

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

LARA MOREIRA DE OLIVEIRA E SILVA

**ANÁLISE DAS NORMATIVAS SOBRE O MODELO DE CUIDADO
VOLTADO AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL**

São Carlos, Fevereiro de 2024

LARA MOREIRA DE OLIVEIRA E SILVA

**ANÁLISE DAS NORMATIVAS SOBRE O MODELO DE CUIDADO VOLTADO
AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como requisito final à obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciana Nogueira Fioroni

São Carlos, Fevereiro de 2024

RESUMO

No Brasil, o cuidado em saúde voltado ao uso de substâncias psicoativas é marcado por aspectos que diferem quanto à abordagem teórica da questão. De um lado, observa-se a perspectiva da redução de danos, baseada em um modelo de cuidado centrado no usuário e na manutenção de sua autonomia. De outro, nota-se a presença de pressupostos associados à abordagem da abstinência, a partir da vinculação do cuidado em saúde à equipamentos que promovem o isolamento social dos usuários, o que compromete seus direitos enquanto cidadãos e a prerrogativa do cuidado em liberdade, amplamente defendida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e conquistada como direito constitucional a partir da Lei 10.216/2001. Dessa forma, o presente estudo foi construído a partir do método qualitativo, de caráter teórico, tendo como objetivo analisar as políticas públicas nacionais de saúde, buscando identificar alcances, limites e contradições entre abordagens. Para tanto, foi realizada análise documental da política nacional de saúde mental (PNSM), que a partir da Portaria nº 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido também consideradas as alterações nela realizadas entre a data de sua publicação e o ano de 2022, ano que se deu início à pesquisa. Os documentos foram submetidos à análise de conteúdo temática, gerando como resultados 3 categorias gerais de sentido: I. Alcances ao paradigma psicossocial; II. Limites ao paradigma psicossocial e; III. contradições entre abordagens. Posteriormente, tais resultados foram articulados na discussão, o que permitiu concluir que, ainda que o modelo de cuidado baseado na redução de danos esteja postulado como parte do modelo de atenção psicossocial, e portanto, conste nas normativas que orientam o cuidado ofertado nos dispositivos da RAPS, a incorporação de equipamentos de caráter manicomial se faz presente desde sua criação. Além disso, também foi possível vislumbrar a amplitude do retrocesso na atenção psicossocial operado a partir das mudanças realizadas na política, sobretudo a partir da Portaria nº 3588/2017.

Palavras-chave: Substâncias Psicoativas; Redução de Danos; Rede de Atenção Psicossocial; Política Nacional de Saúde Mental.

ABSTRACT

In Brazil, the health care provided for the use of psychoactive substances is marked by aspects that differ in terms of the theoretical approach to the issue. On the one hand, there is the perspective of harm reduction, based on a model of care centered on the user and on the maintenance of their autonomy. On the other, there is the presence of assumptions associated with the abstinence approach, based on linking health care to equipment that promotes the social isolation of users, which compromises their rights as citizens and the prerogative of care in freedom, widely defended by the Brazilian Psychiatric Reform (RPB) and won as a constitutional right under Law 10.216/2001. In this way, this study was built on the qualitative method, of a theoretical nature, with the aim of analyzing national public health policies, seeking to identify the scope, limits and contradictions between approaches. To this end, a documentary analysis was carried out of the national mental health policy (PNSM), which, based on Ordinance No. 3.088/2011, establishes the Psychosocial Care Network (RAPS) within the scope of the Unified Health System (SUS), also taking into account the changes made to it between the date of its publication and 2022, the year in which the research began. The documents were subjected to thematic content analysis, resulting in 3 general categories of meaning: I. Reaches of the psychosocial paradigm; II. Limits to the psychosocial paradigm and; III. contradictions between approaches. Subsequently, these results were articulated in the discussion, which led to the conclusion that, although the model of care based on harm reduction is postulated as part of the psychosocial care model, and is therefore included in the regulations that guide the care offered in the RAPS devices, the incorporation of manicomial equipment has been present since its creation. In addition, it was also possible to glimpse the extent of the regression in psychosocial care brought about by the changes made to the policy, especially since Ordinance No. 3588/2017.

Keywords: Psychoactive Substances; Harm Reduction; Psychosocial Care Network; National Mental Health Policy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 Motivação para construção do objeto da pesquisa	6
1.2 As Substâncias Psicoativas (SPA)	6
1.3 O Uso Prejudicial de Substâncias Psicoativas	9
1.4 A Fundação da Doença Mental e a Patologização do Uso de Substâncias Psicoativas	12
1.5 O Paradigma Psicossocial e a Abordagem da Redução de Danos	14
2. OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
3. MÉTODO	18
3.1 Tipo de pesquisa	18
3.2 Análise de dados	19
3.4 Corpus de análise	20
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4.1 Alcances ao Paradigma Psicossocial	22
4.2 Limites ao Paradigma Psicossocial	29
4.3 Contradições entre abordagens	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	48

1. INTRODUÇÃO

1.1 Motivação para construção do objeto da pesquisa

A motivação para construção do objeto do presente estudo se deu, primeiramente, pelo contato que tive em minha vida pessoal com a questão do tratamento dado ao uso prejudicial de substâncias psicoativas no Brasil. Ao presenciar o sofrimento experimentado pelas pessoas que lutam com a perda de sua liberdade quando em uso prejudicial, seja propiciada pela compulsão ao uso dessas substâncias em si, mas sobretudo pela privação de liberdade e de autonomia a que são submetidas a partir do tratamento proposto em instituições nas quais passam meses distanciadas do convívio em sociedade, surgiu o desejo de me aprofundar na temática, nos discursos sociais que a atravessam e principalmente em como a questão é abordada pelo Estado, especificamente no que diz respeito à elaboração das políticas públicas de saúde. Tendo isso em vista, o objeto da pesquisa consistiu nas duas abordagens terapêuticas no âmbito do uso e abuso de substâncias psicoativas no Brasil, a saber, a abordagem pautada na abstinência e a abordagem pautada na redução de danos.

1.2 As Substâncias Psicoativas (SPA)

O uso de drogas, nome comumente utilizado para se referir às substâncias psicoativas (SPA) lícitas e ilícitas, é uma prática que acompanha o ser humano desde os primórdios de sua história. Desde os mais antigos relatos, é possível verificar que as motivações para tal uso não esteve restrito apenas à seus fins recreativos ou o mero alcance de sensações prazerosas, mas também incluíam o consumo dessas em contextos de cunho espiritual, e ainda, a busca de efeitos terapêuticos que se acreditava que substâncias provenientes da natureza poderiam propiciar. Já na atualidade, vemos que o uso de substâncias psicoativas é amplamente questionado, discutido e investigado. Isso se deve, sobretudo, ao avanço do capitalismo e da globalização na modernidade, que tornou as drogas um produto extremamente lucrativo para o mercado internacional, tornando-as cada vez mais populares em diferentes sociedades, o que expandiu significativamente suas possibilidades de uso. Assim, observamos que apesar do uso de drogas ser um fenômeno histórico-cultural, foi apenas no século XX que este alcançou

proporções “epidêmicas”, configurando uma questão de interesse político e social (TAFARELLO, 2009).

Na contemporaneidade, o acesso às substâncias psicoativas está intrinsecamente vinculado ao nascimento das novas dinâmicas de mercado e à criação de táticas para expandir a procura pelas drogas, objetivando maior lucro. Assim, essa realidade configura uma questão complexa, que se associa a alguns fatores como: as rápidas mudanças nos mercados e nos padrões de consumo, a capacidade aditiva das substâncias psicoativas em si e o grande custo sanitário e social dos problemas relacionados à questão. Nesse sentido, é interessante observar como as drogas ocupam, nas sociedades de consumo, o lugar dos produtos idealizados e que, portanto, seriam capazes de trazer a sensação de bem-estar e que fazem parte de um determinado estilo de vida, compondo uma rede de produção de subjetividades (PASSOS; SOUZA, 2011).

Dessa forma, mostra-se essencial refletir acerca dos possíveis significados atribuídos ao uso de substâncias por seus usuários, visto que a compreensão de seus pontos de vista é essencial para uma abordagem ampla e humanizada do fenômeno. Tendo isso em vista, Velho (1994) destaca a importância de compreender os valores das subculturas ligadas ao uso das drogas ilícitas, enfatizando que os comportamentos anti-sociais e violentos comumente associados ao consumo costumam ocorrer em contextos sociais de marginalização (VELHO, 1994 apud MINAYO; DESLANDES, 1998).

Como mencionamos, o uso de drogas na contemporaneidade é uma questão amplamente questionada e discutida, destacando-se, nesse sentido, discursos associados à necessidade de proibição dessas. Historicamente falando, notamos que do final do século XIX até toda a extensão do século XX, a doutrina proibicionista teve 5 vetores ideológicos, a saber: a práxis moralista, a saúde pública, a segurança pública, a segurança nacional e o militarismo. Em contrapartida, no século XX, ao final da década de 50, intensificou-se a divulgação de estudos elaborados por médicos, juristas e sociólogos que demonstravam que a postura proibicionista não era produtiva enquanto abordagem da questão. Dessa forma, modificou-se a forma com que o usuário de drogas era majoritariamente visto pelo corpo social, passando das categorias de desajustado e criminoso para a de doente, que agora deveria ser tutelado pelos médicos e não mais pelas agências de controle de crimes

(TAFARELLO, 2009).

Em meio a década de 1970, período marcado a nível global pela Guerra Fria, de grande disputa ideológica entre o capitalismo e o socialismo, ocorria em paralelo a Guerra do Vietnã. Nesse momento histórico, o então presidente dos EUA, Richard Nixon, declarou guerra às drogas, elegendo-as como inimigo número um da nação norte-americana, ao alegar estar diante de uma emergência nacional. A fim de materializar tal discurso, ele dá início a uma nova política interna e externa, ao implementar diversas medidas coercitivas, como o maior controle alfandegário, o desenvolvimento de novos equipamentos de detecção de drogas, a criação de agências antidrogas, a responsabilização de traficantes dentro e fora do território norte-americano (por meio de cooperação internacional e intervenção militar em países produtores ou que faziam parte da rota do tráfico), aumento das penas para infrações associadas à questão, e ainda, o tratamento compulsório para usuários de substâncias ilícitas (TAFARELLO, 2009).

Considerando isso, podemos observar que o corpo social, em sua tentativa de atribuir significados às experiências, fenômenos e até mesmo pessoas, muitas vezes acaba por construir discursos engessados e reducionistas para explicar a realidade, o que culmina na criação de estereótipos e preconceitos. Nesse sentido, em relação ao fenômeno do uso de SPA, é possível observar que existe mais de um discurso que permeia a temática. De acordo com Zorrilla (1983), podemos observar ao menos três aspectos da questão: o dos meios de comunicação, o político-jurídico e o médico. Uma vez consolidados no imaginário de uma sociedade, tais estereótipos contribuem para a criação de leis de cunho proibicionista e moldam a forma como a sociedade enxerga os sujeitos que realizam o consumo de substâncias psicoativas (SPA).

