. Você poderá procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4° andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ, e-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br – Telefone: (021) 2215-1485.

Thays Ribeiro da Silva
Matrícula UERJ- ME1910718
(Pesquisadora mestranda)
e-mail: thaysrs23@gmail.com / Tel.: (21) 97274-1673
Orientador: Marco José de O. Duarte
e-mail: majodu@gmail.com / Tel.: (21) 99617-1725

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Nome do(a) participante: _____ Assinatura: _____

Nome do(a) pesquisador: _____ Assinatura: _____

ANEXO A – Parecer de aprovação do CEP/UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transtorno mental grave e uso de drogas:desafios do cuidado ao campo e habitus da atenção psicossocial

Pesquisador: THAYS RIBEIRO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40621020.0.0000.5282

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.457.891

Apresentação do Projeto:

De acordo com a pesquisadora:

"Estudo com caráter qualitativo que conta com revisão teórico-bibliográfica sobre saúde mental, álcool e outras drogas e sobre o cuidado estabelecido com as pessoas que tem transtorno mental que fazem uso de drogas, além de pesquisa documental (legislação) e coleta de dados empíricos.

A coleta de dados será realizada mediante entrevista semi-estruturada com profissionais de nível superior que trabalham em CAPS II e CAPSad II na cidade do Rio de Janeiro e, para se obter maior variabilidade em relação aos sujeitos-atores e ao processo de trabalho multiprofissional em cada instituição, propõe-se que as entrevistas sejam feitas com profissionais de diversas formações acadêmicas que trabalham em CAPS de áreas programáticas de saúde diferentes.

Com relação à sistematização e análise dos dados proporcionados pelas entrevistas, será utilizada a técnica de análise de discurso e será feita também a triangulação desses dados com o conteúdo teórico pesquisado na fase exploratória."

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora:

"Objetivo Primário:

Conhecer e analisar o cuidado em saúde mental e seus desafios, nos CAPS II e CAPSad II localizados na cidade do Rio de Janeiro, quando se trata da associação entre transtorno mental

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

grave e persistente e o uso de drogas na atualidade.
Objetivo Secundário:
•Contextualizar o processo sócio-histórico de construção e desenvolvimento do campo de atenção psicossocial no Brasil;
•Identificar os desafios atuais presentes no debate acadêmico-profissional acerca do cuidado em saúde mental quando se trata da associação entre transtorno mental grave e persistente e uso de drogas;
•Identificar e problematizar o processo da abordagem de redução de danos nos casos de associação entre transtorno mental grave e persistente e uso de drogas;
•Identificar as necessidades de saúde das pessoas com transtorno mental grave e persistente que fazem uso de drogas;
•Conhecer e analisar como tem se dado o cuidado com as pessoas com transtorno mental grave que fazem uso de drogas em vista dos avanços e retrocessos da atenção ao uso de álcool e outras drogas, considerando as regulamentações recentes – Política Nacional da Saúde Mental, de 2001; a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, de 2003; e a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas vigente;
•Identificar os desafios para o campo da atenção psicossocial em relação ao cuidado com os sujeitos com transtorno mental grave que fazem uso de drogas diante da nova política nacional sobre drogas, explicitada pelo Decreto n°. 9.761/2019;
•Contribuir com a produção de conhecimento e possibilitar reflexões sobre o campo de atenção psicossocial."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
De acordo com a pesquisadora:
"Riscos:
De acordo com os princípios éticos da Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido resguarda os participantes entrevistados da possibilidade de divulgação de suas identidades, garantindo, assim, que as informações prestadas sejam tratadas de forma confidencial e sigilosa.
Não são identificados maiores riscos em relação à participação na pesquisa, entretanto, as entrevistas podem, por exemplo, causar algum cansaço pelo tempo de duração ou indisposição e incômodo ao tratar deste assunto, assim como há o pequeno risco de instabilidade da conexão da internet. Em qualquer destes casos, a entrevista poderá ser suspensa e, se o(a) participante concordar, será reagendada para outro momento. Os(as) entrevistados(as) poderão também

desistir de continuar a participar, sendo que, em quaisquer destas situações, nenhum prejuízo ou ônus terão os(as) participantes em relação à pesquisadora e às instituições envolvidas. Em síntese, caso ocorra qualquer indisposição e/ou incômodo na participação, a entrevista poderá ser suspensa e retomada em momento posterior de acordo com a disponibilidade e concordância ou mesmo cancelada a participação e os já dados recolhidos do desistente serão descartados.

