

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

Annabelle de Fátima Modesto Vargas

***“O ÁLCOOL, A DROGA E A DOENÇA”*: A ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL A PARTIR DA REGRA E DAS BUROCRACIAS DE NÍVEL DE RUA**

Campos dos Goytacazes

2017

Annabelle de Fátima Modesto Vargas

“O *ÁLCOOL, A DROGA E A DOENÇA*”: A ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DA REGRA E DAS BUROCRACIAS DE NÍVEL DE RUA

Tese de Doutorado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Sociologia Política.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Macedo Campos

Campos dos Goytacazes

2017

“O *ÁLCOOL, A DROGA E A DOENÇA*”: a atuação profissional em saúde mental a partir da regra e das burocracias de nível de rua

ANNABELLE DE FÁTIMA MODESTO VARGAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política do Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Sociologia Política.

APROVADA: ___ / ___ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Gabriela Spanghero Lotta
Universidade Federal do ABC (UFABC)

Prof. Dr. José Ângelo Machado
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Prof. Dr. Roberto Dutra Torres Júnior
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Prof. Dr. Nilo Lima de Azevedo
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Prof. Dr. Mauro Macedo Campos (Orientador)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Aos mais preciosos, aqueles a quem mais desejo orgulhar:

Diogo, Gilson, Matheus, Pedro e Valdemira.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

A experiência do doutorado é bastante singular. Classifico esses anos, paradoxalmente, como árduos e prazerosos. Lembro exatamente do momento em que liguei o computador e coloquei no topo de uma página de Word: CAPÍTULO I. Foram muitos dias sobre aquela única página. Jamais pensei em desistir. Explico o porquê na forma de agradecimento:

Agradeço, em primeiro lugar e de forma especial, aos trabalhadores em Saúde Mental participantes da pesquisa.

Ao meu orientador, professor Mauro Macedo, que me acolheu como orientanda com um sorriso simples, sincero e tranquilo no rosto, tirando o “peso” do doutorado e oferecendo o entusiasmo das trajetórias. Agradeço-te, Mauro, verdadeiramente, por tamanha generosidade. Expresso aqui não apenas minha admiração intelectual, mas minha profunda admiração humana.

Ao meu marido, amigo, companheiro e verdadeiro amor, Diogo, por cobrar evoluções a cada dia, enviar artigos, preparar o café, entender as dificuldades e ausências desse processo e, acima de tudo, por me amar e respeitar minhas escolhas.

Aos meus pais, Gilson e Valdemira, que me tornaram, através das músicas e livros da infância, uma mulher questionadora, reflexiva, desejosa de aprendizado. Obrigada pelo amor de todos os dias e pelo consolo nos dias tristes e de desesperança.

Aos professores do PPGSP pelos ensinamentos. Agradeço de forma especial à professora Joseane de Souza e Roberto Dutra por, através de questionamentos e reflexões feitas em sala de aula, auxiliar na construção dessa pesquisa.

Aos professores membros da banca, José Ângelo Machado, Roberto Dutra e Nilo Azevedo, pelas valiosas contribuições no momento da qualificação.

Aos colegas de doutorado que compartilharam comigo seus conhecimentos e dúvidas. Agradeço de forma especial aos amigos Marcus Vinícius Gomes e André Raeli que me fizeram “rir de chorar” tantas vezes, tornando meus dias na UENF muito mais leves e felizes.

Agradeço novamente e agora por outro motivo, ao professor André Raeli, por acreditar em meu trabalho e garantir novos contatos na vida profissional e acadêmica, possibilitando meu crescimento docente no Ensino Superior. Obrigada, André, pela confiança e compreensão de sempre.

Ao meu irmão Matheus e minha cunhada Inácia, por terem me dado um grande presente durante o doutorado: o nosso nenenzinho, Pedro. Ver a família crescer é sempre um estímulo para os meus dias.

Aos colegas professores do componente curricular Saúde e Sociedade da Faculdade Redentor, profissionais de saúde que me mostram “de perto” a importância das Ciências Sociais para a saúde. Obrigada Amanda, Ana Vitarelli, Aline, Alessandro, Denise, Douglas, Eliza, Fabíola, Luciana, Paulo Apratto, Pierre, Raul, Renata, Rozi e Kelly.

À minha segunda família, Tia Léa, Toninho, Leano e Brunnelly, pelo apoio, mesmo nos momentos em que estive mais ausente.

À equipe de Saúde Mental do município onde trabalho, Itaperuna. Agradeço, de modo especial, à Enfermeira Ana, Jeanine, Dayanne, Iaquita, Alessandra, Douglas Pontes, Karime, Bárbara, Carla Matos, Luciano, Gerlaine, Neinha, Aparecida Jardim, Felício, Luiza, Ivan, Ana Luiza, Verinha, Jussara.

À CAPES, pela bolsa concedida.

Agradeço, finalmente, ao Deus que é Pai, Filho e Espírito Santo, pelos sete dons: fortaleza, sabedoria, ciência, conselho, entendimento, piedade e temor de Deus. São esses dons que me tornam viva!

Obrigada.

CONVENÇÕES ADOTADAS NA TESE

De antemão faz-se necessário explicitar algumas questões relativas à formatação desse trabalho. Adoto, em função de um estilo de escrita, a primeira pessoa do singular, em partes da tese em que discuto predominantemente experiências vividas no campo e a terceira pessoa em análises documentais e bibliográficas. Utilizo a fonte itálica para dar destaque a expressões e palavras nativas retiradas das observações de campo, mas que podem estar sendo utilizadas com algumas modificações para dar fluência ao texto. As aspas servem para ponderar o sentido de algumas palavras e também são utilizadas na indicação de termos de autores citados no corpo do texto. As citações extensas de falas dos entrevistados aparecem com recuo à direita e em itálico. Já as citações diretas longas de referencial bibliográfico, aparecem com recuo à direita.

RESUMO

Esta tese objetiva analisar como são operacionalizadas as políticas públicas de saúde mental, a partir de seus operadores, os burocratas de nível de rua. Com o foco na discussão sobre o uso problemático de álcool e outras drogas, a pesquisa teve como mote a Reforma Psiquiátrica, movimento em curso que pretende alterar as formas de se *cuidar* ou *tratar* em saúde mental, escapando de uma lógica manicomial e biomédica, para uma compreensão mais territorial e psicossocial. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, que contou com a técnica da observação participante, anotações em diário de campo e entrevistas abertas em um CAPSad situado no Estado do Rio de Janeiro. Em meio a uma complexa trajetória normativa, que envolve, como demonstrado, uma transição incompleta da discussão do âmbito da “segurança pública” para a “saúde pública”, os CAPSads, tornam-se, no âmbito da saúde mental, os locais de referência para o cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A partir da análise dos dados empíricos cinco temas foram analisados, como forma de investigar a operacionalização da política pública: 1) A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); 2) Os Grupos/Oficinas Terapêuticas; 3) As “externalidades”; 4) A Redução de Danos; e 5) A “medicalização da vida”. A falta de diálogo entre as diversas categorias profissionais, o desconhecimento das políticas de saúde mental e do *modus operandi* dos CAPS, o preconceito e estigma ligados à loucura e a quase ausência de capacitação e embasamento técnico para atuação em situações de crise são apontados pelos profissionais como os principais motivos que levam a dificuldade de articulação entre os diversos componentes da RAPS. Em relação à implementação da política pública no que tange aos aspectos vinculados ao cotidiano da unidade estudada, a participação nos chamados grupos/oficinas e o uso de medicamentos surgem como protagonistas de um processo entendido como terapêutico. Há visivelmente uma distância que separa a elaboração de uma política pública pelo alto escalão, de sua implementação na ponta, pelos burocratas de nível de rua, e esse *gap* pode ser notado em relação à operacionalização da estratégia de Redução de Danos. Por fim, os argumentos construídos pelos burocratas de nível de rua apontam para uma crescente medicamentação e, também, para um contínuo processo de reimplementação da política de saúde mental, face a capacidade discricionária que possuem.

Palavras-chave: Álcool; Drogas; Saúde Mental; Políticas Públicas; Burocracia de nível de rua.

ABSTRACT

This thesis aims to analyze how the public policy of mental health is operated by their operators, the street-level bureaucrats. The aim of this study was the discussion about the problematic use of alcohol and other drugs, based on psychiatric reform, a current movement that intends to modify the manners of taking care or treating, according to mental health, by escaping from a mental institution and biomedical logic to a territorial and psychosocial comprehension. This is a qualitative research, which was based on the observation technique, notes in field diary and open interview in Centers for Psycho-Social Care - alcohol and other drugs (CAPSad, in the Portuguese acronym), located in the state of Rio de Janeiro, Brazil. In the midst of a complex normative way, which covers an unfinished discussion about “public security” though “public health”, these CAPSad, became referential places where people who suffer from alcoholism and other kinds of drug addiction could be treated. By the analysis of the empirical data, five topics were analyzed, as a way of studying the public policy process in order to put it into practice: 1- Psychosocial Care Network (RAPS, in the Portuguese acronym); 2- Groups/therapeutic workshops ; 3- External factors; 4- Harm reduction; and 5- Medicalization of life. There are some of the main obstacles faced by the professionals of the various components of Psychosocial Care Network (RAPS, in the Portuguese acronym), such as the absence of dialogue between the different professional category, as people do not understand the mental health policy and *modus operandi* of CAPS, the prejudice and stigma related to madness and the absence of the ability and technical knowledge to act in a crises situation. About the application of the public policy related to the daily life aspects of the place studied, the participation in the group/workshop and the use of medicament are the main obstacle of a therapeutic process. There is, evidently, a gap that separates a preparation of a public policy by high- level bureaucrats at street-level. This gap can be noticed when related to the act of the Harm Reduction strategy in order to put it into practice. Therefore, such arguments that are built by the street-level bureaucrats, show an increase on the level of medicalization and also a process of implementation of the policy of mental health, through its discretionary capacity.

Key words: Alcohol; Drugs; Mental Health; Public Policies; Street-level Bureaucracy.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BC	Bacia de Campos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
COMEN	Conselho Municipal de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONAIDS	Conselho Estadual Para Assuntos de AIDS
CONEN	Conselho Estadual de Entorpecentes
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CONFEN	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNCAB	Fundo de Prevenção, Recuperação e Combate às Drogas de Abuso
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
IAA	Instituto do Açúcar e do Álcool
MRP	Movimento da Reforma Psiquiátrica
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIUAD	Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras drogas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos

RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UENF	Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	“Grupos” desenvolvidos na unidade	35
Quadro 2	Burocratas de nível de rua (em dezembro de 2016)	39
Quadro 3	Quantitativo profissional	40
Quadro 4	Trajetória das legislações em saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil de 1900 a 2000	49-50
Quadro 5	Isomorfismo Organizacional e as Características de Cobertura, População-Alvo, Disponibilidade, Carteira de Serviços, Apoio ao Paciente e Recursos Humanos dos CAPS – Brasil	75
Quadro 6	Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	89
Quadro 7	Componentes da RAPS incluindo a Atenção Básica, Hospitalar e Urgência/Emergência	91-92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Série Histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por tipo (Brasil, dez/2006 a dez/2014)	76
----------	---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I	
SOBRE O CAMINHO DA PESQUISA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS	22
1.1 O contexto teórico-metodológico: “juntando as peças e quebrando a cabeça”	22
1.2 Pensando as questões éticas da pesquisa	30
1.3 A entrada no campo: entre o exótico e o familiar	32
CAPÍTULO II	
(DES)ENCONTROS... A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS AO LONGO DO SÉCULO XX	43
CAPÍTULO III	
OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O ÁLCOOL E A DROGA COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	62
3.1 Entre o “hospital” e a “rua”: o modelo biomédico e o paradigma da atenção psicossocial	63
3.2 A Reforma Psiquiátrica em curso: as políticas públicas e o foco no uso de álcool e outras drogas	71
CAPÍTULO IV	
“ESSA REDE É SÓ NO PAPEL”: A RAPS A PARTIR DO OLHAR DOS AGENTES INSTITUCIONAIS	86
CAPÍTULO V	
OS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA E A OPERACIONALIZAÇÃO DA REGRA: SINUOSIDADES DO CAMPO DE PESQUISA	102
5.1 “Você está participando dos grupos?”	105

5.2 Externalidades: as internações compulsórias, a família e a tomada de decisões	112
5.3 Entre a Redução de Danos e a abstinência total: incompreensões cotidianas	118
CAPÍTULO VI	
DO CUIDADO À MEDICAMENTALIZAÇÃO: DEBATES SOBRE “TROCAR UMA DROGA POR OUTRA”	123
6.1 Em busca da compreensão sobre os medicamentos	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS	147

INTRODUÇÃO

Esta tese tem por objetivo analisar, frente às propostas de mudança do antigo modelo assistencial a partir da Reforma Psiquiátrica (RP), como os profissionais que trabalham em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) entendem e incorporam ao seu cotidiano de trabalho, as políticas de “saúde mental” e de “álcool e drogas”, além de investigar as possíveis aproximações entre as políticas. A RP é entendida como um processo social e político complexo, justamente por participarem diferentes atores e instituições, incidindo em territórios diversos, nos âmbitos federal, estaduais e municipais, no mercado dos serviços de saúde, nas universidades, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, nas organizações não-governamentais, nos conselhos profissionais e no imaginário social (BRASIL, 2005). Percebe-se a existência de um campo de tensão entre as diretrizes da política nacional, as exigências do poder judiciário e os entraves para implementação dessas políticas a nível local.

Pretende-se também com esta pesquisa, investigar de que maneira os medicamentos estão inseridos nestas estratégias assistenciais e qual o estatuto (AZIZE, 2012) conferido a eles. Importante pensar em relação aos medicamentos sujeitos a controle especial¹, que a biomedicina tem assumido um papel cada vez mais relevante nas estruturas administrativas e nas relações de poder (CASTEL, 1978), estando o uso de medicamentos prescritos amparados pela legitimidade da medicina científica, em contrapartida às drogas de uso ilícito, vistas como um “reencantamento do mal” (ZALUAR, 1994).

A pesquisa foi realizada em um CAPSad III² de um município do Estado do Rio de Janeiro. Por questões éticas, e por não apresentar alterações no formato da pesquisa, preferimos suprimir a informação relativa a que município se trata.

¹Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): “As chamadas substâncias controladas ou sujeitas a controle especial são substâncias com ação no sistema nervoso central e capazes de causar dependência física ou psíquica, motivo pelo qual necessitam de um controle mais rígido do que o controle existente para as substâncias comuns. Também se enquadram na classificação de medicamentos controlados, segundo a Portaria SVS/MS nº 344/1998, as substâncias anabolizantes, substâncias abortivas ou que causam má-formação fetal, substâncias que podem originar psicotrópicos, insumos utilizados na fabricação de entorpecentes e psicotrópicos, plantas utilizadas na fabricação de entorpecentes, bem como os entorpecentes, além de substâncias químicas de uso das forças armadas e as substâncias de uso proibido no Brasil”. Informação disponível em: www.anvisa.gov.br. Consulta em: 10 de outubro de 2015.

²Segundo a Portaria nº 130/MS de 26 de Janeiro de 2012 “O CAPSad III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados”. Já os CAPSad funcionam de 08:00 às 18:00 apenas nos dias úteis da semana. Os CAPSad III poderão ser implantados

Parte-se da premissa de que para a adoção de determinadas políticas nacionais é necessário que os agentes da prática cotidiana, quais sejam, os burocratas de nível de rua (LIPSKY, 2010), estejam concatenados à estas políticas. Por isso, cabe indagar, como estes profissionais entendem e observam essas pessoas em “sofrimento psíquico” e seu “tratamento”, tendo em vista que tudo isso é fruto de uma construção social. Além disso, e talvez até mais importante, dada a proposta da pesquisa de se trabalhar com as políticas de álcool e drogas e as práticas profissionais, cabe ressaltar que a temática do uso de drogas está cercada de questões morais e policiais, “legalismos” e “ilegalismos”, não estando os profissionais isentos de possíveis julgamentos valorativos que interfeririam na prática.

Taniele Rui (2014), ao estudar o consumo de *crack* no próprio cenário de uso da droga (o crack), ressalta que uma questão que sempre fora tratada de modo policial é colocada no âmbito da discussão da “saúde pública”, tendo o Ministério da Saúde eleito os CAPSad como os serviços públicos mais especializados nesse tipo de atenção. A autora ainda aponta que tal transição – entre a questão legal e a questão de “saúde pública” e, mais especificamente, da “saúde mental” – ainda precisa ser mais bem investigada. Essa lacuna encontrada na literatura e demonstrada pela autora, reforça o desenvolvimento dessa pesquisa.

Outro ponto diz respeito ao estigma, no sentido Goffmaniano do termo (GOFFMAN, 2008), vivenciado tanto pelos considerados “loucos” como pelos usuários de drogas. Aqueles que demonstram pertencer a uma categoria com atributos incomuns possui dificuldade de aceitação pelo grupo social dito normal, pois são percebidos obstáculos para lidar com o que é diferente. Essa pessoa passa a ser vista, então, como “má e perigosa”, deixando de ser observada em sua totalidade, transformando-se em um ser desprovido de potencialidades. O indivíduo estigmatizado é visto como fraco, defeituoso ou em situação de desvantagem em relação aos demais. O autor ainda sublinha que quanto maior for a discrepância entre a identidade real e a identidade virtual, mais acentuado seria o estigma. Da mesma forma, quanto mais visível a diferença e os atributos determinantes do social, mais isolado se torna o indivíduo regido pelas formas de controle da sociedade e por sua lógica de força (GOFFMAN, 2008).

Ao delinear o objeto da pesquisa e vislumbrando as contribuições da sociologia política para as políticas de saúde, como também, as contribuições dos conhecimentos em saúde para a sociologia, pode-se dizer que, como apontado por Lahire (2005), é justamente através da não exclusão de nenhum assunto *a priori* que as Ciências Sociais poderiam

conseguir um efetivo progresso rumo à maior autonomia científica. O autor lança a pergunta sobre a existência ou não de objetos mais sociais que outros e indica que a sociologia

“[...] não deveria, por exemplo, limitar-se ao estudo da percepção social e histórica da doença mental ou da trajetória sócio-institucional dos doentes mentais, mas sim analisar a produção social da própria doença” (LAHIRE, 2005, p.11).

O que o autor quer dizer é que o essencial das pesquisas reside na forma científica de tratamento do assunto, seja ele sociológico, antropológico, histórico, etc. Assim ele delinea que, então, como apontado ao referir-se a Saussure, “o ponto de vista que cria o objecto e não o objecto que fica tranquilamente à espera, no real, do ponto de vista científico que venha revelá-lo” (LAHIRE, 2005, p.11).

Importante considerar que o modelo de atenção em saúde mental existente hoje é, a partir da visão de pesquisadores da saúde mental, resultado de anos de resistência cívica e de vitórias conquistadas na luta por direitos humanos fundamentais dos chamados “loucos”. Como participantes desse processo temos diversos atores sociais, como será visto adiante. A Reforma Psiquiátrica Brasileira possibilitou que muitas bandeiras de luta levantadas durante décadas pelos movimentos sociais se tornassem realidade no país. Como exemplo, podemos citar todos os dispositivos elencados acima, que possibilitaram que houvesse uma expressiva redução no número de leitos psiquiátricos e a consequente “desinstitucionalização” – de pessoas que foram submetidas a longos anos de internação (PITTA, 2011).

Essa “desinstitucionalização” ocorreu tanto pelo fechamento de antigos hospitais psiquiátricos, quanto pela diminuição progressiva do número de pacientes internados nessas instituições, visto que, a partir do novo modelo, como dito, os pacientes passaram a ser tratados pelos novos dispositivos (os CAPS). Desta forma, a escolha feita no terreno das políticas públicas de saúde mental no país gira em torno do fortalecimento de um modelo de atenção psiquiátrica não centrado em hospitais, mas sim baseado na comunidade como um todo.

Dentro desta lógica, no ano de 1987 é que surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo identificado por sua nova forma de cuidado que considera o sujeito em sofrimento como parte estruturante de uma clínica ampliada, articulando-o ao seu território e não oferecendo o isolamento como mecanismo para tratá-lo. O tripé de funcionamento desta clínica centrava-se na psicanálise, no uso racional de psicofármacos e nas práticas de inclusão social.

Em 1992, na II Conferência Nacional de Saúde Mental definiu-se que, de modo a se alcançar uma atenção integral em saúde mental, é necessário que existam dispositivos tanto

sanitários quanto socioculturais e que os mesmos estejam atentos às diversas dimensões da vida de um indivíduo, considerando os âmbitos de intervenção assistencial, educativo e reabilitação (BRASIL, 1992). No entanto, será que esses novos locais e os profissionais têm conseguido observar essas diversas dimensões da vida, citadas como importantes para um tratamento nos moldes da RP? Será que o novo modelo de atenção não tem reproduzido antigas práticas que acabam por transformar os CAPS em “pequenas unidades psiquiátricas”? (RUI, 2014, p.89).

E é a partir dos anos de 1990 que a Reforma começa a ser consentida como política pública de fato, sendo criadas leis que respaldassem todo aquele movimento de luta. Se no decorrer dos anos de 1980 o chamado Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP) inicia um estreitamento das relações com os movimentos sociais, é somente a partir dos anos de 1990 que essa união se solidifica. O MRP amplia-se e incorpora além da militância do Movimento da Luta Antimanicomial, sociedade civil, universidades, usuários, familiares, dentre outros. Este fato tornou-se decisivo para o fortalecimento de um projeto de saúde com aspiração de acesso universal, reorientação da saúde mental e aprovação da Lei Federal 10.216/2001 (PITTA, 2011). Importante ressaltar que o projeto de lei nº 3.657/1989, anteriormente elaborado, era composto basicamente por artigos que giravam em torno da lógica da não construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos, direcionando os recursos públicos para a criação de “dispositivos estratégicos”³ não manicomiais e autoridades judiciais cientes no caso de “internações compulsórias”⁴.

Tendo em vista os diversos “dispositivos” atuais “de cuidado”, como os já citados, pode-se dizer que muitas mudanças já ocorreram e ainda estão ocorrendo no âmbito da Reforma. A literatura acadêmica no campo da saúde coletiva demonstra que os hospitais psiquiátricos têm sido regularmente substituídos por alternativas não hospitalares, conseguindo “desinstitucionalizar” usuários com histórico de longas internações. A partir do ano 2000 é que os avanços normativos tornam-se mais consistentes, ampliando a rede comunitária com a criação de portarias que expandem os CAPS e instituem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). No entanto, como expresso por alguns pesquisadores,

³ “Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados *dispositivos estratégicos* para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental”. Fonte: Cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica, documento intitulado “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”. *Grifo nosso*.

⁴ Há um grande debate acadêmico a respeito dessas internações compulsórias, como será abordado em capítulo posterior. Ver por exemplo: (COELHO; OLIVEIRA, 2014).

ajustes ainda precisam ser feitos e novos avanços precisam ser produzidos frente aos desafios que surgem diariamente (DELGADO, 2013; ZGIET, 2013; BEZERRA; DIMEINSTEIN, 2011; PITTA, 2011).

Segundo Zgiet (2013), os profissionais de saúde que trabalham na saúde mental foram atores importantes no movimento de modificação do modelo de atenção anteriormente existente. O ambiente manicomial era observado como um espaço de insalubridade tanto para os pacientes quanto para os próprios trabalhadores. Ainda hoje, percebe-se, por parte dos profissionais, inúmeras dificuldades em se trabalhar dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, por esta exigir iniciativa, criatividade e atitude. Na pesquisa desenvolvida por Zgiet (2013), a autora ouviu relatos de que poucos são os profissionais médicos que trabalham em acordo com as orientações da Reforma Psiquiátrica.

Por isso, cabe indagar: de que maneiras estão estruturadas e são operacionalizadas as práticas profissionais em saúde mental frente ao modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica e quais foram as transformações ocorridas (inclusive legais) no sentido de tornar o consumo de drogas em uma questão de “saúde mental” (RUI, 2014)? Como apontado, é no sentido da atuação dos profissionais de saúde no atendimento às pessoas em “sofrimento psíquico” que esta tese se insere. A partir da análise dos dados empíricos, coletados através de observação participante, anotações em diário de campo e entrevistas abertas, cinco temas foram analisados, como forma de investigar a operacionalização da política pública: 1) A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); 2) Os Grupos/Oficinas Terapêuticas; 3) As “externalidades”; 4) A Redução de Danos; e 5) A “medicalização da vida”.

Diante do exposto, temos no primeiro capítulo a apresentação do campo e discussão do contexto teórico-metodológico de desenvolvimento da pesquisa, explicitando as múltiplas faces do objeto a ser investigado. Já no segundo será feita uma descrição da trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no Brasil, entendendo que tais políticas ora se distanciam, ora se aproximam. Sabe-se que existe uma polarização neste cenário normativo, tendo em vista que parte das políticas são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, parte pelo Ministério da Justiça, outras ainda por portarias interministeriais. O questionamento é: em que momento há uma aproximação entre as políticas e, mais especificamente, sob quais circunstâncias a questão de álcool e outras drogas tornou-se um problema de saúde pública e ficou à cargo das pastas da saúde mental? Busca-se responder a essas questões através da trajetória e análise das regras, entendendo que o campo também poderá delinear caminhos possíveis.

No terceiro capítulo iremos apresentar os caminhos epistemológicos de construção de uma nova forma de atenção em saúde mental, a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em contraposição às internações em hospitais psiquiátricos. Faremos, então, uma breve discussão sobre modelos de atenção à saúde, entendendo a concepção do “modelo médico hegemônico” ou “biomédico” apresentando em seguida a assunção do modelo biopsicossocial. Posterior a isso, será desenvolvida uma análise do desenrolar normativo das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas no início do século XXI.

Já no quarto capítulo, a Rede de Atenção Psicossocial será descrita, situando o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito dessa rede. Neste capítulo será apresentado o cenário global de atuação dos burocratas de nível de rua, pois, teoricamente, existe uma articulação entre os diversos *dispositivos* de saúde mental. O conhecimento dessa rede é necessário para que haja a compreensão da operacionalização do trabalho dentro do CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas), um dos dispositivos da RAPS e *lócus* da pesquisa.

No quinto capítulo elaboramos uma discussão em torno da aplicabilidade e conhecimento das normas a partir da visão dos burocratas de nível de rua. Três temas que surgem como fundamentais nesse contexto: a participação nos grupos/oficinas; as “externalidades”; a Redução de Danos. Tais questões são apresentados em seções separadas, como de estabelecer um contraponto entre a visão dos agentes aplicadores da regra e a regra em si.

No sexto e último capítulo, analisamos a temática da “medicalização da vida” face à problematização feita por Rui (2014, p.89) no sentido de pensar se os “CAPS, na prática, estão efetivamente funcionando como pequenas unidades psiquiátricas”. Vimos, a partir dos argumentos construídos pelos burocratas de nível de rua, que as condutas profissionais estão fortemente centradas na utilização de medicamentos psicotrópicos, relegando o uso das tecnologias leves a um plano de cuidado complementar e não principal. O título da tese - “O álcool, a droga e a doença” - surge justamente em função não apenas da transição da discussão do âmbito da segurança pública para o da saúde pública, mas, principalmente, em função do viés biologizante que surge no cenário das práticas, conferindo o estatuto de “doença” ao uso de álcool e outras drogas. Por fim, tecem-se as considerações finais desta pesquisa de tese.

CAPÍTULO I

SOBRE O CAMINHO DA PESQUISA

1.1. O contexto teórico-metodológico: “juntando as peças e quebrando a cabeça”

A argumentação de Gilberto Velho (1986, p.38) de que “todo o trabalho tem uma forte dimensão autobiográfica” é o ponto de partida para a descrição das questões teórico-metodológicas que envolvem essa pesquisa. Talvez como em toda pesquisa de doutorado, meu objeto de estudo é multifacetado e pode ser observado sob diversas óticas, dentre as quais adiante explico minha. Proponho-me a investigar a prática profissional em saúde mental no tocante à questão do uso considerado *abusivo* ou *prejudicial* de álcool e outras drogas no município em questão, estado do Rio de Janeiro. Dizendo de outro modo, pretendo compreender como são operacionalizadas as políticas públicas de saúde mental, a partir de seus operadores, os burocratas de nível de rua (LIPSKY, 1980/2010), tendo como mote a Reforma Psiquiátrica, movimento em curso que pretende alterar as formas de se *cuidar* ou *tratar* em saúde mental, escapando de uma lógica manicomial e biomédica, para uma territorial e psicossocial⁵.

Logo nesse início já temos muitas questões a serem explicadas e que demonstram o quão multifacetado é o objeto de pesquisa: 1) a escolha pelo uso de determinados termos nativos ao longo do texto, que neste primeiro parágrafo aparecem em itálico; 2) a primeira opção teórica, que diz respeito ao uso das abordagens teóricas de Lipsky (1980/2010) ao investigar os agentes institucionais com elevado poder discricionário, os “burocratas de nível de rua”; 3) a temática da saúde mental; 4) a temática do uso de drogas.

Além dessas questões, ressalto que a visão aqui impressa é fortemente influenciada por minha também múltipla formação: sou graduada em Ciências Sociais e Farmácia, mestre em Saúde Coletiva e agora na Sociologia Política. Este fato me trouxe preocupação em alguns momentos ao longo da pesquisa, mas já imersa no processo de escrita, observo terem sido não só enriquecedoras, mas experiências fundamentais para o desenvolvimento científico desse trabalho. Começo então explicando essa última parte, para posteriormente propor uma explanação sobre cada um dos quatro tópicos citados.

⁵ Tais modelos e lógicas, biomédicas e psicossocial serão abordadas na primeira sessão do capítulo III.

Ouvi muitas vezes pessoas me perguntando sobre minhas duas formações, o motivo das Ciências Sociais, o motivo da Farmácia, o motivo das duas juntas. Nunca soube responder com precisão e talvez ainda não saiba. Fiz um esforço durante a minha dissertação de mestrado, ao abordar os aspectos das minhas duas formações. Aqui não faço novamente esse esforço. Não por achar desnecessário, mas agora tenho um empenho talvez maior: discutir como a Saúde Coletiva me trouxe de volta às Ciências Sociais, mais especificamente à Sociologia Política, e como essa formação contribui hoje para que eu possa pensar sociologicamente um problema sem precisar abandonar a Saúde Coletiva para que meu objeto seja “mais sociológico”. Explico melhor.

Fiquei por dois anos fazendo as duas graduações conjuntamente, até que concluí o curso de Ciências Sociais e ainda tinha pela frente mais dois anos e meio do curso de Farmácia. Não foi fácil. Meus anos do curso de Farmácia foram imersos em números: físicas, químicas, físico-químicas, bioquímicas, analíticas, clínicas, instrumentais. Meus anos de curso de Ciências Sociais imersos em teorias antropológicas, sociológicas, políticas, sócio-antropológicas. O curioso era nos dois cursos ouvir e ler: 1) na Farmácia, sobre a necessidade e importância das Ciências Sociais para a formação dos profissionais de saúde e desenvolvimento de pesquisas; 2) da influência da matemática e das ciências naturais na elaboração de um método sociológico nos primeiros anos de surgimento da disciplina. Fui percebendo que talvez eu não estivesse errada nas minhas duas escolhas, elas tinham sim, muito a ver.

Como dito, tive muitas disciplinas das ciências naturais no curso de Farmácia e confesso que os teóricos das Ciências Sociais ficaram um pouco esquecidos nos dois últimos anos daquela faculdade, quando eu já tinha concluído a primeira graduação. Mais ao final dos cursos da área da saúde, como é de praxe nessa área, dedicamos grande parte do nosso tempo aos estágios, aprendendo o ofício de se vestir um jaleco branco e tudo que aquilo representa⁶ para nós mesmos e para as outras pessoas. Embora nesse período tenha me afastado das leituras da primeira graduação, os questionamentos, a problematização e o olhar crítico sobre a realidade persistiam, o que me provocava constante estranhamento sobre as práticas em saúde e todas as questões que envolvem o processo saúde-doença, entendendo-o como um processo social. As práticas que cito eram quase sempre voltadas para a questão do uso de medicamentos, as funções atribuídas a eles e a influência da indústria farmacêutica no mercado e na vida das pessoas. Comecei, então, a buscar autores das Ciências Sociais que já

⁶ Para maior compreensão desse rito, de “vestir o jaleco”, ler Bonet (2004).

tivessem olhado para essa questão. Os que mais influenciaram, inicialmente, minha construção de pensamento foram Azize (2002; 2010), Castro (2012), Dupuy e Karsenty (1979).

Durante a faculdade de Farmácia os componentes curriculares que mais despertavam meu interesse estavam quase sempre vinculadas à parte mais “humana” ou “social” do curso: foram as disciplinas de “Projeto Integrador”, que buscava inserir os alunos em contextos reais de aprendizagem⁷; Saúde Coletiva que abordava, principalmente, a história de construção do SUS no Brasil e Atenção Farmacêutica, que discutia as ações que envolvem a prática farmacêutica em busca da promoção do que é chamado “uso racional de medicamentos”, em nossa prática. Nos meses finais de curso eu já sabia o caminho a seguir. Sob as diversas influências das leituras da antropologia e sociologia, principalmente, entendi que minhas duas escolhas se cruzavam a todo instante e que ambas eram necessárias para que eu adquirisse maior aprofundamento intelectual nas Ciências Sociais, encontrando leituras que despertavam com ainda mais força meu interesse por essa área e maior senso crítico sobre as ciências farmacêuticas. Escolhi, então, o curso de Saúde Coletiva, por abarcar toda a gama de possibilidades que eu observava naquele momento. Antes de meu ingresso no mestrado, fiquei no ano de 2011 trabalhando em Niterói, no estado do Rio de Janeiro, como farmacêutica de uma grande rede de drogarias. Lá meus questionamentos sobre a função ocupada pelos medicamentos na vida das pessoas cresceram. Pude perceber como funciona na prática todas as problematizações que antes eu só via nos livros. Foi trabalhando como farmacêutica, que eu ouvi pela primeira vez a afirmação “*eu não vivo sem o meu Rivotril*”, frase que influenciou a construção de meu objeto de estudo na Saúde Coletiva.

Em 2012 ingressei no mestrado em Saúde Coletiva na UFF e fui perceber como as Ciências Sociais são caras a esse campo do saber. Dividida em três grandes espaços e formações disciplinares: 1) Epidemiologia; 2) Política e Planejamento; e as 3) Ciências Sociais e Humanas, pode-se dizer que a Saúde Coletiva é entendida como “um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos” (NUNES, 2007, p.27). Segundo Stotz (1997), não há um conceito fechado sobre esse campo, justamente por todas as tensões epistemológicas que o demarcam, tendo características interdisciplinares que impossibilitam a construção de uma teoria unificadora sobre seus objetos. Por razões óbvias, no mestrado eu estava inserida na linha de pesquisa “Ciências

⁷ Os alunos de todos os cursos da área da saúde se dividiam em pequenos grupos e visitavam famílias vinculadas a alguma Estratégia Saúde da Família (ESF) do município. Além de realizar atividades nas comunidades, como palestras, campanhas diversas, mutirões, etc.

Sociais e Humanas em Saúde”, minha orientadora na ocasião, a professora Ivya Maksud, é uma Cientista Social, fato que me trouxe de volta ao universo das teorias sociais e antropológicas clássicas, especialmente a partir de uma disciplina chamada “Tópicos Especiais em Ciências Sociais e Humanas”. Minha pesquisa foi dedicada à investigação sobre a utilização de medicamentos ansiolíticos por mulheres jovens, manifestando a ideia do estatuto conferido a essas drogas prescritas, temática cara para a investigação que hoje realizo no doutorado, sobre o uso de drogas.