Nos meios de comunicação, por exemplo, o usuário de drogas é apresentado como o "drogado", viciado e ocioso, enquanto a droga é colocada como um prazer proibido que pode levar ao flagelo. O discurso político-jurídico, como mencionado, difundiu-se fortemente no continente americano em meio a década de 80, a partir da incorporação dos postulados de Segurança Nacional. A partir deste, não só as substâncias são designadas como perigosas ao serem criminalizadas, mas também as pessoas que as utilizam, contribuindo para que apenas as condutas provenientes do uso de drogas ilícitas sejam consideradas ilegais e passíveis de

crítica (OLMO R, 1990). Tendo em vista os desdobramentos catastróficos da criminalização de algumas drogas no contexto brasileiro atual, confirmamos como o fenômeno da proibição se materializa a partir de narrativas distintas, sendo uma delas a posição coercitiva jurídica, que aborda a questão pelo viés da segurança pública, contribuindo diretamente para o encarceramento em massa, e a outra, a visão médico-psiquiátrica, que encara as consequências do uso de substâncias como critérios sintomáticos de uma psicopatologia (TAFARELLO, 2009; MINAYO; DESLANDES, 2015).

Visto que existe uma grande variedade de substâncias que se enquadram no termo "droga", esclarecemos que o presente estudo tratará de forma específica das substâncias psicoativas (SPA). As drogas psicoativas podem ser definidas como substâncias com o potencial de modificar o estado de consciência dos indivíduos que delas se utilizam, podendo essa alteração ocorrer a nível de mudança na percepção espacial, temporal ou de si mesmo (SEIBEL; TOSCANO JR, 2001). Outra questão importante acerca da temática das drogas psicoativas na contemporaneidade, é se essas são lícitas ou ilícitas, de acordo com as compreensões penais e legais de cada cultura. No Brasil, as drogas que tem sua comercialização e consumo autorizadas, e que portanto são lícitas, incluem o álcool e o tabaco, por exemplo. Já entre as drogas enquadradas como ilícitas, ou seja, que tem sua comercialização proibidas, podemos citar a cocaína, a maconha, o crack, o LSD (dietilamida do ácido lisérgico), entre várias outras. Entretanto, cabe refletirmos acerca dos processos sociais culturais envolvidos nessa distinção, bem como de seus impactos no imaginário coletivo acerca da temática, tendo em vista que estes acabam por corroborar com compreensões equivocadas, como a de que o álcool é uma substância menos prejudicial do que as que têm seu consumo e venda criminalizados (MCRAE, 1994 apud MINAYO; DESLANDES, 2015).

1.3 O Uso Prejudicial de Substâncias Psicoativas

Quando se pensa a respeito do abuso de substâncias psicoativas, ou seja, quando seu consumo se dá de modo a provocar prejuízos à saúde do usuário, é notável que a ocorrência desse fenômeno está ligada à capacidade dessas de produzir sensações prazerosas e relacionadas à concepção de bem-estar. Isso se dá, entre diversos motivos, por determinadas

substâncias químicas interagirem de forma direta ou indireta com a via dopaminérgica mesolímbica cerebral, que corresponde à uma via de neurônios envolvida nos processos biológicos associados ao prazer, à motivação e à satisfação (PINSKY; BESSA, 2004). À respeito disso, algumas pesquisas recentes, como a realizada por Silva, Guimarães e Salles (2014) citam os principais motivos pelos quais as pessoas relatam buscar o consumo dessas substâncias: para obtenção de prazer, para reduzir ou evitar a ansiedade e a tensão, o desejo de pertencimento e inserção social, e ainda, a evitação do desprazer associado à sintomatologia da abstinência após o uso repetido.

Desta perspectiva, nota-se que ao nos depararmos com a questão do amplo consumo de drogas nas sociedades atuais, uma das possíveis compreensões do fenômeno é que ele pode representar uma tentativa dos indivíduos de suportar as variadas formas de sofrimento que permeiam a existência humana, sobretudo no que diz respeito à inserção por vezes arbitrária destes nos moldes definidos por suas culturas, temática muito discutida a partir das reflexões elaboradas por Freud na obra “O Mal Estar na Civilização”, publicada inicialmente em 1930. Ao analisar a questão em sua época, o autor ultrapassa a noção reducionista que considera apenas as sensações prazerosas como motivadoras para o comportamento de consumo, destacando o desejo muitas vezes experienciado pelas pessoas de se desconectarem do mundo externo e de suas implacáveis exigências (FREUD, 1930/2010, p. 33-34).

Considerando os prejuízos à saúde que podem decorrer do uso destas substâncias, é essencial destacar que o emprego do termo “dependência” para classificar o comportamento de consumo apresenta notáveis variações a depender de seu contexto de utilização, envolvendo, nesse sentido, as construções históricas e culturais em que se baseiam a linguagem de uma determinada coletividade. Tendo isso em vista, serão apresentadas aqui algumas possibilidades de definição para o fenômeno, a fim de que o presente estudo se desenvolva a partir de uma visão ampliada. Assim, uma das possíveis interpretações parece se destacar na modernidade, que é a que consta no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2000), em que a dependência é compreendida como um grupo de sinais ou sintomas que apontam que um indivíduo continua a fazer uso de uma determinada substância, mesmo quando este está associado a um quadro de sofrimento físico ou emocional clinicamente significativos. A partir dessa perspectiva teórica, o fenômeno da

dependência é associado a interação de uma substância com o organismo daquele que a consome, de forma a provocar modificações em seu comportamento, por vezes relacionadas ao impulso de utilizar a substância de modo periódico ou contínuo, seja para experimentar seus efeitos psíquicos prazerosos e reforçadores, ou ainda, para evitar as formas de desconforto que a abstinência delas pode provocar (DSM-IV, 2000). Sobre isso, destaca-se a compatibilidade da apresentada pelo Manual com a perspectiva que orienta as práticas da psiquiatria na modernidade, a saber, o paradigma biomédico (YASUI, 2010). Em similar perspectiva, as considerações da Organização Mundial de Saúde (2008) descrevem o fenômeno da “dependência química” como um conjunto de eventos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, que podem se desenvolver após o uso repetido de substâncias psicoativas (SODELLI, 2010).

Devido ao grande estigma em torno da questão do uso de drogas, e sobretudo do fenômeno da dependência de substâncias psicoativas ilícitas, observa-se na sociedade uma visão estereotipada das pessoas que realizam uso de drogas (SPA). Para muitas pessoas, a representação do usuário de drogas é a de alguém que para além de as consumir, está fadado a posteriormente enfrentar a questão da dependência. Para outras, há também a associação direta do uso de drogas ilícitas ao envolvimento em outras atividades ilícitas por parte de seus usuários. Nesse sentido, como citado por Marcelo Sodelli em sua obra “Uso de drogas e Prevenção” (2010), parece essencial que abandonemos a rasa compreensão de que existem apenas duas vias possíveis quando se trata da questão das drogas: a abstenção completa do seu uso ou a dependência. O objetivo do presente estudo não é questionar que essas são duas possibilidades de expressão da experiência do uso de diversas substâncias, mas questionar as limitações da visão hegemônica quando se trata do assunto, que ao considerar apenas os extremos do fenômeno, acaba por simplificar a questão, subjugando as variadas possibilidades de experiências subjetivas advindas desse consumo e enfraquecendo o debate político acerca do assunto na contemporaneidade.

Aliado a isto, apesar da existência do uso prejudicial de substâncias psicoativas ser um consenso entre as comunidades científicas, é crucial que possamos questionar e debater os rótulos e narrativas que permeiam a questão, de modo a combater a tão frequente estigmatização dos usuários e do fenômeno do uso de SPA como um todo. Dessa forma, cabe

ressaltar que mesmo a disseminada classificação de “uso abusivo” deve ter seu significado questionado ao pensarmos a questão, uma vez que o juízo de valor pode estar presente nos diversos diagnósticos propostos pelo poder-saber médico, que acabam por patologizar diferentes modos de uso de substâncias, associando-os prontamente ao fenômeno da dependência, discurso legitimado pelo poder que a classe desses profissionais adquiriram na sociedade (ROSA, 2010).

1.4 A Fundação da Doença Mental e a Patologização do Uso de Substâncias Psicoativas

A partir de sua obra “A História da Loucura na Idade Clássica”, Michel Foucault (1978) relata como se deu o processo histórico de desqualificação da loucura enquanto experiência capaz de revelar a verdade sobre o mundo e sobre seus objetos. Na modernidade, momento histórico de defesa dogmática da razão, a loucura é posta no lugar de “outro”, tendo, a partir dessa perspectiva, menor valor social. Dessa forma, nos cabe refletir acerca do que constitui a razão moderna, também denominada razão instrumental, compreendendo através da materialidade histórica, como essa foi lançada a uma posição de poder em relação às experiências associadas à “desrazão”, como foi qualificado o fenômeno que até então, na Idade Clássica, era denominado como loucura. Surge então a questão: se na constituição da cultura na modernidade, a razão é o meio pelo qual se poderia dizer a verdade, que verdade seria essa, afinal?

Ao conceber a ideia do que chamou de “experiência original”, Foucault (2004) postula que essa, em um momento posterior, é submetida às mais diversas coerções do mundo, fazendo com que os sentidos e as compreensões produzidos a seu respeito sejam moldados por essas, tornando impossível, portanto, a produção de um conhecimento objetivo sobre o mundo, ou seja, de caráter neutro e imparcial e, portanto, que não faça referência a um determinado modo de compreensão da realidade. Posto isto, observamos que a representação simbólica de algo dependerá das condições materiais e históricas que circunscrevem sua elaboração, de modo que a composição final da representação, o símbolo, carrega em si “pistas” sobre o contexto que participou de sua determinação (FOUCAULT, 2004, p. 53 apud MACHADO, 2009, p. 220).

Nesta direção, constatamos que a partir da fundação da noção de doença mental, deu-

se a separação entre dois pólos distintos: o da loucura e o da razão. Logo, os que colocam a si mesmos enquanto sujeitos da razão, e portanto como "não-loucos", assumem diante do fenômeno da loucura a posição que o cientificismo moderno espera que o cientista sustente diante de seu objeto de estudo, que é a de dominação em prol da construção de um suposto saber, que só pode ser construído, de acordo com tal perspectiva, por aqueles que se encontram distanciados de sua realidade objetiva. Assim, revela-se a capacidade do conhecimento embasado na razão de produzir verdades sustentadas não necessariamente por sua procedência factual, mas acima de tudo, pelo poder que lhe é atribuído em nosso tempo (MACHADO, 2009, p. 222).