As respostas dos(as) entrevistados(as) serão abordadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome dos sujeitos envolvidos em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, a privacidade dos informantes será assegurada, uma vez que os nomes serão substituídos por nomes fictícios e de forma aleatória e/ou os informantes serão nomeados segundo atividade profissional que desempenha.

É válido informar ainda, que a pesquisa não trará custos ao entrevistado, bem como não proporcionará compensações financeiras pela sua participação nesta pesquisa. Além disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deixa claro sobre a voluntariedade na participação, de forma que os possíveis informantes da pesquisa possam a qualquer momento se recusar a responder qualquer pergunta ou, ainda, retirar o seu consentimento para participar desta pesquisa.

Benefícios:

Ressalta-se que a pesquisa não traz nenhum benefício imediato aos participantes, sendo que estes contribuirão com o processo de conhecimento acadêmico-científico sobre o cuidado em saúde mental quando se trata da associação entre transtorno mental grave e uso de drogas na cidade do Rio de Janeiro. Os benefícios são indiretos, na medida em que o processo de conhecimento acadêmico-científico proporcionado pela pesquisa poderá vir a contribuir com a construção cotidiana de práticas de cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora:

"Metodologia Proposta:

Projeto de pesquisa de tipo qualitativa, que contará com revisão teórico-bibliográfica, pesquisa documental (legislação e documentos institucionais) e entrevistas semi-estruturadas.

Será feito levantamento dos documentos e produções acadêmico-profissionais que recobram a constituição, desenvolvimento e mudanças no campo da atenção psicossocial no Brasil. Quanto ao instrumento de coleta de dados empíricos, a entrevista semi-estruturada será utilizada com a finalidade de obter informações fundamentais à investigação, as quais se complementam com os dados teóricos e normativos. Os coordenadores técnicos dos CAPS serão "informantes-chaves"

(MANGABEIRA, 1993), uma vez que podem facilitar a identificação dos profissionais que acompanham os casos com associação entre transtorno mental grave e persistente e uso de drogas.

As entrevistas semi-estruturadas serão efetuadas com os profissionais de nível superior que trabalham em CAPS II e CAPSad II na cidade do Rio de Janeiro. Em decorrência da pandemia de COVID-19, as entrevistas serão realizadas e gravadas através das plataformas digitais Skype, Zoom ou Google Meet, sendo a opção a ser escolhida realizada em comum acordo com os participantes. Por se tratar de plataformas digitais que possibilitam gravações de áudio e imagem em conjunto, esclarecemos que em nenhuma hipótese serão utilizadas imagens dos participantes. Os áudios serão utilizados tal como são no caso das entrevistas tradicionalmente realizadas em trabalho de campo, na forma presencial – apenas para colher,

transcrever e analisar os dados coletados, sem identificação dos informantes participantes da pesquisa.

A cidade do Rio de Janeiro conta com diversos CAPS nas suas variadas modalidades, que estão distribuídos entre áreas programáticas (AP). Cada AP é composta por um conjunto de bairros e, num total, a cidade conta com 19 CAPS voltados para transtornos mentais graves e persistentes e 7 CAPSad. Dos CAPS voltados para transtornos mentais graves e persistentes temos: 12 na modalidade II, sendo um deles estadual; e 7 na modalidade III. Somado a isso, dos CAPSad temos 3 na modalidade II, sendo um deles estadual, e 4 na modalidade III.

Desconsiderando os CAPS estaduais e considerando o número de AP que possui em seu território as modalidades de CAPS II e/ou CAPSad II, se apresenta o seguinte universo institucional da pesquisa: 8 CAPS tipo II e 2 CAPSad tipo II, o que, de certa forma, indica a eleição de, pelo menos, 10 técnicos de referência para serem entrevistados, sendo cada um deles desses serviços. Porém, de acordo com o andamento do trabalho de campo, o adensamento do grupo de pesquisa poderá ser ampliado, uma vez que esta pesquisa qualitativa se aproxima da amostra por saturação (MINAYO, 2017).