Naquele período percebi como a Saúde Coletiva é um campo epistemologicamente marcado pela teoria social, política e antropológica, sendo seus estudos teórica e metodologicamente carimbados por essas influências. Como minha orientadora, conheci diversos outros cientistas sociais que se dedicam a pesquisas na área da saúde, alguns hoje inteiramente inscritos na saúde coletiva e outros que fazem parte de programas de pós-graduação nas três grandes áreas das Ciências Sociais. O fato é que essas pesquisas se situam na interface do conhecimento, trazendo grande enriquecimento aos temas. Durante a pesquisa do mestrado o interesse pelas discussões em saúde mental surge com muita força: as drogas ansiolíticas, as drogas prescritas, as drogas não prescritas, os “especialistas da cura” (LOYOLA, 1984), a “doença dos nervos” (DUARTE, 1988), todas essas discussões despertam em mim o interesse para uma nova investigação científica, agora para o doutorado. Nesse processo, há outro acontecimento que motiva minha escolha: minha inserção profissional como farmacêutica do Programa de Saúde Mental da Prefeitura de Itaperuna, Rio de Janeiro⁸.

Nesse momento, as leituras clássicas de teoria antropológica e sociológica surgiam com mais força, o que marcou meu interesse por um retorno às Ciências Sociais. Escolhi o Programa de Sociologia Política por entender que também se tratava de um esforço interdisciplinar, local onde eu teria amparo teórico para aflorar minha “imaginação sociológica” (MILLS, 1969, p.17), sem abandonar os achados da Saúde Coletiva. Assim já justifico meus dois primeiros capítulos, fortemente apoiados em estudos desenvolvidos nesse campo. Quase retornando à discussão sobre a polissemia de temas que envolvem essa tese, argumento que o caminho para o desenvolvimento tanto do recorte quanto da temática a ser desenvolvida e do método a ser utilizado não foi rijo. Trata-se de um método artesanal (BECKER, 1997) de se fazer ciência, pois, como explica Bourdieu (1989):

⁸ Sobre minha inserção profissional como farmacêutica do Programa de Saúde Mental de Itaperuna, mais detalhes no primeiro capítulo.

“A construção do objeto – pelo menos na minha experiência de investigador – não é uma coisa que se produza de uma assentada, por uma espécie de acto teórico inaugural, e o programa de observações ou de análises por meio do qual a operação se efectua não é um plano que se desenhe antecipadamente, à maneira de um engenheiro: é um trabalho de grande fôlego, que se realiza pouco a pouco, por retoques sucessivos, por toda uma série de correções, de emendas, sugeridos por o que se chama o ofício, quer dizer, esse conjunto de princípios práticos que orientam as opções ao mesmo tempo minúsculas e decisivas” (BOURDIEU, 1989, pp. 26-27).

Pode-se dizer que as perspectivas teórico-metodológicas que orientam essa tese percorrem caminhos diversos, à medida em que, ao longo do campo, se percebe novas necessidades e entraves. Não se busca, então, uma linearidade, nem uma resposta precisa para tantas perguntas. Busca-se, ao contrário, contribuir para o desenvolvimento científico do que é tido como um problema social, transformando-o em um problema sociológico. Para isso, já explico que a investigação aqui proposta tem como mote a Reforma Psiquiátrica, desse modo, mesmo olhando de um caleidoscópio, a discussão sobre a temática do álcool e outras drogas aqui impressa se situa no estrito viés da saúde pública. A esse respeito, Becker (2009) explica que:

“Cada tema sobre o qual escrevem faz parte da experiência de muitos outros tipos de pessoas, todas as quais têm suas próprias maneiras de falar sobre ele, suas próprias palavras distintas para os objetos, eventos e pessoas envolvidos naquela área da vida social. Essas palavras nunca são significantes objetivos neutros. Ao contrário, expressam a perspectiva e a situação das pessoas que a utilizam. Os nativos já estão lá, sempre estiveram lá, e tudo no campo tem um nome, ou mais provavelmente, muitos nomes. Quando optamos por nomear o que estudamos com palavras que as pessoas envolvidas já empregam, adquirimos, com as palavras, atitudes e perspectivas que elas implicam (...) a escolha das palavras de qualquer um daqueles vocabulários nos compromete com uma ou outra das perspectivas em uso por um ou outro dos grupos já em cena. Essas perspectivas, invariavelmente, dão muitas coisas por certo, fazendo pressuposições sobre aquilo que cientistas sociais deveriam tratar como problemático” (BECKER, 2009, pp.218-219).

A passagem de Howard Becker possibilita o retorno ao início do texto quando falo das múltiplas faces do objeto de pesquisa, destacando quatro itens considerados importantes para problematização. O primeiro diz respeito ao uso de determinados termos ao longo do texto. Frequentemente incorporo à escrita termos nativos como: *no cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas; uso prejudicial de álcool e outras drogas; pessoas em sofrimento psíquico; etc.* Tal escolha deriva da adoção política dos mesmos, encontrando-os nas cartilhas do Ministério da Saúde, documentos oficiais e normas atuais como forma de reduzir o uso de palavras consideradas estigmatizantes, como drogado, viciado, dependente, doente mental, entre outras. Então, não optamos pela utilização de certos termos para dar maior clareza ao objeto de estudo, tratando-se sim, de uma escolha vinculada ao viés ao qual a pesquisa se dedica: a temática de álcool e drogas a partir da lógica da saúde mental.

No entanto, como indica Becker (2009), tal apropriação pode levar o pesquisador a um erro: o de adotar a perspectiva de algum dos grupos, que muitas vezes já “chegaram lá primeiro”, sem parecer fazê-lo, refugiando-se na pretensa cientificidade e neutralidade das Ciências Sociais. Argumento expondo todos os caminhos que me levaram a esse objeto de estudo, as escolhas teórico-metodológicas e a visão caleidoscópica oferecida a quem se propõe fazer uma pesquisa sobre a temática das drogas. A adoção por determinados termos diz sim respeito a uma inserção do pesquisador enquanto possível objeto de seu próprio estudo, mas que nesse momento se coloca ou busca o estranhamento do familiar (VELHO, 1978). Ao longo do texto chamei, mais algumas vezes, a atenção para a adoção de determinadas expressões, não a fim de fazer uma discussão profunda a esse respeito, mas para ponderar que a linguagem e vocabulário utilizado trazem “toda uma filosofia petrificada do social” (BOURDIEU, 2004, p.32). Como proposto por Bourdieu (2004) não só a linguagem corrente, mas a utilização erudita de palavras banais, firmam a principal forma de expressar as representações comuns da sociedade, sendo por isso necessária sua problematização.

O segundo ponto diz respeito à opção teórica pela obra “Street-Level Bureaucracy: dilemmas of the individual in public services”, de Michael Lipsky, publicada originalmente em 1980. A explicação dada pelo autor sobre a obra já nos possibilita a compreensão de sua adoção teórica nessa tese:

“This book is in part a search for the place of the individual in those public services I call street-level bureaucracies. These are the schools, Police and welfare departments, lower courts, legal services offices, and other agencies whose workers interact with and have wide discretion over the dispensation of benefits or the allocation of public sanctions” (LIPSKY, 2010, preface, xi).

A obra se fundamenta a partir de observações do comportamento coletivo frente às organizações que compõem o serviço público, buscando compreender como o trabalho e os dilemas envolvidos são experimentados por seus agentes, os burocratas de nível de rua. O autor constrói o argumento de que as decisões e rotinas estabelecidas pelos burocratas são dispositivos para atuar frente a incertezas e pressões das mais diversas ordens, o que, na realidade, é a política pública em sua execução. Para ele, o alto escalão administrativo e decisório é importante, mas não representa a completude e complexidade envolvida no desenvolvimento da política. Os variados locais onde as mesmas são executadas, os encontros e desencontros dos trabalhadores, seus grupos de interesse, lutas diárias entre si e com os cidadãos, possibilitam a existência de um elevado poder discricionário por parte dos agentes que desprendem suas práticas cotidianas da norma formal, incorporando concepções informais às suas ações (LIPSKY, 2010).

Entende-se, então, esse trabalho, também como uma pesquisa sobre as burocracias de nível de rua, uma vez que se busca compreender como as políticas públicas de saúde mental no tocante à temática do uso de álcool e outras drogas são operacionalizadas por seus agentes. O poder discricionário dos que operacionalizam a regra fica ainda mais evidente para esta pesquisadora no cotidiano de suas práticas, fora do momento formal das entrevistas. Como discutido por Lipsky, é no cotidiano que os burocratas lidam com os resultados de suas práticas e encontram formas de gestão para suas consequências, desenvolvendo procedimentos e rotinas que muitas vezes se afastam das concepções primeiras da elaboração de uma política. Desse modo, a rotina de observação é parte fundamental desse trabalho, como será apresentado mais adiante.

O terceiro ponto relativo às múltiplas faces desse objeto de pesquisa diz respeito à sua observação, a partir da temática da saúde mental. Além de todas as questões que envolvem diretamente essa opção, como a carreira acadêmica da pesquisadora e sua inserção profissional, outra questão fez parte desse processo com bastante força: a lacuna apontada por Taniele Rui (2014) ao desenvolver uma pesquisa sobre o crack na cidade de Campinas, no estado de São Paulo. Em meio às variadas questões envolvidas na temática, ela lança a ideia da necessidade de novas pesquisas que busquem compreender a transição da discussão sobre as drogas da esfera jurídica para a da saúde. Esse recorte também foi considerado importante face a um questionamento inquietante surgido em uma das apresentações de meu projeto de pesquisa aos colegas do doutorado em Sociologia Política. A pergunta dizia respeito à minha “aparente” neutralidade frente a um objeto permeado por disputas das mais diversas ordens e por movimentos de luta. A questão estava mais vinculada ao meu posicionamento pessoal em relação a alguns temas, como a reforma psiquiátrica, a legalização de certas drogas, etc., mas sobretudo, me direcionou à necessidade de um recorte em relação à essas múltiplas faces. Foi decidido então, a partir das orientações teórico-metodológicas e necessidades da pesquisa, não apenas realizar o trabalho em um serviço público tido como de saúde mental, mas pensá-lo e problematizá-lo a partir das ideias desses agentes.

As abordagens teóricas das Ciências Sociais continuam aqui trazendo o estranhamento necessário para o desenvolvimento científico dessa tese e, também, para possibilitar o estranhamento no campo, mesmo que ele seja “familiar”. O questionamento do colega se mostrou inquietante naquele momento, no sentido de me fazer repensar sobre meu próprio lugar na pesquisa, mas também reconfortante, por perceber que, mesmo sendo uma trabalhadora em saúde mental, havia indícios de que eu tinha conseguido construir não a neutralidade, mas o afastamento necessário ao desenvolvimento do estudo. Algumas leituras

específicas (FOUCAULT, 1961/2012; CASTEL 1978; AMARANTE, 1994), além daquelas já apontadas, auxiliaram na construção desse estranhamento no que tange à estrita discussão sobre a “história da loucura”, as práticas manicomiais e os movimentos reformistas em saúde mental.

Diante de todas as questões já colocadas que envolvem o objeto da pesquisa, o último ponto a ser desenvolvido diz respeito à multiplicidade de abordagens vinculadas à temática das drogas. A opção por adotar uma discussão direcionada às políticas de saúde mental não exclui a imensidão de temas que permeiam todo o universo de abordagens possíveis. Por isso, em meio ao trabalho de campo e aos levantamentos bibliográficos, considere necessário conhecer algumas pesquisas e os múltiplos temas que permeiam o debate. Não pretendo aqui fazer uma revisão das obras descobertas, mas demonstrar que toda essa multiplicidade de temas e visão caleidoscópica acaba por envolver meu campo, auxiliando na construção argumentativa da tese. Três trabalhos me chamaram especial atenção nesse processo: um livro organizado por Alba Zaluar (1994), outro de autoria de Raul Francisco Magalhães (1994), fruto de sua dissertação de mestrado e a tese de doutorado de Eduardo Vargas (2001). Os três trabalhos situados no campo das Ciências Sociais trazem valiosas contribuições para a construção de novas formas de se pensar a questão do uso de drogas, lícitas e ilícitas, demonstrando que as informações divulgadas pela mídia e as políticas adotadas pelo Estado auxiliam na perpetuação do preconceito e estigma em relação aos usuários, mantendo seu *status quo*. Zaluar (1994) argumenta que o contexto sociocultural envolvido no uso das drogas tem perdido espaço para a visão epidemiológica, farmacológica e também psicológica, inclusive entre os que consideram a política nacional atrasada e repressiva. O apontamento da autora se mostra caro a essa pesquisa, uma vez que, como será discutido adiante, sob o estatuto da medicina e dos dados epidemiológicos, o uso de drogas, passa a ser entendido como uma questão de saúde pública, sendo possível seu “tratamento” através do uso de medicamentos psicotrópicos, prescritos por psiquiatras e acompanhamento de um conjunto de profissionais de saúde. Como expresso por Vargas (2001), há uma partilha moral (médico-legal) entre os usos lícitos e ilícitos de drogas, sendo a sociedade ocidental marcada por uma relação paradoxal em relação a esse consumo, ora incitado, ora condenado. Magalhães (1994) contribui nesse sentido, ao demonstrar que toda a complexidade envolvida na questão deriva das controvérsias morais e ideológicas que acabam por justificar a adoção de determinadas políticas.

Assim, tendo apresentado os primeiros caminhos de construção dessa pesquisa, passaremos a uma breve apresentação de minha inserção no campo e das questões éticas ali envolvidas.

1.2. Pensando as questões éticas da pesquisa

Em meados do ano de 2015 comecei a ficar preocupada com minha inserção no campo de investigação. Os dois maiores motivos da apreensão eram: 1) a autorização para a realização da pesquisa; e 2) as questões éticas ali envolvidas. Precisava começar pelo primeiro ponto, já que para dar andamento aos trâmites éticos eu precisaria de uma autorização formal de um dos responsáveis do local de realização do trabalho. Antes disso já havia conversado com um dos gestores da área da saúde do município⁹, mas de uma pasta diferente da qual me propunha para a realização da pesquisa. O diálogo com esse gestor se deu na tentativa de estabelecer uma primeira aproximação com a diretoria de saúde mental do município, já que não conhecia ninguém vinculado a tal pasta. Após uma conversa bastante interessante sobre meu trabalho¹⁰, os contatos telefônicos dos responsáveis pela saúde mental me foram passados, o que, naquele momento, já indicou que talvez uma autorização para a pesquisa não fosse difícil de ser alcançada.

No mesmo dia fiz um contato telefônico. Tentei marcar um horário com a direção de saúde mental, mas não obtive sucesso. Embora muito receptivos, a justificativa para a negativa era a de que o município passava por grande transição em seu quadro de funcionários. Muitos dos trabalhadores contratados estavam sendo substituídos por profissionais efetivos, aprovados em concurso público, sendo aquele momento bastante “turbulento”, para a gestão, o que dificultava o nosso encontro. Uma semana depois tentei novo contato telefônico, mas não fui atendida. Por meios informais, com trabalhadores da área da saúde do município, procurei me informar sobre a citada transição, de saída dos contratados e entrada de servidores efetivos, segundo eles isso de fato acontecera.

Decidi aguardar. Nessa época eu estava fazendo um curso sobre métodos qualitativos de pesquisa, ocasião em que conheci um estudante de mestrado que concluía uma pesquisa sobre o programa “*Crack, é possível vencer*” no município pesquisado. Já inserido em uma área afim à minha, o estudante me indicou alguns contatos que poderiam me levar diretamente

⁹ Conheci esse gestor na ocasião de realização de uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde da qual eu era uma das pesquisadoras de campo.

¹⁰ O profissional, graduado em psicologia, após uma breve apresentação de minha trajetória acadêmica, se pôs a falar sobre o tema da “medicalização da vida” e como tal questão tem permeado todo o cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial. Ele, inclusive, utilizou um termo que eu nunca tinha ouvido: “enCAPSulados”.

à coordenação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do município (CAPSad III), *locus* da minha pesquisa. Assim foi feito. Poucos dias depois, já passando do terceiro trimestre do ano de 2015 tive o primeiro contato com o campo de investigação. Nessa ocasião fui muito bem recebida pela coordenação do dispositivo, que autorizou a realização da pesquisa e explicou brevemente o funcionamento da unidade. Informei que era uma pesquisa de observação e que ao final dessa etapa seriam realizadas entrevistas com todas as categorias profissionais da unidade.

Inicialmente me questionei e fui questionada pelos membros da banca de minha defesa de projeto sobre a amplitude e dificuldade de análise dessa proposta; entrevistar todos os profissionais. No entanto, em meio ao campo e em função do escopo teórico-metodológico da pesquisa, considerei ser importante entrevistar todas as categorias profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de farmácias, vigilantes, serviços gerais, assistentes administrativos e recepcionistas. Já justifico. Embora outros profissionais que estejam inseridos no cotidiano da unidade, como serventes, recepcionistas e vigilantes, não possuam nenhuma formação específica na área da saúde ou algum curso profissionalizante¹¹, os mesmos fazem parte do cotidiano da unidade e possuem interferência sobre as práticas dos demais profissionais. Ou seja, todos os profissionais que integram a unidade estão em contato direto com os usuários e exercem alguma função que, de alguma maneira, interfere naquele cotidiano, sendo, portanto, importante ouvi-los. Discutiremos em maior profundidade esse tópico no quinto capítulo dessa tese, ao falarmos sobre as corporações e atuação profissional.

Tendo recebido o consentimento para realização da pesquisa, comecei a me perguntar a sobre a necessidade de aprovação formal por parte de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos, afinal essa é uma questão importante e que gera bastante debate no meio acadêmico, acerca dos critérios éticos que envolvem as pesquisas nas Ciências Sociais. A Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) não possui um Comitê de Ética para pesquisas envolvendo seres humanos, então, eu precisaria procurar uma outra instituição cadastrada para realizar tal procedimento. Vi que há muita discussão nesse sentido (DINIZ, 2008; GUERRIERO; MINAYO, 2013), especialmente sobre a necessidade de direcionamentos específicos para as pesquisas em Ciências Sociais e Humanas, uma vez que os pesquisadores de tal área têm tido dificuldade para aprovação de suas pesquisas, justamente pelo engessamento e especificidades estritamente biomédicas vinculadas às

¹¹ Os vigilantes possuem um curso de “Vigilante Patrimonial”.

exigências dos CEP e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). No mestrado eu já havia experimentado tais dificuldades. Decidi, então, apesar da uma não exigência por parte do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UENF e nem do meu campo de pesquisa, mesmo assim, realizar a submissão do projeto para apreciação ao CEP de uma outra instituição de ensino superior, a Faculdade Redentor, com sede em Itaperuna.

1.3. A entrada no campo: entre o exótico e o familiar

Para a pesquisa de campo eu contei com três técnicas consideradas igualmente fundamentais para o alcance do objetivo proposto: 1) a observação participante; 2) as anotações em diário de campo; 3) as entrevistas abertas. Essas últimas foram realizadas após o período de observação, já ao final da pesquisa de campo. Foram utilizados nomes fictícios para representar os profissionais entrevistados. Exposto isso, prossigo com minhas impressões, sabendo que em capítulos posteriores as questões postas aqui serão discutidas em maior profundidade.

Olhares curiosos e desconfiados me circundavam em meu primeiro dia de campo. Cheguei por volta das 08:20 horas, horário estratégico para que a instituição de saúde já estivesse aberta e para que eu não perdesse muitos dados nesse início de amanhã. Embora seja um local de assistência 24 horas, no CAPSad III o atendimento ao público acontece de 08 às 17 horas, a não ser para casos de atendimento no chamado “leito psicossocial”. Durante o período noturno permanecem na unidade, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 vigilante patrimonial, profissionais que oferecem atendimento aos pacientes *internados*. Na ocasião de minha primeira visita à unidade para conversar com a coordenação, ainda em 2015, já havia conhecido todo o espaço, bastante amplo, aliás. Fui informada sobre as dificuldades estruturais do serviço, a falta de pintura, cadeiras, mesas, computadores, papéis e os mais diversos insumos, o que visivelmente traz entraves à realização do serviço. Procurei me informar sobre o número de usuários cadastrados na unidade, frequentadores ou não, o quantitativo de homens e mulheres, mas não tive acesso a essas informações. Segundo um dos profissionais um levantamento preciso a esse respeito nunca foi realizado em função das dificuldades apresentadas anteriormente em relação à escassez de materiais.

A unidade fica situada na região central do município, e de fácil acesso a outras instituições de saúde no entorno. Na mesma rua funciona um dispositivo de saúde mental, o CAPS infantil. Ao chegar fui interrogada na sala de recepção por um dos profissionais: “*posso te ajudar*”? Apresentei-me. Disse ser uma pesquisadora da UENF e perguntei se poderia, ali

mesmo, aguardar a chegada da coordenadora. Fiquei sentada na recepção por cerca de uma hora já observando o cotidiano da unidade. Percebi que aquele seria um local estratégico para que eu pudesse conhecer e compreender todos os fluxos diários: entrada e saída de pacientes, familiares, abordagens realizadas, etc. Depois desse primeiro dia aquele se tornou um local privilegiado de observação e pelo número de informações captadas naquela primeira hora eu já poderia imaginar que durante todo o ano de 2016 aquele lugar seria o meu espaço de observação.

Como argumenta Velho (1999): “para conhecer certas áreas ou dimensões de uma sociedade é necessário um contato, uma vivência durante um período de tempo razoavelmente longo” (VELHO, 1999, p.123). Prevê-se, então, um período de imersão em que seja possível que o pesquisador já se sinta “invisível” no ambiente em que realiza a pesquisa, embora, como argumenta Bonet (2004), o método da observação participante, legado de Malinowski, seria uma esquisita mistura de isolamento e observação, participação e intrometimento.

O sentimento de “intrometimento” permeou os meus primeiros três meses de campo, período em que ainda era abordada por pacientes que me confundiam com profissionais e que profissionais achavam que eu era uma estagiária. O local onde me sentava na recepção não era diretamente a mesa onde os burocratas daquela unidade se dispõem para receber as pessoas. Eu ficava ao lado dessa mesa da entrada, em uma distância que poderia dar a entender a quem entrava que ali havia uma paciente e não uma funcionária. No entanto, em momento algum fui confundida com um paciente. As pessoas sempre se dirigiam a mim como sendo uma possível trabalhadora do local. Atribuí tal fato às minhas vestimentas, por ter sempre uma folha e caneta à mão e uma bolsa junto ao corpo. Além de ser mulher, já que a presença masculina é algo marcante na unidade entre os usuários¹². Percebi que tais características possibilitavam a “distinção”, no sentido bourdieiano do termo (BOURDIEU, 2011) me tornando, aos olhos dos pacientes, parte do corpo burocrata.

Retornando à descrição sobre a entrada no campo, após a chegada da coordenadora eu já me apresentei aos profissionais daquele dia. No entanto, como há um número grande de burocratas, trabalhando em dias específicos da semana, não conheci a todos naquele momento. Expliquei a cada um que era uma pesquisadora da UENF e passaria o restante do ano realizando uma pesquisa que versava sobre as práticas profissionais em saúde mental.

¹² Tal fato denota alguns questionamentos importantes: seriam os homens os maiores consumidores de drogas? Seriam as mulheres igualmente usuárias de drogas havendo algum tipo de barreira que impeça a procura pelos serviços de saúde? Esses questionamentos podem demonstrar a necessidade de estudos que estabeleçam uma problematização maior sobre essa questão de gênero.

Mesmo diante dessa explicação, por diversas vezes após esse dia, ouvi profissionais se referindo a mim como “a estagiária”. Uma vez um deles disse: “*chama a estagiária para tomar café aqui com a gente*”. Pude notar que os profissionais que me consideravam “uma estagiária” não eram os de nível superior, mas aqueles sem formação específica, como os vigilantes ou auxiliares de serviços gerais.

Soube também que em um grupo virtual de trabalho indagaram: “*quem é aquela menina que fica sentada ali na recepção?*”. Após esse período inicial de entrada no campo, a fase da desconfiança (ADORNO, 1991) aparentemente passou, fato ocorrido bilateralmente. Fui me tornando parte da “paisagem” da recepção. Era convidada frequentemente para tomar café, almoçar, participar de eventos que os profissionais percebiam ser importante à minha pesquisa e, também, não mais a apenas observar, como também participar dos “grupos” e “oficinas” que fazem parte do processo considerado “terapêutico”. Essa discussão será retomada em maior profundidade no quinto capítulo desta tese.

A participação nos “grupos” é a principal forma de tratamento e estabelecimento de vínculo do usuário com a unidade. Nesses grupos acontecem diversos tipos de atividades, como palestras sobre temas da área da saúde, momentos de reflexão, leitura de textos, dinâmicas, que fazem emergir, na maioria das vezes por parte dos pacientes, histórias de vida ligadas ao contexto do uso de drogas, possibilitando que cada um deles fale abertamente sobre o que sente a partir daquela experiência.

Tive a oportunidade de participar como observadora desses grupos, notando que as abordagens, dependendo da categoria profissional se altera. Os grupos desenvolvidos pelos profissionais da enfermagem versam, na maioria das vezes, sobre questões de saúde e doença, hipertensão, diabetes, efeitos nocivos das drogas no organismo, doenças sexualmente transmissíveis, etc. Os pacientes se referem a esses grupos como “palestras”. Existem grupos que conjugam profissionais de mais de uma categoria, essa estrutura não é fixa, depende do profissional que trabalha naquele dia da semana. No quadro 1 apresento a disposição dos grupos e uma breve explicação sobre cada um deles.

Quadro 1: “Grupos” desenvolvidos na unidade

Grupos e Oficinas	Horário	Característica
Grupo de Recepção	Segunda-feira às 14h Terça-feira às 14h Quarta-feira às 14h Sexta-feira às 14h	Grupo desenvolvido com a finalidade de receber o paciente pela primeira ou segunda vez na unidade, discutindo, principalmente, questões relativas à sua história de vida e motivos que levaram à procura por aquele determinado serviço.
Projeto Fase I ou Grupo de Fase I	Segunda-feira – 08 às 15h Quarta-feira – 08 às 15h	Grupo desenvolvido para pacientes que estão no início do tratamento, que se encontram em tratamento chamado “intensivo” por virem cerca de três vezes à instituição.
Projeto Fase II ou Grupo de Fase II	Terça-feira – de 08 às 15h Quinta-feira – de 08 às 15h	Grupo desenvolvido para pacientes com o tratamento em curso, já com redução do uso da droga, que vão à unidade menos vezes por semana, em tratamento “semi-intensivo”.
Projeto Fase III ou Grupo de Fase III	Semanalmente	Grupo desenvolvido para pacientes que já percorreram as fases anteriores e mantêm-se no tratamento, buscando, após isso, a reinserção social. É considerado então, um tratamento “não intensivo”.
Grupo de Mulheres	Quarta-feira: 13 às 15h Sexta-feira: 13:30 às 16h	Grupo organizado para atender à demanda feminina, voltado para produções artesanais com geração de renda.
Grupo Matrix	Segunda-feira: 08 às 09h	Grupo direcionado à pacientes que trabalham e necessitam de horário mais flexível para permanecer no emprego e não deixar de fazer o tratamento.
Grupo Pós-Tratamento	Mensal	Grupo direcionado aos pacientes abstinentes, também chamado “Grupo de Alta”.
Oficinas de Música, Artesanato, Origami e Atualidades	Dias diversos no período vespertino	Oficinas voltadas à terapia com arte, música e origamis.
Assembleia	Quinzenalmente	Assembleias para discussões de temas ligados à atualidade, política e cidadania, forma de estimular a participação social

Fonte: elaborado pela autora.

As experiências vivenciadas em cada um destes grupos serão dispostas no desenrolar da tese, de acordo com a emergência de temas considerados pertinentes. Por hora vale apontar que o grupo de recepção é desenvolvido para receber o usuário pela primeira vez na unidade ou recebê-lo novamente, em caso de retorno ao tratamento. Importante explicitar, então, quais os procedimentos burocráticos utilizados assim que o paciente chega pela primeira vez ao serviço de saúde. Ao chegar à unidade, ele sozinho ou com algum acompanhante, é recebido pelo funcionário presente na recepção, que não é necessariamente um recepcionista, mas sim, geralmente, um técnico de enfermagem. É preenchida uma espécie de “folha de rosto” do prontuário, com seus dados principais, nome, endereço, sexo, etc. Em seguida, o usuário é encaminhado para o “acolhimento”, momento em que ele fala pela primeira vez os motivos que o levaram a procurar o local. Pelo que observei, na maioria das vezes esse acolhimento é

feito por um profissional de nível superior, chamado no CAPSad de “técnicos em saúde mental” ou “técnico”.

Durante o acolhimento o “técnico” avalia a história apresentada, fazendo questionamentos relativos ao seu cotidiano, droga de escolha, periodicidade de uso e questões de diversas ordens, como local de moradia, interações familiares, emprego, renda, escolaridade. Nesse momento começa a ser elaborado o que é chamado no serviço de “Projeto Terapêutico Singular” (PTS). De acordo com esse projeto é que se delineiam o número de vezes que o usuário virá à unidade, por quais profissionais ele irá ser atendido e toda sua rotina no local. No entanto, o PTS só é estabelecido após participação nos grupos de recepção, atendimento por outros profissionais e participação nos grupos de recepção, o que significa que isso não possa acontecer, já no momento do acolhimento. Passada a fase do acolhimento o paciente é encaminhado a dois grupos de recepção.

Após o acolhimento e participação nos dois grupos de recepção, no geral é marcada uma consulta com o médico psiquiatra. Segundo os profissionais, nem sempre é necessário o atendimento por esse profissional, mas quase sempre ocorre. É no atendimento com o psiquiatra que são feitas as prescrições medicamentosas, como será abordado ao longo da tese. Posterior a essas etapas, acolhimento, grupos de recepção, consulta psiquiátrica ou atendimento individual com algum outro profissional, como assistente social e psicólogo, iniciam-se as participações nos grupos. Essa trajetória não é linear como apresenta-se nessa tese. Os PTS’s vão sendo modificados de acordo com as necessidades individuais. O desenho aqui feito se dá na tentativa didática de delinear o funcionamento cotidiano do serviço.

Como definido no quadro 1, os grupos de fase I ocorrem às segundas e quartas-feiras, sendo as atividades desenvolvidas diversas. O profissional do dia é que fica responsável por definir as temáticas e tipos de abordagens. O mesmo ocorre nos grupos de fase II. Durante minhas observações notei poucas diferenças na forma de realização dos grupos entre o que é considerado fase I e fase II. Nas entrevistas me foi informado que na realidade há pouca distinção entre os grupos, e que essa participação ainda é muito “*misturada*”, já que a maior parte dos pacientes não chega à fase II, em função das frequentes “*recaídas*”.

Além desses grupos, ocorrem outras atividades paralelas, como as oficinas. Acompanhei oficinas de música, desenho, jogos e algumas outras, como por exemplo, a plantação de verduras e legumes em horta desenvolvida aos fundos da instituição e partidas de futebol. Essas partidas aconteciam em uma quadra que fica próxima ao CAPS. Eu sempre via os pacientes e funcionários chegando e saindo com a bola em mãos, embora nunca tenha

participado diretamente dessa atividade. O grupo Matrix¹³ tem uma proposta de horário flexível para as pessoas que conseguem manter seus vínculos empregatícios. Segundo os entrevistados essa é uma realidade pouco comum, já que a maioria dos pacientes não consegue manter-se empregado por muito tempo. Já o grupo Pós-tratamento é direcionado aos usuários abstinentes, que comparecem apenas para realizar atendimentos pontuais ou receber os medicamentos, mantendo o vínculo com a unidade. Ouvi diversas falas dos profissionais, com exemplos de pacientes que estão há anos sem “*recaídas*”, mas que se sentem bem em frequentar o CAPS.

Passei todo o ano de 2016 frequentando a unidade durante todo o seu período de funcionamento em dias variados. Meus dias de campo não eram agendados, o que possibilitou um acompanhamento, tido por mim, como não artificial. O cotidiano da unidade é bastante complexo, envolvido por muitas histórias de vida, o que possibilitou o desenvolvimento de um rico e minucioso diário de campo, desenvolvido não em um caderno apenas, mas em um conjunto de folhas brancas escritas e transcritas, dia a dia em meu computador pessoal. Com o passar dos meses fui tendo uma sensação parecida com a descrita por Bonet (2004):

“Encontrei-me mais de uma vez, sem me dar conta, indo ver uma radiografia ou uma tomografia – como se fosse entender alguma coisa –, quando os professores diziam aos presentes que se aproximassem para vê-la. Entrava e saía, por alguns momentos, era um observador mudo e às vezes incômodo – ‘o relator oficial do pavilhão’-, mas, em outros era um interlocutor com quem se podia falar sobre diversas coisas, tivessem ou não relação com a biomedicina. Aos poucos, comecei a me tornar parte da paisagem, embora saiba perfeitamente que nunca fui um ‘deles’” (BONET, 2004, p.20).

Notei durante todo o campo que minha presença despertava curiosidade, às vezes incômodo, mas esse sentimento foi ficando para trás a medida em que eu me tornava “invisível” no campo. Tendo passado um ano e já com muitos e complexos dados a serem analisados, considerei a necessidade de ultrapassar a etapa de observação e iniciar as entrevistas. A princípio elas seriam realizadas com todos os burocratas de nível de rua (chamaremos apenas de “burocratas”), o que de fato não aconteceu. De um total de 36 pessoas das mais diversas formações envolvidas diretamente com cotidiano os trabalhos do CAPSad III do município (ver quadro 2), foram entrevistados o equivalente a 61,1% dos profissionais envolvidos com este trabalho¹⁴. Vale ressaltar que apenas os vigias e os serventes não são servidores do município.

¹³ De acordo com Bernadete, o nome do grupo surgiu quando duas profissionais foram a um treinamento no Rio de Janeiro e lá era utilizado esse nome “Matrix” em um dos grupos, nas dinâmicas.

¹⁴ As entrevistas não seguiram o rigor metodológico a partir de um cálculo amostral. No entanto, a estratificação por categoria profissional foi mantida, o que implica dizer que todas as funções profissionais que atuam no

Com o grande quantitativo profissional e diversidade de funções, considerei apenas o cotidiano de observação suficiente em alguns casos, como já explicado. Além disso, há um elevado número de técnicos de enfermagem, o que, para o cumprimento dos objetivos na pesquisa, não acarretava a necessidade de todos serem entrevistados, visto que a saturação dos dados ocorreu após a realização de três entrevistas com esta categoria. No quadro 2 são apresentados os profissionais da unidade, seus vínculos empregatícios e carga horária.

Quadro 2: Burocratas de nível de rua (em dezembro de 2016)

Tempo aproximado de Função	Burocrata de Nível de Rua (Categoria)	Vínculo Empregatício	Sub Tipo	Carga Horária Semanal
3 anos	Enfermeiro	Estatutário	Servidor Próprio	24
3 anos	Enfermeiro	Estatutário	Servidor Próprio	24
2 anos	Enfermeiro	Estatutário	Servidor Próprio	24
3 anos	Enfermeiro	Estatutário	Servidor Próprio	24
3 anos	Enfermeiro	Estatutário	Servidor Próprio	24
2 anos	Enfermeiro	Estatutário	Servidor Próprio	24
2 anos	Enfermeiro	Estatutário	Servidor Próprio	24
2 anos	Enfermeiro	Estatutário	Servidor Próprio	24
6 meses	Médico Psiquiatra*	Estatutário	Servidor Próprio	10
4 anos	Médico Psiquiatra	Contrato por prazo determinado	Público	20
8 anos	Assistente Social	Estatutário	Servidor Próprio	30
9 anos	Assistente Social	Estatutário	Servidor Próprio	20
5 anos	Assistente Social	Estatutário	Servidor Cedido	40
6 meses	Assistente Social	Estatutário	Servidor Próprio	20
2 anos	Psicólogo Clínico	Estatutário	Servidor Próprio	24
12 anos	Psicólogo Clínico	Estatutário	Servidor Próprio	20
2 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	30
2 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	30
3 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	40
2 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	40
3 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	40
2 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	40
2 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	30
3 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	40
2 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	40
3 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	40
2 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	40
2 anos	Técnico de Enfermagem	Estatutário	Servidor Próprio	40
6 meses	Recepcionista, em geral	Contrato por prazo determinado	Público	40
6 anos	Assistente Administrativo	Contrato por prazo determinado	Público	30
4 anos	Técnico em Farmácia	Estatutário	Servidor Próprio	40
-	Vigia*	RPA (Recibo de Pagamento Autônomo)	-	Plantão de 12h por 36h
-	Vigia*	RPA	-	Plantão de 12h por 36h
-	Vigia*	RPA	-	Plantão de 12h por 36h
-	Servente*	RPA	-	Plantão de 12h por 36h
-	Servente*	RPA	-	Plantão de 12h por 36h

*Dados não constantes no CNES/DATASUS obtidos através do trabalho de campo.