Aliado a isto, foi visto como fundamental a criação de um espaço em que fosse possível separar concretamente aqueles que se encaixavam na nova concepção adotada pelo discurso da recém constituída psiquiatria, o que culminou na construção dos asilos para os loucos. Assim se deu a internação dos que eram enquadrados pelo discurso psiquiátrico como "doentes mentais" no século XIX, tornando a configuração geral dos asilos, também conhecidos como manicômios, muito similar aos hospitais criados pela medicina no século XVIII, em que a doença física, a fim de ser estudada e tratada pela medicina, deveria ser isolada para que pudesse se desenvolver em toda sua potência (YASUI, 2010).

Levando em conta a transformação histórica destacada, no âmbito específico do presente estudo, podemos observar que a compreensão social do fenômeno do uso de substâncias psicoativas na atualidade mantém relação indissociável com o discurso da psiquiatria positivista acerca da loucura. Nesse aspecto, pesquisas apontam para a existência de uma coerção normalizadora no corpo social, que prontamente categoriza o comportamento dos usuários de drogas como "anormal", "patológico" e "doentio", enquadrando-o, assim, no mesmo espectro das noções de doença e alienação mental. Além disso, enfatiza-se que a própria designação de "drogado" se refere à uma acusação médica em que é evidente o envolvimento da dimensão moral e política. Tal contexto fomenta um "complexo de demonologia" em torno sobretudo das drogas ilícitas, que se relaciona diretamente à hegemonia científica desses discursos normativos e reguladores de condutas humanas (VELHO, 1981, p. 60 apud MINAYO; DESLANDES, 1998).

Assim, aponta-se a estigmatização dos usuários de substâncias a partir de sua

frequente caracterização como pessoas “desviantes” que ameaçam a ordem social, como pessoas acometidas por uma “doença” sobre a qual a medicina deve intervir, ou ainda, como apontou Zinberg (1984, p. 12), como autoras de “crimes” que precisam de repressão e punição.

1.5 O Paradigma Psicossocial e a Abordagem da Redução de Danos

Como citamos anteriormente ao introduzirmos a história da “Guerra às Drogas”, o período histórico da Guerra Fria foi marcado por uma disputa global entre duas ideologias políticas no que concerne a organização dos modos de produção e a organização social, a saber, o capitalismo, representado à época e até os tempos atuais pelo imperialismo estadunidense, e em sua oposição, o socialismo, representado no período pelas nações que compunham ou que mantinham relações políticas e/ou comerciais com a URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas). Dessa disputa decorreram trágicas consequências para diversas nações ao redor do mundo, que sofreram, entre variadas formas de violência, com interferências diretas ou indiretas do governo dos EUA em sua política institucional interna, justificadas a partir do discurso do combate à ameaça comunista.

Tal projeto de poder culminou na derrubada violenta de governos de muitas nações da América Latina, que foram julgados como parte dessa ameaça ideológica, entre elas o Brasil, a partir dos golpes de Estado e da instauração de regimes antidemocráticos militaristas, inspirados e patrocinados pela iniciativa norte-americana da época. Assim, em 1964, teve início o período da ditadura civil-militar brasileira, um pesadelo que só teria o início de seu fim 21 anos depois, graças a luta incansável dos cidadãos que compuseram os diversos movimentos sociais que objetivaram a redemocratização, a reconquista das liberdades individuais e a volta de nossa soberania enquanto nação. Entre os movimentos sociais responsáveis pela articulação de tantas lutas e transformações políticas, levando em consideração o objeto de estudo da presente pesquisa, destacam-se os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileiros.

Com relação às mudanças históricas que estamos abordando aqui, cabe mencionar em termos teóricos que Thomas Kuhn foi o responsável por tornar amplamente conhecido o conceito de paradigma, ao argumentar que a ciência é construída a partir de rupturas e

revoluções, contrapondo a compreensão mais comum de que esta se daria em um progresso de caráter linear. Ele descreve um período de "ciência normal", onde uma dada comunidade científica opera dentro de um paradigma estabelecido, até que certas "anomalias" surjam e comecem a ser questionadas, o que levaria a necessidade de se construir um novo paradigma (KUHN, T, 2000 apud YASUI, 2010, p. 68)

Desse modo, podemos compreender que é em um contexto de crítica ao paradigma científico moderno, bem como da racionalidade que este pressupõe, que o Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP) se constituiu. Ao buscar a desconstrução dos conceitos que fundamentaram historicamente as práticas da psiquiatria tradicional, como doença mental, alienação, isolamento, anormalidade e cura, o MRP aponta para uma crítica epistemológica à racionalidade biomédica, defendendo a reinvenção destes a partir de uma nova ótica, que demanda, nesse sentido, a construção de novos operadores conceituais (AMARANTE, 2003 apud YASUI, 2010, p. 69).

Tendo isso em vista, vemos nascer, a partir da promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988, nosso Sistema Único de Saúde (SUS), inspirado na Conferência Nacional de Saúde de 1986 e no paradigma da produção social da saúde, o aporte teórico da Reforma Sanitária (BRASIL, 1988). Com isso, a saúde foi definida como direito universal e compreendida enquanto resultado do contexto social dos indivíduos, como suas condições de vida e de trabalho, devendo ser garantida pelo Estado brasileiro mediante a implementação de políticas sociais e econômicas, que visem a redução do risco de adoecimento e de agravos à saúde, bem como o acesso igualitário às ações e serviços públicos que visam sua promoção, proteção e recuperação (SANTOS; WESTPHAL, 1999) .

Somado a isso, observamos a entrada da atenção às necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas na pauta das políticas públicas de saúde em 1990, a partir de uma nova perspectiva de cuidado, fundamentada nos direitos do usuário enquanto cidadão e sujeito autônomo. As estratégias de redução de danos, inicialmente, objetivaram a redução de vulnerabilidades no âmbito da prevenção às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), impulsionadas pela epidemia de HIV/Aids que o país vivia desde a década de 1980. Nesse sentido, uma das estratégias implementadas foi a distribuição de insumos descartáveis para a utilização das substâncias psicoativas injetáveis, a fim de reduzir o compartilhamento de

seringas entre os usuários. Tal direção contrariou de modo revolucionário as práticas historicamente adotadas pelo saber biomédico, pelos hospitais psiquiátricos e não menos importante, a abordagem de cunho proibicionista instituída pelo poder judiciário, que através do poder coercitivo, associa diretamente o usuário de substâncias psicoativas (SPA) ilícitas ao espectro da criminalidade (PASSOS; SOUZA, 2011). Ainda hoje, entretanto, é possível observar que esse novo paradigma de cuidado, apesar de consolidado no que se refere à sua inclusão nas políticas públicas de saúde, disputa espaço político-ideológico de forma recorrente com o paradigma biomédico, que promove a patologização do sofrimento psíquico e do uso de substâncias psicoativas, bem como com a lógica manicomial, que opera a partir da institucionalização e do isolamento social dos usuários (YASUI, 2010).

No âmbito da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a mudança paradigmática proposta a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica e que culminou na construção do modelo de atenção psicossocial pode ser compreendida como uma mudança, sobretudo, nas relações de poder entre os diversos atores envolvidos no processo de cuidado em saúde. Antes submetidos arbitrariamente ao poder exercido pelo saber psiquiátrico, aqueles a quem se oferta o cuidado em saúde mental devem passar, nessa nova perspectiva, a serem compreendidos como sujeitos para si mesmos, ocupando o lugar de protagonistas nas ações a serem desenvolvidas, e não mais de objetos de estudo e de intervenção, como ditava o paradigma até então hegemônico. Essa transformação começa se materializar ao passo que as pessoas em processo de cuidado têm sua singularidade e seus direitos humanos respeitados pelos profissionais de saúde, bem como pelas demais pessoas envolvidas em seu acompanhamento, de forma a preservar e estimular sua autonomia, para que possam trilhar os caminhos que desejarem e que fizerem sentido para eles em cada momento do processo saúde-doença (YASUI, 2010).

Assim, notamos transformações históricas nas compreensões acerca das noções de saúde e de doença, que passam a ser entendidas não mais como pólos opostos e excludentes, mas como duas possibilidades de um processo que se altera continuamente ao longo da existência humana, e que podem até mesmo coexistir, a depender dos contextos que os sujeitos atravessam em sua história de vida, bem como de suas características singulares e subjetivas. Os contextos e condições de vida a que nos referimos constituem, a partir dos

pressupostos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, a determinação social da saúde que constitui o Paradigma da Produção Social da Saúde, mencionado anteriormente (SANTOS & WESTPHAL, 1999).

Em 2003, posteriormente às Reformas Sanitária e Psiquiátrica consolidarem algumas de suas reivindicações enquanto políticas públicas, o Ministério da Saúde, órgão máximo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) adotou a redução de danos como política de saúde oficial, com o intuito de reduzir as vulnerabilidades de ordem biológica, social e econômica associadas ao uso de drogas, tendo como premissa o respeito ao direito de escolha dos cidadãos, com vistas à preservação de sua autonomia. Nesse sentido, destacamos a direção diametralmente oposta das iniciativas que postulam a abstinência como via única para o enfrentamento da questão do prejudicial de substâncias, lógica amplamente adotada por instituições atualmente conhecidas como Comunidades Terapêuticas (CT), que ao objetivar a abstinência, operam a partir da lógica manicomial no que concerne à proposta de isolamento social dos indivíduos (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Desse modo, notamos que a abordagem de cuidado em saúde que se pauta pela perspectiva da redução de danos (RD) visa reduzir os possíveis danos associados ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas, ao invés de exigir arbitrariamente que os sujeitos se abstenham completamente dessas. Nessa lógica, a escolha dos moldes do cuidado direcionado à pessoas em situação de uso prejudicial de substâncias deve ser protagonizada pelo próprio usuário, que, a partir desse direcionamento, tem sua liberdade respeitada. Assim, mudanças no comportamento de uso de substâncias psicoativas serão realizadas apenas se o usuário desejar, podendo ser implementadas de forma gradual ou da forma que fizer mais sentido para ele e para seus contextos de vida. A partir dessa perspectiva, garante-se que as pessoas terão acesso ao cuidado em saúde mesmo que optem pela manutenção de seus hábitos de uso, podendo ser auxiliadas a buscar maneiras mais seguras ou menos prejudiciais de se relacionarem com a substância em questão, ao invés de serem submetidas à julgamentos de cunho moral, ou mesmo punidas por suas escolhas individuais (SODELLI, 2010).

A partir das questões apresentadas na Introdução, formulamos as seguintes hipóteses que nortearam os objetivos e o método da pesquisa:

- i. As políticas públicas voltadas às necessidade de saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil que se pautam pelo modelo da atenção psicossocial, estabelecem a possibilidade de existência da abordagem terapêutica fundamentada na abstinência.
- ii. O tema do uso de substâncias psicoativas no Brasil é complexo e marcado por questões históricas, políticas, sociais, econômicas e morais.
- iii. Apesar de haver evidências científicas, tanto nas ciências da saúde, quanto nas ciências sociais, de que o modelo psicossocial é mais efetivo no âmbito do uso e abuso de substâncias psicoativas, ainda observa-se a existência de modelos de cuidado manicomiais, em especial em comunidades terapêuticas religiosas.