Serão respeitados os princípios éticos das Resoluções nos 466 e 510 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013; 2016). Especialmente, segue -se a orientações da Res. 510/2016 que trata das diretrizes e normas de "pesquisas envolvendo seres humanos", no campo das Ciências Sociais e Humanas. Também serão seguidos os preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social expressos na Resolução 580/2018 (BRASIL, 2018), e reafirmado o sigilo profissional que é assegurado pelo Código de Ética do Serviço Social (CFESS, 1993), garantindo

assim, o anonimato dos participantes voluntários que serão entrevistados.

As informações sobre os participantes desta pesquisa são tratadas de forma confidencial e sigilosa. Em nenhum momento nomes serão divulgados em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados de forma a não permitir, sob nenhuma hipótese, revelar suas identidades. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou publicações acadêmico-científicas, mas sem identificação de pessoas e nomes. As gravações das entrevistas ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora no prazo de 5 anos, quando então
este material será descartado.
Metodologia de Análise de Dados:
Na direção da sistematização e análise dos dados proporcionados pelas entrevistas, será utilizada a técnica de análise de discurso a partir da organização temática e categorial e seguindo as diferentes fases de exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2006).Com base no conteúdo coletado se dará a sistematização do conjunto de dados e informações através da elaboração de um relatório analítico final, objetivando fazer a triangulação dos dados teóricos e empíricos, assim como integrar as etapas do processo de investigação da realidade estudada, apontando as narrativas analisadas para a questão em tela do projeto de pesquisa."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos os dados necessários para a apreciação ética. Tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil, as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:
Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.ª que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para dezembro de 2021. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1614869.pdf	01/11/2020 12:19:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_INTEIRO_2.pdf	01/11/2020 12:17:06	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	01/11/2020 12:10:09	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculo_Marco_Jose_de_Oliveira_Duarte.pdf	26/08/2020 14:13:00	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculo_Thays_Ribeiro_da_Silva.pdf	26/08/2020 14:12:00	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	DECLARACAO_NEGATIVA_CUSTOS_ASSINADA.pdf	26/08/2020 14:10:21	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/08/2020 14:08:25	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTAS.pdf	26/08/2020 14:07:20	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/08/2020 14:06:09	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_assinado.pdf	26/08/2020 14:04:33	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	26/08/2020 13:58:56	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

Continuação do Parecer: 4.457.891

RIO DE JANEIRO, 11 de Dezembro de 2020

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

ANEXO B – Parecer de aprovação do CEP/SMS-Prefeitura do Rio de Janeiro

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transtorno mental grave e uso de drogas:desafios do cuidado ao campo e habitus da atenção psicossocial

Pesquisador: THAYS RIBEIRO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40621020.0.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.630.178

Apresentação do Projeto:

Trata-se de apresentação de documentos para complementação de pendências indicadas pela relatoria do CEP/SMS-RJ no Parecer Consubstanciado Nr. 4.571.665 de 03/03/2021.

O projeto de pesquisa foi trazido por aluna mestranda do curso de mestrado da faculdade de Serviço Social da UERJ- Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Estudo de caráter qualitativo que conta com revisão teórico-bibliográfica sobre saúde mental, álcool e outras drogas e sobre o cuidado estabelecido com as pessoas que tem transtorno mental que fazem uso de drogas, além de pesquisa documental (legislação) e coleta de dados empíricos realizada mediante entrevista semi-estruturada com profissionais de nível superior que trabalham em CAPS II e CAPSad II na cidade do Rio de Janeiro; para se obter maior variabilidade em relação aos sujeitos-atores e ao processo de trabalho multiprofissional em cada instituição, propõe-se que as entrevistas sejam feitas com profissionais de diversas formações acadêmicas que trabalham em CAPS de áreas programáticas de saúde diferentes.