Fonte: CNES/DATASUS. ADAPTADO. Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/3301002812711>

Agora apresentamos um quadro demonstrativo dos quantitativos profissionais em termos de porcentagem, por cada uma das funções.

Quadro 3: Quantitativo profissional

Categoria Profissional	Quantidade CAPSad III	(%)	Número de Entrevistados	(%)
Enfermeiro	8	22,2	6	75
Técnico de enfermagem	12	33,3	5	41,6
Assistente social	4	11,1	3	75
Psicólogo	2	5,5	2	100
Médico psiquiatra	2	5,5	1	50
Recepcionista	1	2,7	1	100
Assistente administrativo	1	2,7	1	100
Servente	2	5,5	1	50
Vigia	3	8,3	1	33,3
Técnico de Farmácia	1	2,7	1	100
Total	36	100	22	-

Fonte: elaborado pela autora

Em termos comparativos, a Portaria nº 130 de 2012 que redefine os CAPSad III estabelece que:

“O CAPS AD III funcionará com equipe mínima para atendimento de cada 40 (quarenta) por turno, na seguinte configuração: I - 1 (um) médico clínico; II - 1 (um) médico psiquiatra;

III - 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; IV - 5 (cinco) profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais: a) psicólogo; b) assistente social; c) enfermeiro; d) terapeuta ocupacional; e) pedagogo; e f) educador físico. V - 4 (quatro) técnicos de enfermagem; VI - 4 (quatro) profissionais de nível médio; e VII - 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa. § 1º Em casos excepcionais, a equipe mínima poderá atender até o máximo de 60 (sessenta) usuários por turno. § 2º Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais, em regime de plantão corrido de 12 (doze) horas: I - 1 (um) profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro; II - 2 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e

III - 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa. § 3º No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma, em plantões de 12 (doze) horas: I - 1 enfermeiro

II - 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; III - 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa” (BRASIL, 2012b).

A partir da análise do corpo de servidores que o CAPSad III possui um grande número de enfermeiros e técnicos de enfermagem, quando comparado às exigências da legislação e uma baixa diversificação em relação às outras formações, como pedagogos, terapeutas ocupacionais e outros, ficando os cinco profissionais de nível superior exigidos pela portaria restritos aos cargos de Assistentes Sociais e Psicólogos. Em relação à exigência de um médico clínico, o serviço também encontra-se pendente nesses termos, considerando que o profissional que exercia tal função não a executa mais, ocorrendo sua saída no terceiro quadrimestre de 2016. Um dos motivos atribuídos ao elevado número de enfermeiros e

técnicos diz respeito ao trabalho na forma de plantões 24 horas e da carga horária de seus concursos públicos, fato a ser abordado em capítulos posteriores.

A experiência de início das entrevistas foi como um reinício no campo. Agora eu tinha um novo desafio: a aceitação por parte dos profissionais daquele momento de “formalidade”, com o gravador ligado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve tanta dificuldade nesse sentido, os profissionais se dispuseram a participar. No entanto, a preocupação de minha parte com a segurança nas investigações, a manutenção do anonimato e a forma como as histórias cotidianas de trabalho tomariam um corpo científico, me fez adotar uma postura reflexiva em muitas situações. Senti certa “apreensão”, ou “insegurança moral” (GEERTZ, 2002, p.181) não apenas em contar todas aquelas vivências, mas torná-las públicas, tentando deixá-las as mais inteligíveis e próximas do real possível. Preocupei-me também com dissimetria descrita por Bourdieu (2003) estabelecida entre pesquisador e pesquisado, pensando que as questões simbólicas analisadas pelo autor pudessem interferir naquele percurso.

“É o pesquisador que inicia o jogo e estabelece a regra do jogo, é ele quem, geralmente, atribui à entrevista, de maneira unilateral e sem negociação prévia, os objetivos e hábitos, às vezes mal determinados, ao menos para o pesquisado. Essa dissimetria é redobrada por uma dissimetria social todas as vezes que o pesquisador ocupa uma posição superior ao pesquisado na hierarquia das diferentes espécies de capital, especialmente do capital cultural. O mercado dos bens lingüísticos e simbólicos que se institui por ocasião da entrevista varia em sua estrutura segundo a relação objetiva entre o pesquisador e o pesquisado ou, o que dá no mesmo, entre todos os tipos de capitais, em particular os lingüísticos, dos quais estão dotados” (BOURDIEU, 2003, p.696).

Como forma de dar menos rigidez ao momento, estimular os relatos, mas me mantendo a maior parte do tempo em silêncio, foi um roteiro semi-estruturado, com alguns eixos norteadores que ao cessar das falas serviria para o desenvolvimento de um novo assunto. Nada rígido e nada escrito, um roteiro apenas mental para que nenhuma das questões ainda pouco compreendidas do cotidiano pudessem ficar esquecidas. Os temas norteadores foram: 1) inserção profissional naquele serviço de saúde; 2) cotidiano de trabalho; 3) Rede de Atenção Psicossocial; 4) doença e uso de drogas; 5) interferências externas da Justiça e Ministério Público; 6) internações; 7) internações compulsórias; 8) redução de danos; 9) uso de medicamentos psicotrópicos; 10) internação nos leitos do CAPS. Esses temas norteadores foram sendo elaborados com o desenvolvimento do campo, a partir de questões que surgiam com maior frequência nos discursos e vivências cotidianas. Isso significa que, a partir do próprio campo a análise de conteúdo proposta por Bardin (1979) já começou a ser utilizada e assim prosseguiu-se até a etapa final de investigação, quando foram analisadas as entrevistas.

A elaboração desses temas sustentou a argumentação construída nas entrevistas, pois a medida em que eu ouvia repetidamente as falas, fui percebendo sua clareza de conexões aos objetivos propostos pela pesquisa.

Finalizando esse primeiro capítulo que apresenta o percurso metodológico da pesquisa, endosso sua necessidade de existência na tese não apenas como parte da introdução ou mesmo, como integrante de uma sessão de algum outro capítulo. Percorrendo todo o caminho de desenvolvimento do campo, suas multifacetadas e complexas questões, percebo a necessidade de que todas essas singularidades sejam primariamente apresentadas. A influência dos estudos no campo da Saúde Coletiva poderá ser notada em toda a tese, mas de forma especial, nos dois próximos capítulos, onde busco realizar uma análise das políticas voltadas para a temática das drogas.

Desse modo, seguindo as orientações teórico-metodológicas expressas nesse primeiro capítulo explícito que os próximos dois que se seguem, surgem com os questionamentos iniciais em relação à inserção da temática de álcool e drogas na área da saúde e a construção do “paradigma psicossocial” em contraposição ao “modelo biomédico”. Ou seja, no segundo capítulo há uma tentativa de contribuir para a construção de uma resposta ao questionamento feito por Rui (2014), de como a questão do uso de drogas torna-se caro às políticas de saúde mental e, no terceiro capítulo, é desenvolvida uma discussão sobre modelos de atenção à saúde, entendendo como ocorre uma mudança na forma de se tratar em saúde mental a partir dos Centros de Atenção Psicossocial.

CAPÍTULO II¹⁵

(DES)ENCONTROS... A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS AO LONGO DO SÉCULO XX

Anterior às vias de fato propostas por esse capítulo, importante delinear os motivos de sua existência nessa tese. Talvez essas razões não estejam tão claras assim. Como dito na introdução, o objetivo da pesquisa é analisar como os profissionais que trabalham em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) entendem e incorporam as políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas às suas práticas cotidianas, bem como investigar as possíveis aproximações entre as políticas.

Com o caminhar das disciplinas do doutorado e maior aprofundamento teórico no que tange à temática de álcool e drogas é que comecei o processo de estranhamento a algo talvez, parcialmente, naturalizado por mim. Embora tivesse sempre um olhar atento às questões ligadas ao consumo de medicamentos psicotrópicos e sua interferência nas práticas profissionais e no *modus operandi* dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), meus questionamentos não se direcionavam às políticas e mesmo, à interseção “álcool e drogas” e “saúde mental”. A leitura de alguns trabalhos (VARGAS, 2011; ZALUAR, 1994; RUI, 2014) influenciaram para que esse processo de estranhamento começasse a ocorrer. Anterior ao início dessas leituras estive diante de algumas situações da prática cotidiana que à época não me faziam muito sentido, mas que hoje percebo serem pontos importantes para o debate que esse capítulo propõe. Vejamos.

Ouvi, algumas vezes, “profissionais antigos”¹⁶ a “saúde mental” afirmarem que os pacientes de “álcool e drogas” não são da “saúde mental”. Entendi, com tal assertiva, que pessoas com algum tipo de dependência química não pode, ou não deve, ser considerado alguém com transtorno mental e por isso não deveria ser tratado em um CAPS. Somente hoje, após o avanço nas leituras, é que percebo como essa questão é importante para essa pesquisa

¹⁵ Uma versão modificada desse capítulo foi submetida na forma de artigo científico à Revista Ciência e Saúde Coletiva, com título “A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX”, tendo sido aceito. Desse modo, seu direito autoral se torna propriedade exclusiva da citada revista editada pela ABRASCO. Ver em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-trajetoria-das-politicas-de-saude-mental-e-de-alcool-e-outras-drogas-no-seculo-xx/16246>.

¹⁶ Me refiro àqueles profissionais que trabalham há mais de 20 anos na área e que acompanharam todo o movimento de fechamento dos antigos manicômios a partir da Reforma Psiquiátrica.

e, deste modo, se torna o motivo central deste capítulo. Motivada pela afirmação deste “antigo profissional” é que comecei a me perguntar como, quando e de que maneira, pelo marco normativo, as pessoas que fazem uso considerado “abusivo” de drogas passaram a ser “tratadas” em um CAPS, entendendo que tais locais passaram a existir como forma de reestruturação do modelo de atenção em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica.

De forma mais precisa, procura-se, nesse primeiro capítulo, analisar a evolução temporal das regras que compõem o arcabouço legal das políticas públicas de saúde mental e de álcool e outras drogas entre os anos de 1900 até 2000. Taniele Rui (2014) aponta a existência de lacunas na literatura e expõe caminhos a serem percorridos por novas pesquisas relacionadas a esta temática. Como demonstra a autora, alguns acontecimentos “são transformações recentes que denotam como o consumo de drogas se tornou uma “questão de saúde pública” e, na prática, de ‘saúde mental’” (2014, p.89). Neste sentido, busca-se, percorrer o caminho normativo em que construíram as legislações que regulam políticas públicas de saúde mental, tendo como foco na questão o uso de álcool e outras drogas e considerando o processo que culminou na Reforma Psiquiátrica (RP).

A RP é entendida como um processo social e político complexo, justamente por congrega diferentes atores e instituições, incidindo em territórios diversos, nos âmbitos federal, estaduais e municipais, no mercado dos serviços de saúde, nas universidades, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, nas organizações não governamentais, nos conselhos profissionais e no imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Após diversas experiências de luta, como as do Movimento da Luta Antimanicomial, é promulgada, em 2001, a Lei 10.216, ou “Lei da Reforma Psiquiátrica” que redireciona o modelo de atenção em saúde mental no Brasil. Um dos propósitos da reforma é substituir progressivamente as internações em hospitais psiquiátricos por um cuidado realizado no território, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em meio a esse trabalhoso processo, surge uma modalidade específica de CAPS, os “CAPSad”, destinados a cuidar de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas (SANTOS; YASUI, 2016).

Este capítulo surge então, do entendimento da complexidade envolvida nesse decurso e nas lacunas apontadas pela literatura específica. Como e de que maneira, pelo marco normativo, os usuários de álcool e outras drogas passam a ser atendidos pelos CAPS, mais especificamente, pelos CAPSad? Não se trata, no entanto, de um percurso meramente normativo. Ao contrário. É por meio do entendimento de uma “trajetória normativa” da política que se pretende identificar argumentos que nos ajudem a entender as tais “lacunas”

apontadas pela literatura. Para tanto, pretende-se analisar o percurso normativo até o ano 2000, uma vez que em 2001 ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a partir daí o Ministério da Saúde toma a decisão de prevenir, tratar e reabilitar usuários de álcool e outras drogas, como estabelecido na Conferência (SANTOS; YASUI, 2016).

Em um compilado de legislações consideradas, pelo Ministério da Saúde, específicas da “Saúde Mental”, reconhece-se “a dificuldade de acesso às normas brasileiras vigentes sobre assistência psiquiátrica” (BRASIL, 2004, p.9). Como bem expresso pelo documento, a compilação do conjunto dessas legislações é multifacetada e dificultosa, ainda mais no que tange a questão de álcool e drogas. Desse modo, propõe-se a não apenas buscá-las em um período progressivo, mas também contextualizá-las e analisá-las, a partir de referências atuais.

Como analisado por Machado e Miranda (2007) a compreensão da trajetória institucional da política de saúde para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas precisa ser entendida como um fato histórico, proveniente de diversas circunstâncias construídas em espaços e tempos distintos, através de atores e práticas sociais diversas e imerso em diferentes interesses e significados. Partindo dessa concepção, foi desenvolvida uma pesquisa documental, de cunho qualitativo, que buscou catalogar e analisar as leis e decretos pertinentes à discussão da temática do álcool e outras drogas, do ano de 1900 até 2000. Como ressaltado, esse recorte temporal se dá em função de um marco nas legislações relativas à temática da saúde mental: a promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, considerada a “Lei da Reforma Psiquiátrica” (PITTA, 2011). Pretende-se analisar o percurso normativo até o ano 2000, uma vez que em 2001 ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a partir daí o Ministério da Saúde toma a decisão de prevenir, tratar e reabilitar usuários de álcool e outras drogas, atendendo às deliberações da citada conferência (SANTOS; YASUI, 2016). Como a temática era entendida até então?

Foram então levantadas a partir de consultas ao portal do Planalto¹⁷, documentos oficiais, como leis, decretos e políticas publicadas no Diário Oficial da União. Autores como Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) argumentam que a utilização de documentos em pesquisas precisa ser valorizada e apreciada. Segundo os autores, a pesquisa documental pode gerar uma riqueza de informações, que podem ser utilizadas em diversas áreas de conhecimento, possibilitando a apreensão de objetos cujo entendimento necessita da contextualização sociocultural e histórica. A esse respeito Minayo (1998) problematiza que a metodologia das pesquisas sociais é sempre polêmica, tendo questões não resolvidas, com debate permanente e

¹⁷ Ver em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>.

não conclusivo. Por isso mesmo a autora argumenta que o objeto das ciências sociais é histórico. Isso quer dizer que as sociedades humanas acham-se num determinado tempo e espaço, sendo os grupos sociais que as constituem mutáveis, além do que as leis, instituições, visões de mundo são provisórias, efêmeras, tendo um constante dinamismo, podendo ser transformadas a qualquer momento.

A pesquisa efetuada junto ao portal do Planalto foi realizada utilizando separadamente os seguintes descritores: “droga”, “mental”, “mentais” e “manicômio”; para que fosse possível realizar a busca pelas legislações consideradas pertinentes à discussão. Importante enfatizar que a procura se deu pelos termos exatos e não semelhantes, como possível pelo portal, e de modo separado. Isso porque, quando efetuado o rastreamento de forma conjunta com os descritores “droga” “mental”, o resultado da busca foi de que não havia documentos dentro dos critérios selecionados.

Inicialmente se propunha a busca apenas pelos termos “droga” e “mental”. No entanto, a partir do embasamento bibliográfico, foi percebido que algumas legislações pertinentes à temática não apareciam no resultado das buscas. Assim, foram inseridos os novos descritores, “mentais” e “manicômio”, entendendo que no período correspondente ao recorte da pesquisa, tais termos eram utilizados com maior frequência.

Como resultado destas novas buscas, temos: (1) com o descritor “droga”, 113 documentos de 1903 até o ano 2000, sendo 25 selecionados para a pesquisa; (2) com o descritor “mental” foram encontrados 37 documentos, sendo 5 utilizados; (3) com o descritor “manicômio”, 9 foram encontrados, sendo utilizados 2; e (4) com o termo “mentais”, 28 foram encontrados, sendo apenas 1 utilizado. O resultado a partir destes descritores pode ser observado no quadro 4.

A seleção das normas se deu em função de sua significância para a pesquisa, uma vez que, muitas legislações que apareciam nesses resultados não tinham vinculação direta com a temática proposta. A exemplo dessa exclusão temos a Lei 7.713/1988, que altera a legislação do Imposto de Renda, embora apareça no resultado das buscas, não fornece elementos para o objetivo da pesquisa. Dessa maneira, todas as regras encontradas pelas buscas foram analisadas, sendo descartadas ou incluídas ao quadro dependendo de sua pertinência para o debate a ser desenvolvido.

Todavia, vale ressaltar, que não se tem a ideia falaciosa de que todas as legislações pertinentes à discussão são apresentadas no quadro, uma vez que, como reconhecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), esse é um processo complexo, permeado por dificuldades. Dizendo de uma outra maneira, o quadro apresentado não tem como proposta o

esgotamento do arcabouço normativo no que tange a questão de saúde mental e álcool e outras drogas, no período que vai do ano de 1900 até o ano 2000, mas sim, pretende apontar a relevância para a compreensão do processo de construção das políticas de saúde mental, a partir do estudo trajetória legislativa. Nesse esforço, preocupou-se também, em recorrer à literatura e outros documentos, como cartilhas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015) para verificar possíveis ausências, cuja temática fosse abordada.

Percebe-se que se o uso de álcool e outras drogas têm sido observado hoje, como questão de saúde pública, mais especificamente, de saúde mental (RUI, 2014), o cenário das regras, assim como a literatura especializada (MACHADO; MIRANDA, 2007; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO, 2015) demonstram que houve momentos em que a questão foi tratada de modo meramente jurídico/policial. Neste caminho, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça, elabora um documento, fruto de, como expresso no prefácio, uma “importante parceria estratégica” com a Universidade de São Paulo (USP), em 2010 (BRASIL, 2015, p.9). Esta parceria se deu através das Faculdades de Medicina e Direito, desenvolvendo um projeto chamado “Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas”.

O objetivo principal do projeto seria “promover uma detida análise da Lei nº 11.343/2006, tendo como foco o usuário de drogas” (BRASIL, 2015, p.9). O material é dividido em “módulos”: 1) A cultura jurídica sobre drogas; 2) Direitos Humanos; 3) Drogas; 4) Tratamento do uso prejudicial de drogas; 5) Prevenção do uso de drogas e redução de danos; e 6) Justiça restaurativa e as boas práticas nos juizados especiais criminais e varas da infância. Já logo no início do texto é apontado que a Lei nº 11.343/2006 trouxe importante mudança no que tange ao porte de drogas para consumo pessoal:

“Disciplinada no art. 28, a conduta ganhou dois novos verbos, somando-se aos outros três originalmente previstos no revogado art. 16 da Lei nº 6.368/1976. Porém, a mudança significativa se deu na cominação da sanção, quando foi excluída a pena privativa de liberdade. Nesse sentido, o art. 48, § 2º da citada lei estabeleceu expressamente que, ainda que em situação de flagrância, não cabe a decretação da prisão em flagrante por porte de drogas para consumo pessoal, devendo-se tão somente lavrar-se termo circunstanciado para posterior remessa dos autos ao Juizado Especial Criminal, nos termos da Lei nº 9.099/1995” (BRASIL, 2015, p.9).

Prosseguindo, o texto aponta os efeitos e aspectos desta lei de 2006, no qual ressalta que, o Brasil, concatenado à tendência mundial, afastou o sistema carcerário para dependentes e usuários de drogas, designando-lhes os sistemas de saúde e de assistência social. Nessa mesma linha, autores como Rodrigues, Conceição e Iunes (2015) discutem que a Lei 11.343/2006 não prevê a legalização do uso de drogas, mas estabelece que o seu porte para

consumo próprio perde a característica de “crime”. Embora o usuário já não possa mais ser considerado “criminoso”, outras sanções, que vão desde a aplicação de advertências verbais, à prestação de serviços públicos, continuam existindo.

De maneira diversa, Fiore (2012) argumenta que a nova lei endurece o combate ao tráfico e, mesmo que elimine a pena de prisão, mantém a criminalização do consumidor, uma vez que o uso permanece incluído no Código Penal. Lima (2010) analisa que embora a nova lei promova alguns avanços sobre a dimensão do uso, mantém áreas intactas como o tratamento ao mercado varejista ilícito de drogas. Segundo Vasconcelos (2010) a lei permanece inalterada quanto à produção e o comércio de drogas, o que criminaliza particularmente a parte mais pobre da população, que com maior frequência é enquadrada na insígnia do tráfico.

Para Santoucy e colaboradores (2010), assim como as leis antecessoras, essa nova regra carrega a ideia principal de prevenir a sociedade quanto ao mal-estar oriundo dos problemas sociais acarretados pelo consumo de drogas. No entanto, o olhar que a norma lança sobre o usuário trafega entre a patologização e a criminalização, por ainda se falar em penas, que em seu conteúdo semântico carregam a ideia de castigo e punição. Importante ressaltar que a lei 11.343/2006 surge a partir do Projeto de Lei nº 115/2002 e substitui as leis nºs 6.368/1976 e 10.409/2002, que eram as vigentes no país até então.

Essa contextualização é necessária para a compreensão da análise apresentada a seguir, que engloba as legislações anteriores ao período do ano 2000 e demonstram o desenrolar normativo das políticas de álcool e drogas no Brasil. São apresentadas 33 legislações, que não necessariamente são discutidas de forma cronológica, como apontadas no quadro 4. Este capítulo se preocupa, então, em construir a trajetória global das regras, analisando-as a partir da literatura, não imperiosamente apresentando-as uma a uma.

Quadro 4: Trajetória das legislações em saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil de 1900 a 2000

Ano	Legislação	Síntese do Conteúdo	Álcool e Outras Drogas	Saúde Mental
1903	Lei n. 1.132	Reorganiza a Assistência a Alienados	-	X
1914	Decreto n. 2.861	Aprova as medidas tendentes a impedir o abuso crescente do ópio, da morfina e seus derivados, bem como da cocaína, constantes das resoluções aprovadas pela Conferência Internacional de Ópio, de 1911 em Haya.	X	-
1921	Decreto n. 4.294	Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários.	X	X
1921	Decreto n. 14.969	Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos.	X	X
1921	Decreto n. 14.831	Aprova o Regulamento do Manicômio Judiciário.	-	X
1923	Decreto n. 4.778	Considera de utilidade pública a Liga Brasileira de Higiene Mental	-	X
1927	Decreto n. 5.148-a	Reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal.	-	X
1932	Decreto n. 20.930	Define a fiscalização do emprego e do comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, e estabelece penas.	X	-
1934	Decreto 24.559	Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção a pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos	-	X
1936	Decreto n. 780	Cria a Comissão Permanente de Fiscalização de Entorpecentes.	X	-
1938	Decreto n. 2.953	Modifica o art.2º do decreto n. 780, de 1936, que criou a Comissão Permanente de Fiscalização de Entorpecentes.	X	-
1938	Decreto-Lei n. 891	Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes.	X	-
1940	Decreto-Lei n. 2.848	Promulga o Código Penal.	X	-
1941	Decreto-Lei n. 3.688	Lei das contravenções penais.	X	-
1941	Decreto-Lei n. 3.114	Dispõe sobre fiscalização de entorpecentes.	X	-
1941	Decreto-lei n. 3.497	Cria, no Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, o Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil.	-	X
1942	Decreto-Lei n. 4.720	Fixa normas gerais para o cultivo de plantas entorpecentes e para a extração, transformação e purificação dos seus princípios ativos-terapêuticos.	X	-
1946	Decreto-lei n. 8.550	Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica	-	X
1964	Lei n. 4.483	Reorganiza o Departamento Federal de Segurança Pública	X	-
1967	Decreto-Lei n. 159	Dispõe sobre as substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica.	X	-
1968	Decreto-Lei n. 385	Estabelece nova redação ao artigo n. 281 do Código Penal.	X	-
1971	Lei n. 5.726	Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.	X	-

Continuação...

Ano	Legislação	Síntese do Conteúdo	Álcool e Outras Drogas	Saúde Mental
1976	Lei n. 6.368	Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.	X	-
1980	Decreto n. 85.110	Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes.	X	-
1986	Lei n. 7.560	Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas.	X	-
1989	Projeto de lei n. 3.657	Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios.	-	X
1990	Lei n. 8.072	Dispõe sobre os crimes hediondos.	X	-
1993	Lei n. 8.764	Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes e altera a redação dos arts. 2 e 5 da Lei n. 7.560/1986.	X	-
1995	Lei n. 9.099	Dispõe sobre os juizados especiais cíveis e criminais.	X	-
1996	Lei n. 9.294	Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas	X	-
1998	Decreto n. 2632	Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas.	X	-
1998	Portaria n. 344	Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. (ANVISA).	X	-
1999	Lei n. 9.804	Altera a redação do art. 34 da Lei n. 6.368-1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.	X	-

Fonte: Elaborado pela autora a partir das legislações.

A partir do quadro 4 pode-se tecer algumas considerações. Das 33 legislações analisadas no período, considerando todo o período sob análise, tem-se que 69,7% (ou 23 legislações) referem-se às políticas de álcool e outras drogas. Chama atenção o fato de que a maior parte dessas regras (oito no total, ou 24,3%) foram consumadas no período pós-redemocratização, a partir de 1986. Nos dois períodos de política mais austera, no Estado Novo (1937 – 1945) e no Regime Militar (1964 – 1985), ambos foram responsáveis pela edição de seis legislações (ou 18,2%), em cada período. No tocante às regras sobre saúde mental, 24,2% trataram exclusivamente deste tema (ou oito legislações), sendo que a maior parte destas regras, quatro no total (ou 50%), foram editadas na década de 1920, na Primeira República. Das outras quatro duas foram no governo Vargas – uma dessas no Estado Novo –, uma outra na experiência democrática de 1946 e a última já na redemocratização, em 1989. Apenas duas legislações abordam as duas temáticas, álcool e outras drogas e saúde mental. E as duas foram editadas em 1921, por meio de dois decretos.

Aderindo à Convenção de Haia, na Holanda, o Brasil formula os decretos nº 4.294 em 1921, sendo posteriormente corrigido pelo decreto nº 15.683 de 1922, além do decreto nº 14.969, de 1921, que cria o “sanatório para toxicômanos” (LIMA, 2009). Esses decretos confirmavam as propostas estabelecidas em Haia, onde foi definido o primeiro tratado

internacional que propunha controle na venda de morfina, ópio, cocaína e heroína. Seguindo a tendência da Convenção, os citados decretos, propõem pena de prisão aos que vendessem ópio e seus derivados, além de punir com internação compulsória a embriaguez que causasse atos nocivos a outrem, si próprio ou à ordem pública (MACHADO; MIRANDA, 2007).

No mesmo ano, em 1921, ocorreu a criação no Rio de Janeiro, através do decreto nº 14.831, do primeiro manicômio judiciário do Brasil e América Latina, chamado Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Segundo Santos e Faria (2014), esta modalidade de manicômio, o judiciário, surge ancorada em saberes que permeiam o crime e a loucura, tendo como abrangência uma discussão teórica que embasava a relação entre as escolas jurídicas e a psiquiatria. A criação dos manicômios judiciários se pautava na entendida necessidade de uma instituição que pudesse controlar as pessoas com transtorno mental que estivessem em conflito com a lei. Em 1986 o manicômio passou a ser chamado “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho” e ficou conhecido por ter sido cenário do filme “*Meu Nome Não É Johnny*”, de 2008, mostrando que dependentes químicos masculinos ficavam abrigados no hospital.

Como forma de se esquivar, como discutido por Reis (2000), de uma suposta degradação física e mental da população, é criada em 1923 a Liga Brasileira de Higiene Mental, que para Amarante (2003) significa a cristalização de um movimento com características eugênicas que tinha propostas que cerceavam a liberdade e cidadania, como por exemplo, a esterilização dos doentes ou dependentes de álcool e outras drogas, assim como de imigrantes estrangeiros. Faziam parte da liga a elite da psiquiatria brasileira, médicos e intelectuais em geral, afirmando no campo psiquiátrico temas ligados à eugenia e higiene mental, intencionando colaborar com o “saneamento racial” brasileiro (REIS, 2000, p.135). O decreto nº 4.778 de 1923 endossou tais ideias ao considerar de utilidade pública a citada liga.

No ano de 1927, através do decreto nº 5.148-A, a assim denominada “assistência a psicopatas” é reorganizada e fica estabelecido que,

“[...] a pessoa que, em consequência de doença mental, congênita ou adquirida, atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, será recolhida a estabelecimento apropriado para tratamento” (BRASIL, 1927).

Esses estabelecimentos apropriados seriam os manicômios judiciários anteriormente criados, ficando disposto neste último decreto que seria proibido manter os “psicopatas em cadeias públicas ou entre criminosos.

A partir de 1936 percebe-se um aumento na preocupação com a questão do uso de substâncias entorpecentes, sendo criada uma Comissão Permanente de Fiscalização. Em 1938

criou-se o Decreto-Lei nº 891, que condenava o ópio e a cocaína, além de incluir a maconha e a heroína. Neste documento, o uso de drogas aparece classificado como “toxicomania”, doença de notificação compulsória, não podendo ser tratada em domicílio. A internação em manicômios diante desses casos e mesmo nos de intoxicação por bebidas alcoólicas era entendida como obrigatória quando estabelecida pelo juiz, ou facultativa (MACHADO; BOARINI, 2013).

Interessante notar como a questão do uso de drogas aparece, já nesse momento, como uma questão de saúde, ou, mais precisamente, de doença. Silva (2013) faz uma investigação histórica do uso de droga enquanto objeto de intervenção da Psiquiatria e da Justiça, partindo do século XX até os dias atuais. A autora reflete sobre a articulação e cooperação entre as duas instituições, encontrando convergências e divergências dos processos de medicalização e criminalização do uso da droga, enfocando a organização atual da problemática.

No mesmo sentido, Silva e Delduque (2015) buscam identificar os processos de penalização e patologização da utilização de drogas constantes em proposições legislativas indicadas ao Congresso Nacional durante a 53^a legislatura, entre os anos de 2007 e 2011. Os autores apontam uma indistinção constante entre uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas no interior de alguns projetos de lei. Ressaltam ainda que há uma tendência no sentido de aumentar a pena dirigida aos distribuidores de drogas e usuários. Os autores ainda consideram que no âmbito das drogas, o Poder Legislativo contribui para a sua patologização e penalização, mais do que para sua politização, uma vez que alguém que esteja usando ocasionalmente a droga, ou experimentando, também seja passível de algum tipo de tratamento.

A discussão que se apresenta já nos indica importantes caminhos a serem seguidos no que tange à patologização do uso de drogas e no sentido das normativas que foram surgindo ao longo do tempo. Vê-se que as questões jurídicas e de medicina acabam por manter uma relação dialética, embora aparentemente polêmicas, como indica Castel (1978):

“O instável equilíbrio entre as duas instituições conspira para a realização do mesmo fim. Quer se trate de justiça ou de medicina é a mesma ordem que está em jogo. Uma impõe sua manutenção inscrevendo-a na objetividade das leis e combatendo suas transgressões através de sanções. A outra detecta em cada pessoa uma distância com relação às suas normas e tenta anulá-la com remédios” (CASTEL, 1978, p.53).

Como analisado por Castel (1978), essas instituições socialmente reconhecidas se apropriam de determinado objeto – em questão, o uso de drogas – através de um poder legitimado e exercem seus domínios, direcionando a temática para uma questão de Estado e que exige intervenções normativas. Vargas (2001) indica a polissemia do termo “drogas”, que

mantém fronteiras imprecisas com outras categorias como “alimentos”, “venenos” e “remédios”. Segundo o autor, essa questão não está vinculada a uma simples experiência de uso enquanto tal, mas ao processo ativo de apropriação dessa experiência enquanto fenômeno digno de intervenção médica e jurídica indistintamente, o que torna a criminalização e medicalização as principais vias de criação do evento da droga nas sociedades modernas. Isso pode ser percebido desde a formulação do primeiro Código Penal Republicano de 1890, que tipifica como crime à saúde pública práticas referentes a substâncias venenosas, não mencionando o uso e estabelecendo apenas pena de multa para determinada conduta (LIMA, 2009).

Necessário considerar que o termo medicalização se refere à crescente intervenção da biomedicina no cotidiano das pessoas, redefinindo e transformando vivências comuns em problemas médicos. Illich (1975) é um dos precursores dessa ideia, problematizando que tal interferência tem retirado a autonomia das pessoas, tornando-as cada dia mais dependentes de um aparato médico tecnológico que ao final seria, como ele afirma, uma ameaça à saúde. O processo de patologização/medicalização e a penalização/judicialização, constituem os marcos conceituais que auxiliam a construção do pensamento que permeia todo o campo de investigação deste estudo.

Retomando as ideias iniciais a partir da legislação, foi na década de 1920 que surgiram as primeiras normas oficiais em relação à questão de drogas no Brasil. Segundo Machado e Miranda (2007), as intervenções iniciais do governo brasileiro se deram através da criação de um aparato jurídico-institucional, no início do século XX, destinado a garantir o controle do comércio e do uso de drogas, preservando a segurança e saúde pública no país. Os autores afirmam que nessa época, o consumo de drogas era ainda incipiente, não constituindo uma ameaça à saúde. No entanto, o uso de bebidas alcoólicas era constante, mas não era motivo de preocupação governamental, uma vez que seu consumo era tolerado pela sociedade e também pelo governo.

Nesse período surgiram, como apontado por Musumeci (1994), sociedades de cunho privado como a Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Brasileira de Higiene Mental, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária e União Brasileira Pró-Temperança, que tinham por objetivo promover assistência aos alcoolistas e dependentes químicos. Essas instituições eram marcadas por princípios higienistas e moralistas, pregando uma educação antialcoólica. Como dito, a questão legal referente às drogas permanecia frágil e sem uma organização que pudesse ser considerada objetiva até o início do século XX (MACHADO; MIRANDA, 2007; LIMA, 2009).