2. OBJETIVOS

2.2 Objetivo Geral

Analisar as políticas públicas nacionais de saúde, considerando o período de 2011 a 2022, que instituem e normatizam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), buscando identificar alcances, limites e contradições de abordagens.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de Pesquisa

Tendo em vista o objetivo do presente estudo, optou-se pela abordagem qualitativa de pesquisa, de natureza teórica. A escolha por esse método se deu pois ele é capaz de avaliar o nível subjetivo da realidade social, por meio da análise de fatos históricos, das crenças, das motivações, dos valores e das ações dos atores sociais (MINAYO, 2013). Nesse sentido, ao considerarmos que a interpretação, a atribuição de significados e a construção de simbolismos constituem processos fundamentais para a organização dos seres humanos, e que estes se dão de acordo com determinados contextos históricos e culturais, observa-se que essa abordagem possibilita o estudo dos produtos desses processos, como as relações sociais, os discursos, as

percepções, as opiniões e os afetos (TURATO, 2005).

Ao refletirmos acerca da construção do conhecimento em pesquisas sociais aplicadas à área da saúde, observa-se que o método qualitativo pode contribuir de forma ímpar para esse tipo de análise, uma vez que é capaz de abordar uma dimensão do conhecimento humano que ultrapassa a operacionalização de variáveis, debruçando-se sobre a parte da realidade que é impossível de ser quantificada (MINAYO, 1994). Nesse sentido, podemos notar, por exemplo, que a compreensão dos significados dos fenômenos saúde-doença para uma determinada coletividade é essencial para a construção do vínculo da relação entre os profissionais e os usuários de um sistema de saúde, bem como para a elaboração dos saberes e práticas de saúde (TURATO, 2005).

3.2 Análise de Dados

Entre as técnicas disponíveis para análise de dados na pesquisa qualitativa, o referencial teórico escolhido para estudarmos as políticas públicas de saúde mental e identificar as relações entre abordagens distintas, foi a análise de conteúdo. Este tipo de análise consiste em um conjunto de técnicas para descrição e análise do conteúdo dos processos de comunicação, contando com procedimentos sistematizados e objetivos que corroboram para o levantamento de indicadores, o que permite ao pesquisador realizar a inferência de conhecimentos. A partir dela, é possível compreender os indivíduos e seus contextos sociais, de modo a verificar o que é subjacente aos diversos tipos de mensagens compartilhadas entre eles. Para este estudo, entre as opções disponíveis, optamos pela análise de conteúdo temática ou categorial, que consiste em uma afirmação ou colocação que se refere a um determinado assunto. Essa afirmação pode se expressar através de uma frase, uma palavra ou até mesmo de um resumo (BARDIN, 1979 apud MINAYO et al., 2009).

A operacionalização da análise de conteúdo temática se deu a partir das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento ou interpretação dos resultados obtidos. A pré-análise consiste na leitura flutuante, na constituição do corpus e na formulação/reformulação de hipóteses ou pressupostos. Na fase de leitura flutuante, é necessário que haja o contato exaustivo com o material em análise. Já a constituição do

corpus consiste na avaliação do universo explorado, levando em conta os critérios de exaustividade, homogeneidade, exclusividade, objetividade e pertinência. Para a formulação e reformulação de hipóteses, tem-se o processo de retomada da etapa exploratória, por meio da leitura exaustiva do material e reavaliação dos questionamentos iniciais. Por fim, elaboram-se os indicadores que irão fundamentar a interpretação final. Na etapa de exploração do material, o objetivo é encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala é organizado. Ou seja, a codificação constitui o recorte do texto em unidades de registro que forem classificadas como relevantes na etapa de pré-análise. Por fim, deve-se classificar os dados escolhendo as categorias teóricas, o que possibilita realizar inferências e interpretações baseadas no quadro teórico inicial (MINAYO, 2007 apud OLIVEIRA, 2008).

3.3 Corpus de Análise

Tendo em vista o objetivo do presente estudo, de analisar as normativas relativas à política pública de saúde mental, buscando identificar alcances, limites e contradições de abordagens, o corpus de análise da pesquisa correspondeu à análise dos seguintes documentos publicados pelo Ministério da Saúde: Portaria nº 3088/2011; Portaria nº 121/2012; Resolução CIT nº 32/2017; Portaria nº 3588/2017. Destacamos que, considerando a organização hierarquizada do SUS, o Ministério da Saúde representa seu órgão de gestão à nível nacional (BRASIL, 1990). O critério de inclusão dos documentos se deu por corresponderem diretamente à constituição da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) a partir da consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, considerando sua data de sua criação, em 2011, e as alterações nela realizadas até o ano de 2022, em que se deu início à pesquisa. A análise das normativas foi articulada aos aspectos históricos e epistemológicos de constituição do SUS, a partir dos pressupostos da Reforma Sanitária, bem como aos da Reforma Psiquiátrica, que culminaram nas transformações consolidadas na assistência às pessoas com sofrimento psíquico ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Dessa forma, buscou-se verificar em que medida os documentos oficiais do Ministério

da Saúde que regulamentam a Rede de Atenção Psicossocial enquanto parte da política pública de saúde, corroboram com a manutenção da abordagem pautada na abstinência no âmbito do uso de substâncias psicoativas (SPA) no Brasil. Nesse sentido, partimos do princípio de que a perspectiva da abstinência se relaciona diretamente à lógica manicomial, que pressupõe a patologização do fenômeno do uso de SPA, adotando medidas como o isolamento social e a institucionalização das pessoas com necessidades de saúde decorrentes dessas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos documentos citados anteriormente, que correspondem aos dados do presente estudo teórico, chegamos à elaboração de 3 categorias temáticas, que serão apresentadas a seguir. Considerando que o estudo objetivou identificar alcances, limites e contradições de abordagens voltadas às necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destaca-se que a primeira categoria corresponde aos alcances identificados nos documentos em relação aos pressupostos do paradigma psicossocial e, portanto, à perspectiva da redução de danos. Já a segunda corresponde aos limites identificados nos documentos, ou seja, trechos que estão em discordância com os princípios do paradigma psicossocial, corroborando, portanto, com a lógica da institucionalização e da abstinência. Por fim, a terceira categoria corresponde às contradições identificadas nas políticas analisadas, tendo também sido considerados os trechos dos documentos que contradizem seus demais pressupostos.

Quadro 1: Representação das categorias analíticas e seus respectivos núcleos de sentido

ANÁLISE DE CONTEÚDO	<i>Núcleo de Sentido 1</i>	<i>Núcleo de Sentido 2</i>
<i>Categoria 1: Alcances ao Paradigma Psicossocial</i>	Oferta de cuidado integral, considerando a qualificação e a diversificação de estratégias	Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas
<i>Categoria 2: Limites ao Paradigma Psicossocial</i>	Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas	Atenção Hospitalar e Unidades Ambulatoriais
<i>Categoria 3: Contradições entre Abordagens</i>	Componentes da RAPS e as Diretrizes para seu funcionamento	-

4.1 Alcances ao Paradigma Psicossocial

A primeira categoria de análise corresponde aos principais aspectos das políticas analisadas que estão em acordo com os princípios do paradigma psicossocial, e por consequência, com a lógica de cuidado em saúde sob a qual se estabeleceram historicamente as estratégias de redução de danos no âmbito do uso de substâncias psicoativas. Dessa forma, a análise e discussão dos aspectos que compõem a categoria temática se deram a partir da identificação dos seguintes núcleos de sentido: oferta de cuidado integral, considerando a qualificação e diversificação das estratégias de cuidado; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.

4.1.1 Oferta de cuidado integral, considerando a qualificação e diversificação de estratégias

Com relação à organização da assistência e dos processos de trabalho em saúde, a análise dos documentos demonstrou que a oferta do cuidado integral na RAPS só é possível graças à sua conformação enquanto rede, contando com a distribuição regionalizada de seus pontos de atenção no território, com funcionamento articulado entre eles, uma vez que possuem diferentes objetivos e potencialidades de atuação. De acordo com as diretrizes que regulamentam a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), uma rede de atenção à saúde compreende serviços e ações de saúde, com várias densidades tecnológicas, que devem contar com apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010b). O

cotidiano de trabalho em cada serviço que a compõe é organizado por equipes multidisciplinares, a partir da lógica interdisciplinar, com vistas à atuação colaborativa entre os profissionais. Isso possibilita, entre outros alcances associados à integralidade do cuidado, a diversificação e a qualificação das estratégias de cuidado. Assim, destacamos na Portaria nº 3.088/2011:

Art. 2º: [diretrizes] IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

Art. 2º: [diretrizes] VI - diversificação das estratégias de cuidado;

Art. 2º: [diretrizes] VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

Art. 3º: [objetivos gerais] III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Nesse sentido, pesquisadores como Guizard (2008, p. 25) ressaltam que a oferta do cuidado integral em saúde deve ir além da mera aplicação dos saberes e disciplinas já construídos, o que aponta para a necessidade de construção constante de práticas eficazes. Portanto, considerando a importância da flexibilização das tecnologias do campo da saúde, destacam-se as relações propiciadas pelo ‘trabalho vivo’ em ato, tidas como essenciais para o alcance de tal dinamismo. Essas, por se darem entre os diversos atores que participam da produção do cuidado, no exato momento em que o trabalho acontece, ou seja, no encontro entre os trabalhadores e os usuários, podem apresentar maior abertura ao diferente e às novas perspectivas. Destaca-se, neste sentido, que as ações de cuidado que podem ser construídas a partir deste trabalho relacional são conhecidas na área da saúde como “tecnologias leves” (MERHY; FRANCO, 2003, p. 318).

Sobre a relação traçada pela portaria entre a oferta de cuidado integral e a qualificação dos serviços da rede, Ayres (2004) destaca a importância do acolhimento enquanto dispositivo tecnológico da saúde, a partir do qual é possível estabelecer diálogos e vínculos legítimos entre os diferentes atores na cena do cuidado. Ultrapassando a compreensão equivocada de que tal procedimento corresponde a uma mera triagem de pacientes que chegam à um serviço, esse dispositivo, ao privilegiar a escuta enquanto tecnologia leve, possibilita que o

profissional de saúde se coloque de forma presente e interessada à pessoa acolhida desde o primeiro contato, focando na validação do sofrimento ali expresso e na devida identificação de suas necessidades de saúde, o que contribui para a oferta de atenção integral a partir da criação de vínculo terapêutico e da resolutividade dada pelo profissional às demandas identificadas no encontro. Nesse sentido, a resolutividade das demandas identificadas também dependerá, a depender de cada contexto, da articulação entre ações preventivas e assistenciais, podendo demandar a participação de demais pontos da rede ou a articulação intersetorial do cuidado, sendo, portanto, necessário avaliar os significados do que foi manifestado pelo usuário, para que esse possa analisar coerentemente as opções disponíveis para atender o que busca no atendimento (PINHEIRO; MATTOS, 2003 apud AYRES, 2004).