Com relação à sistematização e análise dos dados proporcionados pelas entrevistas, será utilizada a técnica de análise de discurso e será feita também a triangulação desses dados com o conteúdo teórico pesquisado na fase exploratória.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora apresenta os objetivos, transcritos à seguir:

Objetivo Primário:

Conhecer e analisar o cuidado em saúde mental e seus desafios, nos CAPS II e CAPSad II localizados na cidade do Rio de Janeiro, quando se trata da associação entre transtorno mental grave e persistente e o uso de drogas na atualidade.

Objetivo Secundário:

•Contextualizar o processo sócio-histórico de construção e desenvolvimento do campo de atenção psicossocial no Brasil;

•Identificar os desafios atuais presentes no debate acadêmico-profissional acerca do cuidado em saúde mental quando se trata da associação entre transtorno mental grave e persistente e uso de drogas;

•Identificar e problematizar o processo da abordagem de redução de danos nos casos de associação entre transtorno mental grave e persistente e uso de drogas;

•Identificar as necessidades de saúde das pessoas com transtorno mental grave e persistente que fazem uso de drogas;

•Conhecer e analisar como tem se dado o cuidado com as pessoas com transtorno mental grave que fazem uso de drogas em vista dos avanços e retrocessos da atenção ao uso de álcool e outras drogas, considerando as regulamentações recentes – Política Nacional da Saúde Mental, de 2001; a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, de 2003; e a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas vigente;

•Identificar os desafios para o campo da atenção psicossocial em relação ao cuidado com os sujeitos com transtorno mental grave que fazem uso de drogas diante da nova política nacional sobre drogas, explicitada pelo Decreto n°. 9.761/2019;

•Contribuir com a produção de conhecimento e possibilitar reflexões sobre o campo de atenção psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para adequada avaliação dos Riscos e Benefícios entendemos necessário iniciar a análise pelos critérios de inclusão dos participantes: as entrevistas semiestruturadas se realizarão com os profissionais de nível superior que trabalham em CAPS II e CAPSad II na cidade do Rio de Janeiro. Para obter maior variabilidade em relação aos sujeitos-atores e ao processo de trabalho

multiprofissional em cada instituição, a pesquisadora descreve, como critérios de inclusão, a realização de entrevistas com profissionais de formações acadêmicas diversas e que trabalham em CAPS – e somente dos CAPS II e CAPSad II – de áreas programáticas de saúde diferentes, sendo um profissional de cada serviço aí inseridos há mais de seis meses, que aceitem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de inclusão, para aplicação do questionário, apenas de participantes que sejam profissionais dos CAPS II e CAPSad II, advém do entendimento de que a dinâmica de trabalho nestes dispositivos demanda que se estabeleçam ainda mais parcerias com agentes informais do próprio território e contato contínuo com os outros serviços da rede.

Critério de Exclusão:
Será utilizado como critério de exclusão o afastamento dos profissionais de suas funções dentro do período da coleta de dados e também aqueles que se inseriram mais recentemente nos serviços num período inferior a seis meses.

À partir desses critérios, a pesquisadora entende possível definir e avaliar os riscos e os benefícios da pesquisa.
"Riscos:
De acordo com os princípios éticos da Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido resguarda os participantes entrevistados da possibilidade de divulgação de suas identidades garantindo, assim, que as informações prestadas sejam tratadas de forma confidencial e sigilosa. Não são identificados maiores riscos em relação à participação na pesquisa, entretanto, as entrevistas podem, por exemplo, causar algum cansaço pelo tempo de duração ou indisposição e incômodo ao tratar deste assunto, assim como há o pequeno risco de instabilidade da conexão da internet. Em qualquer destes casos, a entrevista poderá ser suspensa e, se o(a) participante concordar, será reagendada para outro momento. Os(as) entrevistados(as) poderão também desistir de continuar a participar sendo que em quaisquer destas situações, nenhum prejuízo ou ônus terão os(as) participantes em relação à pesquisadora e às instituições envolvidas. Em síntese, caso ocorra qualquer indisposição e/ou incômodo na participação, a entrevista poderá ser suspensa e retomada em momento posterior de acordo com a disponibilidade e concordância ou mesmo cancelada a participação e os já dados recolhidos do desistente serão descartados.
As respostas dos(as) entrevistados(as) serão abordadas de forma anônima e confidencial, isto é,