O aparato jurídico-institucional criado nesse período destinava-se, principalmente, a controlar a utilização de drogas ilícitas e era constituído por leis e decretos que criminalizavam e proibiam o comércio e uso de drogas no país, garantindo penas de exclusão dos usuários do convívio social, estabelecendo sua permanência em sanatórios, prisões e, posterior à década de 1970, em hospitais psiquiátricos (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Vale ressaltar que o país participou das tratativas internacionais sobre esta temática nas reuniões das Organizações das Nações Unidas (ONU), que aconteceram em 1961, 1971 e 1988, e que originaram convenções internacionais que reiteraram a importância de adoção de medidas de repressão ao consumo e oferta de drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Os decretos citados anteriormente foram substituídos pelo de nº 20.930 de 1932, que integrou a Consolidação das Leis Penais, fixando pena de reclusão de um a cinco anos e multa para ações de comércio e indução ao uso, além de pena de prisão de três a nove meses para posse ilícita de drogas sem receita médica ou superando as quantidades terapêuticas indicadas (LIMA, 2009). Interessante analisar que, como dito, já nesse período o poder médico legitima a posse de algumas drogas, conferindo a elas um estatuto de “licitudes” e “ilicitudes”. Assim, ter posse da droga com uma receita médica legitima seu uso, que passa a ser visto como controlado. Indo além, as quantidades também são controladas e quando estão fora de uma dosagem considerada “terapêutica” pelos profissionais de saúde, já há um indicativo para punições.

Desde 1998 existe uma portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Portaria nº 344/1998 (BRASIL, 1999), que regulamenta as substâncias sujeitas a controle especial. Importante ressaltar que não é a Lei de Drogas (11.343/2006) que define as substâncias de uso e comércio proibidos ou controlados. Essa classificação, por autorização legal, é estabelecida pela ANVISA através da citada portaria, que, inclusive, está em constante atualização, face ao crescente surgimento de novas substâncias, especialmente das chamadas drogas sintéticas (BRASIL, 2015).

Necessário então construir melhor essa ideia em relação à categorização de certas drogas em lícitas e ilícitas. O século XX, segundo Carneiro (2005), ficou marcado pelo que foi considerado “guerra às drogas”, não apenas em função das normativas da ONU, mas também face aos interesses políticos e econômicos dos Estados Unidos. Com a expansão da indústria farmacêutica e das normas internacionais, as drogas foram classificadas em lícitas e ilícitas, categorizando o que passou a ser considerado medicamento, alimento e condimento. Vargas (2001) expõe que alguns alimentos como chá, café, açúcar e chocolate foram, entre os séculos XVII e XVIII, rechaçados pela igreja católica por sua função estimulante, ou aceitos

apenas para consumo por alguns níveis sociais. Isso, segundo Silva e Delduque (2015), chama a atenção para o fato de que a criminalização das drogas é um processo social recente.

Silva (2013) argumenta que ao final dos anos de 1930 havia um panorama caracterizado pelo tom alarmante e epidêmico em relação à construção do discurso sobre a temática das drogas no âmbito médico e jurídico. A retenção dos considerados toxicômanos era amparada tanto pela justiça, ou seja, legalmente, quanto cientificamente, pela psiquiatria, defendendo seu discurso terapêutico. O toxicômano, então, era visto como ameaça, sendo incapaz de viver de acordo com os preceitos de civilidade, representando um risco para si e para o seu entorno.

Em uma sucessiva substituição de decretos, em agosto de 1938 é criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CONFEN), vinculada ao Ministério da Saúde. O decreto nº 891 de 1938, resultante da Convenção de Genebra de 1936, determina pena de um a cinco anos de prisão para o caso de consumo de drogas e apresenta o rol de substâncias assim consideradas, estabelecendo um conjunto de infrações penais, dentre elas a internação e interdição civil dos considerados toxicômanos.

No ano de 1940, através do Decreto-Lei nº 2.848 é instituído o Código Penal, que regulamenta a pena de reclusão, de um a cinco anos, e multa a quem “importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou, de qualquer maneira, entregar a consumo substância entorpecente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal” (BRASIL, 1940). Posterior à instituição do Código Penal de 1940, alguns mecanismos legais vinculados à temática foram editados, como o Decreto-Lei nº 3.114 de 1941, que criou uma Comissão Nacional de Fiscalização de entorpecentes e o Decreto-Lei nº 4.720 de 1942, que fixava as normas para o cultivo de plantas entorpecentes e para a extração, transformação e purificação de seus princípios ativos terapêuticos (LIMA, 2009).

Uma postura proibicionista, para Garcia, Leal e Abreu (2008) e Wandekoken e Dalbello-Araújo (2015), é apresentada pelo Código Penal de 1940, sendo que muitas das normas expressas pelo documento figuram aspectos inerentes à gestão do Presidente Getúlio Vargas (1930-1945). Dessa forma, para os autores, a criminalização ficava evidente, independentemente da quantidade da droga e da diferenciação entre uso próprio ou tráfico. Existe, portanto, uma clara apreensão em termos de se criar estratégias de controle para a população trabalhadora, mantendo-se acesas as lembranças das inquietantes manifestações populares e operárias dos anos de 1920 do Século anterior. As estratégias de ação eram diversificadas rumo a esse controle, contando com conferências, palestras, propagandas, tendo

o Estado um papel primordial, além de contar com o apoio de instituições diversas de cunho religioso, educacional e científico (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

De maneira diversa, Silva (2013), embasada pelas ideias de Bittencourt (1986) e Batista (1997), argumenta que as décadas de 1940 e 1950, são vistas, no âmbito da política criminal, como um momento de cunho liberalizante. Segundo a autora, o fato de o Código Penal de 1940 criminalizar o ato de portar o entorpecente acarretava uma ambiguidade por não esclarecer se o caráter criminalizante incluía o “trazer consigo”, para uso próprio ou apenas para a comercialização. No entanto, para Batista (1997), o que pode ser compreendido é que há uma propensão para a descriminalização, já que a questão da droga era principalmente tratada de modo médico, vigorando até a década de 1960 um “modelo sanitário” de intervenção.

Flávio Lima (2009) ressalta que nesse período, anterior à década de 1960, os toxicômanos deveriam ser tratados como “doentes” e não como “delinquentes” e, por isso, seriam, compulsoriamente, internados em estabelecimentos hospitalares. Nessa época, de acordo com Silva (2013), a droga ainda não era vista como um “problema”, já que sua importância político-econômica era pequena, ficando seu uso restrito a alguns grupos, não atingindo a população de forma geral.

Já no final da década de 1950 e a partir de 1960 essa perspectiva começa a mudar mundialmente. Em 1957 é criada, como medida de repressão, a primeira Delegacia de Polícia especializada em tóxicos no Brasil, mais especificamente em São Paulo (LIMA, 2009). No entanto, o consumo de droga tornou-se mais popular a partir da década de 1960, estando muito associado aos movimentos da contracultura (SILVA, 2013), compondo um quadro de associação a posturas libertárias e de reivindicação, unindo-se a outros elementos como a música, a literatura e o vestuário (CARVALHO, 2007).

A ideia do proibicionismo e da “guerra às drogas” tem sua origem atribuída aos Estados Unidos, através das políticas adotadas a partir dos anos de 1960 e 1970, estando atreladas ao protestantismo e acontecendo paralelamente ao processo de consolidação dos EUA como potência mundial. Acontece nesse período o aumento da demanda por maconha, haxixe e cocaína, impulsionando a composição dos cartéis na Colômbia, Bolívia e Peru, dando início ao que se considera o ciclo contemporâneo da história da droga (DELMANTO, 2013). Rodrigues (2004) reforça que a transição da esfera individual a um problema de Estado no que tange à questão das drogas é resultado de um conjunto de fatores sociais, políticos, econômicos, morais e religiosos que surgem a partir da influência internacional com a emergência dos EUA enquanto potência. O autor alerta que o proibicionismo não pode ser

reduzido apenas a ideia dos interesses geopolíticos norte-americanos que aprofundaram a intitulada “guerra às drogas”.

Nos anos de 1961, 1971 e 1988, como já dito, aconteceram as Convenções-Irmãs, organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e representaram fortemente a ideia da “guerra às drogas” influenciando diversos países, dentre eles o Brasil (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO, 2015). Na esteira deste processo, a Lei nº 4.483 de 1964 reorganiza o Departamento Federal de Segurança Pública, criando um Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes. Interessante notar, como aponta Carvalho (2015), que há uma transição da política criminal uma vez que o termo “fiscalização” é substituído por “repressão”, indicando uma alteração de um modelo sanitário de política sobre drogas para um modelo bélico, o que demonstra uma nova ideologia doutrinária em termos da Segurança Nacional.

Flávio Lima (2009) destaca também que através do Decreto-Lei nº 159 de 1967, o Brasil passa a assemelhar as substâncias que pudessem ocasionar dependência física ou psíquica, como alucinógenos e anfetaminas, às drogas com finalidade penal, devendo o Serviço Nacional de Saúde (SNFMS) relacionar tais substâncias. Nos anos de 1968 e 1969 acontecem modificações consideráveis no que tange a posse para consumo ou venda. No ano de 1968, através do Decreto-Lei nº 385 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 281. Importar ou exportar, preparar, produzir, vender, expor a venda, fornecer, ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente, *ou que determine dependência física ou psíquica*, sem autorização ou de desacôrdo com determinação legal ou regulamentar: (Comércio, posse ou facilitação destinadas à entorpecentes ou substância que determine dependência física ou psíquica.)

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa de 10 a 50 vezes o maior salário-mínimo vigente no país.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem ilegalmente:

I - importa ou exporta, vende ou expõe à venda, fornece, ainda que a título gratuito, transporta, traz consigo ou tem em depósito ou sob sua guarda matérias-primas destinadas à preparação de entorpecentes ou de substância que determinem dependência física ou psíquica;

II - faz ou mantém o cultivo de plantas destinadas à preparação de entorpecentes ou de substâncias que determinem dependência física ou psíquica.

III - *traz consigo, para uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica*. (Matérias-primas ou plantas destinadas à preparação de entorpecentes ou de substâncias que determine dependência física ou psíquica.)” (BRASIL, 1968. Grifo nosso)

Através dessa alteração o usuário torna-se sujeito a uma punição, uma vez que o consumo passa a ser entendido como algo que mantém vivo o tráfico. Mais adiante, em 1971 com a Lei nº 5.726, novas medidas repressivas e, na concepção da época, preventivas são estabelecidas, passando traficante e usuário a ter a mesma tipificação penal e igual tratamento.

Essa Lei estabeleceu a maior pena a usuários já vista na legislação brasileira: prisão de 1 a 6 anos e multa, atingindo indistintamente traficante e comprador (LIMA, 2009). Silva (2013) explica que a situação brasileira na época contradizia a tendência internacional do período: se no mundo operava, segundo Del Olmo (1990, p.34) o "discurso médico-sanitário-jurídico", o que se via por aqui era um aparente retrocesso no caminho da descriminalização e priorização do tratamento médico (SILVA, 2013).

Machado e Miranda (2007) discutem que a medicina influenciou fortemente a legislação brasileira a partir da década de 1970 legitimando, através do discurso tecnocientífico, o controle do uso de drogas. Sendo o usuário visto como criminoso e/ou doente, foi proposto para o seu tratamento os hospitais psiquiátricos, a princípio e, seguidamente, centros especializados de tratamento, filantrópicos ou públicos. Ainda segundo os autores, esses locais tinham a missão de “salvar, recuperar, tratar e punir”, o que denota uma impressão ainda constatada nos dias de hoje, evidenciando as diversas motivações que perpassam as práticas de saúde na área. (2007, p.804).

O ano de 1976 constitui um marco pela intervenção da ONU na procura pela instauração de medidas de controle do tráfico e uso de substâncias psicotrópicas em todo o mundo, o que, para Lima (2009), ocasionou um aumento da preocupação nesse sentido pelos operadores do direito no Brasil. Foi então promulgada a Lei nº 6.368, de 1976, que segundo Machado e Miranda (2007) corroborou para a abordagem da dependência e uso de drogas na esfera médico-psiquiátrica. Os autores apontam as seguintes modificações normativas importantes nesse sentido:

“[...] a substituição do termo 'viciado' por 'dependente de drogas'; a proposição de criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar e a proposição do tratamento – e não mais da internação – como medida compulsória” (MACHADO; MIRANDA, 2007. p.805).

Cláudia Silva (2013) explica que uma modificação importante no campo da Psiquiatria também ocorreu na década de 1970: a elaboração da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), discutido ao longo da década de 1970, mas publicado apenas em 1980. Este manual é um documento que marca uma mudança nos sentidos da Psiquiatria mundial e no tocante à questão das drogas um elemento importante precisa ser considerado: seu uso deixa de estar presente entre o conjunto de transtornos de personalidade e aparece com a denominação “transtorno de uso de substância” (SILVA, 2013). Isso significa que há uma modificação quando comparado às duas edições anteriores. O transtorno de uso de substâncias, conforme o manual, torna-se independente dos transtornos

de personalidade e há o incremento de uma nova categoria, “abuso”, passando-se a considerar patológicas medidas cada vez menores de consumo. Tudo isso possibilitou que um número maior de indivíduos, fossem inseridos nessa categoria, havendo o que a autora denomina “afrouxamento” dos critérios diagnósticos, permitindo um significativo aumento da atuação da Psiquiatria sobre a questão das drogas.

Na década de 1980 importantes acontecimentos ocorreram tanto no sentido da atuação em saúde mental, quanto na elaboração de políticas voltadas para a questão do álcool e outras drogas. Um desses acontecimentos é a ampliação do Movimento da Luta Antimanicomial. Lüchmann e Rodrigues (2007) discutem que as primeiras manifestações no setor de saúde surgem em 1976 com a constituição do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), no contexto de abertura do regime militar, sendo um espaço de discussão e possibilitando a produção crítica na área. É nesse espaço que surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, denunciando o sistema nacional de assistência psiquiátrica, indicando fraudes, torturas e tratamento desumano aos pacientes psiquiátricos. O citado movimento inicia uma greve que durou oito meses no ano de 1978, atingindo importante repercussão na imprensa. Os autores apontam que no período de seis anos, que vão de 1987 até 1993, diversas articulações foram realizadas e em 1993 o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial foi consolidado. É neste cenário que se é apresentado, em setembro de 1989, o Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do deputado federal Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios. Tal Projeto de Lei ficou por 12 anos em tramitação, sofrendo diversas alterações, até por fim ser aprovada, em abril de 2001 a Lei nº 10.216 (ESTRELA; LOYOLA, 2014). Importante demarcar que a proposição de análise neste artigo vai apenas até o ano 2000, sendo que a Lei nº 10.216 de 2001, que regulamente a Reforma Psiquiátrica no Brasil é apontada por ser resultante de um processo iniciado em 1989.

De outro lado, através do Decreto nº 85.110 de 1980, é instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. Assim, foi definido como órgão central do Sistema Nacional o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), cabendo a ele

“[...] propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica” (BRASIL, 1980).

Segundo Machado e Miranda (2007) o COFEN sobressaiu-se como órgão normativo dos variados temas e das ações governamentais programáticas dedicadas ao controle das drogas. Era formado por diversos ministérios, como o da Justiça, da Saúde, da Educação e

Cultura, da Previdência e Assistência Social, da Fazenda e das Relações Exteriores. Inicialmente somente as questões relativas às drogas ilícitas eram abordadas. Mas ainda na década de 1980 passou a englobar também discussões relacionadas às drogas lícitas. Em muitos episódios, o COFEN só esteve preocupado com ações de repressão ao uso e tráfico de drogas, porém, com a redemocratização do Brasil, a partir segunda metade da década de 1980, o conselho passa a favorecer o surgimento de práticas de prevenção, tratamento e pesquisa não necessariamente orientadas por uma ótica repressiva. A exemplo disso podemos citar o apoio aos projetos de redução de danos e às comunidades terapêuticas, às vivências dos centros de referências de tratamento, pesquisa e prevenção, que tornaram-se pertinentes para a evolução das práticas de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Ao longo da década de 1990, já no governo de Fernando Henrique Cardoso, o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes é substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). A SENAD era um órgão ligado ao então Gabinete Militar da Presidência da República e sua elaboração demonstrou uma estratégia política do Estado brasileiro em transparecer à comunidade internacional iniciativas que corroboravam com a ideia de que o combate às drogas era uma prioridade do governo. Além disso, tal secretaria era responsável pela coordenação e articulação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), de 2002.

O COFEN foi extinto em 1998 e substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). O SISNAD norteia-se pelo princípio da responsabilização compartilhada pelo Estado e a Sociedade, entendendo que governo, cidadãos e a iniciativa privada precisam cooperar mutuamente. Um dos objetivos apresentados pelo sistema é a criação de uma Política Nacional Antidrogas, com ideais fortemente alinhados ao proibicionismo. Interessante notar que o foco mantido pelo governo FHC alinhava-se a uma perspectiva “antidroga”, o que mantém o foco na ideia de combatê-la (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Neste período há um aperfeiçoamento das estratégias elaboradas para combater o uso da droga (SILVA, 2013). Tanto que, através da Lei nº 7.560 de 1986 foi criado o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB), com a finalidade de financiar as medidas sugeridas no período, sendo as ações sanitárias voltadas primordialmente para os sujeitos considerados dependentes, reforçando os estereótipos de criminoso e doente, além de serem vinculadas ao Ministério da Justiça e não à área da saúde. No âmbito internacional, em 1998 a ONU convoca uma Assembleia Geral com a finalidade de debater uma política mundial sobre drogas. O evento legitima as ideias desenvolvidas nas

Convenções-Irmãs e estabelece como objetivo a ser atingido até 2008: “Um mundo livre de drogas: nós podemos fazê-lo” (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO, 2015).

Pode-se perceber, por fim, que durante o século XX a discussão sobre o uso de álcool e drogas esteve fortemente atrelada às práticas psiquiátricas e ao estatuto da “doença mental” seja como condicionante ou como resultante do uso de substâncias psicoativas. As terminologias utilizadas – toxicômanos, dependente de drogas, usuário de drogas – denotam uma trajetória que se conforma à evolução das políticas voltadas para esse campo. Importante ressaltar o destaque que se atribui aos estudos que possam trazer novos elementos ao debate, especialmente no que se refere ao período anterior ao proposto neste capítulo.

O estudo estabelecido aqui buscou investigar, mediante as pistas deixadas por Rui (2014), a trajetória das legislações direcionadas à questão do uso de álcool e outras drogas no Brasil, desembocando no entendimento de que a partir dos anos 2000 ocorre uma transição no sentido de pensar a questão pelo viés da “saúde pública”, mais especificamente da “saúde mental”. Nota-se que as discussões no ambiente científico atual se organizam frente a duas lógicas: a da repressão e proibição, à contenda da segurança pública e o da redução e danos e cuidado no território, a partir da saúde mental. Na prática parece ainda não ter acontecido uma completa fusão entre os dois tipos de políticas públicas nos termos da temática do uso de drogas até o final dos anos 2000.

Importante salientar a forte influência da Psiquiatria na sustentação das ideias repressivas da justiça e da patologização do uso de drogas, possibilitando a transição da discussão do terreno da segurança para o da saúde pública. A elaboração de novos critérios diagnósticos proporcionou um aumento no número de casos passíveis de intervenção, conferindo o estatuto médico ao que antes era tratado de modo policial. Tais pistas encontradas pelo sobrevôo às normas ao longo deste último século, nos permite analisar como as políticas desenvolvidas no século XXI seguem esses caminhos históricos, que se iniciaram nos primeiros anos do século XX.

Por fim, cabe frisar que não se busca com a argumentação desenvolvida expressar uma completa transição entre o que intitulamos aqui casos de “segurança pública” para casos de “saúde pública. Inclusive porque não apenas as legislações, mas principalmente a pesquisa empírica podem evidenciar exatamente o contrário. O que requer novas incursões neste campo de pesquisa. O que se buscou neste capítulo, com o delineamento e construção da trajetória das normas foi demonstrar como essa transformação vem ocorrendo e como ela se desenha na construção das políticas de saúde que são implantadas no século seguinte, o XXI.

CAPÍTULO III

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O ÁLCOOL E A DROGA COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

No capítulo anterior buscou-se analisar a evolução temporal das regras que compõem o arcabouço legal das políticas públicas de saúde mental e de álcool e outras drogas entre os anos de 1900 até 2000. Como exposto, a investigação do desenrolar normativo do século XX embasa a discussão proposta neste segundo capítulo, uma vez que as políticas públicas direcionadas à questão remontam um passado que precisava ser explicitado para a compreensão do panorama atual.

Já neste capítulo que se inicia, iremos analisar as políticas de saúde mental, álcool e drogas estabelecidas no início do século XXI, demonstrando como um novo paradigma, o da Atenção Psicossocial (SANTOS; YASUI, 2016), se constrói enquanto referência no “tratamento” ou, como denominado pelas políticas de saúde mental, no “cuidado” às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Aqui, buscamos chamar a atenção para o processo de implantação das políticas públicas de saúde voltadas para essa questão, sem relegar aquelas apresentadas pelo Ministério da Justiça. De outro modo, embora essa pesquisa se proponha a direcionar o seu olhar às questões de saúde pública, por ter a intensão de analisar as práticas profissionais em um CAPSad, fazemos também uma leitura, ainda que superficial, das políticas instauradas na área da justiça e segurança pública, entendendo que muitas delas são intersetoriais e se influenciam mutuamente.

Para esse fim, iremos primeiramente apresentar os caminhos epistemológicos de construção de uma nova forma de atenção em saúde mental, a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em contraposição às internações em hospitais psiquiátricos. Faremos, então, uma breve discussão sobre modelos de atenção à saúde, entendendo a concepção do “modelo médico hegemônico” ou “biomédico” apresentando em seguida a assunção do modelo biopsicossocial. Encerrada essa primeira parte, será desenvolvida uma análise do desenrolar normativo destas políticas no início do século XXI, mais precisamente até o ano de 2011. A pausa nesse ano específico se dá em função da instauração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em dezembro deste ano. A institucionalização da rede de atenção em âmbito local é parte do que se pretende já no quarto capítulo. As legislações e políticas

surgidas após 2011, também dizem respeito à RAPS e por isso, farão parte do último ponto. Faremos, então, uma discussão sobre redes de atenção à saúde, demonstrando a implantação da RAPS de forma descentralizada, tendo como *locus* da pesquisa um município do Estado do Rio de Janeiro, esboçando um delineamento da análise dos dados obtidos através da empiria, utilizando como arcabouço a pesquisa documental e bibliográfica já apresentada, e também novas pistas encontradas na literatura.

3.1. Entre o “hospital” e a “rua”: o modelo biomédico e o paradigma da atenção psicossocial

Jairnilson Paim (2009) explica que ao contrário do que é em alguns momentos apresentado, “modelo de atenção à saúde” não tem como significado algo exclusivo ou exemplar, devendo ser entendido como uma representação da realidade da saúde, evidenciando-se as racionalidades que orientam determinadas ações, as tecnologias utilizadas ou formas de trabalho em dada situação. Franco e Merhy (2004) complementam que esses modelos são organizados de acordo com a tecnologia utilizada na assistência, o contexto econômico, político e social ao qual estão inseridos, além de se definirem a partir da construção de ações sociais específicas e lógicas de saber de determinada área, considerando a disposição do serviço.

O chamado “modelo biomédico”, ou “modelo hegemônico da medicina científica”, ou ainda “flexneriano” (SILVA JÚNIOR, 1998), tem tido influência sobre a organização dos serviços, a produção de conhecimentos na área da saúde e também na formação profissional. O surgimento desse modelo tem sido recorrentemente associado à publicação do Relatório Flexner, por Abraham Flexner, nos Estados Unidos da América (EUA), em 1910, criticando a situação das escolas médicas desse país. O conteúdo do relatório fornece diretrizes no sentido da sustentação do paradigma cartesiano (FERTONANI *et al*, 2015). Segundo Silva Júnior (1998) alguns princípios são norteadores do citado modelo, como o biologicismo, o individualismo, desconsiderando os aspectos políticos, sociais e psíquicos envolvidos no processo saúde-doença, a dicotomia entre corpo-mente, a ênfase no hospital e na medicina curativa, a tecnificação do ato médico e a super especialização profissional.

Octavio Bonet (2004) argumenta que há em todas as sociedades, através de um conjunto de representações e práticas, uma tentativa de se controlar e explicar, de forma ampla, as manifestações do processo saúde-doença. Tais representações e práticas fariam

parte de uma reunião de afirmações acerca do modo como cada sociedade encontra explicações para sua apreciação do mundo, afirmações que harmonizam um tipo de configuração social. Assim, é possível dizer que essa forma de ver o mundo não constitui um conjunto imutável, mas sim, que se altera a partir da capacidade de cada sociedade, considerando suas possibilidades. Duas ordens diversas, segundo Bonet, em termos de “realidade” (p.28), estão envolvidas no processo saúde-doença: a ordem biológica e a ordem social. Em cada lugar será atribuído um grau de importância a cada uma delas, enquanto em outras sociedades o “social” e o “biológico” aparecem como imprescindíveis um ao outro (BONET, 2004).

Na cultura ocidental moderna, tais representações e práticas, priorizam a ordem biológica no que tange ao processo saúde-doença, dando origem à configuração do chamado “modelo biomédico” ou biomedicina (BONET, 2004). Michel Foucault, em “O Nascimento da Clínica” (2001) demonstra que ao final do século XVIII a medicina deixa de ser classificatória, ocorrendo uma ruptura de paradigma no interior de sua prática e saber, tornando-se anátomo-clínica. A doença passa a ser pensada como presente em alguma parte do corpo humano, valorizando, desse modo, a anatomia patológica e instaurando o que Foucault chamou de medicina moderna.

Ao analisar o caminho percorrido pela medicina no século XIX, Foucault demonstra que a nova configuração característica da medicina moderna provoca a estréia de outras formas de conhecimento e inéditas práticas institucionais, sendo assim, a ruptura ocorrida em seu saber deriva de uma alteração de seus conceitos, métodos e objetos, não apenas pela utilização de novos e mais potentes equipamentos e tampouco por um refinamento conceitual. O início do século XIX indica um momento em que a medicina passa a se instaurar como medicina científica e, para isso, critica seu passado, demonstrando uma transformação no domínio de sua experiência e na estrutura de sua racionalidade. Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2006) discutem que com o nascimento da racionalidade médica moderna, o projeto de fixação do saber e de sua prática no âmbito das ciências naturais vem se consolidando. Assim, para os autores, configura-se uma dicotomia fundamental entre o diagnóstico, local da ciência, e a intervenção terapêutica, espaço da “arte” (p.1.095), sendo esta última imersa em dúvidas e expectativa de fracasso, além de dividida com o paciente. Os autores indicam que:

“Verificou-se, então, uma verdadeira cisão entre teoria e práticas médicas, que termina por fragmentar também o paciente (sintomas objetivos x sintomas subjetivos). Na maioria das vezes, os sintomas subjetivos não são levados em conta, ou mesmo, não se sabe como ‘dar conta’ deles” (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR, 2006, p.1.095).

Os autores expressam que todo o processo, complexo e singular que envolve o sofrimento humano, ou seja, a subjetividade do adoecimento, sua dimensão experimental, fenomenológica, nunca veio a ser preocupação da biomedicina, justamente porque a forma de configuração da medicina ocidental é herdeira da racionalidade científica moderna.

Kenneth Camargo Jr. (1997) discute a trajetória histórica da biomedicina, enfatizando a elaboração do conceito moderno de doença e suas consequências na diagnose e terapêutica. De forma resumida, o autor indica que a racionalidade biomédica pode ser traçada em três proposições: 1) a de seu caráter generalizante, propondo discursos de validade universal; 2) de seu caráter mecanicista, tendendo a naturalizar “as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o “Universo” a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos”; e 3) de seu caráter analítico, “tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes” (CAMARGO JR., 1997, pp.47-48).

Afinado às ideias de Foucault (2001), Carmargo Jr. (1997) diz que a medicina que surge a partir da anátomo-clínica, no que tange à visão “analítico-mecanicista” acima descrita, é uma medicina das lesões, do corpo e da doença. Essa concepção da doença como sendo protagonista da nova prática médica não aconteceria isolada das grandes mudanças institucionais no ensino e na prática, sendo o hospital uma referência nesse sentido, uma vez que por lá passam a ser produzidas em grande número as necropsias e observações anatomo-patológicas (CARMARGO JR, 1997), que sustentaram a ideia fundamental de uma “medicina da doença”.

Ainda segundo Camargo Jr. (1997) as doenças aparecem como objetos autônomos em sua existência, de acordo com as ideias apregoadas pela doutrina médica, compreendidas pela presença de lesões oriundas de ocorrências que surgem por uma ou múltiplas causas. Sendo assim, o sistema diagnóstico é direcionado ao reconhecimento das patologias, diante das características da lesão. O sistema terapêutico é hierarquizado por sua predisposição de afetar as causas últimas das doenças, servindo a dinâmica vital e a morfologia como adjuvantes na caracterização do mórbido processo. Neste sentido, o autor reforça o fato de que a própria definição de saúde surge como ausência de doenças.

Nesse ínterim, pertinente a discussão empreendida por Canguilhem (2009) sobre o “normal e o patológico”, trazendo para a cena a ideia de que a construção dos conceitos de saúde e doença fazem parte de um processo relativo, com diferenças no que tange a experiência vivida e o debate científico. Na primeira parte do estudo, ao retomar de forma histórica a perspectiva positivista, o autor se posiciona criticamente ao fato de que o estado

mórbido, a partir do princípio da patologia, que, aliás, é frequentemente invocado, não seria nada além de uma simples alteração quantitativa dos eventos fisiológicos que delimitam o estado normal frente a uma determinada função. Já na segunda parte, ele demonstra que em decorrência da “polaridade dinâmica da vida” (p.92), se há normas biológicas, é porque a vida não é somente uma submissão ao meio, mas uma instituição do próprio meio, estabelecendo, assim, valores no próprio organismo, e claro em seu meio. Isso é chamado por Canguilhem de “normatividade biológica”.

Não seria, desse modo, disparate conceber o estado patológico como normal, uma vez que informa uma associação com a normatividade da vida. No entanto, seria sim, ilusão pensar esse normal como congênere ao normal fisiológico, por trata-se de normas diferentes. Desse modo, “não é a ausência de normalidade que constitui o anormal” (p.92), pois “não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver” (CANGUILHEM, 2009, p.92). Para o autor, o que acontece com a medicina é semelhante ao que ocorre com as demais técnicas, sendo uma atividade oriunda do esforço do ser vivo para organizar e dominar o meio de acordo com seus valores. Seria através desse esforço que a medicina encontraria seu significado, ocupando-se dos resultados de todas as ciências em préstimo às normas da vida, por não se tratar ela mesma de uma ciência.

Jean Clavreul (1983) sustenta a ideia de que o objeto de interesse da medicina é o doente, sendo o paciente um objeto de intervenção, o que faz com que a relação “médico-paciente” se torne, na realidade, uma relação “instituição médica-doença” (CLAVREUL, 1983, p.49). A crítica instaurada, então, à biomedicina, diz respeito à visão reducionista e biotecnicista sobre o processo saúde-doença e nesse sentido Czeresnia (2009) fornece uma pertinente contribuição ao afirmar que,

“O pensamento humano desenvolve-se em duas direções: por um lado, a profundidade, a redução e o estreitamento; por outro, a amplitude, a abrangência e a abertura de fronteiras. O pensamento científico moderno tendeu à redução, colocando para si o desafio de alcançar o máximo da precisão e objetividade por meio da tradução dos acontecimentos em esquemas abstratos, calculáveis e demonstráveis. A linguagem matemática seria capaz de expressar as leis universais dos fenômenos. Os elementos dos acontecimentos que as palavras - ou, mais precisamente, os conceitos científicos - não conseguiam alcançar, tenderam a ser vistos como erro ou anomalia. O significado da palavra objetiva apresentou-se em substituição à própria coisa, cujo aspecto sensível não era tido como existente” (CZERESNIA, 2009, p.39).

Madel Luz (2005) indica que há, em relação à medicina, uma crise em dimensões variadas e que apresenta dilemas que devem ser analisados tanto em termos culturais como socioeconômicos, e observados sob diferentes planos de significação: o plano institucional; o

plano ético; o plano da eficácia institucional; a questão bioética; o plano corporativo; o plano pedagógico; o plano político-institucional e, por fim, o plano que a autora designa “racionalidade médica”, explicando que o paradigma que orienta a medicina contemporânea deslocou-se do “sujeito humano sofredor com uma totalidade viva” (p.151) tanto em sua prática de intervenção, como nas investigações diagnósticas.

Octavio Bonet (2004) destaca o lugar do hospital no arrimo da biomedicina, uma vez que este é o lugar fundamental de manifestação do saber médico em contraposição ao saber leigo, dos medos e das convicções. Como já mencionado, uma das características do modelo biomédico é a ênfase na atenção hospitalar, nas práticas predominantemente curativas, centradas na utilização dos aparatos tecnológicos e desvalorização dos sujeitos, suas histórias de vida e os determinantes sociais de saúde (DSS). Importante pensar que essas práticas também se reproduziam/reproduzem na assistência psiquiátrica, através das longas internações, do uso da camisa de força, da eletroconvulsoterapia, os popularmente chamados “eletrochoques”, e da super valorização dos medicamentos psicotrópicos.

Guedes, Nogueira e Camargo Júnior (2006) afirmam que ainda no início do século XX aconteceram as primeiras manifestações negativas em relação à biomedicina, mas que foi através de Michel Balint que tais críticas ganharam notoriedade mundial, resgatando-se a necessidade de estabelecimento de uma relação de humanização entre médico e paciente, proporcionando uma escuta terapêutica que pudesse considerar todos os aspectos que envolvem o processo de adoecimento. Pagliosa e Da Ros (2008) argumentam que a partir da década de 1960 as críticas ao setor saúde crescem pelo mundo todo, gerando o que foi chamado de “crise da medicina”, evidenciando um descompasso entre os serviços oferecidos e as reais necessidades da população. Foi então que ocorreu uma forte movimentação na academia e instituições internacionais diversas, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde.

O conceito de saúde estabelecido pela OMS também fez parte desse processo. Em 1946 fica definido que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, acarretando em críticas pela amplitude da definição, transparecendo que a saúde seria algo inatingível, de natureza ideal. Em 1977, Christopher Boorse define que saúde é a ausência de doenças, reafirmando a ideia biomédica de que estar saudável ou estar doente é uma questão objetiva, envolvida com questões puramente biológicas, sem haver necessidade de juízos de valor (SCLAR, 2007).

Como discutido por Scliar (2007) uma resposta à definição de Christopher Boorse foi dada na Conferência de Alma Ata, na ex-República Socialista Soviética, em 1978, promovida pela OMS, que,

“[...] enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Trata-se de uma estratégia que se baseia nos seguintes pontos: 1) as ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis; 2) devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias – portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade; 3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; 4) o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país. Estruturados dessa forma, os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual são, verdadeiramente, a base. O sistema nacional de saúde, por sua vez, deve estar inteiramente integrado no processo de desenvolvimento social e econômico do país, processo este do qual saúde é causa e consequência” (SCLIAR, 2007, pp.38-39).

A partir da Conferência de Alma Ata ocorre uma modificação na compreensão do conceito de saúde, passando a valorizar os cuidados primários, bem como a prevenção e promoção à saúde, dando grande destaque às condições de vida da população, enfatizando os aspectos econômicos, sociais, culturais e políticos que envolvem o adoecer. No Brasil, na década de 1980, em um contexto de luta pelo fim da ditadura militar, na exigência por direitos de cidadania e democracia, cresce a crítica ao modelo hegemônico (FERTONANI *et al.*, 2015), ficando claras as evidências dos limites da biomedicina no enfrentamento de questões ligadas ao acelerado processo de urbanização. A exemplo dos desafios a uma abordagem centrada nas características individuais e puramente biológicas temos as doenças psicossomáticas, as crônicas-degenerativas, as neoplasias, as novas doenças infecciosas (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007) e os transtornos mentais. Pagliosa e Da Ros (2008) explicitam que mesmo de forma heterogênea e a partir de conjunturas políticas e socioeconômicas diversas, é na década de 1980 que se iniciam em diversos países os processos de reforma no setor saúde. Mudanças profundas, como a ocorrida no Brasil, surgem a partir da iniciativa cidadã, através de movimentos e ações populares. A crítica ao modelo vigente fica clara na VIII Conferência Nacional de Saúde, na promulgação da Constituição de 1988 e, por fim, na conquista do SUS em 1990 (FERTONANI *et al.*, 2015).