Sobre a construção de ações intersetoriais com vistas à oferta do cuidado integral e sobre a importância do aspecto da resolutividade para a qualificação do cuidado ofertado pelos serviços da RAPS, observamos na Portaria nº 3.088/2011:

Art. 4º: [objetivos específicos] VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

Art. 4º: [objetivos específicos] IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Articulado às questões acima, ao considerarmos a oferta da atenção integral a partir da lógica de trabalho interdisciplinar e da constituição de equipes multiprofissionais, destaca-se o fato das transformações nos modelos de atenção à saúde conquistadas pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica terem se dado em um contexto histórico-político de ampla reivindicação social por valores democráticos em nosso país, em que a luta por relações humanas mais equânimes parece ter impactado até mesmo as relações e o cotidiano de trabalho dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde. Pensando nisso, destaca-se a importância da noção da clínica ampliada proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, que no que concerne à organização dos processos de trabalho envolvidos na construção do cuidado, aponta para a adoção de uma perspectiva que não privilegia um campo ou disciplina do saber em detrimento das outras. Assim, observamos que a integralidade também demanda a construção coletiva de realidades sociais, a partir da abertura linguística, da pluralidade de saberes válidos e da inclusão de saberes não-tecnocráticos. Ao estimular a

interação entre horizontes distintos, seja a partir da lógica de trabalho interdisciplinar, ou pela via das ações intersetoriais mencionadas, não só se enriquece as possibilidades terapêuticas, convergindo para o alcance da integralidade, mas também se abre espaço para a humanização das ações de cuidado a serem construídas (AYRES, 2004, p. 70-71).

Acrescentamos, nesse sentido, a noção da corresponsabilização entre os serviços necessários ao alcance do cuidado em sua dimensão integral. Passível de incluir diferentes pontos de atenção da RAPS, ou mesmo outros setores que não a saúde, para que as ações dos serviços públicos se orientem a partir do princípio da integralidade, é necessário que haja ferramentas de gestão que possam operacionalizar esse objetivo. Nesse sentido, citamos a importância das estratégias de educação permanente, como é o caso do matriciamento, que como ferramenta de gestão realiza a conexão entre as equipes dos CAPS, que são os equipamentos referentes à atenção estratégica/especializada da atenção psicossocial, com as equipes da atenção básica. Ao constituir espaços para discussão de casos e elaboração de condutas técnicas, as reuniões de apoio matricial tornam possível que as equipes construam o cuidado de forma colaborativa, pactuando as estratégias de forma a compartilhar a responsabilidade pelo trabalho realizado e pelos usuários dos serviços (DUARTE, 2013, p. 42). Da Portaria nº 3088/2011, destacamos:

Art. 2º: [diretrizes] XI - promoção de estratégias de educação permanente

Art. 6º: [Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde] - § 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

4.1.2 Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas

Com relação às diretrizes que orientam o funcionamento da RAPS, é notável que grande parte delas se relaciona com a perspectiva da humanização do cuidado em saúde. Destacamos os seguintes trechos da Portaria nº 3.088/2011:

Art. 2º: [diretrizes] I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

Art. 2º: [diretrizes] II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

Art. 2º: [diretrizes] III - combate a estigmas e preconceitos;

Art. 2º: [diretrizes] V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

Art. 2º: [diretrizes] VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

Art. 2º: [diretrizes] VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

Art. 2º: [diretrizes] IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

Art. 2º: [diretrizes] XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Com vistas à humanização do cuidado em saúde, a oferta de atenção centrada nas necessidades das pessoas aponta para a intersecção epistemológica entre o paradigma psicossocial e o paradigma da produção social da saúde. O primeiro sustenta os princípios que guiam as discussões e as práticas da área da saúde mental atualmente, enquanto o segundo é responsável por embasar o campo da saúde coletiva. Nesse sentido, destaca-se que do ponto de vista histórico e epistemológico, a saúde mental se localiza “dentro” da saúde coletiva, explicando a grande convergência teórico-conceitual entre ambas (YASUI, 2010).

Com relação à compreensão formulada a partir das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), o conceito de processo saúde-doença também adotado e defendido pela Reforma Psiquiátrica (RP) corresponde à uma interpretação dos processos saúde-doença mental a partir de perspectiva contextualizada socialmente, em que os modo de vida, de

trabalho, de moradia, de relações sociais, são determinantes para uma compreensão ampla do sujeito a ser cuidado. Nessa direção, consideramos essencial vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, à preservação dos direitos humanos e ao respeito às diversidades (BRASIL/MS, 1994, p.11 apud YASUI, 2010, p. 53).

Desse modo, podemos compreender que formular estratégias de cuidado pensadas a partir da devida consideração das necessidades das pessoas, implica diretamente em considerá-las em sua dimensão singular, o que envolve a atenção cuidadosa às suas características mais individuais e particulares, bem aos seus contextos e modos de vida. Isso significa que o profissional da RAPS é responsável pela avaliação dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) do usuário a que oferta a atenção, de forma a considerar os diferentes fatores que influenciam na condição de saúde apresentada e possíveis vulnerabilidades as quais pode estar sujeito, com vistas a alcançar o horizonte da equidade, que compõe os princípios doutrinários do SUS (CUNHA; CUNHA, 2001 apud MATTA, 2007).

Dessa forma, a lógica do cuidado desenvolvida no âmbito da atenção psicossocial, materializada a partir da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), parte da devida observação dos aspectos sócio-culturais da vida dos sujeitos e da compreensão de que suas vulnerabilidades e potencialidades devem ser avaliadas caso a caso, uma vez que impactam diretamente nos processos saúde-doença e na elaboração de ações que promovam saúde (AYRES, 2007, p. 71).

Destacamos que ao considerar a noção de vulnerabilidade, a política analisada avança para além da compreensão tradicional da redução de riscos, que opera a partir de uma perspectiva menos humanizada, visto que dela nasceram categorias como “grupos de risco” ou “comportamentos de risco”. Essas classificações, historicamente utilizadas pelas campanhas de prevenção à contaminação pelo vírus do HIV/AIDS, fomentaram a estigmatização de grupos e, respectivamente, a culpabilização individual pelos agravos à saúde que enfrentavam, o que culminou posteriormente na reorientação dessas para a adoção do conceito de vulnerabilidade. Assim, foi possível ampliar o debate na área da saúde relativo à prevenção de agravos, de forma a considerar, na questão da epidemia citada, por exemplo, que essa era um produto de variados fatores sociais, psicológicos, políticos, econômicos e

culturais (AYRES, 1998; AYRES et al., 2003 apud SODELLI, 2010, p. 74-77). Com relação à isso, apontamos o trecho da Portaria nº 3088/2011:

Art. 4º [Objetivos específicos] I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas).

Somado a isso, o paradigma psicossocial prevê a construção do cuidado emancipatório, a partir da perspectiva da clínica centrada no sujeito. Assim, as ações em saúde à serem incluídas no PTS devem prezar pela autonomia e protagonismo do usuário, de modo a garantir seu direito de escolha durante todo seu percurso na rede, corroborando com a manutenção ou com o resgate de sua cidadania. Com isso, quando baseadas no respeito à liberdade e na corresponsabilização entre o usuário e os profissionais da RAPS, as ações de cuidado possibilitam que o sujeito adquira uma visão menos alienada sobre si mesmo, tornando mais provável sua implicação subjetiva nesse percurso, uma vez que passa a ter maior clareza sobre suas necessidades de saúde, sobre os recursos disponíveis para atendê-las e sobre os impactos de suas escolhas em seu próprio processo de cuidado. Para além disso, também em consonância com a oferta de atenção humanizada, essa lógica de construção do cuidado se opõe ao processo de ‘reificação ou coisificação’ das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, contribuindo com a perspectiva de combate aos estigmas e preconceitos presente nas diretrizes da Portaria nº 3088/2011, que foi destacada acima (BASTOS, 1976, p. 104 apud FACUNDES, 2010, p.55).

Em outra dimensão, quanto à responsabilidade dos profissionais que compõem a RAPS de oferecer atenção a partir da ótica da emancipação e da humanização, consideramos essencial que esses possam enxergar o produto de seu trabalho para além da velha perspectiva da execução de ações técnicas que visam camuflar ou curar doenças. Assim, diante do paradigma psicossocial, vemos que o aspecto da corresponsabilização envolve também um reposicionamento subjetivo por parte daquele que cuida, a fim de compreender o trabalho do cuidado como um processo que tem em seu centro a relação e o vínculo com o outro, o que demanda maior implicação ética do trabalhador da saúde se comparado à tradição biomédica (YASUI, 2010, p. 111).

Considerando o debate elaborado até aqui, destacamos que, no âmbito dos princípios

ou diretrizes de uma política pública, é imprescindível que sua avaliação não se restrinja à sua dimensão teórica, tendo sempre que ser articulada à investigação de suas aplicações práticas e, por consequência, de sua efetividade. Nesse sentido, autores que pensaram sobre a estruturação de políticas de saúde no Brasil apontam que, caso não analisada em sua devida amplitude, propostas como a da humanização das ações do SUS, por exemplo, correm o risco de se apresentar como um dispositivo simplificador de complexas questões estruturais, ao abafar conflitos a partir de seu potencial de produção de utopias (CAMPOS, 2005, p. 398 apud FACUNDES, 2010, p. 43-44).

4.2 Limites ao Paradigma Psicossocial

A segunda categoria temática corresponde aos aspectos identificados nos documentos analisados que não estão de acordo com os princípios norteadores do paradigma psicossocial, e que, portanto, representam limites à consolidação da abordagem da redução de danos como padrão de cuidado em saúde voltado às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Nesse sentido, priorizou-se a análise de trechos associados à patologização do sofrimento psíquico e do uso de substâncias psicoativas, ou ainda, os que postulam o isolamento social e a institucionalização como estratégias integrantes do cuidado em saúde na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, a análise e discussão dos pontos que correspondem a essa categoria temática se deu a partir da identificação de dois núcleos de sentido: 2.1 Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas; 2.2 Atenção Hospitalar e Unidades Ambulatoriais.