em nenhum momento será divulgado o nome dos sujeitos envolvidos em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, a privacidade dos informantes será assegurada, uma vez que os nomes serão substituídos por nomes fictícios e de forma aleatória e/ou os informantes serão nomeados segundo atividade profissional que desempenha. É válido informar ainda, que a pesquisa não trará custos ao entrevistado, bem como não proporcionará compensações financeiras pela sua participação nesta pesquisa. Além disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deixa claro sobre a voluntariedade na participação, de forma que os possíveis informantes da pesquisa possam a qualquer momento se recusar a responder qualquer pergunta ou, ainda, retirar o seu consentimento para participar desta pesquisa.

Benefícios:
Ressalta-se que a pesquisa não traz nenhum benefício imediato aos participantes, sendo que estes contribuirão com o processo de conhecimento acadêmico-científico sobre o cuidado em saúde mental quando se trata da associação entre transtorno mental grave e uso de drogas na cidade do Rio de Janeiro. Os benefícios são indiretos, na medida em que o processo de conhecimento acadêmico-científico proporcionado pela pesquisa poderá vir a contribuir com a construção cotidiana de práticas de cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa de indiscutível interesse social, médico e político na medida em que observa o ser humano a partir de premissas que evidenciam sua fragilidade e rejeição pelo corpo social quando deixa de ser parte do 'grupo' social em razão de alguma diferença. Traz à lembrança as leituras de Foucault e suas discussões sobre as classes sociais e o corpo, assim como a microfísica do poder. Tema tão delicado requer a atuação de proporcionais igualmente generosos e acolhedores.
Esta pesquisa, neste momento que o País vive, tem extrema relevância quer seja pela pertinência do tema, quer seja pelos dados históricos que a compõem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
. Folha de Rosto da Plataforma Brasil, devidamente assinada e carimbada pelo pesquisador responsável e Instituição Proponente:
> adequadamente apresentada.
· Projeto de Pesquisa de inteiro teor:
> adequadamente apresentado.
· Termo de Anuência Institucional Unidades de Saúde:

> a pesquisadora apresenta um TAI devidamente assinado pela Coordenação de Saúde Mental - S/SUBHUEISSM, porém não especifica a(s) unidade(s) em que será realizada sua pesquisa, deixando incompleto esse dado.

· Parecer de outro CEP, caso possua:

> a pesquisadora apresenta Parecer Consubstanciado No. 4.457.891, datado de 11/12/2020 emitido pelo CEP/UERJ, que aprova seu projeto de pesquisa assim como os documentos a ele anexados via PLATBR.

· Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo os contatos (telefone e e-mail) do Orientador, do (s) Pesquisador (es) e do CEP/SMS-RJ:

> a pesquisadora apresenta TCLE porém com pendências que serão pontuadas ao final da relatoria.

· Pedido de Isenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

> não se aplica.

· Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD):

> a pesquisadora não o apresenta; documento em pendência que será descrita abaixo .

· Cronograma (Coleta de dados iniciando dois (02) meses após a submissão do Projeto no CEP/SMS-RJ):

> a pesquisadora posta o cronograma de pesquisa o qual, contudo, apresenta pendência descrita abaixo.

· Roteiro de coleta de dados/Questionário:

> Apresentado adequadamente quanto ao conteúdo e ao direcionamento para a pesquisa, deixando clara a participação por forma remota, assim como a realização da entrevista via Skype, Zoom ou Google Meet; opção a ser escolhida em comum acordo com a pesquisadora. A entrevista será gravada em áudio e vídeo para posterior transcrição.

· Orçamento detalhado:

> apresenta, porém com pendências.

· Declaração negativa de custos ou declaração informando fonte de financiamento:

> adequadamente apresentado.

· Currículo de todos os pesquisadores envolvidos no projeto de pesquisa:

> adequadamente apresentados.