A partir de então, fica estabelecido que a saúde é uma condição de cidadania, devendo o Estado prover condições para a manutenção desse direito. Além disso, inicia-se um processo de construção de novas políticas públicas de saúde, o que dá subsídios na criação de legislações em saúde mental. Como afirma Yasui (2006), a Reforma Psiquiátrica não pode ser

pensada isoladamente a todo movimento da Reforma Sanitária, pois tais movimentos se posicionavam com uma estreita vinculação, entendendo a saúde como uma questão revolucionária. Esse processo contínuo de mudanças no setor saúde influencia fortemente a reorganização dos serviços, entendendo que o modelo biomédico, com uma visão biotecnista, centrada no hospital e nos aparatos tecnológicos, não poderia suprir as necessidades e os direitos exigidos por esses movimentos de luta.

Segundo Hirdes (2009), as décadas de 1980 e 1990 foram marcos expressivos no que tange à reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. Um evento importante e que impulsionou mudanças no Ministério da Saúde foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, ocorrida em Caracas, na Venezuela, em 1990. Nesse evento, o Brasil e outros países da América Latina, selaram o compromisso de reestruturação da assistência psiquiátrica, devendo rever de forma crítica o papel centralizador e hegemônico do hospital psiquiátrico, considerando os direitos humanos, civis e a dignidade pessoal dos pacientes, possibilitando sua inserção ao meio comunitário.

Podem ser considerados marcos práticos, segundo Hirdes (2009), a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, o Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira e o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul. Além disso, em Santos (SP), a intervenção na Casa de Saúde Anchieta foi uma experiência inovadora, por se tratar da primeira iniciativa objetiva de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, possibilitando a construção de estruturas substitutivas. Desde então, passou-se a valorizar os serviços de substituição ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos em hospitais psiquiátricos gerais, as oficinas e residências terapêuticas, em que os recursos eram repassados aos municípios na medida em que aderiam às modalidades alternativas aos hospitais psiquiátricos, tornando os procedimentos em saúde mental compatíveis com o modelo assistencial (HIRDES, 2009).

Essa nova forma de assistência em saúde mental é instaurada a partir de uma lógica intitulada “biopsicossocial”, por entender que as questões biológicas, psicológicas e sociais precisam caminhar juntas para que os usuários dos serviços de saúde sejam assistidos como um todo, integralmente, como estabelecido por um dos princípios doutrinários do SUS. Essa concepção biopsicossocial é consolidada a partir da nova definição da OMS (1999) de que saúde é “o total bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo, e não a ausência de uma doença ou de uma enfermidade” (ALMONDES, 2006). Esse novo paradigma, entendido por De Marco (2003) como um “modelo biopsicossocial”, é considerado por alguns autores (PEREIRA *et al.*, 2011) como resultante de todo o processo de reforma sanitária brasileira.

De acordo com Belloch e Olabarria (1993), os princípios que sustentam esse modelo são, sistematicamente:

“1) El ser humano es un organismo biológico, psicológico y social. Esto es, un organismo que recibe información, la elabora, la almacena, la crea, le asigna un significado y la transmite, todo lo cual produce, a su vez, un modo determinado de comportarse. 2) La salud y la enfermedad son estados que se hallan en equilibrio dinámico – y por ello son difícilmente definibles en términos absolutos –, y están codeterminados por variables de tipo biológico, psicológico y social, todas ellas en constante interacción. 3) El estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de los diferentes estados de enfermedad, debe intentar tener en cuenta las contribuciones particulares y diferenciales de los tres grupos de variables enumeradas. 4) La etiología de los estados de enfermedad es siempre multifactorial. Además hay que tener en cuenta que existen varios niveles etiopatogénicos y que todos ellos requieren la adecuada investigación. 5) El cuidado óptimo de las personas que se encuentran en un estado de enfermedad, debe realizarse en el marco de acciones integradas, llevadas a cabo por un equipo de salud, en el que deben encontrarse representados profesionales especializados en el estudio de cada uno de los tres grupos de variables. 6) La salud, ese estado de bienestar físico, psicológico y social, no es patrimonio ni responsabilidad exclusiva de un solo grupo o especialidad profesional. Del mismo modo sucede con la enfermedad: su investigación y tratamiento no pueden ni deben recaer con exclusividad en las especialidades médicas” (BELLOCH; OLABARRIA, 1993, p.182).

Face ao exposto, pode-se compreender a guinada de um modelo de atenção biomédico em saúde mental, centrado nos hospitais psiquiátricos, para uma tentativa de reorganização, a partir dos ideais da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, de uma assistência prestada no território, a partir dos Centros de Atenção Psicossocial. Esse modelo é denominado “Estratégia de Atenção Psicossocial” (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011). Todo esse processo, como pôde ser visto, envolve um cenário maior de mudanças no conceito de saúde e nas políticas adotadas a nível mundial. Segundo Pereira e colaboradores (2011), a mudança de um conceito biomédico para um biopsicossocial provoca reconfigurações ou re-significações na concepção de Saúde Coletiva, culturas, saberes, controle social, tratar-cuidar, saúde-doença-cura, que traz grande complexidade e tensão para nossa ação sobre o mundo.

Esse processo de transição de um modelo hegemônico biomédico para um biopsicossocial ainda está em curso, uma vez que, como demonstram Bezerra e colaboradores (2016), no cenário das práticas em saúde mental ainda fica evidenciada a hegemonia da clínica biomédica por ações profissionais pautadas na grande valorização dos medicamentos psicotrópicos, uma gestão de cuidados desarticulada e de pouca valorização e utilização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Destarte, nas próximas seções deste capítulo serão discutidas as políticas de saúde mental, a partir da década de 2000, demonstrando o desenrolar normativo e político que acarreta na construção da RAPS. Tudo isso para situar o funcionamento de uma política descentralizada, cujo adensamento empírico desta pesquisa encontra-se em um município do

Estado do Rio de Janeiro, em que pese a capacidade local frente a essas políticas nacionais e assim possibilitar, a partir dessa contextualização, demonstrar o lugar dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas nesse cenário.

3.2. A reforma psiquiátrica em curso: as políticas públicas e o foco no uso de álcool e outras drogas

No segundo capítulo buscamos desenvolver uma análise das legislações pertinentes ao debate sobre o uso de álcool e outras drogas ao longo do século XX, demonstrando como o deslocamento desse debate do campo da justiça, da segurança pública, para o campo da saúde. Com o desenrolar da pesquisa pôde-se perceber, pelo argumento apresentado, que não existe uma transição total nesse sentido, de uma completa mudança da esfera jurídica para a área da saúde, uma vez que há um entendimento de que a abordagem de enfrentamento a essa problemática deveria ocorrer através de uma “integração de competências” (BRASIL, 2015). O pressuposto de tal “integração” é o de que “esta abordagem multidisciplinar entre profissionais do sistema de justiça e da área da saúde se revela absolutamente necessária” (BRASIL, 2015, p.10), uma vez que se espera,

“[...] aprimorar o novo modelo de abordagem aos dependentes de drogas, reconhecendo-os como pessoas que necessitam de atenção, tratamento e reinserção social sob a marca dos direitos humanos” (BRASIL, 2015, p.10).

Parece haver um certo “consenso” de que, por um longo período no contexto brasileiro, as políticas públicas comprometidas com a questão do uso de álcool e drogas foram inexistentes (BRASIL, 2004; SANTOS; YASUI, 2016). Observamos, por meio de uma leitura das regras, que no século XX embora a questão transitasse entre a esfera jurídica e da saúde, as intervenções feitas bilateralmente eram muito mais no sentido de “vigiar e punir” (FOUCAULT, 2008), a partir da lógica de internação dos hospitais psiquiátricos, do que de tratar. A proposta das internações se concentrava no pressuposto da completa abstinência, gerando uma visão reducionista da temática (SANTOS; YASUI, 2016).

Autores de diversas áreas do conhecimento (PICCOLO; KNAUTH, 2002; NARDI; RIGONI, 2005; FONSECA *et al.*, 2006 LIMA, 2010; TRAD, 2010; SANTOS; YASUI, 2016), como as Ciências Sociais, a Psicologia, a Saúde Coletiva e o Direito demonstram que as primeiras tentativas de atenção ao usuário de álcool e drogas fora do escopo das práticas reducionistas que visavam apenas a abstinência. Surgiram, de acordo com essa literatura,

vislumbrando a queda da contaminação pelo vírus HIV/AIDS, entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), a partir de uma perspectiva de redução de danos (RD). Neste sentido, esta redução pode ser entendida como um aglomerado de medidas em saúde pública, visando minimizar as consequências danosas do uso de drogas. Tais medidas devem considerar as liberdades individuais, entendendo que mesmo que uma pessoa não consiga ou queira viver em abstinência do uso de drogas, preconiza-se, pelo viés da saúde, a diminuição dos riscos de infecção pelo HIV e hepatite (BRASIL, 2001; QUEIROZ, 2001). Na realidade, como alerta Queiroz (2001),

“[...] a redução de danos é muito mais do que uma alternativa à abstinência no tratamento da dependência química e na prevenção do HIV/AIDS. A redução de danos trata do manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. Desse modo, o importante não é se determinado comportamento é bom ou ruim, certo ou errado. Na redução de danos, a ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável. A redução de danos centra-se no que funciona (pragmatismo) e no que ajuda (empatia e solidariedade)” (QUEIROZ, 2001, p.13).

A primeira experiência de distribuição de materiais para uso seguro de drogas injetáveis foi feita em Santos (SP), em 1989, sendo interrompida por intervenção do Ministério Público, que entendeu que tal ação incentivava o consumo de drogas (MASSARD *et al*, 2006). Mesmo de forma clandestina, a ação permaneceu em 1990, através do Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos. Como demonstram Michel Misse e Joana Vargas (2010), por muito tempo e de certo modo até hoje, a distribuição de seringas foi entendida como apologia ou incitação ao uso de drogas, o que ocasionou em processos à redutores de danos. Apenas em 1994, através do Programa DST/AIDS do Ministério da Saúde é que parte de um projeto que visava prevenir o abuso de drogas foi aprovado. Posteriormente, sua versão integral aceita pelo Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), tendo também, um parecer positivo por parte do Conselho Estadual para Assuntos de AIDS (CONAIDS) do governo do Estado de São Paulo, agregando ao projeto inicial a troca de seringas descartáveis aos UDIs (SANTOS; YASUI, 2016).

De todo movimento que buscou implantar as ações de RD, participaram as Organizações Não Governamentais (ONGs) e Organizações Governamentais (OGs), o Ministério da Justiça, as Coordenações Estaduais e Municipais de DSTs/AIDS. Diversos estados e municípios hoje possuem leis que regulamentam o trabalho feito por essas equipes, além de haver apoio e financiamento por parte do Ministério da Saúde (NARDI; RIGONI, 2005), que através da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003) e de legislações de incorporação da RD na atenção básica e secundária (BRASIL, 2004b) dão amparo legal ao trabalho.

Como já explicitado por Queiroz (2001), a redução de danos extrapola a esfera de uma preocupação apenas com as DSTs/AIDS e adquire um novo significado, agora dentro das práticas em saúde mental. No mesmo período de surgimento das práticas de RD, também surgiam os primeiros CAPS, dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica. O primeiro deles foi o CAPS Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo, juntamente com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), inaugurados de 1989 e que são as primeiras referências de implementação de serviços de substituição ao manicômio no Brasil (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Taniele Rui (2014), dedica uma parte de seu texto, fruto de sua tese de doutoramento sobre o crack na cidade de Campinas, estado de São Paulo, para trazer algumas discussões sobre a transição ocorrida no Programa de Redução de Danos de Campinas, da pasta de prevenção do HIV/AIDS para a pasta da saúde mental. Segundo a autora tal transição coaduna com a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004), fazendo com que esse trabalho passe a funcionar nos CAPSad. Rui ainda faz um esforço de reflexão dizendo que é de se chamar a atenção, a escolha justamente da saúde mental, no âmbito das políticas de saúde, para receber a ideia da redução de danos, ressaltando que a questão do uso abusivo de drogas se mistura aos esforços advindos da Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, Santos e Yasui (2016) argumentam que foi a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em Brasília em 2001, que a estratégia de redução de danos ganha maior notoriedade junto ao Ministério da Saúde, ocasião em que fica decidido que caberia ao MS tratar, reabilitar e prevenir o uso de álcool e outras drogas. No ano seguinte, em 2002, através da Portaria GM/336 são criados os serviços especializados para o atendimento a essa população específica, os CAPSad, tendo objetivo de contribuir na reinserção social dos usuários de substâncias psicoativas, fornecendo atenção integral e contribuindo para a organização da rede assistencial nos municípios (SANTOS; YASUI, 2016).

Anterior à Portaria GM/336 de 2002 havia uma regulamentação de 1992, a Portaria SNAS nº 224, que regulamentava o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. A primeira portaria direcionava novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas e infância e adolescência, além de ampliar a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo, a partir de critérios populacionais, portes diferenciados para os CAPS. Na SNAS nº 224 já aparecia algumas diretrizes de funcionamento dos CAPS, como a questão dos Recursos Humanos, as atividades a serem desenvolvidas e o horário de funcionamento

(BRASIL, 2004a). No entanto, ainda não existia uma diferenciação entre as diferentes modalidades dos CAPS, I, II e III a partir dos critérios populacionais e nem era prevista a existência dos CAPSad e Infantil.

De acordo com a Portaria GM/366 de 2002, foi estabelecida uma diferenciação quanto ao porte/complexidade e abrangência populacional de cada um dos tipos de dispositivos de saúde mental. O quadro 5 demonstra a organização desses serviços a partir da portaria.

Quadro 5: Isomorfismo Organizacional e as Características de Cobertura, População-Alvo, Disponibilidade, Carteira de Serviços, Apoio ao Paciente e Recursos Humanos dos CAPS – Brasil

Características	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III
Cobertura populacional	20 a 70 mil habitantes.	70 a 200 mil habitantes.	200 mil ou mais habitantes.	100 mil ou mais habitantes.	100 mil ou mais habitantes.	200 mil ou mais habitantes
População-alvo	Adultos com transtornos severos e persistentes.	Adultos com transtornos severos e persistentes.	Adultos com transtornos severos e persistentes.	Crianças e adolescentes com transtornos mentais.	Adolescentes e adultos em uso prejudicial de álcool e outras drogas	Adultos em uso prejudicial de álcool e outras drogas
Disponibilidade	Diurna – 5 dias	Diurna – 5 dias	24 horas	Diurna – 5 dias	Diurna – 5 dias	24 horas
Carteira de serviços, intervenção territorial e intersetorial e suporte aos pacientes.	Atendimento individual e grupal, oficina terapêutica, visita domiciliar, atividade comunitária/intervenção social e refeições.	Idem CAPS I	Idem CAPS I e II, mais leito para internação por no máximo 7 dias consecutivos ou 10 dias intercalados no período de 30 dias.	Idem CAPS I e II, mais ações intersetoriais com educação, assistência, justiça.	Idem CAPS I e II, mais atendimento de desintoxicação.	Idem CAPS I e II, mais acolhimento noturno no leito por 14 dias, no período de trinta dias.
Equipe mínima.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 médico psiquiatra; ▪ 1 enfermeiro; ▪ 3 profissionais de nível superior; ▪ 4 profissionais de nível técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 médico psiquiatra; ▪ 1 enfermeiro; ▪ 4 profissionais de nível superior; ▪ 6 profissionais de nível técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 médicos psiquiatras; ▪ 1 enfermeiro; ▪ 5 profissionais de nível superior; ▪ 8 profissionais de nível técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em SM; ▪ 1 enfermeiro; ▪ 4 profissionais de nível superior; ▪ 5 profissionais de nível médio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 médico psiquiatra; ▪ 1 médico clínico; ▪ 1 enfermeiro; ▪ 4 profissionais de nível superior; ▪ 6 profissionais de nível médio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 médico clínico; ▪ 1 médico psiquiatra; ▪ 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; ▪ 5 profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais: psicólogo; assistente social; enfermeiro; terapeuta ocupacional; pedagogo; e educador físico. ▪ 4 técnicos de enfermagem; ▪ 4 profissionais de nível médio; e ▪ 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Fonte: Costa *et al.*, 2011, p.4.609 (adaptado pela autora)

Além desses critérios apresentados, a portaria também estabelece os recursos humanos necessários ao funcionamento de tais locais, indicando a equipe técnica mínima para atuação e o tipo de atividade a ser desenvolvida em cada modalidade.

Costa e colaboradores (2011) apontam que de forma específica, a Portaria nº 336/2002 representou um impulso de crescimento de 282%, na criação de novos CAPS no âmbito do SUS em 2010, se comparado ao ano de 2002. O número de unidades em 2010 eram 1.541, enquanto em 2001, quando promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216, existiam apenas 295. Os autores atribuem esse crescimento ao ambiente de cooperação federativa no âmbito institucional, aos incentivos financeiros, aos recursos próprios locais, juntamente à harmonia e transparência dos objetivos da política de saúde mental, possibilitando sua expansão a nível municipal. Ressaltam ainda, que houve um crescimento desigual entre as diferentes modalidades de CAPS. Entre os anos de 2002 e 2010 houve um crescimento de 424% dos CAPS I, 514% de CAPSad e 300% de CAPSi. No entanto, o estudo demonstra que a proposta de CAPS III, com leito e funcionamento 24 horas, não foi assumida de forma plena pelos municípios, havendo, em 2010, apenas 55 unidades representantes dessa última modalidade e concentrados em poucos municípios, o que representa apenas 3,4% do total.

Interessante notar que dados apresentados pelo Ministério da Saúde demonstram que em 2014, último ano encontrado de publicação, já havia 85 CAPS III e mais 69 CAPSad III (BRASIL, 2015b), modalidade que começa a surgir em 2011, a partir da Portaria MS/GM nº 3.089. Em apenas quatro anos surgem 69 CAPS na modalidade álcool e drogas que fazem atendimento 24 horas, o que indica um aumento da notoriedade da questão no âmbito das políticas públicas de saúde mental. De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), hoje, julho de 2017, o Estado do Rio de Janeiro conta com 8 unidades do CAPSad III. A tabela 1 traz a evolução quantitativa dos centros de atenção psicossocial.

Tabela 1: Série Histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por tipo (Brasil, dez/2006 a dez/2014)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1.010
2007	526	346	39	84	160	-	1.155
2008	618	382	39	101	186	-	1.326
2009	686	400	46	112	223	-	1.467
2010	761	418	55	128	258	-	1.620
2011	822	431	63	149	272	5	1.742
2012	907	464	72	174	293	27	1.937
2013	978	471	78	187	301	47	2.062
2014	1.069	476	85	201	309	69	2.209

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados. Brasília. 2015b.

O que se observa neste início do século XXI é que as políticas públicas voltadas para a questão do álcool e das drogas vão ampliando no escopo das ações de saúde mental e ganhando legitimidade, embora esse processo ainda esteja em curso, como discutiremos ao longo desta tese.

Nardi e Rigoni (2005) discutem que a política de drogas, no Brasil, vem sendo conduzida por diversas instâncias: a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), diferentes Ministérios (Justiça, Saúde e Educação), CONENs (Conselhos Estaduais de Entorpecentes), COMENs (Conselhos Municipais de Entorpecentes). Segundo os autores, tal diversidade está refletida na legislação e nas políticas, que possuem orientações que muitas vezes seguem lógicas distintas. De um lado preocupando-se com redução da demanda e ofertas de drogas e do outro pensando em intervenções preventivas, como a redução de danos. No portal do Ministério da Justiça¹⁸ encontramos a seguinte afirmação:

“A política pública brasileira sobre drogas é comandada pela SENAD, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, que foi criada pela medida provisória nº 1.669, de 1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto nº 7.426, de 2011. Assim como o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e a gestão do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD)”.

Segundo Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015) a criação da SENAD foi uma estratégia política de iniciativa do governo federal, como forma de demonstrar a preocupação das autoridades do país, em relação ao combate às drogas e uma maneira de evidenciar suas ações, frente ao meio internacional, especialmente no que se refere à pressão norte-americana. No entanto, segundo as autoras, desde sua criação, o “lugar” ocupado pela SENAD é polêmico. Inicialmente, a Polícia Federal questionava a função da secretaria, o que culminou com atribuições diferenciadas: responsável pela repressão ao tráfico ficava a polícia, vinculada ao Ministério da Justiça e a SENAD ficaria responsável pelas ações preventivas. Mas desde a vigência do decreto nº 7.426 de 2011 a Secretaria passou a ser chefiada por um civil, no Ministério da Justiça. Vale ressaltar que anteriormente o chefe era um General das Forças armadas, ligado ao Gabinete de Segurança Institucional.

As referidas autoras reforçam que, o papel do Ministério da Justiça se relaciona à repressão ao tráfico, combate às drogas e entradas das mesmas no país, além de outras questões vinculadas ao tema da segurança pública. Neste sentido constata-se que a temática do uso de substâncias psicoativas no Brasil é tida em muitos momentos como um “caso de polícia” e não de saúde, fazendo questionamentos a respeito da abordagem biopsicossocial do uso de substâncias, tendo em vista que a problemática social relacionada às drogas ainda é um

¹⁸ Ver em: http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/copy_of_Politicas-sobre-Drogas

nó. Elas ainda reforçam que o foco na repressão não é suficiente, sendo necessária uma abordagem ampla que considere a prevenção, tratamento, reinserção social e redução de danos, devendo o Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social participarem desse processo ativamente e não de forma fragmentada.

Nesse ínterim, necessário discorrer sobre a elaboração de duas políticas diversas sobre a mesma questão e praticamente, de forma concomitante, entre 2002 e 2005: a primeira à cargo do SENAD que é a Política Nacional sobre Drogas; e a segunda à cargo do Ministério da Saúde, que é a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral à Usuários de Álcool e Outras Drogas. Alves (2009) analisa o contexto de elaboração das duas políticas e traz importantes contribuições para o debate. Segundo a autora, instituída pelo Decreto nº 4.345 de 2002, a Política Nacional Antidrogas (PNAD) transparece que o uso indevido de drogas constitui uma grave e persistente ameaça à vida em sociedade, fazendo associações ao tráfico, outros crimes e violência. Desse modo, o texto da política fundamenta a adoção de uma firme postura combativa do Estado brasileiro frente às drogas. Wandekoken e Dalbello-Araújo (2015) explicam que a PNAD foi elaborada pela SENAD, pelo Departamento da Polícia Federal e outros agentes do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), tendo objetivos e diretrizes voltados para a redução da oferta e demanda de drogas, mas também vinculados à “prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social, redução de danos, repressão, estudos, pesquisas e avaliações” (p.164).

Vânia Alves (2009) salienta que mesmo diante do forte discurso e influência proibicionista na formulação dessa política, outras experiências na implementação de programas de redução de danos à saúde de UDIs e pressões exercidas por militantes e profissionais da área acabaram por permitir um enfoque na RD nesta política. Desse modo, a política antidrogas aproximava discursos antagônicos. Se de um lado compartilha o discurso proibicionista ancorado nas convenções internacionais, apregoando redução da oferta e demanda de drogas, a partir de mecanismos de repressão e criminalização, de outro se mostra sensível à abordagem da redução de danos.

No ano de 2003 é formulada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas (PAIUAD), através da Portaria GM/2.197 afirmando-se a necessidade de o SUS garantir atenção especializada para essa população. Havia o entendimento de que, até aquele momento, as ações nesse sentido ficavam por conta predominantemente das instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas e grupos e auto-ajuda e ajuda mútua. As diretrizes da nova política na área da saúde preveem a estruturação de uma rede de atenção a usuários de álcool e drogas a partir da implantação dos

CAPSad. Tais instituições desempenhariam um papel estratégico de ordenação da rede dentro do território, possibilitando a articulação entre outros dispositivos sociais comunitários, no sentido de alcançar a integralidade prevista na Lei Orgânica de Saúde e na Constituição Federal. Os pressupostos de tal política estão embasados na concepção ampliada da redução de danos e no comprometimento com os direitos de cidadãos desses usuários dos serviços de saúde mental (ALVES, 2009).

O debate sobre a temática das drogas passou a se ampliar no Brasil sendo observada uma necessidade de realinhamento da PNAD. Esta política foi criada no governo Fernando Henrique Cardoso, tendo como foco, segundo Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015), o uso de drogas e não o indivíduo, sendo modificada em 2004, no governo Lula, passando a ser chamada pela SENAD, a partir da realização de fóruns e debates englobando a comunidade científica e a sociedade, de Política Nacional sobre Drogas. Foi então aprovada, em 2005, através da resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD, a Política Nacional sobre Drogas.

Segundo Alves (2009) e Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015), a Política Nacional sobre Drogas e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas, divergem em alguns aspectos, especialmente no que tange à redução de danos. Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015) consideram que a PAIUAD foi muito embasada nos debates sobre as mudanças no modelo de atenção à saúde, indo contra as ideias repressivas e proibicionistas, relacionadas à temática das drogas. Já na Política Nacional sobre Drogas, de acordo com Alves (2009) prevalece o convívio entre as diferentes formas de atenção à saúde no atendimento ao usuário. Portanto, há uma conjugação entre as diversas formas de tratamento, como as propostas das comunidades terapêuticas, dos grupos de auto-ajuda, concomitantemente às propostas de redução de danos. Já a política do Ministério da Saúde, por sua imbricação com as Políticas de Saúde Mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, refuta o modelo de atenção baseado em internações psiquiátricas e em comunidades terapêuticas, entendendo que a abstinência não deve ser a única meta a ser alcançada enquanto mecanismo de tratamento (MACHADO, 2006).

Além disso, segundo Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015), as estratégias de redução de danos estabelecidas na PAIUAD não se limitam às trocas de seringa ou cachimbos, focadas na questão do controle do HIV/AIDS, mas ampliam o olhar sobre a questão. O objetivo seria enfatizar que a temática do uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública e que precisa ser entendido dentro de sua complexidade, buscando o desenvolvimento cidadão, fornecendo autonomia às pessoas. A partir da lógica de redução de danos no escopo da política do Ministério da Saúde, os usuários dos serviços seriam considerados pessoas com

interesses, desejos e dificuldades que vão além do uso de drogas, precisando ser observados em sua singularidade. Para isso os CAPSad possibilitariam uma atenção integral, sendo os dispositivos organizadores desse tipo de atenção.

Em meio a esse contexto, no ano de 2006 foi promulgada a lei nº 11.343, revogando as normativas anteriores: a lei nº 6.368 de 1976 e a lei nº 10.409/2002. Como abordado no segundo capítulo, alguns avanços ocorreram com a promulgação da nova lei, como o incremento de princípios e diretrizes similares aos do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, no que tange as ações de atenção. Além disso, destaca-se da exclusão da pena de prisão para usuários de drogas, possibilitando uma aproximação com a saúde pública (BRASIL, 2010). Segundo Pinto, Oliveira e Duarte (2015), reconhecendo que o uso de drogas interfere na qualidade de vida das pessoas e em suas relações sociais, a nova lei elabora propostas de inclusão social, desenvolvimento de conhecimentos científicos sobre a temática, buscando reduzir o processo de estigmatização das pessoas atendidas e dos próprios serviços que atendem. Entende ainda a necessidade de abordagens intersetoriais para dar maior amplitude e visibilidade à questão.

A lei nº 11.343 de 2006 passa a reconhecer a distinção entre as pessoas que consomem drogas ilícitas e o traficante, propondo tratamentos diversos a ambos. Como discute Campos (2015) a nova Lei de Drogas há um deslocamento do usuário de drogas para o sistema de saúde, ao mesmo tempo em que para o traficante há um aumento da punição. Para ele, o que ocorre é uma modificação na representação social do usuário e do traficante, que ocorre a partir de uma bifurcação: de um lado uma nova representação médico-social do usuário, agora entendido como “doente”, passível de tratamento por instituições de saúde e assistência social; de outro a antiga representação criminal do traficante como um “inimigo”, visto como um indivíduo “organizado” e “perigoso”. Há, então, a introdução de um dispositivo chamado pelo autor de “dispositivo médico-criminal de drogas”, que representa uma nova forma de governar os usuários e traficantes, acarretando no aumento da criminalização por tráfico e não aceitação do deslocamento do usuário para outro sistema que não o da justiça criminal. O que se viu, a partir de então, foi um crescimento do encarceramento por tráfico de drogas no Brasil (CAMPOS, 2015).

Já para Pinto, Oliveira e Duarte (2015) trata-se de um marco no âmbito político da temática de drogas, uma vez que estabelece que o usuário não deve receber uma pena privativa de liberdade. Segundo as autoras, o juiz, para determinar se a substância é para uso pessoal ou não, deve levar em consideração,

[...] a natureza das circunstâncias e a quantidade da substância psicoativa apreendida. Também deve levar em conta o local e as condições da apreensão, pessoais e sociais, a conduta e os antecedentes do autor do ato infracional. Este pode receber uma advertência, ser encaminhado para prestação de serviços à comunidade, ou para cumprimento de programa educativo. Para isso, o juiz determina ao poder público que disponibilize, gratuitamente, um estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para o cumprimento da medida educativa (PINTO; OLIVEIRA; DUARTE, 2015, p.967)

É nesse ponto que a nova legislação recebe críticas, ao considerar que os critérios de distinção entre usuário e traficante são pouco objetivos. Segundo Tafarello (2015) é extremamente necessário que o aplicador da norma penal seja cauteloso ao enquadrar legalmente um determinado comportamento humano relacionado ao porte de drogas, buscando prevenir injustiças. Chimenti (2015) ressalta que nem todos os operadores do direito são capazes de contribuir para a concretização das normas elaboradas para atender determinadas situações.

Vânia Alves (2009) reforça a ideia de que, se de um lado há um reforço nas atividades repressivas ligadas a produção não autorizada e ao tráfico de drogas, através do estabelecimento de novos crimes correlatos e crescimento das penalidades, de outro lado a distinção de usuário de drogas é vista de forma mais extensa, sendo previstas penas alternativas no caso de porte para uso pessoal, atenção a saúde, medidas preventivas e reinserção social. No entanto, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015), defendem a ideia de que ainda pode-se perceber, pela legislação, um forte teor repressivo à produção não autorizada de drogas e ao tráfico ilícito. Nessa mesma linha, Chimenti (2015) argumenta que a nova lei não descriminaliza e tampouco despenaliza a posse ilegal de drogas para uso próprio, mas estabelece novas formas de penalização.

Posterior à mudança na lei brasileira sobre drogas, em 2007 é elaborada uma nova política pela SENAD. Dessa vez preocupada com a questão do consumo do álcool, entendendo-o como um problema de saúde pública. Necessário rememorar aqui, algumas discussões que envolvem a temática. Luciane Ferreira (2011) diz que embora definido pelas ciências biomédicas como um problema de saúde pública e doença que acomete indivíduos predispostos organicamente para dependência, se manifestando igualmente em todas as sociedades, estudos na área das Ciências Sociais (CAMPOS, 2010; AMORIM DA SILVA; DE ARAÚJO MENEZES, 2016) apontam que o contexto sociocultural e as experiências vividas trazem a esse consumo múltiplas facetas, adquirindo configurações particulares nos diferentes tipos de sociedade. Além disso, para Ferreira (2011), sendo as causas do uso abusivo de álcool diversas, complexas e oriundas desses contextos, as estratégias utilizadas no

enfrentamento da questão também são *constructos* culturais (p.195) que necessitam ser entendidos a partir dessa dimensão.

Maria Izilda Matos (2001) explica que nas primeiras décadas do século XX no Brasil, o álcool era visto como um mal que precisava ser afastado, por colocar em risco o desenvolvimento da nação. Como dito no segundo capítulo, as práticas higienistas é que cumpriram esse papel, através de campanhas e ações diversas. Em termos legais, a discussão se voltava para as co-relações entre as implicações do uso de álcool na criminalidade e violência, enquanto dentro dos manicômios eram desenvolvidas formas de “tratamento”. As ações estabelecidas no âmbito médico sustentavam a ideia de que o alcoolismo era uma praga, um mal social, provocando gastos elevados do dinheiro público na construção de penitenciárias e manicômios.

As políticas desenvolvidas durante o século XX, relacionadas a essa temática tinham, um caráter proibicionista, cujas formas de tratamento eram voltadas para o isolamento social, através das internações. Já na primeira década do século XXI, com a imbricação das discussões da Reforma Psiquiátrica sobre a questão das drogas, a preocupação com os problemas decorrentes do consumo excessivo do álcool retorna à cena, especialmente em função dos acidentes de trânsito e todos os outros danos sociais ligados ao seu uso (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007). No ano de 2007 é então aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, através do decreto nº 6.117. Logo no *caput* da norma aparece que tal decreto,

“Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para a redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade [...]”
(BRASIL, 2007)

Interessante observar que a articulação e coordenação dessa política ficou à cargo da SENAD e logo no início da redação do referido decreto, nota-se que a abordagem central da norma diz respeito à violência e criminalidade. No entanto, muitas das medidas adotadas no documento surgem a partir de discussões feitas pelo Grupo Técnico Interministerial, coordenado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). No documento anexo ao decreto, ou seja, a política de fato, percebe-se a força discursiva das novas orientações, a partir do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Termos como “integralidade”, “redução dos danos sociais, à saúde e à vida” demonstram uma amplitude de questões que vão além da violência e criminalidade. Inclusive consta em seu texto a definição de redução de danos, estabelecendo que uma das diretrizes da política é

“Considerar como conceito de redução de danos, para efeitos desta Política, o conjunto estratégico de medidas de saúde pública voltadas para minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do consumo de álcool” (BRASIL, 2007).

A política, entre outras questões, também traz a preocupação com a associação entre álcool e direção, informando que uma de suas diretrizes diz respeito ao fortalecimento da fiscalização de medidas previstas em leis que buscam reprimir o consumo de bebida alcoólica e o ato de dirigir (BRASIL, 2007). Em meio a todas essas discussões, no ano de 2008 foi sancionada a lei nº 11.705, conhecida popularmente como “Lei Seca”, que busca coibir o consumo de bebida alcoólica por condutores de veículos.

Podemos perceber que a preocupação com a elaboração de políticas públicas voltadas para a questão do uso de álcool e outras drogas cresce nesse início do século XXI, muito em função do reconhecimento do Ministério da Saúde pelo atraso no desenvolvimento dessas políticas (BRASIL, 2004) e também pelo “destaque no panorama político-midiático brasileiro” (GARCIA, 2016, p.11) atraindo a atenção da sociedade. Nesse último caso, como demonstra Garcia (2016), foi o crack a droga que mais chamou a atenção no cenário brasileiro, se tornando o centro das discussões. O autor explica que essa focalização ocorreu pois foi atribuído a essa droga, de forma específica, a responsabilidade por uma presumida degradação moral de parte dos jovens brasileiros e também pelo crescimento de crimes violentos.

Taniele Rui (2014) argumenta que as narrativas desenvolvidas em torno da questão do crack, frente ao que ela chama de “pânico moral” instaurado, enfatizam quase sempre a “falta, a miséria humana, a alienação com o entorno, o *reino dos zumbis*, a ausência estatal, o exótico, o feio, aquilo que se deve evitar” (RUI, 2014, p.362). Em seu trabalho a autora busca desenvolver um olhar, por decisões éticas e políticas, que valorizem os métodos de tratamento e terapêuticas direcionadas aos usuários e a reestruturação da rede, que segundo a autora, tornam-se mais amplas e sofisticadas a cada ano. Ela destaca ainda, que é notável o crescimento de uma abordagem prática e discursiva sobre a redução de danos e sua estruturação, especialmente nos CAPSad e no fortalecimento das equipes de consultório de rua. Ainda no percurso das legislações sobre esta temática, em 2009 foi criada a Portaria nº 1.190, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras drogas no SUS (PEAD 2009-2010), que tinha como finalidade:

“I) ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS); II) diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e III) construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários” (BRASIL, 2009).