4.2.1 Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais as Comunidades Terapêuticas

Com relação aos processos de institucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, sabe-se que os ideais críticos à essa lógica estão intimamente ligados ao movimento histórico de transformação das práticas

psiquiátricas, com vistas à ruptura com a racionalidade biomédica, sobretudo no que se refere ao seu foco na doença e no isolamento de seu objeto de intervenção. Logo, antagonicamente, observamos que o foco do campo da saúde mental, constituído a partir do paradigma psicossocial, deve estar na existência-sofrimento contextualizada socialmente (ROTELLI, 1990 apud SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021, p. 14).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB) estabeleceu, ao longo das décadas de 1970 e 1980, o questionamento crítico da institucionalização da loucura. Levando em conta a predominância do poder institucional e das instituições totais nos discursos da época, o engajamento dos atores do movimento levou ao surgimento, em meio à redemocratização na década de 1980, de uma perspectiva que objetivava a criação de serviços que se orientassem por uma nova ótica, e assim, pudessem ser terreno fértil para o desenvolvimento de práticas radicalmente distintas das adotadas pelas instituições de caráter manicomial até então. Nesse sentido, observamos o esforço do movimento em tornar possível a criação de um novo lugar social para a loucura (AMARANTE, 2018, p. 2071).

Assim, compondo claro limite aos avanços políticos-institucionais obtidos pela Luta Antimanicomial e aos pressupostos que sustentam o modelo de atenção psicossocial, observamos a inserção dos “Serviços de Atenção em Regime Residencial” como equipamentos da RAPS desde sua criação. Da Portaria nº 3088/2011, destacamos:

Art. 9º: [Pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório] II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Como a própria portaria menciona, essas entidades, entre elas as Comunidades Terapêuticas, oferecem cuidados de caráter residencial em modalidade contínua por até 9 meses, constatando clara abertura da normativa ao processo de institucionalização das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Afastadas da cidade, as instituições que atuam na modalidade de oferta de "acolhimento" funcionam a partir da lógica da abstinência, promovendo o isolamento social de longa duração dos usuários, contrariamente aos princípios da Reforma Psiquiátrica, de reivindicação histórica pela

humanização das práticas de cuidado à saúde mental. Dessa forma, ao analisarmos a inserção das comunidades terapêuticas como equipamento da RAPS, constata-se o claro comprometimento dos pressupostos epistemológicos que sustentam o paradigma psicossocial, sobretudo no que se refere à sua orientação para o tratamento em liberdade, a partir da ênfase em serviços de atenção de base comunitária, com vistas à inserção social e ao estímulo da autonomia, de modo a preservar e promover a cidadania dos sujeitos-alvo. Somado à isso, temos as diversas denúncias realizadas contra essas entidades ao longo dos anos, que não só apontam para o funcionamento em modelo de instituição total, mas também desvelam uma realidade trágica de maus tratos e protocolos assistenciais precários, configurando graves atentados aos direitos humanos (DUARTE, 2013, p. 43).

Somado à isso, como abordado no estudo empírico realizado por Loeck (2018) em que foram analisadas 3 entidades distintas, nota-se que as Comunidades Terapêuticas possuem configurações variadas, e que em relação à abordagem da questão do uso de SPA, elas transitam entre os paradigmas religioso-espiritual e biomédico. Assim, as noções de pecado ou de doença crônica parecem presentes em meio à representação da questão nesses locais, de forma a fomentar a visão do uso prejudicial de substâncias como um dilema de ordem individual, o que desconsidera os contextos sociais dos usuários e coloca exclusivamente sobre eles a responsabilidade pelo alcance da “salvação” (LOECK, 2018, p. 81).

Assim, começamos a compreender que, embora os avanços na organização da assistência à saúde mental conquistados pela Reforma Psiquiátrica sejam notáveis, é imprescindível que possamos permanecer atentos aos diversos desafios que persistem nesse processo de transição paradigmática, que é de caráter histórico e portanto, gradual. Nesse sentido, para além da inserção na RAPS de equipamentos como os debatidos acima, acrescentamos ao debate o preocupante papel de dominação desempenhado pela psiquiatria convencional ainda hoje dentro dos serviços de caráter comunitário da RAPS, corroborando para que os próprios serviços substitutivos de base comunitária possam, por vezes, operar de forma comparável à lógica manicomial patologizante, em especial no que se refere ao controle e à normatização dos corpos (LIMA, 2018 apud SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021, p. 15).

Nesta direção, destacamos a importância de encontrar o ponto de equilíbrio para execução do trabalho do cuidado em saúde, no sentido de que, quando operado a partir da

lógica criticada, mesmo o que à primeira vista se mostra como excesso de zelo dos profissionais, pode acabar levando à dependência ou ao apagamento do outro e de sua subjetividade. Dessa forma, podemos pensar que o cuidado precisa ser exercido dentro de limites específicos, a fim de que, entre outros alcances, este não se assemelhe às ações de cunho assistencialista, no sentido de transformar o ato de cuidar do outro em algo comparável à caridade, transformando-o em mero objeto de ações benevolentes, por parte de indivíduos que se presumem superiores. Assim, para atuar na contramão dessa lógica, devemos pensar a construção do cuidado nos orientando a partir de uma ética solidária (YASUI, 2010, p. 115).

Posteriormente à inserção dessas entidades na estrutura da RAPS, nos últimos anos, os alcances da reforma psiquiátrica enfrentaram ameaças ainda mais significativas, associadas sobretudo à agenda política neoliberal e seu engajamento em prol do desmonte das políticas públicas brasileiras. Com a queda de Dilma Rousseff em 2016 e posteriormente, a ascensão ao poder de Jair Bolsonaro, nosso país se viu diante da pior crise da democracia brasileira desde o golpe de 1964, arriscando o pacto democrático e social estabelecido pela Constituição de 1988. Ao chegar ao poder, o neoliberalismo de cunho autoritário contou com apoio sólido das forças armadas, de corporações de mídia, de parte da opinião pública, de algumas organizações religiosas, do judiciário e do governo dos Estados Unidos, refletindo uma tendência conservadora global. Nesse sentido, observou-se um processo de privatização do Estado e de desmantelamento do projeto de bem-estar social, com o desmonte das políticas públicas, a pauperização da população brasileira, o aumento da concentração de renda, do punitivismo, do desrespeito às liberdades individuais e do discurso de ódio endereçado às minorias sociais, configurando o cenário político trágico que enfrentamos no período (DELGADO, 2019). Sobre isso, cabe enfatizarmos que, para a ciência política, o conservadorismo é constituído de ideias e comportamentos que visam à manutenção do sistema político vigente, contrapondo-se, assim, às forças de cunho transformador, como entendemos o paradigma psicossocial. Assim, ao inserirmos a Luta Antimanicomial no campo do "progressismo", é necessário considerar que ambas posições só podem ser compreendidas a partir da análise cuidadosa do contexto histórico (BOBBIO et al., 2000, apud YASUI, 2010, p. 42).

Tendo isso em vista as mudanças na configuração da PNSM no contexto histórico

mencionado, a partir da alteração das normativas que regulamentam a Rede de Atenção Psicossocial, em consonância à discussão realizada sobre as entidades caracterizadas enquanto “comunidades terapêuticas”, identificamos como um limite ao modelo de atenção psicossocial na Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Ministério da Saúde, de 2017, a seguinte proposição:

Art. 11º - Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/ MDS/MT em relação às Comunidades Terapêuticas.

De modo geral, ao observarmos as mudanças realizadas na PNSM em 2017, é evidente o prestígio dado à internação de longa duração em comunidades terapêuticas, configurando uma disposição manicomial e institucionalizante, bem como aos dispositivos hospitalocêntricos, como discutiremos mais à frente. Considerando especificamente as comunidades terapêuticas e o cenário político-econômico da normativa destacada, notamos que essas são instituições majoritariamente privadas que passaram a receber financiamento do SUS por meio da parceria público-privada, cabendo refletirmos acerca das motivações por trás dessa, sobretudo no que se refere à lógica de mercado da indústria da loucura e ao lucro que dela pode advir (AMARANTE, 2018, p. 5-6).

Diante disso, consideramos fundamental que enquanto sociedade, possamos sustentar a luta em defesa do SUS e de seus princípios compreendendo-o enquanto uma política de Estado, contrariando não só posições que atentem contra seu caráter público, a partir das dinâmicas neoliberais privatistas mencionadas, mas também a falta de incentivo de governos e gestores de saúde para a execução de um serviço que seja integralmente promotor de vida (SOUSA; JORGE, 2019, p. 3).

4.2.2 Atenção Hospitalar e Unidades Ambulatoriais

Publicada em 14 de Dezembro de 2017, a Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde realizou alterações na constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O documento, cujo suposto objetivo foi de pactuar diretrizes para o fortalecimento da rede em questão, operou a inserção nesta dos ambulatórios de saúde mental e dos hospitais psiquiátricos. Com isso, ao compará-lo à primeira versão da Política Nacional

de Saúde Mental (PNSM), materializada pela Portaria nº 3088/2011, apontamentos acerca das diferenças identificadas se mostram essenciais aos objetivos da pesquisa. Assim, inicialmente, destacamos os seguintes aspectos da referida Resolução:

Art. 9º: [Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados] I - estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais

Art. 9º: [Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados] II - reestruturar a equipe multiprofissional mínima requerida para o funcionamento das enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;

Art. 9º: [Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados] III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo;

Art. 9º: [Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados] IV - reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital.

Como abordamos previamente, a implementação da RAPS no âmbito do SUS representou um marco histórico para a política pública de saúde brasileira, reflexo de lutas travadas no seio social ao longo de anos, com o engajamento de diversos atores nos Movimentos Sociais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Graças à eles, o direcionamento do cuidado em saúde se transformou de forma substancial, e no que se refere especificamente ao campo da saúde mental, a maior conquista se deu a partir da Lei 10.216/2001, que entre outras diretivas, apontou para a substituição progressiva do modelo de atenção hospitalocêntrico, de caráter asilar, por dispositivos de base comunitária, com vistas ao exercício da cidadania e à manutenção da autonomia dos sujeitos-alvo. Com esta lei, enfatizou-se a reprovação de cunho democrático ao modelo biomédico hospitalocêntrico, sobretudo no que se refere às noções de alienação, doença mental e isolamento do objeto de intervenção, que, como debatemos na introdução deste trabalho, constituíram o alicerce discursivo das práticas do campo da psiquiatria tradicional na modernidade. Tendo isso em vista, podemos concluir que as mudanças colocadas pela Resolução em questão representaram grave comprometimento dos postulados do paradigma psicossocial, bem como um retrocesso

em relação às conquistas da Luta Antimanicomial nele embasadas (CRUZ et al., 2020).