Recomendações:

Não se aplicam a essa Relatoria.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

São as seguintes as pendências verificadas pela Relatora do CEP/SMS-RJ, todas adequadamente atendidas pela pesquisadora:

1· Termo de Anuência Institucional Unidades de Saúde:

> a pesquisadora apresenta um TAI devidamente assinado pela Coordenação de Saúde Mental - S/SUBHUEISSM, porém nele não está especificada a(s) unidade(s) em que será realizada sua pesquisa, deixando incompleto esse dado (CAPS II e/ou CAPSad II).

Considerando o teor de sua monografia, assim como o teor do TCLE, solicita-se que a pesquisadora indique nominalmente o CAPs onde pretende realizar sua pesquisa, ou se a realizará em todos eles. Em qualquer dos casos deverá apresentar um TAI para cada uma das instituições onde realizará a pesquisa.

A PESQUISADORA INFORMA:

A pesquisa será feita apenas no CAPS AD Mané Garrincha e no CAPS UERJ, ambos responsáveis pela área programática (AP) 2.2 na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro de âmbito municipal e vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e o segundo vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Serão realizadas 3 (três) entrevistas com profissionais de nível superior de categorias diferentes em cada um desses serviços, totalizando 6 (seis) entrevistas.

O Termo de Anuência Institucional (TAI) assinado pela gestora do CAPS AD Mané Garrincha segue anexado na Plataforma Brasil.

2· Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo os contatos (telefone e e-mail) do Orientador, do (s) Pesquisador (es) e do CEP/SMS-RJ:

> a pesquisadora apresenta TCLE porém com pendências que são pontuadas a seguir:

(i) as informações referentes ao local de guarda dos dados coletados, ao tempo de guarda e ao responsável pelos dados, assim como a forma de descarte dos mesmos deverão ser incluídos no TCLE.

(ii). a pesquisadora faz referência, no corpo do TCLE, à possibilidade de troca da metodologia proposta para realização das entrevistas – previstas para acontecerem por via remota – que seria substituída por entrevista presencial, 'caso este contexto se modifique'.

Solicita-se:

(1) que, diante disso, a pesquisadora esclareça quanto a possíveis diferenças nos resultados

obtidos quando da aplicação do mesmo questionário pelas duas vias diferentes; e (2) quais serão as 'modificações de contexto' a determinarem a mudança da metodologia e a via de realização da entrevista. (iii) a pesquisadora deverá enfatizar, no TCLE, que ela não promoverá gravação de qualquer natureza nem da voz, nem da imagem dos participantes da entrevista, tomando assim o cuidado de minimizar riscos de eventuais constrangimentos futuros

A PESQUISADORA INFORMA:
(i)Os dados coletados serão armazenados no computador pessoal da pesquisadora responsável e ficarão sob a responsabilidade da mesma pelo prazo de 5 (cinco) anos, quando então este material será deletado e integralmente descartado. Estas informações constam no 1° parágrafo da página 2 do TCLE.
(ii)Diante do quadro gravíssimo da pandemia de Covid-19 instalado no Brasil desde o início do ano de 2020, especificamos que a pesquisa será realizada somente através de aplicativos e/ou plataformas da internet decididos entre a pesquisadora e o entrevistado. Esta informação consta no 1° parágrafo da página 2 do TCLE.
(iii)Enfatizamos que as informações sobre os participantes desta pesquisa serão tratadas de forma confidencial e sigilosa, ou seja, em nenhum momento nome, imagem ou voz dos participantes serão divulgados em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados de forma a não permitir, sob nenhuma hipótese, revelar identidades dos entrevistados. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou publicações acadêmico-científicas, mas sem identificação de pessoas e nomes. Tal esclarecimento enfatizando a não divulgação de imagem e voz dos entrevistados consta no final do 2° parágrafo da página 1, no último parágrafo da página 1 e também no 1° parágrafo da página 2 do TCLE.

3· Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD);
> a pesquisadora deverá apresentar o TCUD em razão do conjunto de informações às quais terá acesso, particularmente no que se refere ao uso de voz e de imagem, ainda que não pretenda divulgar quaisquer dados dos participantes, tomando em conta as determinações da LGPDP (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

A PESQUISADORA INFORMA:
O Termo de Compromisso de Utilização de Dados, construído levando em consideração

a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais N° 13.709, de 14 de agosto de 2018, e direcionado especificamente para proteção da imagem e da voz dos participantes, segue devidamente assinado pela pesquisadora responsável e anexado na Plataforma Brasil.