No ano de 2010, através do decreto nº 7.179 (e alterado pelo decreto nº 7.637 de 2011), foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, sendo este o marco legal do programa “*Crack, é Possível Vencer*”. Tal programa foi coordenado pelo Ministério da Justiça em parceria com outros Ministérios, buscando promover uma ação integrada envolvendo, “prevenção, cuidado e autoridade”¹⁹.

Na cartilha desenvolvida para o programa, aparece em seu subtítulo que enfrentar o crack é um compromisso de todos. Interessante notar, que além dos compromissos estabelecidos com a rede de atenção à saúde e assistência social, uma das metas que aparecem no documento diz respeito a uma integração das forças de segurança pública, equipados para a repressão aos traficantes e combate ao tráfico nas três esferas do governo²⁰. Essa última meta parece denotar uma ideia vinculada à questão da proibição e repressão que vão além e, talvez tenham mais força que a proposta primeira, enquanto esforço para tratamento e reinserção do usuário de crack, através dos mecanismos de assistência social e redes de atenção à saúde. Isso é dito porque embora tenha ocorrido uma expansão na abordagem da redução de danos, os ideais proibicionistas continuam a existir.

Segundo Santos e Yasui (2016), a partir do Plano Crack, recursos financeiros foram destinados ao Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social, Gabinete de Segurança Institucional e Ministério da Justiça, sendo um programa constituído tendo por base a articulação de diversas outras políticas como as de saúde, assistência social, educação, desporto, cultura, direitos humanos, dentre outras, e alinhados à Política Nacional sobre drogas, da SENAD. Com o programa, ações estabelecidas pelo PEAD foram potencializadas, resultando na criação de dispositivos de saúde, dentre eles 67 unidades de CAPSad III (24 horas).

Mesmo diante dos investimentos do governo, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015) ressaltam que exigir medidas de repressão reforçam o pânico criado sobre o crack. O ideário de “guerra às drogas” coloca a substância como uma ameaça à vida em sociedade, baseado em premissas voltadas para a ideia de produtividade no trabalho. Desse modo acaba por indicar a forma como as pessoas devem viver, deixando em segundo plano a liberdade de escolha e o direito de ir e vir do cidadão.

Ao final de 2011, através da Portaria nº 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do Ministério da Saúde, buscando promover uma articulação dos

¹⁹ Termos retirados da apresentação do Programa no portal do Ministério da Justiça. Ver em: <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>

²⁰ Cartilha “Crack, é Possível Vencer” do Governo Federal brasileiro. Ver em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Programa-Crack-----poss--vel-vencer--2012-.pdf>

serviços frente à temática da saúde mental e do uso de álcool e outras drogas. A portaria em sua conjuntura, busca considerar a autonomia das pessoas e respeito aos direitos humanos, valorizando a redução de danos e buscando combater visões estereotipadas e estigmatizadas (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO, 2015). Os autores reforçam que houve avanços nas políticas públicas brasileiras sobre drogas, especialmente no que tange à evolução de uma visão não apenas pautada na questão como interesse da justiça e segurança pública, mas apurando o olhar a partir da Saúde Coletiva. Estabelecem ainda que a prática cotidiana dos serviços precisa avançar do mesmo modo, para que as ideias da política do Ministério da Saúde para Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas realmente aconteçam. Sustentam o argumento da importância dos trabalhadores dos CAPSad nesse contexto, uma vez que os mesmos é que vivenciam no cotidiano, toda a subjetividade, divergências e contradições existentes no das políticas e das práticas.

Dito isso, passaremos ao próximo capítulo, que buscará discorrer sobre o conceito de redes de saúde, além de compreender sua formação, para, a partir daí, compreender a implantação da RAPS de forma descentralizada, tendo como *locus* da pesquisa um município do Estado do Rio de Janeiro. Como o foco da pesquisa é o CAPSad III do município em questão, apresentaremos os dispositivos que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial local, entendendo que os mesmos compõem a articulação proposta pelo Ministério da Saúde. Para a compreensão e análise do cotidiano de trabalho no CAPSad III, é necessário que o leitor conheça e entenda quais são os outros serviços ligados a ele. Desse modo, seguimos para o próximo capítulo.

CAPÍTULO IV

“ESSA REDE É SÓ NO PAPEL”: A RAPS SOB O OLHAR DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA

Nesse capítulo faremos uma breve discussão sobre Redes de Atenção à Saúde, analisando de forma específica, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, apresentaremos sua estruturação no município *locus* da pesquisa, com o intuito de entender as complexas questões que permeiam o cotidiano de um CAPSad. Sem isso, talvez, a investigação de como a política nacional se operacionaliza, em um dispositivo específico, não seria possível. Afinal, o local está em constante envolvimento com os demais equipamentos que compõem a rede, embora nem sempre essa articulação aconteça da forma como estabelecido na política. Vejamos.

Eugênio Vilaça Mendes (2009) discute que por meio das Redes de Atenção à Saúde (RASs) torna-se possível fornecer à população uma atenção integral e contínua, com sua coordenação partindo da atenção primária à saúde. Segundo ele, as RASs constituem um conjunto de serviços de saúde organizados de forma poliárquica²¹, vinculados entre si, por objetivos compartilhados, missão única e ações interdependentes e cooperativas. Com a constituição de rede coordenada pela atenção primária, os serviços poderiam ser ofertados no tempo, lugar e com a qualidade correta, de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas compartilhadas.

Segundo Mendes (2011), as redes constituem em uma estratégia adequada para a crise contemporânea que se instaurou sobre os sistemas de atenção à saúde, e por isso mesmo que se observou um movimento universal em busca da construção de RASs. De acordo com o autor, a crise estaria associada aos recursos humanos, materiais, financeiros e uma visão estreita que leva a intervenções puramente curativas, com baixo caráter preventivo. Ainda segundo Eugênio Vilaça Mendes, as RASs têm origem em experiências de sistemas integrados de saúde que surgiram nos Estados Unidos na primeira metade dos anos 1990. Posterior a isso avançaram por sistemas públicos no Canadá e Europa Ocidental, além de alguns países da América Latina, como Peru, Chile, Bolívia e México.

²¹ Para um entendimento sobre o conceito de Poliarquia, ver em Robert Dahl, 2005.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, segundo este autor, são hegemônicos e se organizam a partir de um conjunto de pontos de atenção que não se comunicam, funcionando isoladamente, o que acarreta em uma incapacidade de prestar uma atenção contínua aos cidadãos. No geral, a partir desses sistemas, não há uma população adscrita de responsabilização, além da atenção primária não se comunicar fluidamente com a atenção secundária. A atenção terciária também não consegue estabelecer uma articulação com os níveis de atenção anteriores, nem com os sistemas de apoio e logísticos.

Na revisão da literatura desenvolvida por Mendes (2011), este autor aponta que nos Estados Unidos diversas propostas se deram no sentido de superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção, de forma que se alcançasse o desenvolvimento de sistemas integrados de serviços de saúde, configurando um contínuo coordenado de serviços para uma população definida. Os fatores chaves dessa integração seriam: o reforço da Atenção Primária à Saúde, eficácia dos sistemas de informação, integração clínica, aumento da produtividade dos serviços hospitalares e realinhamento dos incentivos financeiros. Ainda ressalta que, em alguns países da América Latina ainda são incipientes as redes de atenção, sendo a experiência melhor consolidada, a do Chile. No Brasil o tema tem sido tratado com mais força a partir dos anos 2000, ocorrendo em 2010 a materialização dessas discussões através da Portaria nº 4.279, que dá diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

Uma característica dos sistemas fragmentados é a divisão da atenção à saúde em hierarquias, a partir de níveis de complexidade crescentes, estabelecendo um grau de importância a cada um deles. Essa é uma característica organizacional do SUS a partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, sendo organizado hierarquicamente em Atenção Básica, Atenção Secundária e Atenção Terciária. Ainda segundo Medes (2011) essa divisão por hierarquia é equivocada, banalizando a atenção primária e promovendo uma sobrevalorização material e simbólica frente aos níveis de complexidade que exigem um maior aparato tecnológico. O autor é categórico ao afirmar que esses sistemas fragmentados tem sido “um desastre sanitário e econômico em todo o mundo” (2010, p.2.299).

A partir da complexa estrutura organizacional do sistema público de saúde, propostas com características poliárquicas têm surgido, como já dito, de forma que toda a rede funcione articuladamente, sendo capaz de fornecer um cuidado integral à população como um todo. Uma dessas redes que se estabelece no âmbito do SUS, a partir da Portaria nº 3.088 de 2011, é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011).

No *caput* desta portaria é descrito que a RAPS é instituída para “pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. Interessante notar os termos utilizados nas políticas e o desenvolvimento já apontado no segundo capítulo. Se durante boa parte do século XX os termos adotados caracterizavam uma substituição da pessoa por seu estatuto médico, jurídico ou social, como, os “alienados”, os “doentes mentais”, os “toxicômanos”, os “psicopatas”, ocorre mais adiante, o desenvolvimento de novas políticas, a partir da década de 1990, onde se evidenciam uma preocupação com termos considerados estigmatizantes, considerando a formulação teórica de Goffman (2008). Passam a ser utilizados, dessa maneira, tanto no cotidiano dos trabalhadores quanto nas políticas a terminologia “pessoas com transtornos mentais”, “pessoas em sofrimento psíquico”, “pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas”. Embora não seja esse o foco da pesquisa, ressalta-se a necessidade de estudos a esse respeito, por denotarem a forma como essas expressões marcam determinados momentos da história. Importante ressaltar que a percepção da mudança nessa terminologia vem também da empiria, sendo neste trabalho utilizados como termos nativos.

Retornando à legislação, pode-se verificar uma extensa lista de objetivos específicos da RAPS e que dizem respeito, especialmente, à importância da articulação entre as diversas esferas de atenção à saúde. São, então, seus objetivos específicos:

“I) promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); II) prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; III) reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; IV) promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; V) *promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde*; VI) *desenvolver ações intersectoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil*; VII) *produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede*; VIII) *regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial*; e IX) *monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção*” (BRASIL, 2011, grifo nosso).

Segundo Zeferino e colaboradores (2016), a saúde mental por muito tempo foi um campo de exclusão, mas discussões sobre o modelo biomédico, a cronificação dos usuários, a violação de direitos humanos e de cidadania, tem feito surgir propostas sociais, políticas e científicas inovadoras, de valorização dos sujeitos e estabelecimento de uma nova forma de cuidar em saúde. Uma dessas propostas seria a RAPS. A preocupação com o funcionamento em rede parece não se dar apenas em função dos aspectos teóricos e de resultados de pesquisas que demonstram a otimização no processo de trabalho a partir dessa dinâmica, mas

de todo uma argumentação que parte, principalmente dos gestores em saúde mental – o que pôde ser constatado no meu trabalho de campo – de que o processo de desinstitucionalização, ou fechamento total dos manicômios, ganha força com o pleno funcionamento dessa rede, fornecendo apoio integral aos usuários do SUS e familiares, a partir da articulação das equipes de saúde, principalmente na assistência à “crise”²². O quadro 6 demonstra, a partir da portaria nº 3.088 de 2011, quais os componentes que compõem a RAPS.

Quadro 6: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Componente	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às Pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>

Todos esses dispositivos deveriam estar organizados dentro da lógica de uma rede integral, em que se pudesse estabelecer o acolhimento, vínculo, responsabilização, além de garantir mais autonomia aos usuários (FRANCO; MERHY, 2004). Segundo Souza, Abrahão e Guljor (2016) no caso das ações para enfrentamento do uso abusivo de drogas, o funcionamento da rede de forma integral é premissa fundamental, uma vez que diversas instituições precisam estar trabalhando em uma perspectiva intersetorial e interdisciplinar, compartilhando o cuidado a essa população. Segundo as autoras, o pressuposto é de que o trabalho em rede funcione potencializando essas ações de cuidado, havendo a necessidade de construção de solidariedade, ao invés de competição. A integração entre os atores e serviços

²² Dell’Acqua e Mezzina (1991) destacam a complexidade de significados envolvidos na chamada “crise” psiquiátrica e estabelecem que ao menos três parâmetros podem ser identificados nessas situações: sintomatologia psiquiátrica grave e aguda; ruptura de relações sociais e familiares; recusa de qualquer forma de contato e intervenções.

também é fundamental, pensando-se na multiplicidade de relações sociais e uma produção quase “artesanal” (p.207) de formas de lidar com usuários de drogas no cotidiano das cidades, trabalhando com pessoas e as conectando em redes, buscando novos caminhos para o fortalecimento das ações²³.

A partir das discussões empreendidas e da percepção da importância atribuída à RAPS pela literatura especializada para a operacionalização do trabalho em saúde mental, especialmente na questão do uso de álcool e outras drogas, buscamos entender, a partir das falas profissionais e da observação de campo, como essa rede encontra-se estruturada localmente. Mesmo que a pesquisa não tenha como foco uma abordagem a toda RAPS, e sim apenas um de seus dispositivos, faremos uma breve apresentação desses locais e uma análise das potencialidades e dificuldades observadas pelos profissionais atuantes no CAPSad III, a respeito do trabalho em rede.

Como especificado acima, a RAPS não é composta apenas por equipamentos específicos que fazem parte da direção de saúde mental no âmbito municipal. Ao contrário, como o pressuposto do trabalho em rede é atingir a integralidade das ações, possibilitando o acesso a todos os serviços de forma conjunta, são também componentes dessa rede de serviços vinculados à Atenção Básica, como a Estratégia Saúde da Família, os serviços de urgência e emergência e a atenção hospitalar. A partir do trabalho de campo não buscamos conhecer pessoalmente o cotidiano de dispositivos outros, que não o CAPSad III, devido ao recorte do trabalho a partir de seu escopo metodológico e, também, por não haver pernas para se alcançar tal proposta. Para conhecimento do restante da RAPS, nos orientamos pelas falas dos profissionais, documentos disponibilizados pelos próprios operadores do serviço de saúde *locus* da pesquisa e gestores da saúde mental, além de informações contidas no portal eletrônico do município. O quadro 7 apresenta os serviços de saúde existentes no município em questão e que poderiam²⁴ integrar a RAPS do município.

²³ Embora esse trabalho não tenha se debruçado sobre a temática da desigualdade social, a pesquisa de campo denota a necessidade de novas investigações que se atentem à questão, visto que, como apontam Dutra e Henriques (2016), uma análise sobre exclusão social e gênero são fundamentais no entendimento das práticas profissionais cotidianas no que tange ao uso de álcool e outras drogas.

²⁴ Utilizo a palavra “poderiam” no tempo verbal futuro do pretérito por entender que embora, como analisado posteriormente, todos esses serviços possam integrar a Rede de Atenção Psicossocial, como previsto na política do Ministério da Saúde, a articulação entre as equipes não ocorre de fato, havendo também um desconhecimento sobre quais serviços comporiam a RAPS.

Quadro 7: Componentes da RAPS incluindo a Atenção Básica, Hospitalar e Urgência/Emergência

Componente	Ponto de Atenção	Total de Unidades	Descrição do Serviço
Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde (UBS)	45	Unidade Básica de Saúde Tradicional. As UBS contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. A demanda atendida se apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços (ELIAS, <i>et al.</i> , 2006).
	Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF)	16	São Unidades Básicas de Saúde que contam com Equipes de Saúde da Família em conformidade com as normas do Ministério da Saúde a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família. Obedecem ao preceito da delimitação da área de abrangência com adscrição de clientela (ELIAS, <i>et al.</i> , 2006).
	Equipe de Consultório na Rua	1	Busca ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional.
	Programa de Matriciamento	1	Busca desenvolver ações junto às unidades básicas e equipes da Estratégia Saúde da Família compartilhando o cuidado e encaminhando pacientes com transtornos mentais.
Atenção Psicossocial Estratégica	CAPS Infantil	1	Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais.
	CAPS II	1	Atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes.
	CAPS III	1	Atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes, com leitos para internação 24 horas.
	CAPSad III	1	Atende adultos em uso prejudicial de álcool e outras drogas, com acolhimento no leito 24 horas.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192	1	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
	UPA	1	Unidade de Pronto Atendimento para atendimento de urgência e emergência 24 horas.
	Pronto Socorro Psiquiátrico (PU-Psiquiátrico)	1	Atendimento 24 horas para emergências psiquiátricas.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI)	1	Atendimento a crianças e adolescentes em recuperação ao uso de substâncias psicoativas por um, até seis meses.

Continuação...

Componente	Ponto de Atenção	Total de Unidades	Descrição do Serviço
Atenção Hospitalar	Hospital 1	1	Hospital geral municipal de médio porte. Não há leitos psiquiátricos instalados.
	Hospital 2	1	Hospital geral de grande porte com característica de urgência e emergência. Referência regional. Não há leitos psiquiátricos instalados.
	Hospital 3	1	Hospital de pequeno porte com característica de centro de especialidade. Atendimento ambulatorial de médicos psiquiatras e psicólogos.
	Hospital 4	1	Hospital filantrópico de grande porte para procedimentos eletivos. Não há leitos psiquiátricos instalados.
	Hospital 5	1	Hospital filantrópico de grande porte, para procedimentos eletivos, com habilitação para tratamento de câncer. Não há leitos psiquiátricos instalados.
	Hospital 6	1	Hospital filantrópico de grande porte, com habilitação de maternidade de alto risco. Não há leitos psiquiátricos instalados.
Estratégias de Desinstitucionalização	Projeto Municipal de Desinstitucionalização dos Hospitais Psiquiátricos	1	Busca estabelecer condições para que os pacientes moradores dos hospitais psiquiátricos possam ser reinseridos socialmente e /ou retornar às famílias.
	Residência Terapêutica Tipo II	1	Atende usuários egressos de longos períodos de internação psiquiátrica com características de moradia e uma equipe de cuidadores.

Fonte: Desenvolvido pela autora a partir da literatura (ELIAS *et al.*, 2006), de informações e material digital fornecido pelo município durante o trabalho de campo e dados disponíveis no CNES/DATASUS.

Pode-se perceber que o município poderia contar com uma RAPS estruturada, uma vez que há componentes em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica, passando pela hospitalar, até as estratégias de desinstitucionalização. No entanto, a empiria demonstra que essa rede ainda funciona de modo incipiente, embora exista por parte da gestão municipal de saúde mental, esforços em contrário e tentativas de articulação.

O município conta com 45 UBS funcionando sem equipes de saúde da família, o que escapa das orientações do Ministério da Saúde (MS), que entende a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2012). Para o MS a Atenção Básica, por sua alta capilaridade e descentralização, estando próxima da vida das pessoas, constitui o contato preferencial dos usuários com o restante da rede de atenção à saúde, sendo por isso, fundamental para a estruturação de todos os serviços. O trabalho de campo demonstra tal fato com clareza, como vemos na passagem a seguir:

[...] uma coisa que eu acho que dificulta muito é a gente não ter um PSF, ESF agora né, Estratégia Saúde da Família ... fortalecido. Logo que eu comecei a trabalhar aqui no CAPS, foi quando teve a extinção dos PSFs, o município perdeu a concessão do programa ... pelo Ministério da Saúde. E aí acabaram os PSFs e a gente ficou só com as UBS, então isso também dificultou muito. Porque às vezes um paciente que estava aqui, mas ficou sumido, era mais fácil se a gente acionasse o PSF e pudesse fazer essa ponte (LÚCIA).

Lúcia demonstra que embora talvez não conheça todo o processo que acarretou na extinção do Programa Saúde da Família e os motivos de seu reestabelecimento, compreende que, sua não existência, causa prejuízos para toda a rede, inclusive para o trabalho realizado nos CAPS. Mesmo que não exista total conhecimento em relação à implementação da política no município, a burocrata, como visto no quadro 2, já está na função há pelo menos 2 anos, assim como quase que a totalidade dos profissionais da unidade, o que se pressupõe alguma experiência que lhes permita algum conhecimento de causa, para falar do trabalho. Ela diz que hoje, mesmo com a implantação de algumas equipes de saúde da família no município, o trabalho “*existe, mas muito pouco*” ressaltando que “*a gente perdeu **muito** (ênfase) com isso, muito*” (LÚCIA). A percepção da burocrata sobre a importância da ESF para a articulação da rede e a garantia de um cuidado integral, coaduna com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012), uma vez que a capilaridade, já citada, e proximidade das equipes que compõe a ESF com a comunidade, possibilitaria maior proximidade com o território, a realização de busca ativa aos usuários e compartilhamento de casos, além de auxílio mútuo entre as equipes. No entanto, esse tipo de trabalho não tem sido realizado, nem com as esparsas equipes de saúde da família existentes no município.

Diversos estudos (CUNHA; CAMPOS, 2011; MORAIS; TANAKA, 2012; QUINDERÉ *et al.*, 2013; HIRDES, 2015) têm mostrado que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica tem sido permeado por certos entraves, uma vez que há uma carência de fluxos adequados entre os variados níveis de atenção, além da ESF enfrentar dificuldades no sentido de assumir a atenção em saúde mental, não mantendo o seguimento dos casos. Já é identificado um processo inicial de interação entre os diversos componentes da atenção, sendo latente a possibilidade de reorganização das práticas e serviços, embora tais mudanças estejam permeadas por conflitos intrínsecos às ações e serviços da Atenção Básica. Os CAPS, por sua vez, também enfrentam problemas em apoiar essas equipes, não fornecendo ferramentas de capacitação, mobilização e sensibilização para atender essa demanda. Dizendo de outro modo, os burocratas que atendem especificamente a demanda de saúde mental, parecem não contribuir significativamente para orientação dos outros serviços que compõe a RAPS, de modo que o restante da rede esteja capacitada para atuar de acordo com o “olhar psicossocial”.

Em relação aos dispositivos específicos de saúde mental, como CAPSi, CAPS II, CAPS III, CAPSad III, UAI e Residência Terapêutica, o vínculo e forma de atuação a partir da perspectiva de rede parece ser frágil, fragmentada e com limitações, evidenciando que os serviços atuam de forma desarticulada. Isso pôde ser percebido tanto pelas observações de campo, como no momento das entrevistas. No entanto, o discurso que emerge das falas demonstra que houve evoluções nesse sentido, a partir do momento em que a totalidade dos profissionais entrevistados entendem essa articulação como importante para o serviço, mesmo que ela ocorra apenas entre os dispositivos específicos de saúde mental. Em certos momentos, percebi que alguns dos profissionais de nível médio e superior não sabiam que a Atenção Básica faz parte do que é estabelecido como RAPS pelo MS, atribuindo somente aos equipamentos especializados, acima citados, essa função de componente da rede. Sobre a articulação entre os próprios dispositivos todos os profissionais relatam que embora possa melhorar, a coordenação municipal de saúde mental tem investido através da realização de reuniões de equipe para que a perspectiva de rede se fortaleça.

Acho que a coordenação de saúde mental está trabalhando bastante sobre isso [sobre a tentativa de tornar a rede mais articulada] (MÁRCIA).

Aí eu acho que a gente circula melhor [“circulam melhor” entre eles mesmos, os dispositivos específicos de saúde mental, CAPSi, CAPS II, CAPS III] (BERNADETE).

Eu acho que a conversa antes era bem mais fechada, hoje a gente tem um diálogo maior. Antes eu percebia que os dispositivos trabalhavam separadamente, né, cada um atendia o seu, era como se não tivesse... se não fosse uma rede. E com a RAPS

isso foi melhorando bastante. A construção da RAPS... acho que tem uns 5 anos mais ou menos, né?! Que aí essa rede foi se formalizando e foi se estruturando mesmo essa Rede de Atenção Psicossocial (LÚCIA).

Ainda assim, autores como Mângia e Muramoto (2009) ressaltam o fato de que parece haver uma “crise de operatividade dos serviços” (p.120), uma vez que há uma tendência de que tais locais não atendam de forma apropriada as solicitações dos usuários, sendo organizados de forma fragmentada a partir das corporações profissionais envolvidas no trabalho. Demonstra-se a necessidade de elaboração de uma linguagem compartilhada, comum entre todos os atores que integram a rede de serviços no campo da saúde mental.

Essa fragmentação ocorre em vários sentidos a partir do que pôde ser observado em campo. As diversas categorias profissionais parecem se apropriar do discurso de sua própria corporação: os médicos e enfermeiros, adotando o “discurso biológico” das questões de saúde mental, os psicólogos o “discurso *psi*” e os assistentes sociais o “discurso social”, não tornando factível a premissa “biopsicossocial”.

Além disso, há um outro “dilema” que permeia o cotidiano dos serviços e se vincula à discussão das corporações profissionais: a realização dos grupos, oficinas e atendimentos individuais, como será discutido em capítulo posterior. Há um debate sobre o caráter “terapêutico” desses grupos e a possibilidade de realização dos mesmos por profissionais de todas as categorias. Em conversa com um dos informantes, o assunto em pauta era a perspectiva transdisciplinar de atuação. Segundo este burocrata a partir “*das políticas do Ministério da Saúde*” os grupos e oficinas podem ser realizados por qualquer profissional, já que a “*perspectiva de atuação é uma perspectiva trans*”. Continua explicando que muitos profissionais se negavam a realizar os grupos por entenderem que “*terapia quem faz é psicólogo*” e que isso fugiria de seu ato profissional. A fala de um dos burocratas confirma tal ideia:

Se não conversar com Assistente Social, se não conversar com Psicólogo... porque eu não sou terapeuta, eles são, eles fazem terapia, eu não (AFONSO).

No entanto, o outro informante defende a ideia de que a partir de uma atuação transdisciplinar possa ocorrer uma união de saberes e práticas, sem que uma anule a outra. Essa visão se ancora nos debates ocorridos no campo da saúde mental de que as perspectivas de atuação nos Centros de Atenção Psicossocial são ou precisam ser desse modo (COSTA-ROSA, 2013).

Souza e colaboradores (2013) explicam que,

“[...] considerando que é uma clínica, em que está presente não só a dimensão subjetiva, mas também a social e a política, é imperativo a interdisciplinaridade, ou até

mesmo a transdisciplinaridade dos saberes na construção de uma nova clínica, no campo da saúde mental. A transdisciplinaridade possibilita que os CAPS possam ser gerenciados por qualquer membro da equipe multiprofissional, desde que devidamente qualificado. Porém, a gestão dos serviços especializados em Saúde Mental, também, tem sido compartilhada com profissionais de outras categorias. A qualificação dos profissionais não “psi”; para atuar nos CAPS, em geral é realizada a partir e sua inserção na área. Percebeu-se que, a qualificação se dá a partir das reuniões técnicas semanais e supervisão clínica-institucional realizada com a equipe quinzenalmente. Em ambas as reuniões, há socialização/transversalidade dos saberes, se constituindo também em um espaço de Educação Permanente. Outro espaço de qualificação tem sido através de participação em cursos/eventos” (SOUZA et al., 2013, p.74).

A visão do informante coaduna com o exposto por Souza e colaboradores (2013), no entanto, não há um consenso sobre tal modo de atuação na equipe, visto que os dilemas corporativos persistem.

Retornando aos relatos de Márcia, Bernadete e Lúcia, essas burocratas destacam que a partir da existência de uma política estruturada nacionalmente, há uma preocupação maior com a realização de um trabalho em formato de rede. A partir dessa direção, indicada pelo Ministério da Saúde, pode-se perceber que ocorre, mesmo que ainda de forma incipiente, o que Mângia e Muramoto (2009) consideram ser uma partilha e demarcação de indicadores e critérios para apoiar a definição de resultados e propostas que contribuam no estabelecimento e avaliação dessas redes. Sendo a gestão em saúde mental do município fundamental em todo esse processo.

Os dois maiores “nós” encontrados no sentido da atuação em rede a partir da visão dos profissionais, diz respeito ao atendimento ou desatendimento por parte da urgência/emergência e da atenção hospitalar. O município não conta com leitos de atenção integral nos hospitais gerais. Essa não parece ser uma realidade exclusiva dessa localidade, uma vez que a literatura especializada (DIMENSTEIN *et al.*, 2012) e experiência profissional já apontam para mesma direção. O relato dos profissionais descreve com clareza a inabilidade para lidar com situações que envolvam o compartilhamento dos casos tanto com a urgência e emergência quanto com a atenção hospitalar.

Eu já peguei no meu plantão, sempre no meu plantão, dois ou três casos de pacientes, pacientes psiquiátricos, que estavam com enfermidades clínicas, um com tuberculose, outro com pneumonia, que precisavam ser transferidos para um hospital geral, só que o hospital geral não aceita porque tem aquele preconceito (ênfase) de achar que o paciente psiquiátrico não pode ficar doente, ele só tem doença psiquiátrica e ponto final, ele não pode ter aquele quadro, ele não pode ter diarreia, ele não pode ter nada. Esse paciente a gente chegou a ficar com ele 5 horas na ambulância, 6 horas na ambulância, para tentar colocar o paciente no hospital. E ninguém aceitava (MARIANA).

A categoria “preconceito” surge com frequência no campo, tanto por parte do relato profissional como, pelo que pôde ser constatado pela observação, na fala dos próprios

usuários. Embora os mesmos não sejam objeto direto da pesquisa, tal percepção é viabilizada pela observação do cotidiano. A discussão empreendida nesse trabalho, como já dito, segue as orientações teóricas da discussão sobre “estigma” e “desvio” empreendidas por Goffman e Becker. As formas de categorização das pessoas emergem da sociedade transformando certos atributos em desejáveis ou não. Essa designação social inferioriza o indivíduo e o coloca em uma situação de desvantagem ante aos demais (GOFFMAN, 1988). Interessante notar, como será discutido em outros capítulos, que a noção Goffmaniana de estigma permeia todo esse trabalho, uma vez que a temática perpassa grande parte das experiências vividas no dispositivo, tanto sob o olhar profissional, quanto de quem usa o serviço. Mas essas questões serão discutidas em maior profundidade nos capítulos seguintes.

Esse estigma surge nesse momento como algo que, de fato, como observado por Goffman, coloca o indivíduo estigmatizado em uma relação de desvantagem aos demais. No caso apresentado por Mariana, há, pelo que se pode observar, um conjunto de atributos considerados socialmente depreciativos: há o estigma da loucura, do uso de álcool e outras drogas e, ainda, a tuberculose, doença fortemente estigmatizada (PORTO, 2007; TOUSO *et al.*, 2014). O estigma sobre a tuberculose pode ser percebido pela fala da mesma profissional, ao afirmar que uma das funcionárias do hospital onde tentavam articular uma internação para paciente pensou que o CAPSad III desejava tal internação justamente pelo fato de ser uma pessoa com tuberculose:

[...] Ai eu fui explicando pra ela (a enfermeira do hospital), aí que ela foi aceitando o que era um CAPS, porque ela achou que a gente não quisesse o paciente porque estava com tuberculose (MARIANA).

Ressalta-se que, a ideia de rede parece quase impossível de se concretizar quando o local de onde se fala é o hospital geral, na visão dos profissionais. Nos outros componentes, o que se observa é uma falta de diálogo, disputas das mais diversas naturezas, dificuldade no compartilhamento dos casos, atendimentos fragmentados. No entanto, no caso da atenção hospitalar, não há nem essa ideia, uma vez que os leitos não chegam a ser disponibilizados para a realização de tais discussões. Obviamente que esse trabalho se dedica a investigar apenas o CAPSad, conhecendo o discurso apenas unilateralmente. Dimenstein e colaboradores (2012) contribuem significativamente para esse debate, demonstrando que há grande fragilidade na participação dos hospitais dentro da reforma psiquiátrica, o que gera grandes obstáculos. Os autores apontam que há muitos entraves vinculados à reestruturação da RAPS, sendo o estigma ligado às pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas, parte importante desse processo no âmbito hospitalar.

Além dessas questões outra fundamental surge do discurso profissional: de que os funcionários da atenção hospitalar desconhecem o que é um CAPS, sua forma de funcionamento e os equipamentos/insumos disponíveis para se prestar um atendimento.

O pessoal não sabe nem o que é CAPS. Ou outras siglas... UAI... Se você parar para pegar qualquer médico, ele não vai saber te responder, qualquer psicólogo, qualquer que eu digo é que não esteja inserido nesse processo... UAI, UAI é uma interjeição mineira. A gente fica muitas vezes limitado a esse processo (AFONSO).

Porque nem as enfermeiras, nem o médico sabem o que é um CAPS. Acha que o CAPS é um posto de saúde, que tem oxigênio, que tem tudo. Ai eu fui explicar pra ela que o CAPS era uma casa, que tinha enfermeiro, que tinha técnico de enfermagem, que tinha médico, mas era uma casa (MARIANA).

A fala dos profissionais coaduna com os achados de Dimenstein e colaboradores (2012) e Miranda, Oliveira, Santos (2014) no sentido de que há uma necessidade latente de capacitação dos recursos humanos para lidar com essa demanda e também no sentido de conhecer o contexto político da Reforma Psiquiátrica. Tudo isso não apenas para profissionais que trabalham cotidianamente em saúde mental, mas para toda a rede de atenção à saúde. Isso implica em reformas curriculares nas instituições de ensino superior e educação permanente para os profissionais em serviço. Souza e colaboradores (2013) discutem que tem ocorrido, mesmo que timidamente, uma reformulação nos cursos de graduação que não são da área “psi”, como Serviço Social, Educação Física e Enfermagem, de forma a incluir conteúdos de saúde mental em suas agendas de formação, tendo em vista que a maior parte da qualificação na área de saúde mental tem acontecido a partir da prática profissional, como notamos nos seguintes relatos:

As Assistentes Sociais, Psicólogas me foram passando o que é a Saúde Mental, é bem diferente do que a gente vê na faculdade, que parece ser assustador, é algo bem diferente (MARIANA).

Eu fui muito clara para ela: eu não tenho experiência nenhuma com saúde mental. Nenhuma, porque, a gente quando passa na faculdade você passa só observando, né, a gente sabe da Reforma Psiquiátrica, sabe de tudo, mas você não tem esse embasamento que é trabalhar dentro de um CAPS (BÁRBARA).

De acordo com as falas dos burocratas, percebemos que a capacitação profissional surge a partir do cotidiano do serviço, pois o conteúdo oferecido na faculdade é entendido por eles como insuficiente. As reuniões de equipe e organização de grupos de estudo são os principais meios de aperfeiçoamento profissional. Há também um constante relato de que os investimentos realizados pelo município, em termos de capacitação aos seus profissionais são pequenos.

Retornando à discussão sobre a atenção hospitalar, é necessário chamar a atenção, mais uma vez, para a aparente despreocupação, ou sentimento de incapacidade frente à não

disponibilidade de leitos para atendimento à demanda psiquiátrica e decorrente do uso de álcool e outras drogas. Embora seja notório o apontamento em direção à necessidade de criação dos leitos hospitalares, considerando o elevado número de hospitais gerais, sendo dois inclusive municipais, a instituição dos mesmos ainda parece distante da realidade. Nas políticas atuais de saúde mental o hospital geral surge, ao lado dos CAPS III e unidades de emergência, como instituições fundamentais para a composição da rede em casos de “crises” (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010).

As situações de crise parecem constituir mais um ponto crítico em relação à atuação em rede e ao cotidiano de trabalho. Estudos na área da saúde mental e coletiva têm demonstrado diversos entraves nesse sentido. Almeida e colaboradores (2014) discutem que as dificuldades para atender situações de crise em saúde mental estão vinculadas ao baixo conhecimento da equipe acerca desse tipo de atendimento, sendo necessário haver maior investimento no processo de formação e que o mesmo seja orientado pelo paradigma psicossocial e princípios do SUS. Os autores ainda pontuam que o tipo de intervenção realizada em situações de crise continua por reforçar o paradigma biomédico, havendo um escasso investimento por parte da gestão e dos trabalhadores na educação e sistematização do cuidado, além de atitudes baseadas no senso comum. As informações trazidas pelos autores parecem confirmar os achados dessa pesquisa.