Em congruência com o Art. 9º da Resolução nº 32 da CIT/2017 destacado anteriormente, que atrela o pagamento integral do incentivo financeiro para internações psiquiátricas em hospitais gerais ao monitoramento de suas taxas mínimas de ocupação, notamos que a Portaria nº 3588/2017 do MS ratifica tal exigência, postulando que tal repasse financeiro aos hospitais gerais fica então condicionado a taxa de ocupação mínima de 80% de seus leitos. Consideramos a efetivação dessa mudança um limite aos princípios orientadores do paradigma psicossocial, uma vez que, em prol de receber o incentivo financeiro em questão, é possível que os próprios serviços em questão promovam o aumento das indicações de internação ou mesmo a extensão do tempo das internações em curso, constituindo mais um retrocesso na PNSM, ao reafirmar o modelo hospitalocêntrico e comprometer a priorização do cuidado em serviços de caráter comunitário (CRUZ et al., 2020, p. 05). Sobre essa indicação da Portaria nº 3588/2017, temos:

Parágrafo único. O incentivo de que trata este artigo correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a ação 10.302.2015.20B0.0001.0002." (NR)

"Art. 1034. O repasse do incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1033 fica condicionado a:

I - habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral); e

II - taxa de ocupação mínima de 80%." (NR)

Além dos aspectos discutidos até aqui, chamou nossa atenção na Resolução nº 32 do Ministério da Saúde (CIT/2017), bem como na Portaria nº 3588/2017, a inserção dos hospitais-dia como equipamentos a compor a atenção hospitalar da rede. A respeito deles, notamos que, historicamente, ao participarem do deslocamento da lógica de institucionalização para uma nova ótica de cuidado em saúde mental, esses dispositivos acabaram por operar, em alguns aspectos, de forma semelhante aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como a construção do trabalho em equipe multidisciplinar, por exemplo. No entanto, desde já enfatizamos que, por não funcionarem de acordo com a lógica do território, seu resgate como parte do aparato de cuidado psicossocial também representa um

limite às conquistas obtidas a pela Reforma Psiquiátrica, que tem como um de seus pressupostos mais essenciais o cuidado mediante o convívio social, e portanto, de ênfase aos dispositivos de cuidado que estejam inseridos na comunidade. Para além disso, nota-se que em sua maioria, esses se configuram enquanto anexos de hospitais psiquiátricos, o que torna ainda mais difícil não compreender seu posicionamento dentro da RAPS como mais uma estratégia de fortalecimento do modelo hospitalocêntrico das normativas em questão (CRUZ et al., 2020).

Identificamos também como um limite presente na Portaria nº 3588/2017 a introdução na RAPS das "equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental", que configuram-se enquanto unidades ambulatoriais especializadas, que a partir de então passam a ser alocadas no nível da Atenção Psicossocial. Para além da demonstração clara de sua ineficácia através de diversas pesquisas, sua estrutura se apresenta de forma desarticulada e hierarquizada, contrariando as reivindicações do paradigma social. Além disso, é necessário enfatizar que essas, assim como discutido com relação aos Hospitais-dia, não operam de acordo com a lógica do cuidado no território, negligenciando aspectos fundamentais do modelo psicossocial, como o acolhimento, a construção de vínculos e a corresponsabilização entre o usuário do serviço e os profissionais que dele cuidam (ONOCKO-CAMPOS, 2019; GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 123). Assim, destacamos da Portaria nº 3588/2017:

*Art. 1º: [Altera o Anexo V à Portaria de Consolidação nº3/GM/MS, de 28/09/2017] “Art. 5º [Componentes da RAPS] II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:
b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas” (NR)*

*Art. 1º: [Altera o Anexo V à Portaria de Consolidação nº3/GM/MS, de 28/09/2017] “Art. 5º [Componentes da RAPS] V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;
b) Hospital Psiquiátrico Especializado;
c) Hospital dia” (NR)*

Considerando as evidências destacadas acima relativas à análise da Portaria nº 3588/2017, apontamos como um limite quase que incontestável ao paradigma psicossocial, a inserção dos hospitais psiquiátricos como um dos equipamentos da atenção hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Somado à essa mudança, a Portaria também determina que o valor das autorizações de internações hospitalares dos hospitais psiquiátricos seja considerado

e reajustado de acordo com o tamanho desses, compondo uma oposição radical à e perspectiva de reduzir seus tamanhos que começou a ganhar forma no início do século XXI (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Como enfatizamos ao longo do percurso teórico, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (MRPB) se constituiu tendo como um de seus objetivos mais fundamentais de luta, a abolição do hospital psiquiátrico enquanto espaço para tratamento reclusivo das pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Historicamente, a defesa dessa pauta política pelo movimento considerou não só a utopia da construção de um novo lugar social para a loucura, como nos colocou Amarante (2018), mas a realidade material de violências, exclusão e cronificação de quadros de saúde mental a que as pessoas presas nesses locais foram submetidas. Dessa forma, constatamos mais um retrocesso operado na PNSM a partir dessa portaria, contrariando radicalmente as disposições contidas na Lei nº 10.216 de 2001, sobretudo as que se referem à priorização do cuidado em serviços extra-hospitalares e à extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos brasileiros (SOUSA; JORGE, 2019).

Diante do cenário evidenciado a partir da análise desta categoria, de graves retrocessos na assistência à saúde mental, é fundamental que apontemos a importância da constante elaboração e reformulação das práticas e dos saberes que possibilitam ao corpo social se atentar e se relacionar com os fenômenos de cunho histórico, como é o caso da loucura e do Movimento da Luta Antimanicomial. Nessa direção, em consonância com os apontamentos realizados na introdução deste trabalho, com relação às reflexões elaboradas por Michel Foucault (2002), no âmbito específico da desospitalização, mostra-se indispensável que tal reconstrução teórico-prática possa se alicerçar na problematização e na crítica do saber-poder psiquiátrico, bem como do lugar ocupado socialmente pelo discurso científico positivista que o fundamenta (SARACENO, 2001 apud SOUSA; JORGE, 2019, p. 3). Ademais, defendemos que, a fim de cumprir com as propostas do MRP, principalmente no sentido de realocar o trabalho do cuidado em saúde mental para os espaços comunitários, é imprescindível que haja reajustes significativos da verba destinada para os equipamentos extra-hospitalares da rede, contrariando a direção reacionária dos movimentos políticos-institucionais aqui mencionados (DESVIAT, 2015 apud SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Diante das questões analisadas e em consonância à demais apontamentos realizados no percurso da pesquisa, enfatizamos nossa compreensão de que os esforços para remanicomializar a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) implementados a partir de 2017 correspondem à um amplo projeto político de desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), fomentado diretamente pelas tendências neoliberais da austeridade, da privatização e da desregulamentação. Nesse sentido, agravadas pela grave crise econômica vivida no período em questão, essas minaram os princípios fundamentais de universalização e de oferta de atenção integral à saúde, deflagrando um cenário histórico de comprometimento de direitos constitucionais (DONIEC et al., 2018 apud GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 131).

4.3. Contradições entre abordagens

Por fim, a terceira categoria temática corresponde aos aspectos contraditórios encontrados nas políticas, como dados dos documentos analisados que se opõem aos demais princípios que orientam sua configuração, no que concerne a contraposição entre as diferentes lógicas de cuidado que nossa pesquisa objetivou investigar. Ainda, a categoria considerou as mudanças realizadas na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) ao longo do período considerado, a fim de elucidar as principais discrepâncias entre as normativas analisadas. Assim, a categoria foi elaborada a partir do núcleo de sentido: componentes da RAPS e diretrizes para seu funcionamento.

4.3.1 Componentes da RAPS e as Diretrizes para seu funcionamento

Considerando primeiramente a Portaria nº 3088/2011, que instituiu e regulamentou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, identificamos como contraditório o componente “Atenção Residencial de Caráter Provisório” e seu ponto de atenção “Serviço de atenção em regime residencial”, que insere na rede as “Comunidades Terapêuticas”, abordadas na categoria analítica anterior. Uma vez constatado que essas entidades promovem o isolamento social de longa duração (até 9 meses) como parte do cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA, com vistas à manutenção da abstinência, desvela-se a divergência entre abordagens de cuidado, uma vez que o Paradigma Psicossocial foi

construído a partir de um movimento crítico ao processo de institucionalização das pessoas enquadradas no espectro da “doença mental”, reivindicando a defesa dos direitos humanos e a construção de um novo lugar social para os fenômenos associados à loucura através da criação dos serviços comunitários de base territorial (AMARANTE, 2018; YASUI, 2010). Dessa forma, como destacado, esses pontos de atenção da RAPS operam contrariamente à lógica da redução de danos, uma vez que desrespeitam a liberdade de escolha das pessoas de adotar ou não a abstinência como parte de seu processo de cuidado, de modo a comprometer as premissas da preservação da autonomia, de protagonismo do usuário e do estímulo à sua autonomia (RIBEIRO; MINAYO, 2015). Sobre essas oposições, destacamos da Portaria nº 3088/2011 do Ministério da Saúde:

Art. 9º: [Pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório] II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Art. 2º: [diretrizes] I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

Art. 2º: [diretrizes] VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

Art. 2º: [diretrizes] VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

Art. 2º: [diretrizes] IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

Com relação ao componente “atenção hospitalar”, identificamos contradições a partir da análise da Resolução nº 32 da CIT/2017 do Ministério da Saúde e da Portaria nº 3588/2017. Como abordado na categoria analítica anterior, a inclusão dos hospitais-dia como pontos de atenção da RAPS desvirtua a lógica do território, de modo a negligenciar aspectos como a inclusão social, a autonomia e a cidadania, que como podemos ver acima, compõem as diretrizes de funcionamento da rede estabelecidas pela Portaria nº 3088/2011 (CRUZ et al., 2020). Além disso, as normativas de 2017 também inserem nesse componente os hospitais psiquiátricos especializados, contrariando a história de progressiva substituição desses

espaços pelos serviços de base comunitária que vinha ocorrendo até então, graças à Reforma Psiquiátrica e a elaboração da Lei 10.216/2001 (SOUSA; JORGE, 2019). Assim, destacamos da Portaria nº 3588/2017:

*Art. 1º: [Altera o Anexo V à Portaria de Consolidação nº3/GM/MS, de 28/09/2017] “Art. 5º [Componentes da RAPS] V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;
b) Hospital Psiquiátrico Especializado;
c) Hospital dia” (NR)*

Em outro nível, diante da análise da Resolução nº 32 da CIT/2017 e da Portaria nº 3588/2017 do Ministério da Saúde, notamos a criação de mais um ponto de atenção na rede, propondo um novo tipo de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Destacamos a importância dos CAPS como pontos de atenção da RAPS, considerando não só a oferta de atenção especializada, mas também a condição estratégica do componente “atenção psicossocial” em que estão inseridos, uma vez que são responsáveis por ordenar o cuidado e garantir a devida articulação com os demais serviços que compõem as ações de saúde. Tendo isso em vista, à nível de comparação, pudemos observar que os moldes constitutivos do novo CAPSad IV se diferenciam dos demais CAPS existentes até então. Ao apontar para a capacidade do serviço de oferecer assistência para situações de urgência e emergência, vemos uma mudança em relação aos anteriores, que se pautavam pela atenção às situações de crise mediante o estabelecimento de vínculo terapêutico. Além disso, notamos sua diferenciação em termos estruturais em comparação aos CAPS da modalidade III, por exemplo, ao contar com “enfermarias” que dispõe de até 20 leitos, desvinculando-se da prerrogativa anterior de oferecer “acolhimento noturno” em até 12 leitos. Visto isso, é possível associar sua estruturação à de um pequeno hospital psiquiátrico, dado que inviabiliza que o cuidado construído nesses espaços se adeque aos pressupostos do paradigma psicossocial no que se refere ao estabelecimento de vínculos entre os usuários e profissionais, o que compromete a oferta de atenção humanizada por dificultar a elaboração de projetos terapêuticos que sejam baseados nas necessidades das pessoas, e portanto, verdadeiramente singulares (CRUZ et al., 2020, p. 07; YASUI, 2010). Com relação à essas questões, destacamos da Portaria nº 3588/2017:

Art. 7º [Centros de Atenção Psicossocial são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial] § 4º [Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades]

VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. [...] Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação." (NR)

Somado a isso, identificamos como uma contradição na Portaria nº 3588/2017 o aspecto que determina a instalação dos CAPSAD IV em locais correspondentes às “cenas de uso” de drogas. Considerando a disposição da normativa de orientar suas ações a partir das diretrizes e linhas de cuidado vigentes no SUS, bem como a proposta de funcionar de acordo com a lógica do território, associada ao próprio princípio de regionalização do sistema, observamos que a indicação de alocar os novos CAPSAD IV junto às cenas de uso, ou seja, nos lugares em que as pessoas consomem as substâncias psicoativas (SPA), contrapõe diretamente pontos pelos quais a própria normativa advoga. Além disso, acrescentamos que essa indicação negligencia diversos aspectos que devem ser considerados para a construção de um cuidado orientado pelo paradigma psicossocial, como os locais de moradia, de trabalho, de lazer, bem como os vínculos sociais do usuário da rede. A perspectiva criticada considera que o território do usuário, ou seja, os locais que fazem parte de seu cotidiano de vida, estejam restritos ao uso das substâncias, contribuindo para sua estigmatização, ao compreender que sua vida se resumiria ao consumo dessas, o que compreende uma visão totalizante e por consequência, aponta para a construção de ações que não se norteiam pelos princípios da humanização do SUS (CRUZ et al., 2020, p. 07). Sobre isto, destacamos do Capítulo III da Portaria nº 3588/2017, que dispõe sobre a nova modalidade de CAPS a ser implementada (CAPSAD IV):

Art. 50-B [Seção I: Das Disposições Gerais] § 3º O CAPS AD IV funcionará junto a cenas abertas de uso de drogas.

Art. 50-C [Seção II: Do Funcionamento] I - constituir-se em serviço aberto, que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais

de semana e feriados;

Art. 50-C [Seção II: Do Funcionamento] XVI - orientar os cuidados de acordo com diretrizes e linhas de cuidados vigentes no SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista as análises e reflexões realizadas até aqui, consideramos que a "nova" política de saúde mental, instituída a partir do ano de 2017, afrontou gravemente os pressupostos do Paradigma Psicossocial, bem como os avanços políticos conquistados a partir da Luta Antimanicomial. Ficou claro como, em muitos momentos, o direcionamento do modelo de cuidado a partir das mudanças nas normativas se deu de modo a velar seu caráter manicomial, constituindo textos em que há esforço por parte dos redatores para obscurecer seu caráter reacionário, de modo que o velho modelo, a partir da maquiagem possibilitada pelo discurso, tenha ares de novo (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 123).

Ademais, diante do percurso teórico demandado pelos objetivos de nossa pesquisa, acreditamos ser possível, e não obstante, necessário, levantarmos algumas reflexões. Tendo em vista o caráter histórico e político tanto da construção do MRPB, quanto dos retrocessos que foram operados nas políticas públicas de saúde que vieram a comprometer gravemente os alcances por ele mediados, enfatizamos como ponto crítico para compreensão desse contexto o processo global de esfacelamento dos ideais democráticos, promovido, sobretudo, pelas agendas dos governos neoliberais nas últimas décadas.

Considerando especificamente a temática da loucura e sua compreensão enquanto doença mental, que, como vimos, é a categoria “científica” em que o uso prejudicial de substâncias psicoativas é majoritariamente enquadrada na modernidade, pudemos vislumbrar como os discursos associados à ciência e à técnica positivistas podem, por vezes, servir como respaldo ideológico para a legitimação e para o fortalecimento do capitalismo na forma dos Estados-nação (HABERMAS, 1980 apud YASUI, 2010, p. 79).

A psiquiatria hegemônica, ao se afirmar enquanto uma categoria que embasa suas práticas em evidências científicas supostamente incontestáveis, constitui-se enquanto discurso capaz de instrumentalizar intervenções políticas disciplinadoras, de modo a mediar a atuação repressiva e violenta dos governos que dela escolhem se beneficiar. Nesse sentido, os esforços

realizados para prever as doenças, bem como as ações implementadas para revertê-las, convergem para a fabricação de indivíduos que se adequem ao modo de produção vigente, de modo que possam ser, então, considerados “saudáveis” (YASUI, 2010, p. 80).

Ao considerarmos a recusa do MRPB em caracterizar o sofrimento humano e a amplitude de suas expressões enquanto mero objeto da doença mental, compondo uma ruptura revolucionária diante paradigma biomédico que sustenta as práticas da psiquiatria tradicional, somos convocados a considerar a questão da existência humana em toda a sua complexidade. Nessa direção, abandonar a proposta reducionista da patologização do sofrimento psíquico nos demanda a energia para a construção de novos caminhos, mas, sobretudo, a disposição para compartilhar dialogicamente esse processo criativo com uma diversidade de atores, de disciplinas e de saberes, o que implica, entre outros esforços, que contestemos a tendência capitalista da fragmentação e compartimentalização dos conhecimentos e das técnicas (ROTELLI, 2001 apud YASUI, 2010, p. 90).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, A.C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial* [online]. 4nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2065, 2018

AYRES, J. R. C. M.. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 43–62, jan. 2007.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, J. *Entre o cuidado e o saber de si: sobre Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/

[constituicao/constituicao.htm](#)

BRASIL. Lei 8080 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 1990; set 20. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 245. p. 239. 22 dez 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html#:~:text=Determina%20que%20as%20a%C3%A7%C3%B5es%20que,sejam%20reguladas%20por%20esta%20Portaria.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília: MS, 2017h. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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). Brasília: MS, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ed.

Ministério da Saúde, 2004a. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216 de 06 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. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocessos da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab. Educ. Saúde*, v. 18, n. 3, 2020

DE MARCO, M.A.. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, n. 1, p. 60–72, jan. 2006.

DELGADO, P. G.. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 2, p. e0020241, 2019.

DUARTE, M. J. DE O.. Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória. *Saúde em Debate*, v. 37, n. spe1, p. 39–48, dez. 2013.

FACUNDES, V.L.D. O discurso e a prática no Centro de Atenção Psicossocial: A construção do cuidado em saúde mental. 2010.

FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. Perspectiva. São Paulo, 1978.

FREUD, S. *O Mal-Estar na Civilização, Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise e Outros Textos (1930-1936)*. Obras Completas Volume 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *Revista O Social em Questão*, ano XXII, nº 44, mai./ago., 2019

GUIZARDI, F.L. *Do controle social à gestão participativa: perspectivas (pós soberanas) da participação política no SUS*. 259 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)—Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOMES, R.M.; SCHRAIBER, L. B. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, p. 339–350, jun. 2011.

KURLANDER, P.A. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; 19(2):569-580.

LOECK, J.F. Comunidades Terapêuticas e a Transformação Moral dos Indivíduos: Entre o Religioso e o Espiritual e o Técnico-Científico. In: SANTOS, Maria Paulo Gomes dos (Org.). *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

MACHADO, S.B. Foucault: a loucura como figura histórica e suas delimitações nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. *Ágora*. Rio de Janeiro, v. XII, n. 2, p. 217-228, jul. dez. 2009.

MATTA, G.C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, pp. 61-79.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo. Relacional. In: *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, n. 27(65): 316-323, set.-dez. 2003.

MINAYO, M.C.de S. O desafio do conhecimento- pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p. 35–42, jan. 1998.

MINAYO, M.C.S. (org); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009

NUNES, M. de O.; LIMA JÚNIOR, J. M. de; PORTUGAL, C. M.; TORRENTÉ, M. de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4489–4498, dez. 2019.

OLIVEIRA, D.C “Análise de Conteúdo Temático Categorical: Uma proposta de sistematização”. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 out/ dez; 16(4):569-76.

OLMO, R. A face oculta da droga. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.

PASSOS, E.H.; SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à

política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, [S.l.], v. 23, n. 1, 2011.

PINSKY, I.; BESSA, M.A (orgs). *Adolescência e Drogas*. 1 ed. São Paulo: Contexto, 2004.

RIBEIRO, FML; MINAYO, MCS. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: O caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 515-526, 2015.

ROSA, P.O. Uso abusivo de drogas: da subjetividade à legitimação através do poder psiquiátrico. *Revista Pan-Amazônica de Saúde, Ananindeua*, v. 1, n. 1, p. 27-32, mar. 2010.

SÁ-SILVA, J.; ALMEIDA, C.; GUINDANI, J.; Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, São Leopoldo, ano I, n. I, jul. 2009

SAMPAIO, M.L.; BISPO JÚNIOR, J.P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, p. e00313145, jan. 2021.

SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, M.F.. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, p. 71–88, jan. 1999.

SILVA, M. L.; GUIMARÃES, C. F.; SALLES, D. B. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. *Revista Rene*, v. 15, n. 6, p. 1007-1015, 2014.

SILVA, B.L.; SILVA, A.X. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. *Serv. Soc. Rev.*, v. 23, n. 1, p. 99-119, jul./set. 2020.

SODELLI, M. *Uso de drogas e prevenção: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade*. São Paulo: Iglu, 2010.

SOUSA, F.S.P.; JORGE, M.S.B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2019

TAFARELLO, R.F. “Drogas: falência do proibicionismo e alternativas de política criminal”. 2009. 155p. Dissertação (mestrado em direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo.

TOSCANO JR., A. “Um breve histórico sobre o uso de drogas”. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO JR. (orgs). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001

TURATO, E.R. “Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa”. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-514, abr. 2005.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZINBERG, N. (1984). Drug, set and setting: The basis for controlled intoxicant use. New Haven, USA: Yale University Press.

ZORRILLA, C.G. Drogas y cuestión criminal. In: BERGALLI, R. (Org.). El pensamiento criminológico II. Bogotá: Temis, 1983.

ANEXOS

- I. Portaria 3088/2011: [Portaria nº 3.088 de 23/12/2011 \(Ministério da Saúde\)](#)
- II. Portaria 131/2012: [Portaria nº 131 26 janeiro de 2012 \(Ministério da Saúde\)](#)
- III. Portaria 3.588/2017: [Portaria nº 3.588 de 21/12/2017 \(Ministério da Saúde\)](#)
- IV. Resolução nº 32 da CIT/2017: [Resolução nº 32 da CIT/2017](#)