4· Cronograma (Coleta de dados iniciando dois (02) meses após a submissão do Projeto no CEP/SMS-RJ):
> o cronograma foi apresentado em 08/2020; solicita-se que o mesmo seja atualizado e reapresentado a este CEP.SMS, devendo ser incluído o título da pesquisa, local, data e assinatura da pesquisadora.

A PESQUISADORA INFORMA:
O cronograma da pesquisa foi atualizado prevendo que a coleta de dados seja iniciada 2 meses após a submissão a este Comitê de Ética em Pesquisa. Foi incluído no cabeçalho o título da pesquisa e no final da página constam o local, a data e a assinatura da pesquisadora responsável.

5· Roteiro de coleta de dados/Questionário:
> Apresentado adequadamente quanto ao conteúdo e coerência com os objetivos propostos para a pesquisa, contudo deverá ajustar o documento incluindo: título da pesquisa, forma de realização da coleta de dados – se presencial, ou se à distância - acrescentando a numeração sequencial de páginas, local, data e assinatura da pesquisadora.

A PESQUISADORA INFORMA:
O roteiro de entrevista semiestruturada foi ajustado conforme solicitado. O título da pesquisa foi incluído no cabeçalho e logo abaixo especificamos que a coleta de dados está sendo realizada via aplicativo/plataforma de internet, em concordância com as informações apresentadas no TCLE que especificam que as entrevistas só serão feitas dessa forma. A numeração sequencial das páginas foi acrescentada ao documento assim como as informações sobre local, data e assinatura da pesquisadora.
O roteiro de coleta de dados devidamente assinado pela pesquisadora responsável segue anexado na Plataforma Brasil.

6· Orçamento detalhado:
> adequadamente apresentado, contudo a pesquisadora deverá reapresenta-lo incluindo o título

da pesquisa, o local, a data e a assinatura.

A PESQUISADORA INFORMA:
Foram acrescentados no arquivo do orçamento detalhado: o título da pesquisa no cabeçalho, já no fim da página acrescentamos o local, data e assinatura da pesquisadora.
O orçamento detalhado devidamente assinado pela pesquisadora responsável segue anexado na Plataforma Brasil.

CONCLUSÃO:
Em 26/03/2021, sob título RESPOSTA AS PENDÊNCIAS, a pesquisadora promove a resposta às todas as correções e inadequações indicadas pelo CEP.SMS.RJ em seu parecer consubstanciado Nr.4571665. Todas AS RESPOSTAS SÃO SATISFATÓRIAS e esclarecem os pontos de dúvida, ou de inadequação observados pela Relatora, tendo sido postadas em documentos individuais na PLATBR, o que permite acesso sem maiores dificuldades.

Considerações Finais a critério do CEP:
Sr.(a) Pesquisador(a),
Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.
Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.
O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem

ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará à critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1680087.pdf	26/03/2021 17:46:42		Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_CAPSadManeGarrincha.pdf	26/03/2021 17:24:58	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_Compromisso_utilizacao_de_dados.pdf	26/03/2021 17:24:21	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Roteiroentrevista.pdf	26/03/2021 17:23:51	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	26/03/2021 17:19:30	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Resposta_as_Pendencias.pdf	26/03/2021 17:13:23	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	26/03/2021 17:12:28	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	26/03/2021 17:10:58	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/03/2021 17:10:41	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_INTEIRO_2.pdf	01/11/2020 12:17:06	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	01/11/2020 12:10:09	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculo_Marco_Jose_de_Oliveira_Duarte.pdf	26/08/2020 14:13:00	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculo_Thays_Ribeiro_da_Silva.pdf	26/08/2020 14:12:00	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	DECLARACAO_NEGATIVA_CUSTOS_ASSINADA.pdf	26/08/2020 14:10:21	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTAS.pdf	26/08/2020 14:07:20	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_assinado.pdf	26/08/2020 14:04:33	THAYS RIBEIRO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Abril de 2021

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br