O PU é bem difícil trabalhar, sabe, até porque, é coisa do plantão, não tem uma linha de encadeamento, um monte de gente, cada hora um, os médicos também nem todos são psiquiatras, é muito difícil, o PU acho que é o dispositivo mais difícil da rede (BERNADETE).

O município conta com um local na rede de atenção chamado pelos funcionários de “PU Psiquiátrico”, mas a nomeação real que aparece no CNES/DATASUS é Pronto Socorro Psiquiátrico. Esse local funciona 24 horas por dia e realiza atendimentos de emergência psiquiátrica. Segundo relatos de campo, o único dispositivo que presta esse tipo de socorro é mesmo o PU, embora a Portaria nº 3.088 de 2011 estabeleça que tanto o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) tivessem que abarcar tal demanda. Paralelo a esse fato, as queixas de que o PU psiquiátrico não corresponde às necessidades da rede são grandes, como notado pela fala de Bernadete. Sua queixa principal parece girar em torno da questão citada por Almeida e colaboradores (2014), no sentido da ausência de uma formação profissional voltada para o trabalho psicossocial, perpetuando-se formas de atuação puramente biomédicas, onde se apregoa que a urgência psiquiátrica está associada à agressividade e o surto é entendido como uma descompensação patológica que precisa ser revertida através da reestabilização mental feita

por meio da contenção mecânica e/ou química²⁵. Enquanto o atendimento psicossocial valoriza a subjetividade, entendendo que a crise precisa ser refletida criticamente, sendo capaz de proporcionar alívio ao sofrimento da pessoa (ALMEIDA *et al*, 2014).

Um ponto contundente e que corrobora com a ideia de que as práticas realizadas no atendimento de emergência ainda têm sido pautadas em lógicas manicomiais, contrárias ao que é previsto hoje pelas políticas de saúde mental, diz respeito a solicitações de internação psiquiátricas vindas diretamente do PU, sem que a equipe do CAPSad III tome conhecimento do fato afim de realizar algum tipo de intervenção.

Tipo... esse cara que eu encontrei lá dentro dos hospitais, hora nenhuma a gente foi acionado, tipo, ah, você já fez tratamento no CAPSad vamos chamar a equipe, né?!
(BERNADETE)

Porque a rede é boa sim, no papel é muito boa, mas... para você conseguir algum atendimento clínico para um paciente é quase impossível, a gente tem que batalhar muito para conseguir que algum, alguma outra parte da rede, ou um hospital geral, alguma coisa assim receba o paciente. (PAULO)

Há que se ressaltar que a ideia de rede aparece bastante associada ao hospital, esvaziando a importância de outros espaços como a Atenção Básica e os próprios dispositivos de saúde mental. A questão fica frequentemente vinculada à necessidade de atendimento clínico no âmbito hospitalar e às situações de urgência e emergência. Os outros pontos da rede aparecem com pouca frequência durante as entrevistas. Assim as RAAS, na visão dos profissionais que trabalham para o seu funcionamento, há um certo consenso de que “a rede só existe no papel”, mas não no cotidiano de práticas dos serviços de saúde.

A falta de diálogo entre as diversas categorias profissionais, o desconhecimento das políticas de saúde mental e do *modus operandi* dos CAPS, o preconceito e estigma ligados à loucura e a quase ausência de capacitação e embasamento técnico para atuação em situações de crise são apontados pelos profissionais como os principais motivos que levam a dificuldade de articulação entre os diversos componentes da RAPS.

No entanto, Franco (2006) argumenta que mesmo em uma rede fragmentada, a lógica do trabalho no âmbito da micropolítica é sempre em rede, que por sua vez, têm expressão no meio social diante de diferentes formas de agenciamento. Elas possibilitam novas relações, constroem-se onde os sujeitos estão inseridos, produzindo variadas conexões e fluxos que se estabelecem a partir de todos os processos que interligam os atores e concebem linhas de contatos entre os agentes sociais, que produzem a realidade.

²⁵ A contenção mecânica é uma técnica de imobilização frequentemente utilizada nos manicômios e ainda empregue em casos de crises psiquiátricas. A contenção química é feita através do uso de medicamentos com alto poder de sedação.

Os profissionais entrevistados endossam a necessidade de realização de cursos que abarquem não apenas a temática do uso de álcool e outras drogas, como discutido anteriormente, mas de toda a lógica de atuação “psicossocial”, englobando todas as potencialidades do agir em rede. Esse trabalho deveria envolver não apenas os profissionais vinculados ao CAPSad, mas todos os membros da Rede de Atenção Psicossocial, possibilitando mudanças no imaginário social em relação à temática, muitas vezes excluída da esfera de debates do âmbito hospitalar, por exemplo.

A pesquisa reafirma os achados de Abrahão, Azevedo e Gomes (2016) no sentido da necessidade de uma agenda pública que valorize os debates relativos à produção de conhecimento, processo de trabalho e educação em saúde mental, “reconhecendo novos atores, novos papéis, novas referências” (2016, p.67). Mesmo que pelas falas dos trabalhadores em saúde mental surjam inúmeras questões que interpõem as dificuldades do trabalho em rede e a constante desarticulação entre os serviços, há uma percepção em relação à importância dessa forma de trabalho e da não fragmentação para que um cuidado integral e práticas menos excludentes passem a existir. Os esforços dos profissionais vinculados aos serviços demonstram uma preocupação no sentido de transformar o cotidiano de trabalho da unidade, de modo a não fragmentá-lo, reconhecendo a importância da formação das redes para um atendimento integral e humanizado.

Neste capítulo procuramos fazer um sobrevôo sobre os principais pontos de atenção à saúde que se vinculam ao CAPSad III, compreendendo que a dinâmica de funcionamento desses dispositivos se orienta a partir dos referenciais teóricos de Redes de Atenção à Saúde e de uma legislação específica: a Portaria nº 3.088 de 2011, que institui a RAPS. No próximo capítulo passaremos à análise do cotidiano de funcionamento dos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, à luz da abordagem teórica de Lipsky (1980/2010) tentando compreender, a partir do poder discricionário dos burocratas de nível de rua, como a política de saúde mental de operacionaliza.

CAPÍTULO V

OS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA E A OPERACIONALIZAÇÃO DA REGRA: SINUOSIDADES DO CAMPO DE PESQUISA

No capítulo anterior destaquei o desenho institucional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município e como se dá a execução diária da política pública a partir do entendimento dos burocratas. Neste quinto capítulo, trato exclusivamente do cotidiano de trabalho no CAPSad, tentando entender as questões relativas às práticas profissionais desses burocratas, visto que sua capacidade discricionária, seus processos de interação e a forma como constroem suas ações influenciam a seu modo e a todo tempo, a implementação da política pública em questão. Tal perspectiva se alinha à abordagem teórica de Lipsky (1980/2010) em obra seminal sobre a discricionabilidade dos burocratas de baixo escalão na aplicação das políticas públicas. Para o autor, os burocratas de nível de rua seriam aqueles profissionais que lidam diretamente com o cidadão na aplicação de determinada política pública, como policiais, professores, médicos etc.

Gabriela Lotta (2010) chama a atenção para a lacuna existente na literatura no que tange a análises em relação à implementação dessas políticas no sentido de ampliar os diversos fatores, valores, olhares e referenciais que envolvem a prática. Segundo a autora, tal espaço torna-se ainda mais evidente ao buscarmos trabalhos empíricos com foco nos burocratas de baixo escalão, assim como abordado por Michael Lipsky, o que pôde também ser contatado no decorrer dos trabalhos de campo para essa tese. Passados sete anos da publicação da pesquisa de Lotta (2010), ainda é diminuto o número de trabalhos que se dedicam à questão, especialmente em relação à implementação de políticas públicas de saúde.

Destaco, nesse sentido, como achados de levantamento bibliográfico de trabalhos que se dedicam a pesquisas na área da saúde, além da pesquisa de Lotta (2010), os trabalhos desenvolvidos por Lima e colaboradores (2014), que analisaram a implementação da Política Nacional de Humanização nas unidades básicas de saúde de Porto Alegre, bem como o de Dutra e Henriques (2016) – parte de uma pesquisa maior sobre crack e exclusão social – que discutiram o poder discricionário dos agentes institucionais que lidam com usuários de crack. Os autores demonstraram que:

“[...] a execução de políticas públicas formuladas no quadro da política formal do Estado Democrático de Direito depende de premissas decisórias que escapam a essa política formal e que levam, não raro, à formação de uma “micropolítica” que pode tanto contradizer as normas do bom e do correto vinculadas ao Estado, como, ao contrário, também contribuir para concretizar essas normas no nível das relações entre os agentes institucionais e o público” (DUTRA; HENRIQUES, 2016, p.325).

Nesse sentido, entendo e também destaco a necessidade percebida por Lotta (2010) de maiores estudos empíricos direcionados à análise do processo da implementação de políticas públicas a partir dos burocratas de nível de rua. Enquanto agentes institucionais que controlam, alteram e aplicam os serviços e ações desenhadas pelo poder político formal, as práticas desses agentes tornam-se uma variável expressiva do sucesso ou fracasso das políticas públicas. Segundo Lipsky (2010), os burocratas de nível de rua situam-se no centro do debate político por, de um lado, sofrerem pressão por parte das instituições no sentido de tornar as políticas públicas mais efetivas e responsivas e, de outro, padecerem de pressões diretas por parte das pessoas que, na ponta, exigem o crescimento da eficiência e eficácia das intervenções governamentais.

Segundo Oliveira (2012), na análise da discricionariedade dos burocratas do baixo escalão, não se pode deixar de lado as imprecisões e ambiguidades dos objetivos das políticas públicas. Tais ambiguidades e imprecisões foram ressaltadas em capítulos anteriores quando analisei as políticas públicas de saúde direcionadas à questão do uso considerado “abusivo” ou “prejudicial” de álcool e outras drogas e estarão também nesse capítulo, ao desenharmos o cotidiano do trabalho sob a perspectiva dos agentes institucionais. Se as ações dos burocratas de nível de rua influenciam diretamente a forma de implementação das políticas públicas, as imprecisões favorecem a aplicação da regra de acordo com a discricionariedade dos executores, ou seja, quanto mais vago o conteúdo normativo e político, maior a ação discricionária dos burocratas. Além disso, importante considerar que as políticas são formuladas no âmbito da gestão da coisa pública e por funcionários do alto escalão e executadas pelos burocratas da linha de frente, o que pode gerar resistências às diretrizes e normas previstas, ocasionando desvios nas formas de ação cotidianas (OLIVEIRA, 2012).

Lipsky (2010, pp.8-11) faz pertinente análise nesse sentido, ao considerar as interações cotidianas com os cidadãos:

“[...] street-level bureaucrats engender controversy because they must be dealt with if policy is to change. [...] street-level bureaucrats tend to be the focus of public controversy is the immediacy of their interactions with citizens and their impact on peoples’ lives. [...] A defining facet of the working environment of street-level bureaucrats is that they must deal with clients’ personal reactions to their decisions, however they cope with their implications. [...] Street-level bureaucrats are also the focus of citizen reactions because their discretion opens up the possibility that they will respond favorably on behalf of people. [...] Finally, street-level bureaucrats play a

critical role in regulating the degree of contemporary conflict by virtue of their role as agents of social control” (LIPSKY, 2010, pp.8-11).

O autor ressalta as particularidades envolvidas no processo de se lidar com o público cotidianamente, sendo os burocratas de nível de rua o elo entre os cidadãos e o governo. Tal questão traz algumas singularidades ao trabalho, pois as interações entre os burocratas e os usuários dos serviços, não se restringem a questões de cunho meramente organizacional, indo para uma esfera muitas vezes pessoal de ação. Os cidadãos depositam suas expectativas e demandas sobre aquela função pública, o que produz uma influência na execução de ações por parte do burocrata. Lipsky (1980), ressalta a relevância desse trabalho pois, enquanto mediador da relação cidadão/Estado, é a burocracia de nível de rua que carrega a responsabilidade de transmitir o vigor de uma política pública que foi elaborada pelo alto escalão.

Gabriela Lotta (2010, p.46) chama, então, a atenção para a importância de se compreender como estes agentes implementadores colocam em prática suas ações:

“Existe também uma lacuna em compreender de que forma a discricionariedade opera na atuação dos agentes implementadores, ou seja, como eles colocam em prática suas ações (e interações), exercendo sua discricionariedade. A análise do exercício da discricionariedade torna-se relevante, na medida em que partimos do pressuposto colocado por Lipsky (1980) de que a ação individual dos implementadores acaba por tornar-se o comportamento da agência pela qual respondem e representam. Ou seja, para compreender a ação efetiva do Estado, é necessário entender a ação e a interação realizada por seus implementadores. Ao mesmo tempo, esta análise possibilita-nos preencher a lacuna apontada anteriormente, por permitir compreender como questões institucionais e de contexto interferem na ação do implementador” (LOTTA, 2010, p.46).

E é justamente para a compreensão dessas ações que essa pesquisa se volta, buscando analisar de que maneira as políticas são operacionalizadas cotidianamente através das ações e interações dos burocratas que atuam em uma unidade de saúde mental. Importante ressaltar que no caso do CAPSad, múltiplos atores, de diferentes formações, estão envolvidos nesse processo, como já apresentado no primeiro capítulo. Estas diferentes formas de “agir profissionalmente” e a adoção de determinadas posturas, integram uma discussão em relação às corporações profissionais. Tal questão não será abordada de forma separada em um capítulo, embora esteja presente no texto como um todo, uma vez que a adoção de determinadas práticas e técnicas de operacionalização da regra estão vinculadas à formação de cada burocrata. Ressalta-se que a pesquisa de campo demonstrou uma impossibilidade de elaboração de uma tipologia a esse respeito, visto que a adoção de certas práticas era bastante variável mesmo com profissionais de semelhante formação.

Exposto isso, faço o encadeamento das discussões do capítulo em três seções que destacam as temáticas com maior frequência abordadas como parte do cotidiano de ações dos burocratas. Representam, assim, a forma como o trabalho se realiza ao longo do processo de implementação da política pública de saúde mental no que tange o uso de álcool e outras drogas: 1) a participação nos “grupos”; 2) as interferências externas, através do judiciário; e a 3) a redução de danos. Ressalto ainda, que tais temas são demasiado complexos e possibilitariam, por si só, a construção de novas dissertações ou teses, por isso, enfatizo que o propósito é apresentar a compreensão dos profissionais acerca de tais temáticas.

5.1. “Você está participando dos grupos?”

Logo em meu primeiro dia de campo percebi que todo o cotidiano de trabalho da unidade se desenha a partir dos chamados pelos burocratas que atuam na unidade e usuários “grupos” terapêuticos, ou “oficinas” terapêuticas. Isso não significa a anulação de outras atividades, como os atendimentos individuais, por exemplo, mas percebi que existe uma relação direta, na visão profissional, entre “estar se tratando” e “estar participando dos grupos”. Dois questionamentos são frequentes aos usuários frente à temática “adesão ao tratamento”: 1) se o mesmo está tomando os medicamentos prescritos; 2) se está participando dos grupos. O primeiro item será discutido no sexto capítulo e a participação nos grupos será o foco dessa seção.

Em termos normativos, na Portaria nº 130 de 2012 estão previstas as seguintes atividades como forma de atenção integral ao usuário no CAPSad III:

“I) trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, com trabalhadores de formação universitária e/ou média, conforme definido nesta Portaria; II) atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros; III) oferta de medicação assistida e dispensada; IV) *atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras*; V) *oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria*; VI) visitas e atendimentos domiciliares; VII) atendimento à família, individual e em grupo; VIII) atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros; IX) estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras; X) fornecimento de refeição diária aos pacientes assistidos, na seguinte proporção: a) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; b) pacientes assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; e c) pacientes que permanecerem no serviço durante

24 horas contínuas receberão 4 refeições diárias; § 1º A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 dias, no período de 30 dias. § 2º Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento. § 3º As regras estabelecidas nos §§ 1º e 2º poderá ser excepcionada a critério da equipe de serviço, quando necessário ao pleno desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares, devendo ser justificada à Coordenação Municipal de Saúde Mental” (BRASIL, 2012b, grifo nosso).

Necessário salientar que todas essas atividades citadas na portaria foram observadas e são executadas pelo serviço de saúde, mas a análise neste capítulo se restringe aos grupos e oficinas terapêuticas, pelos motivos expostos acima. Segundo Souza e colaboradores (2004), a terapia de grupo em suas diferentes abordagens, é praticada por um elevado número de profissionais, constituindo um dos principais recursos terapêuticos no âmbito da assistência à saúde, especialmente em saúde mental. A proposta dos grupos surge, especialmente, a partir de condições criadas pela reforma psiquiátrica, como nova forma de cuidado, que tem por objetivo a ressocialização do sujeito em sofrimento psíquico. Tais grupos são desenvolvidos por profissionais de formação diversa, tornando-se um espaço terapêutico e de afirmação para as novas práticas em saúde (SOUZA *et al.*, 2004).

Em cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c) que tem por objetivo auxiliar os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS a conhecerem um pouco mais os CAPS, há uma orientação de que os atendimentos em grupo podem ser realizados através de “oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal” (BRASIL, 2004c, p.17). Tais oficinas

“[...] são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, freqüentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania” (BRASIL, 2004c, p.20).

Embora a cartilha e a portaria tragam uma orientação no sentido da importância da realização desses grupos, existe uma flexibilidade no que tange ao seu modo de execução, ficando a cargo da gestão de cada dispositivo selecionar quais oficinas serão realizadas, de que modo e com qual periodicidade. Tal flexibilidade, como discutido anteriormente, favorece a ação discricionária dos burocratas de nível de rua, uma vez que, quanto mais ambíguo ou difuso seu conteúdo, maior a possibilidade de alteração e implicações à política elaborada pelo alto escalão da burocracia (DUTRA, 2015).

No primeiro capítulo observou-se quais os grupos funcionam na unidade e a qual público cada um deles se destina (ver quadro 1). Acontece que na prática, não há uma distinção clara entre cada uma das fases descritas na nomenclatura “fase I”, “fase 2” e “fase 3”, talvez porque, como relatado por uma das burocratas entrevistadas, poucos pacientes chegam à terceira fase.

A diferença percebida durante a pesquisa de campo, diz sim respeito às abordagens das diversas categorias profissionais durante os grupos e na construção dos discursos, como forma de operacionalização cotidiana da política de saúde mental. Apresento o relato de uma das burocratas, onde a mesma explicita a diferença entre os grupos.

[...] tem grupo de recepção diariamente, a gente consegue fechar o projeto dele e aí ele vai, a gente tem [...]. Tem a fase I, fase II, fase III, é como se fosse o intensivo, semi-intensivo e não intensivo. A fase I, a gente tenta trabalhar mais com ele, grupos com alcance ou redução do consumo, alcance ou abstinência ou redução do consumo... né? Qual a meta ele tá querendo lá para a vida dele... é, como fazer isso, muito cognitivo comportamental mesmo, sabe, evitar lugares de ativa, não ficar com meus amigos que estão bebendo, porque eu ainda posso né... se eu não quero beber eu vou estar me expondo a riscos, esse é o primeiro momento: ele vem mais vezes à instituição, no mínimo assim, umas três vezes. E depois no segundo momento, que é a fase II, teoricamente ele já reduziu um pouco o consumo, aí muda de projeto, muda de fase, isso depende muito do paciente. Tem paciente que está há anos na fase I e vai ficar né... mas assim, a gente planeja pelos temas dos grupos, três meses mais ou menos, de três em três meses. Quase nunca alcança isso, mas é o planejamento, assim, até de temas de grupos que a gente lançou né, de ser trabalhado, duraria uns três meses a fase I. Uns três meses a fase II. Na fase II a gente já tá trabalhando mais reformulação de comportamento, aí tem mais grupo com psicólogo mesmo, não adianta só eu parar de beber, parar de usar droga, e aí como estão meus comportamentos como um todo... agressividade, mentira, manipulação, né, traz temas pra gente falar né e tal, essa é a fase II. Depois na fase três, que é uma fase bem difícil de reinserção social, aí o cara já está vinculado ao CAPS, sabe que está querendo ou não acolhido e sabe as dificuldades que é ir lá pra fora novamente, e assim, a gente tenta né, vamos fazer uma atividade física... fase III a gente tá fazendo uma vez por semana. Aí já tá lá no sétimo mês de tratamento, teoricamente. Mas agora, para você ter uma noção, a gente tem dois na fase III. Dois pacientes na fase III. Reinserção social, que aí a gente vai ver cursos, trabalhos, fazer currículo com eles, sabe, vamos lá, tentar buscar aí, potencialidade dentro dele. É mais esse olhar pra fora, fora do caps. E aí fora esse grupo uma vez por semana, tem ainda acompanhamento médico, acompanhamento psicológico e o grupo de pós-tratamento, que é o de alta, que a gente chama, uma vez por mês. E aí né, até que a gente tem um grupo que já tá mantendo assim, há muitos anos né, deve ter uns doze pacientes que ainda continuam vindo nesse grupo, uma vez por mês. E aí dentro dessas atividades, fase I, fase II, fase III, a gente tem diversos grupos né... grupo com a enfermagem, mais direcionado para educação em saúde, né, falar sobre doenças, DST, conscientização, eles chamam isso de palestra. Ah, vai ter palestra... eu não gosto desse nome não, mas eles adoram falar isso. Vai ter palestra, com o enfermeiro tal...[...]. Eles adoram a palestra. Aí vai ter a palestra com os enfermeiros, vai ter as oficinas, né, a gente tem oficina de música, oficina de leitura, oficina de atualidades, de artesanato, de origami e tal... Tem o grupo com os psicólogos, a psicóloga

atualmente está fazendo um grupo de teatro, né, na sexta-feira, teatro do oprimido, tal, e os diferentes grupos (BERNADETE).

A fala de Bernadete representa, teoricamente, a forma como os grupos são desenhados cotidianamente, embora, na prática os contornos e distinções entre fase I e II não sejam tão claros assim. Tanto que, embora os grupos de fase I sejam segunda e quarta-feira, e fase II, terça e quinta-feira, na prática percebi que as abordagens são similares, não havendo distinção entre o que é considerado fase I e fase II. Percebe-se, nesse sentido, uma fragilidade na programação adotada pela unidade. A fala de Evandro denota um dos motivos dessa dificuldade de programação. A pesquisa de campo demonstrou que os temas e abordagens são definidos ocasionalmente e pouco tempo antes do início do grupo:

A gente faz o grupo com vários focos, nesse período que eu estou no CAPS eu tento construir um cronograma de temas de acordo com o que tá ali, mas devido a essa rotatividade tão grande a gente não consegue buscar o paciente, ah, o mesmo paciente que chegou hoje aqui, na fase I, eu tento buscar um cronograma ali com um mês, uma data comemorativa, ah, esse mês é importante falar sobre uma questão de saúde, esse mês não, hoje, para não ficar com essa questão de saúde todos os dias, porque ah, eu sou um enfermeiro, dessa área da saúde, e eu vou ficar falando só de... não. Tem que buscar medidas de prevenção, prevenção de recaídas, né, mostrar as consequências relacionadas ao uso de drogas, eu tenho que motivar esse paciente também, porque esse paciente muitas das vezes chegam aqui totalmente desmotivado (EVANDRO).

Quando Evandro fala da elevada “rotatividade” do serviço, ele se refere à dificuldade em elaborar longitudinalmente um cronograma de atividades para os sujeitos de modo que exista um encadeamento nesse tratamento. Explico melhor. Como a rotina de trabalhos é executada principalmente por meio desses grupos e por profissionais de diversas áreas de formação, muitos temas são selecionados pouco tempo antes do seu início, não havendo uma programação no seguinte sentido: paciente *X*, está na fase *A*, segunda-feira participou do grupo *Y*, com temática *Z*. Logo, hoje, quarta-feira, ele precisa participar do grupo *W*, com temática *K*, para que a abordagem fique completa, através dos temas que se completam. Esse encadeamento de temas e abordagens não costuma ocorrer, tanto por falta de programação da equipe, quanto por ausências ou falta de adesão dos pacientes. O que o cenário das práticas demonstra é que, embora não se possa fazer generalizações, grande parte dos temas e o modo como serão abordados nos grupos é definido de forma flexiva e sem um planejamento prévio. A fala de Luz demonstra essa flexibilidade e coaduna com o que é observado na prática:

Então, o nosso grupo, a gente tem grupo todos os dias, a gente funciona de segunda a sexta, quinta-feira a gente fecha às três horas porque a gente tem reunião técnica. A gente tem grupo pela manhã, tem grupo a tarde também e tem oficinas que são geralmente com os estagiários. No grupo são abordados temas, temas de saúde e temas diversos, né?! Política, a gente costuma fazer uma assembléia com eles, que é para ter um feedback do que eles estão achando, do que eles acham que pode melhorar, o que tá sendo ruim pra eles, o que que eles acham que tá

atrapalhando, se eles estão sentindo falta de alguma coisa, se eles querem reclamar da comida que tá vindo, a gente tem que perguntar isso pra eles. [...] Assim, os grupos eles funcionam dessa maneira, a gente fala tudo, a gente fala de doenças que eles já sabem, né, fala de pressão de novo, fala da diabetes, fala de tuberculose, estamos sempre falando alguma coisa pra eles, assim como a redução de danos é sempre muito abordada. Tanto em roda de conversa, tanto em palestra mesmo [...]. Mas funciona, funciona bem, eles gostam, às vezes o paciente demora a aderir o projeto, as vezes ficam sumidos, ou com vergonha por causa de recaída, mas a gente também tem aqui as visitas que são feitas pelos funcionários, as visitas domiciliares, que funciona muito (LUZ).

Os grupos são definidos a partir dos profissionais que trabalham em cada dia. Como o número de enfermeiros é muito superior ao dos demais profissionais, há um predomínio da apresentação de temas de cunho biológico, ficando, como relata uma das profissionais, o tratamento *muito mais no “bio” que no psicossocial*. Ao longo do trabalho de campo participei de muitas das chamadas “palestras”, que tinham como temas hipertensão, diabetes, efeito das drogas no organismo, danos causados pelas drogas, uso correto dos medicamentos e doenças sexualmente transmissíveis. Interessante que em todas elas a temática do uso de drogas emergia de forma paralela ou comparativa ao que estava sendo exposto, por exemplo: acompanhei um grupo em que a temática do dia era hipertensão e a importância do tratamento permanente no caso de doenças crônicas. Assim dizia um dos profissionais:

A hipertensão é uma doença crônica, não te cura. Eu costumo falar que o uso de drogas é igual a hipertensão: é para sempre. Não tem cura. Então vocês vão ter que fazer esse tratamento para sempre (Fala de Paulo, conforme registro em diário de campo).

O discurso de Paulo se constrói dentro da premissa biológica de que o uso de drogas é uma doença e que para ela *“não existe cura, apenas tratamento”*. Tal visão é compartilhada por outros profissionais, pois, participando de um grupo coordenado por uma Assistente Social ouvi-la dizer: *“essa doença é incurável. O tratamento é para o resto da vida. Você pode ficar 20 anos sem beber e um dia ter uma recaída”* (fala de Márcia, conforme registro em diário de campo). Cedraz e Dimenstein (2005) ressaltam a importância de se discutir as concepções de terapêutica e cura circulante nos CAPS. Segundo as autoras, há uma grande valorização dos considerados “sintomas”, como agitação, insônia, ansiedade, havendo a construção de um discurso que vai no sentido de que *“estar bem significa a remissão dos sintomas”* (pp.318-19). No entanto, as mesmas ressaltam que ao funcionar desse modo, os CAPS acabam por não se voltar ao sujeito, mantendo o trabalho voltado às questões de cunho biologizante, que fogem à proposta de desinstitucionalização, que tem como objetivo, parafraseando Amarante (1996), colocar a doença mental entre parênteses. A ideia da reinserção social parece, então, pouco potente nesse sentido, uma vez que, se há uma doença e se a mesma é incurável, como desinstitucionalizar esses usuários?

Cardoso e Seminotti (2006) discutem a necessidade da construção de uma pertença das pessoas com transtornos mentais graves enquanto sujeitos singulares, o que vai além de uma concepção de “doença”. No entanto, a compreensão de que os CAPS funcionam apenas como recursos terapêuticos de oposição ao modelo que se centra no hospital psiquiátrico, persiste e precisa ser repensada, por reproduzir, justamente essa concepção de doença psiquiátrica. Os grupos terapêuticos necessitam, para os autores, serem problematizados em sua complexidade e interdependência diante da instituição e realidade social à qual estão inseridos,

“[...] já que demonstraram ser um instrumento importante no estímulo à ampliação dos sujeitos que dele participam. Essa ampliação tem uma lógica diversa da lógica de inclusão, pois implica múltiplas inclusões de sujeitos, que, além de escolherem as suas maneiras de pertencer, também promovem a ampliação da pertença daqueles a quem se vinculam” (CARDOSO; SEMINOTTI, p.782).

Nesse sentido, outra Assistente Social ressalta que o objetivo de seus grupos é trabalhar a noção de autonomia do sujeito, pois

O CAPS é transitório na vida dele. Esse é o sentido, que o CAPS seja transitório. Que ele mais tarde consiga caminhar sozinho e faça daqui só aquele lugar que ele vem de vez em quando. Então os grupos que eu faço são mais nesse enfoque assim (LÚCIA).

Essa ideia do CAPS enquanto um local transitório de tratamento, que tem por objetivo real a criação de um sentimento de pertença a um contexto social mais amplo, com direito a trabalho e renda, é o foco de uma das oficinas destinada a mulheres, onde são confeccionados de forma artesanal produtos diversos para venda. Essa oficina de geração de renda é exclusiva para mulheres e é executada por duas estagiárias de psicologia. Questionei a uma burocrata com formação nessa área o porquê dessa oficina ser desenvolvida apenas com mulheres. Ela explicou que algumas usuárias não gostam de participar dos grupos juntamente com homens, justamente por haver uma predominância masculina entre os atendidos no CAPS. Então esse grupo surgiu como uma forma de estabelecer um vínculo das mulheres com o serviço de saúde, já que elas não aderem à participação juntamente com os demais.

Dutra e Henriques (2016) em pesquisa com profissionais de um CAPSad demonstram que o

“[...] contexto institucional, marcado pela força social do poder discricionário dos agentes institucionais e das concepções informais acerca dos atributos do público relevantes para as ações e decisões dos agentes, pode e é frequentemente muito adverso para mulheres com trajetórias de exclusão e uso problemático de crack” (DUTRA; HENRIQUES, 2016, p.326)

Segundo os autores, pela fala dos burocratas pode-se notar que não há por parte desses profissionais uma percepção de que a elevada desistência das mulheres ao tratamento pode estar vinculada aos “obstáculos sociais” que as mesmas precisam transpor para manter essa

adesão. Há, ao contrário, uma valoração negativa, que atribui às mulheres uma infidelidade ao tratamento, uma “falta de vontade”, em contraponto à valoração positiva feita aos homens, como os que “tem mais vontade” e são mais assíduos ao tratamento.

Uma forma encontrada pela equipe da unidade pesquisada, para a manutenção do vínculo dessas mulheres com a unidade, então, foi a criação desse grupo específico, como forma de dar protagonismo às mulheres. De fato, quase em sua totalidade, os grupos são compostos por homens, o que denota, não a falta de adesão das mulheres e sim um olhar pouco sensível à desigualdade de gênero existente na sociedade.

Em outra experiência de observação em um grupo, uma Assistente Social me convidou a participar de uma dinâmica cujo objetivo principal, ao que pareceu, era levar os usuários a uma reflexão em relação às dificuldades encontradas no processo do “cessar” ou reduzir o uso de drogas e a importância da resiliência nesse sentido. No entanto, isso não era dito ao início do trabalho, possibilitando, no final, a construção de uma argumentação livre por parte dos pacientes. O funcionamento ocorria da seguinte forma: os usuários eram convidados a se colocar em roda e dar as mãos. Alguém deveria permanecer no centro do círculo e buscar meios de sair de lá, ultrapassando as barreiras criadas pelos demais. Alguns conseguiram sair, outros não. Ao final, todos foram convidados a uma reflexão sobre o que havia aprendido e pensado a partir daquela dinâmica.

Notei, então, uma abordagem que aconteceu de modo permitir aos usuários falar livremente sobre o que sentiram naquele momento, embora todo o discurso tenha sido construído em torno do uso ou cessar das drogas. A atuação da burocrata que organizou a atividade se dava no sentido de trazer novas reflexões, criando elos entre as questões sociais e psicológicas envolvidos nesse processo. As temáticas que emergiam, então, diziam respeito à questões familiares, territoriais, de trabalho e ligadas à própria existência e vida em sociedade. Ao final da atividade ouvi o comentário de um dos usuários, “isso que é grupo!”, demonstrando satisfação em ter participado daquele momento.

A decisão discricionária na forma de desenvolvimento e execução dos grupos e oficinas por parte dos profissionais é algo claro, e embora existam portarias que orientem a necessidade de realização desses grupos, seu formato é livre, o que possibilita uma ação que vai de acordo com o definido no âmbito de cada serviço. Nesta pesquisa em específico, há uma predominância de atividades e discussões de cunho biológico, muito em função do elevado quantitativo profissional da equipe de enfermagem, como já ressaltado.

Isso não significa a inexistência de experiências outras, como a citada acima, que possibilitam reflexões mais direcionadas à área *psi* e social. Como chamam a atenção, Cedraz

e Dimenstein (2005), as oficinas devem ser dispositivos de mudança social que não se restrinjam apenas à produção de um prazer momentâneo, possibilitando, sim, uma transformação, no sentido de materialização da ideia da desinstitucionalização. A atuação, desse modo, extrapolaria os espaços físicos restritos ao CAPS, desenvolvendo zonas para um processo criativo que leve à quebra de preconceitos e estigma.

Durante a realização dos grupos e no cotidiano operativo da unidade, um dos temas que surgem com frequência são as internações compulsórias. Tal temática se vincula a um aspecto que será abordado na próxima seção: as externalidades e todo o contexto que possibilita.

5.2. Externalidades: as internações compulsórias, a família e a tomada de decisões

Embora exista hoje um entendimento, no que tange às políticas públicas, de que o uso de álcool e drogas, como sendo um problema de saúde e não mais de segurança pública, não há uma transição completa nesse sentido, como já discutido no segundo capítulo dessa tese. Naquele momento, frisamos que as legislações e também a pesquisa empírica evidenciam o contrário, uma vez que o processo de transformação dessas políticas ainda está em curso. Analisaremos, então, neste capítulo, ainda que brevemente, as ações intersetoriais envolvendo as instâncias jurídicas e os serviços de saúde mental, a partir do entendimento dos burocratas de nível de rua investigados.

A literatura científica, especialmente no campo da Saúde Coletiva, tem se preocupado em discutir a chamada “Judicialização da Saúde” pois

“[...] o fenômeno da judicialização vem sendo adotado como estratégia dos sujeitos para garantir seus direitos recorrendo ao Poder Judiciário, e tem acontecido, sobretudo, em duas dimensões distintas: uma individual e outra coletiva. Assim, a busca da garantia do direito à saúde tem passado pela atuação de diversas instâncias judiciais: o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública” (OLIVEIRA *et al.*, 2015, p.526).

Esta questão tem sido observada como algo que impacta o planejamento e as ações de saúde pública, sendo temática emergente em pesquisas da área, especialmente no que tange o acesso aos medicamentos. Muitos estudos também têm se dedicado a analisar a judicialização no âmbito da saúde mental, discutindo principalmente a problemática do uso de drogas e as internações compulsórias (GUARESCHI; LARA; ECKER, 2016; REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2014; COELHO; OLIVEIRA, 2014). Como demonstram Diniz, Machado e Penalva (2014) a análise das implicações da judicialização do direito à saúde no Brasil envolve distintos argumentos: se, por um lado há a possibilidade da efetivação do direito, de

outro, percebe-se o risco de uma interferência indevida por parte do judiciário nas políticas públicas de saúde, caso as decisões não adotem critérios objetivos e uniformes. Trata-se, portanto, de uma temática árida e que vem se ampliando no espectro da produção acadêmica no país.

Coelho e Oliveira (2014) discutem a interpretação da Lei nº 10.216 de 2001 enquanto legislação que tem sido utilizada como fundamento para respaldar a internação de dependentes químicos. As autoras chamam a atenção para o que consideram ser um uso “incorreto, ilegal e inconstitucional” (p.366) dessa lei, sendo, segundo elas, frequente no meio jurídico uma mera repetição de modelos de ações judiciais acríticas, pouco contextualizadoras da realidade social, onde não se verifica a viabilidade jurídica do argumento. Na construção da ideia, Coelho e Oliveira (2014) citam a atuação da prefeitura do Rio de Janeiro na “cracolândia” no ano de 2012, no sentido das internações forçadas dos usuários de crack. No caso em questão, as internações utilizadas foram as involuntárias e não compulsórias, pois a compulsória deveria ser requerida judicialmente, enquanto a involuntária é feita através de pedido de pessoa diversa do paciente.

Mais recentemente, no corrente ano, 2017, ação semelhante foi organizada pela prefeitura de São Paulo, tendo a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) se manifestado nesse sentido, através de carta em repúdio²⁶ às ações de violência na “cracolândia” no município. Coelho e Oliveira (2014), ao discutir o ocorrido no Rio de Janeiro, afirmam que não há outra lógica no sentido da atuação estatal que não seja a da “limpeza” da cidade, não precisando ter graduação na área da saúde para saber que o tratamento da dependência, seja ela química, alimentar ou de qualquer natureza, não se resolve com internações forçadas, seja ela compulsória ou involuntária. A discussão empreendida pelas autoras coaduna com as discussões feitas hoje, em 2017, a partir da ação na cracolândia de São Paulo. Para a ABRASCO, tal ação representa um retrocesso e descumprimento das conquistas das políticas públicas de saúde que se baseiam nos princípios da Redução de Danos e cuidado integral aos usuários em uso prejudicial de drogas. Como apontado nas análises anteriores (ver quadro 4), observa-se práticas semelhantes àquelas desenvolvidas na década de 1920, momento em que as ações de caráter higienista eram respaldadas pelas legislações, como o Decreto n. 4.778, de 1923. Ou seja, mais de 90 anos depois, há uma retomada da pauta, o que demonstra uma certa “pendularidade” nessas práticas.

²⁶ O documento pode ser lido em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opinioao/carta-em-repudio-as-aco-es-de-violencia-na-cracolandia-em-sao-paulo/29025/>

Pode-se perceber, nesse sentido, não uma “integração de competências”, como previsto no documento (BRASIL, 2015, p.9) elaborado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), discutido no capítulo II, mas sim uma polarização do debate que transita entre as esferas da segurança pública e da saúde pública. A nível da micropolítica do trabalho, as ações do poder judiciário também têm feito parte do cotidiano de atuação dos burocratas de nível de rua, enquanto implementadores das políticas públicas de saúde mental e de álcool e outras drogas, como demonstra essa fala:

Eu não sou contra a internação. Mesmo porque eu não posso ser contra a internação porque eu não posso fechar uma porta. Não posso, acho que a gente não pode fechar porta. Mas eu sou contra determinadas internações. Um exemplo: um paciente meu, uso de maconha, ele passou mal, segundo o pai teve um surto e enfiaram ele lá no ... [cita o nome de um hospital psiquiátrico do município]. Eu sou contra. Porque que não trouxe ele pra cá, com a medicação psiquiátrica, né, porque a gente não sabe se o surto dele causado pela maconha acelerou um transtorno psiquiátrico que já tinha uma predisposição, ou se foi realmente um surto ou uma crise que tenha dado né uma desorganizada... precisa investigar, eu não sei. A família quis enfiar ele, pega algum médico que quer, facilita e entra, entendeu? Muitas vezes um familiar... eu fui contra, questionei o familiar, entendeu? [...] Eu vejo o hospital psiquiátrico por um período [...]. Porque a gente tem internação compulsória, internação voluntária e internação involuntária. A involuntária né, porque há necessidade de terceiros que querem. A compulsória é obrigada por Juiz, eu sou contra. Não confio em internação compulsória. Porque nós temos uma oferta de tratamento, oferta de leito, como que uma equipe enorme que a gente tem vai endossar para isolar o cara em uma internação compulsória? Entendeu? Então o Juiz manda avaliar quando a gente nega, mas a família consegue laudo por fora. Consegue laudo por fora, há sempre os “jeitinhos”, interna e “vão bora”, entendeu? [...] Nós não encaminhamos para internação compulsória, nós não encaminhamos para comunidade terapêutica, porque nós temos um serviço que dá conta desse paciente porque a gente é a favor dessa ressocialização, dele estar no tratamento numa equipe, intensivo, e também tá fazendo esse vínculo externo com a família, com sua rede social, eu acredito nisso. Eu não acredito nessa internação a longo prazo (MÁRCIA).

A fala de Márcia ilustra três atores diversos que interferem diretamente na atuação dos burocratas do CAPSad: a família dos pacientes, a justiça e médicos externos ao CAPS. Essa tríade se articula do seguinte modo: a família entende a necessidade e solicita uma internação; o médico externo ao CAPS emite um laudo onde confirma essa necessidade; a justiça ordena. Mesmo que as ações sejam isoladas, a interferência prática ocorre a nível coletivo, uma vez que, embora a tomada de decisões seja individual (família – médico – justiça), o resultado acaba por envolver todos os profissionais da linha de frente do CAPSad. A estes profissionais, por sua vez, cabe a análise mais precisa possível, de cada caso, e a partir daí fazer contato com os atores da tríade. Mas, não apenas, pois o desfecho do processo depende da sua capacidade em elaborar uma argumentação, afim de evitar a internação, visto que muitas delas são entendidas como desnecessárias. Outra profissional relata em maiores detalhes:

Então, tem muito ainda né?! [se referindo às internações compulsórias] É um outro desafio também, né?! A gente ainda tem muito, mas a gente já conseguiu, está conseguindo uma aproximação com a justiça. Que antigamente chegava aqui é... sei

lá, um laudo qualquer, de dermatologista eu já vi, do ginecologista, do postinho, de repente, [...] indicando uma internação. A família ia lá: “ah, meu filho tá muito agressivo, tá bebendo, tá usando droga, ele ia indicava uma internação. E com esse laudo a defensoria abria um processo, ela ia até a defensoria, a defensoria abria o processo e obrigava a prefeitura a pagar uma internação compulsória para aquele sujeito. Só que ninguém tinha visto aquele paciente, além, ou nem tinha visto, lá pela dermatologista, pela ginecologista que deu o laudo, né? E aí o que que a gente conseguiu? Fazer com a prefeitura e com a justiça: que mesmo quando esse processo já estivesse aberto, o processo tinha que vir para o CAPS, para o CAPS avaliar e tentar desfazer aquela demanda de internação. É uma dificuldade porque uma vez que já tem o processo aberto, uma determinação para internar e uma expectativa da família, era um trabalho muito árduo, sabe, mas a gente conseguiu muito, muitas... é ... é ... desfazer muitas internações e agora a gente conseguiu um passo além, assim, que ninguém mais pode indicar internação que não seja o CAPS ad, né?! Nenhum outro médico. Então só sai um laudo aqui do Dr. [...] ou de Dra. [...] [se refere aos médicos do CAPSad], nesses casos assim que a gente já tentou tudo e não consegue e que a gente assim... esse ano parece que a gente indicou uma vez, então teoricamente a gente tá quase zerando esse tipo de internação, né, mas assim, tem muitos escapes? Tem. Ah, fulano conhece fulano, mandou direto pra lá e nem passa pelo CAPS, ainda tem escape, a gente fica sabendo né? Ah, não sei quem tá em São Paulo: como? A prefeitura tá pagando! Como, se não passou pelo CAPSad? Entendeu... mas a diretora agora, o acordo firmado, assinado com a justiça e com a prefeitura é para todo processo que for aberto buscando internação compulsória vir pro CAPS. [...] E aí chega aqui... aí eu peguei isso pra mim, pessoalmente assim, peguei pra mim, falei: não... essa vai ser minha batalha. Aí eu pego aquele cara, vejo se... tem uns que não tem passagem nem pelo CAPS, ele tá com laudo lá da ginecologista indicando a internação e já o juiz determinando internação, então eu pego aquele caso, vou fazer visita domiciliar, vou fazer busca ativa, vou tentar entender a história, trago pra cá...[...] (BERNADETE)

Bernadete destaca um avanço em relação à articulação com a justiça no que tange às internações compulsórias, mas também destaca a importância de outros atores nesse processo, como a família e os médicos que emitem os laudos. Interessante notar que, tanto os profissionais do judiciário, da saúde mental e os médicos externos ao CAPSad são burocratas da linha de frente e, por isso, atuam também como implementadores de políticas públicas. Todos eles lidam com as situações apresentadas no início do capítulo e entendidas por Lipsky (2010) como determinantes da ação discricionária dos agentes públicos: a relação direta com o público. Nesse caso, o “face a face” se dá entre os familiares, que agem de forma a conseguir o que buscam, ou seja, a internação e o burocrata da instância procurada. A Lei nº 10.216/2001, que atualmente regulamenta as internações compulsórias diz o seguinte:

“Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. [...] Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (BRASIL, 2001b).

A internação compulsória é um mecanismo previsto em lei na proteção e garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, principalmente o direito à vida. E só pode ser utilizada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes (GUARESCHI, LARA e ECKER, 2016). Mas o que se percebe na prática é que, diante da pressão das famílias, os agentes públicos agem discricionariamente, cada um em sua área, de forma a dar uma resposta imediata ao solicitante, muitas vezes se respaldando na própria lei, outras não.

No processo argumentativo do burocrata de cada instância procurada temos que: 1) a família, ao procurar um médico conhecido de qualquer especialidade, pode informar uma suposta ou real agressividade do paciente, possibilitando que o médico emita um laudo solicitando a internação, de forma a garantir sua salvaguarda; 2) a instância jurídica recebedora de tal solicitação desconhece em profundidade a história daquele sujeito e, diante das informações que tem em mãos via laudo médico e buscando a garantia de direitos daquele sujeito e sua família, ordena a internação; 3) a equipe de saúde mental é acionada ou não para avaliar a situação posta.

Tais conjecturas foram desenhadas de modo a ilustrar a atuação discricionária de cada agente público externo ao serviço de saúde mental, no entanto, pela visão dos burocratas do CAPS, há uma distorção nesse sentido: se é o CAPSad o órgão especializado na conduta em relação aos usuários de álcool e drogas, nenhuma internação poderia ocorrer sem o conhecimento e respaldo dos profissionais desse dispositivo. Mas em termos práticos não é isso sempre que acontece. Para Coelho e Oliveira (2014) vem ocorrendo uma distorção da Lei 10.216 por parte dos atores jurídicos. Segundo as autoras essa lei tem como principal bandeira a “desospitalização” e foi criada no intuito de proteger as pessoas com doenças mentais, sendo necessário os seguintes entendimentos:

“1) dependente químico não é doente mental; 2) a internação compulsória prevista na Lei 10.216/01 deve ser aplicada tão somente para os casos de doentes mentais que cometam alguma infração criminosa, como espécie de medida de segurança; 3) a internação compulsória de dependentes químicos é ilegal por falta de previsão legal, e inconstitucional por violar o direito à saúde e à dignidade da pessoa humana; 4) as internações que vêm ocorrendo podem ser equiparadas à tortura e, assim, violam direitos humanos; 5) o Poder Judiciário é guardião de direitos humanos, não podendo, sob argumento algum, violá-los” (COELHO; OLIVEIRA, 2014, p.365).

Lotta (2010) ressalta que, embora se reconheça a existência de normas que determinam as práticas, e uma administração que controla esse exercício, as instituições não são determinantes da ação cotidiana dos indivíduos. Bernadete relata a existência dos chamados por ela “escapes”, ou “jeitinhos”, que representam, em sua visão, justamente os desvios de conduta em relação à legislação, o que demonstra que, embora haja uma normativa que orienta o trabalho, a ação discricionária dos burocratas tem mais força na tomada de

decisões. Imperativo destacar que nesse caso a discricionariedade envolve inclusive os operadores da lei, aqueles que, teoricamente, melhor as aplicariam.

Face à complexidade envolvida na questão, outra burocrata entrevistada apresenta um argumento que diz respeito à importância de se trabalhar a família para que as internações compulsórias sejam reduzidas:

A gente tem conseguido desconstruir isso em alguns momentos, né, quando chega pra gente, porque as vezes a pessoa está no ... [cita o nome de um hospital psiquiátrico do município] e a gente não sabe, a gente viu alguns pacientes nossos lá que a gente não sabia onde estavam, num evento que teve no ... [cita o nome do hospital psiquiátrico], que de repente... foi em um evento lá, tinha paciente nosso, e não passaram pela gente. Agora o que chega para a gente aqui a gente tem desconstruído, tem usado recurso ao leito, sustentado isso aqui com a família, tem sido bem potente assim, né. Tem alguns casos que a gente tem conseguido fazer isso. Desconstruir da família entender que a internação não é um bom recurso, né?! (CLARISSE)

Coelho, Veloso e Barros (2017) relatam a importância do desenvolvimento de ações que envolvam as relações familiares, como forma de efetivar as propostas da Reforma Psiquiátrica. Segundo as autoras, são necessárias realizações de oficinas entre os usuários e as famílias de forma a estimular o seu protagonismo, corresponsabilização e autonomia, abandonando concepções tradicionais que criam polarizações no sentido de vítimas e culpados. Pereira e Pereira Júnior (2003) ressaltam que as mudanças das diretrizes de assistência em saúde mental, que valorizam o cuidado no território, trazem relevante alteração na relação do profissional com a família dos usuários, que precisam ser enxergadas como potentes parceiras no processo de reabilitação. A frágil orientação às famílias pode acarretar prejuízos no processo terapêutico, por possibilitar a eclosão de conflitos e descompassos entre o paciente e a dinâmica familiar.

A não implicação da família no tratamento de cunho psicossocial seria um dos motivos que levariam às buscas pela internação, sendo necessário, portanto, todo um trabalho direcionado a esse público. Teoricamente, com a corresponsabilização familiar, a busca por profissionais que emitiriam um laudo solicitando a internação seria menor e, conseqüentemente, tal demanda não chegaria à justiça. Desse modo, interessante notar que a tônica recai sobre a família e, em menor peso, sobre os operadores da saúde e da justiça, que deveriam estar mais próximos do exigido pela legislação. Lipsky (2010) resalta que os burocratas de nível de rua precisam tornar legítimos seus serviços diante dos cidadãos, desse modo, autonomia e discricionariedade são centrais em sua execução de tarefas, considerando-se a complexidade envolvida nos casos e a capacidade de tomada de decisões em tempo real.

Em contraposição às internações, a temática da Redução de Danos é apresentada pelos profissionais, ora como realidade possível, ora como de difícil implementação e é essa temática a ser abordada na seção que se segue.

5.3. Entre a redução de danos e a abstinência total: incompreensões cotidianas

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a Redução de Danos (RD) apresenta-se como estratégica no cuidado das pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. As primeiras portarias que surgiram no sentido da regulamentação do trabalho em saúde mental a partir da lógica de redução de danos foram: 1) Portaria nº 2.197/2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2) Portaria nº 1.128/2005 que 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; 3) Portaria nº 1.059/2005 que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas (CAPSad). Posterior a isso, como abordado no terceiro capítulo, surgiram outras normativas em Saúde Mental, que passaram a incorporar a estratégia da Redução de Danos como norteadora do trabalho direcionado ao uso de álcool e outras drogas.

Além dessas normativas principais e da PAIUAD, o Ministério da Saúde desenvolve duas cartilhas que orientam esse trabalho e incluem a temática da RD: 1) Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição (BRASIL, 2004d); 2) O Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD (BRASIL, 2015c). O Ministério da Saúde, além da publicação das portarias, elabora esses documentos como forma simplificada de orientar o trabalho em saúde a partir das diretrizes existentes. Esses documentos ficam disponíveis em forma impressa e *online* para que sejam acessados por gestores e trabalhadores do SUS.

Em função dessas múltiplas ferramentas norteadoras do trabalho cotidiano, apresentaremos de forma intercalada o teor normativo como contraponto à operacionalização descrita pelos burocratas, pois, quando o Ministério da Saúde elabora essas cartilhas, acaba por reconhecer, como discutido no segundo capítulo, a dificuldade de acesso às legislações e, principalmente, a fragilidade das ações em saúde no que tange a essas diretrizes. Digo isso porque a pesquisa empírica demonstrou um diminuto conhecimento por parte dos burocratas da política de Redução de Danos e, também, uma dificuldade de informação aos usuários de

como seriam operacionalizadas essas diretrizes, provocando incompreensões e entraves cotidianos. Tal questão já foi abordada anteriormente ao tratarmos da RAPS, quando os burocratas apontaram a necessidade da realização de cursos capacitação, de modo a desenvolverem ações que não estejam pautadas apenas no “aprendizado por ouvir e perceber” e sim nas políticas e diretrizes do Ministério da Saúde. A fala de Bernadete demonstra as dificuldades e incompreensões em relação à RD:

Então, acho que não entende ainda [falando sobre Redução de Danos], acho que a gente faz, isso é muito deprimente, falar que a gente não faz redução de danos aqui, mas a gente faz, muito pouco, pontualmente, alguns profissionais, alguns casos, entendeu? Eu trabalho com redução de danos e isso é muito assustador às vezes, eu lembro assim, tem episódios, [...] tem coisas, assim, que dá para escrever um livro. Tipo assim, eu to atendendo um adolescente... todo mundo já sabe: Bernadete, esse tem sua cara, já sei que é para redução de danos né... aquele adolescente, fumando maconha ou se não, aquele cara, usuário de crack, quer substituir, enfim, é... ele... eu estava atendendo o paciente aqui, usuário de maconha, tal, crack, e a gente no discurso dele e no final a gente foi combinando... então vamos ver se a gente consegue ficar assim até a próxima consulta, já que você ta falando disso, né, que você quer parar com o crack. Sem o crack né, aí se você precisar lançar mão da maconha... era uma coisa que ele tinha me trazido e aí no final a gente fechou assim. Aí ele desceu, a recepção cheia, os pais dele lá: “caraca, essa psicóloga é muito maneira, me receitou maconha”! Aí eu: “putz grila”. Tive que sentar, falei, calma aí fulano, tive que sentar e fazer um grupo ali. Entendeu? Gente, vamos falar sobre isso aqui, porque senão, sabe, ia ficar, aí os pais arregalaram os olhos, outros pacientes, vamos falar sobre isso aqui, né, o que que vocês entendem sobre isso e a gente fez um grupo de sala de espera super bacana para tentar contornar aquilo ali, né. Então assim, acho que se você perguntar a opinião, como que é a Bernadete aqui? “Ah, a Bernadete, é a mais liberal”... eles me vêem como a liberal, eles entendem Redução de Danos dessa maneira. “A Bernadete é a mais liberal, se duvidar já deve ter fumado ‘unszinhos’ aí”. Sabe? Os próprios profissionais, porque assim, existe ainda muito preconceito com a política de Redução de Danos, ninguém aqui foi especializado nisso, foi orientado sobre isso, foi... mas assim, as vezes o negócio fica tão sério, que eu tenho que dar uma sacudida: olha só, a direção é essa, o Ministério da Saúde fala isso, se você não seguir você não vai poder ficar aqui. Principalmente com o pessoal bem antigo que quer travar porque está com hálito alcoólico, sabe? (BERNADETE)

A fala de Bernadete, remete a diversos pontos essenciais para discussão: 1) o desconhecimento dos burocratas acerca da política; 2) a necessidade do que é chamado pelo Ministério da Saúde de “Educação Permanente em Saúde”; 3) o desconhecimento dos usuários do SUS em relação às políticas de Saúde vigentes no Brasil; 4) a ideia da abstinência total como única forma de tratamento aos usuários de drogas, questão que ainda permeia o imaginário social e que acarreta preconceito e estigma.

Em se tratando de um objeto multifacetado, como discutido em outros momentos da tese, a tendência é que as falas profissionais sejam muito ricas e cheias de significado, por isso, de acordo com o recorte da pesquisa, seleciono alguns temas essenciais à discussão. Nesse caso, restrinjo minha análise ao primeiro item por coadunar com o interesse da pesquisa.

A Portaria 1.059/2005 informa que

“[...] entende-se ações de redução de danos como intervenções de saúde pública que visam prevenir as conseqüências negativas do uso de álcool e outras drogas, tais como: I) ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo; II) distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas; III) elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as conseqüências negativas do uso de substâncias psicoativas; IV) ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas; V) outras medidas de apoio e orientação, com o objetivo de modificar hábitos de consumo e reforçar o auto-controle” (BRASIL, 2005b).

Embora a portaria ressalte tais ações como fundamentais em um trabalho de RD, a compreensão que se tem hoje por estudiosos e trabalhadores que militam pela causa, é a de conceito ampliado, que não se restrinja a práticas necessariamente direcionadas à redução de doenças ou agravos em saúde, ou mesmo, modificação de hábitos de consumo. Em uma das cartilhas citadas acima (BRASIL, 2015c), a RD aparece como uma estratégia que precisa ter como foco a reinserção social, ampliando o trazido pela Portaria 1.059/2005:

“São exemplos destas estratégias de RD: Ações que visem à redução dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas. Exemplo: entrega de preservativos; Ações que promovam a redução do estigma. Exemplo: promover a participação de usuários em reuniões nos conselhos municipais ou em assembleias de associações de que eles façam parte; Ações de sensibilização da comunidade local. Exemplo: divulgação e elaboração de material educativo, sensibilização e discussão com a sociedade sobre redução de danos, por meio do trabalho com as diferentes mídias. Considerando essas questões anteriormente apresentadas, a estratégia de RD é uma oportunidade de inovar, sair do lugar/ senso comum para a construção do cuidado, respeitando os usuários de drogas e apoiando seu protagonismo, valorizando os direitos humanos e construindo possibilidades baseadas na integralidade do cuidado e na intersetorialidade” (BRASIL, 2015c, pp.44-5).

A ampliação do conceito e os crescentes debates sobre o tema na área da saúde produzem, na prática, uma difusão do termo ao nível de rua, tanto pelos burocratas quanto pelos usuários dos serviços. Tal difusão pode ter duas conseqüências principais: 1) maior conhecimento em relação ao tema, possibilitando práticas concatenadas com a política; 2) um fenômeno à moda “telefone-sem-fio” que produz incompreensões e, como demonstra Bernadete, estigma e preconceito em relação a ele. O que vemos no cotidiano de ações dos agentes institucionais, é uma ambiguidade no agir, acarretado por esse alargamento conceitual. A discricionariedade, nesse caso, é evidente. Na fala de Bernadete, a RD é utilizada de modo a designar o que aparece no item V, da Portaria nº 1.059/2005: “outras medidas de apoio e orientação, com o objetivo de modificar hábitos de consumo e reforçar o auto-controle”. No entanto, na visão de Lúcia esse conceito se amplia:

Eu faço um grupo junto com a psicóloga de redução de danos, mas redução de danos não no sentido de trocar medicação ou trocar uma droga pela outra, redução de

danos na vida, o que que esse tratamento tem ajudado na redução de danos do sujeito... o que que ele tem feito fora do CAPS, no dia a dia dele. Esse é o foco do grupo que a gente faz. A maioria dos grupos que eu faço é nesse enfoque. O que que o sujeito faz fora do CAPS, né, para a própria construção da vida dele. Porque ele não vai viver a vida inteira no CAPS. O CAPS é transitório na vida dele. Esse é o sentido, que o CAPS seja transitório. Que ele mais tarde consiga caminhar sozinho e faça daqui só aquele lugar que ele vem de vez em quando. Então os grupos que eu faço são mais nesse enfoque assim (LÚCIA).

O sentido dado por Lúcia à RD, diz respeito a um trabalho voltado para a reinserção social desse sujeito, assim como demonstrado na cartilha (BRASIL, 2015c). O CAPSad seria um local transitório no cuidado a esse paciente, devendo as práticas ser desenvolvidas no sentido de dar autonomia ao usuário, de modo a possibilitar novas condutas em sua vida cotidiana fora do dispositivo.

Luz, outra burocrata entrevistada, também diz que a RD é frequentemente abordada nos grupos com os usuários. No entanto, como a temática é entendida de forma diversa entre os profissionais, a tendência é uma polissemia de significados construídos pelos próprios pacientes, como o trabalho de campo demonstrou. Segundo Luz:

Assim, os grupos eles funcionam dessa maneira, a gente fala tudo, a gente fala de doenças que eles já sabem, né, fala se pressão de novo, fala da diabetes, fala de tuberculose, estamos sempre falando alguma coisa pra eles, assim como a redução de danos é sempre muito abordada. Tanto em roda de conversa, tanto em palestra mesmo (LIZ).

Participei de grupos que abordavam direta e indiretamente a temática. Sempre existiam usuários mais articulados e interessados no debate, que interagiam com frequência e faziam perguntas. Em um desses momentos, ao falar sobre a redução de danos, um dos pacientes interpelou a burocrata: “*Vocês falam sobre redução de danos, mas eu não concordo com isso. Se eu trocar uma droga por outra eu vou continuar usando droga... entendeu?* (Fala do Usuário Thadeu conforme registro em diário de campo)”. Como na primeira fala dessa seção, quando Bernadete expõe que ela é vista pelos usuários como “*a psicóloga maneira que já deve ter fumado unzinho*”, a abordagem cotidiana desses pacientes como forma de informar sobre o tema é um desafio cotidiano, visto que há muitas incompreensões nesse sentido. Tais incompreensões não estão apenas vinculadas ao olhar dos usuários, mas também dos burocratas, como demonstra a fala a seguir:

Em três anos que eu estou aqui, eu não fiz nenhum estudo, nenhum levantamento, mas eu já percebi que, a Redução de Danos não é eficaz, meu modo de pensar. Uma percepção que não é generalizada, mas neste grupo aqui, que alguns pacientes que, é... praticamente entraram em uma abstinência total, se adaptaram mil vezes melhor ao tratamento e até mesmo à sua saída. E aqueles que entraram também com redução de danos, que aconteceu caso também de redução de danos, ah, to só no cigarro, mais nada, teve alta, foi liberado, em pouco tempo ele tava de volta, porque? Aquilo saiu, mas saiu com uma porta de entrada. Ele saiu, teve uma redução, aí entra na estatística, saiu, mas logo em seguida, o índice de retorno de paciente de abstinência

e paciente de redução, é mil vezes maior o de redução de danos. Porque já sai com uma porta de entrada. Ele não saiu 100%. Qualquer situaçãozinha que ele tenha, ele já tem uma porta de entrada (CARDOSO).

Cardoso demonstrou claramente descontentamento com a política de Redução de Danos e considera que a abstinência total ainda deve ser o único caminho a ser buscado. Segundo Machado e Boarini (2013) a implementação e compreensão da estratégia da Redução de Danos ainda se apresenta incipiente:

“Atualmente, a redução de danos depara com inúmeros desafios, que demandam uma compreensão ampliada do fenômeno das drogas no contemporâneo, a fim de formular ações diversificadas que vão além do uso de drogas injetáveis e da prevenção de doenças infecciosas, como a AIDS. [...] Sendo assim, todo o debate atual, decorrente da possível falta de clareza sobre a redução de danos, seja no âmbito acadêmico, seja na prática, indica que a superação dos entraves entre segurança e saúde só foi efetivada no plano teórico, e ainda assim, apenas parcialmente, pois, na prática, essas duas esferas continuam ambíguas. Não se pode dizer que a saúde tenha superado os entraves da segurança pública e da Justiça na questão das drogas, uma vez que as experiências ainda demonstram falta de clareza sobre os âmbitos de intervenção de cada uma dessas áreas e a contradição das concepções sobre o fenômeno das drogas entre os dois lados” (MACHADO, BOARINI, 2013, p.593)

Os achados da pesquisa de campo coadunam com os resultados encontrados pelas autoras, uma vez que a atuação dos burocratas de nível de rua demonstra que as ações continuam descompassadas, confirmando não apenas o teor ambíguo das políticas, mas também a divisão existente no próprio debate científico, como discutido pelas autoras. De acordo com a abordagem inicial do capítulo, o conteúdo difuso das políticas reforça a discricionariedade dos burocratas da linha de frente, principalmente diante das pressões cotidianas no lidar com os cidadãos. Reitero, desse modo, diante da complexidade da questão, a necessidade de um debate ampliado, que envolva os diferentes atores envolvidos no processo de implementação da política pública.

No próximo capítulo, abordo a temática da “medicalização da vida”, ora entendida, em meio às incompreensões da estratégia discutida nesse capítulo, como uma forma de Redução de Danos, já que o uso das drogas prescritas seria, teoricamente, acompanhado de uma *expertise* (ROSE, 2013) ou saber científico que respaldaria esse uso. A discussão desenvolvida, então, no sexto e, último capítulo dessa tese, também congrega um assunto que faz parte das ações cotidianas dos burocratas e que reforçam a capacidade discricionária desses profissionais. No entanto, está situada em um capítulo separado por ter uma abordagem ampla e que acaba por representar um predomínio frente às práticas dos profissionais da linha de frente. Trata-se do tema da “medicalização da vida” (ILLICH, 1975).

CAPÍTULO VI

DO CUIDADO À MEDICAMENTALIZAÇÃO: DEBATES SOBRE “*TROCAR UMA DROGA POR OUTRA*”

Uma tese de doutorado não é desenvolvida de uma assentada. O processo de construção do objeto, de elaboração do problema de pesquisa, as leituras sobre o tema, tudo isso leva o pesquisador a uma exaustão intelectual que o faz, por vezes, repensar minuto a minuto sobre o sentido das perguntas e a precisão das respostas. Fiquei alguns dias sem escrever, repensando o caminho percorrido até aqui.

Os problemas de pesquisa apresentados até agora estão, sem exceção, amparados por lacunas ou pistas deixadas por outros estudiosos da temática de saúde mental e de álcool e outras drogas. Essas pistas acabaram desenhando uma tese que se apresenta no formato de capítulos que buscam sempre responder a questionamentos específicos, orientados por perguntas por vezes lançadas, mas não respondidas por outros pesquisadores, por motivos diversos. O curioso é pensar a imbricação de tais questionamentos ao meu campo de pesquisa e a real necessidade de se responder a algumas perguntas.

Ao longo da tese busquei demonstrar as questões teórico-metodológicas que envolvem o processo de construção da investigação de um objeto multifacetado, utilizando-se do trânsito por duas áreas principais: as Ciências Sociais e a Saúde Coletiva. Procurei analisar a trajetória normativa das políticas públicas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX, buscando com o argumento demonstrar como se desenharam as políticas de saúde posteriormente implantadas no século XXI. Discuto a ideia da construção do “paradigma da Atenção Psicossocial”, como nova forma de cuidado na saúde mental, direcionando a análise ao *locus* da pesquisa, ressaltando que, como observado por outros pesquisadores (DIMENSTEIN *et al.*, 2012; MORAIS; TANAKA, 2012; MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ainda funciona de forma desarticulada, sendo a falta de diálogo entre as diversas categorias profissionais um dos pontos críticos que levam à fragmentação.

Além disso, busquei desenvolver uma discussão em torno da aplicabilidade e conhecimento das normas a partir da visão dos profissionais, sendo descrito e analisado o

cotidiano de trabalho no CAPSad III. O foco foi a operacionalização do trabalho pelos burocratas de nível de rua, o corporativismo profissional, além das externalidades presentes em todo esse processo. Após todos os apontamentos que por si só já contribuem na construção de um caminho, neste capítulo busco, não trazer uma resposta, mas sim traçar um rumo possível, acerca de um questionamento específico, que se vincula à ideia da atuação profissional como um todo. Essas, não são indagações apenas minhas, unicamente. São também, indagações feitas por Rui (2014, p. 89), ao problematizar que “o fim da contenção física teria sido substituído por um novo modelo de gestão, baseado na contenção química ou de que muitos CAPs, na prática, estão efetivamente funcionando como pequenas unidades psiquiátricas”.

A partir desse imbróglgio todo, proponho no último capítulo da tese, uma análise voltada à temática do processo de “medicalização da vida”, que tem por Ivan Illich (1975) um de seus principais precursores. Além desse autor, o debate apresentado nesse capítulo ancora-se, principalmente, na leitura dos trabalhos sociológicos de Dupuy e Karsenty (1979) e Nikolas Rose (2013).

Segundo Gaudenzi e Ortega (2012) o termo medicalização surge, ao final da década de 1960, em referência à progressiva apropriação, pela medicina, das formas de vida das pessoas. Para os autores, os estudos da medicalização têm se voltado para a investigação da interferência política da medicina no corpo social, denunciando sua crescente influência em campos não pertencentes a ela até então, gerando conflitos no que tange ao “estatuto médico, social, epistêmico ou ontológico de determinadas doenças e, portanto, da necessidade de controle e terapêutica das mesmas” (p.22). Os autores entendem que os saberes produzidos no campo biomédico têm estabelecido normas morais de conduta, que proscvem e prescrevem comportamentos. Tudo isso, acarretaria a perda de autonomia dos indivíduos, tornando-os dependentes desses saberes. Uma das vertentes da medicalização se vincula ao crescente uso dos medicamentos como forma de cura, alívio ou solução para as mais diversas questões ligadas à vida cotidiana. Esse processo tem sido intitulado “medicamentalização” (AMARANTE, 2007; ROSA; WINOGRAD, 2011; BEZERRA *et al.*, 2014; BEZERRA *et al.*, 2016).

Rosa e Winograd (2011, p.37) afirmam que vivemos hoje em uma “cultura do mal-estar subjetivo cuja contrapartida foi o surgimento de uma medicina do bem-estar”. Segundo as autoras, mais do que o tratamento de doenças mentais, o que estaria em jogo seria a melhoria das *performances* individuais, oferecendo recursos para a eliminação de prejuízos que iriam desde uma constipação intestinal até a insônia, solidão, sofrimento. A perspectiva

da medicamentação, então, enquanto fenômeno cultural, pressupõe a existência de medicamentos para questões não reconhecidas como doenças, como a tristeza, o envelhecimento, as emoções, possibilitando a sua busca pelas pessoas por essas razões (ROSA; WINOGRAD, 2011).

Alguns estudos demonstram que a medicamentação é ainda mais perceptível no campo da saúde mental (AMARANTE, 2007; ROSA; WINOGRAD, 2011; BEZERRA *et al.*, 2014; BEZERRA *et al.*, 2016), e isso se dá, principalmente, através do uso dos psicofármacos. No entanto, esse uso seria parte de uma discussão mais abrangente que envolveria biomedicina, poder e subjetividade (ROSE, 2013). Segundo Bezerra e colaboradores (2016) é observado nos serviços de saúde uma excessiva indicação de drogas psiquiátricas para questões muitas vezes relacionadas a problemas sociais e econômicos, o que reflete uma visão reducionista de todo o contexto e uma possível fragilidade na relação profissional/usuário. Vimos no terceiro capítulo desta tese, que o paradigma da “Atenção Psicossocial” se constrói a partir de uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde mental, entendendo a importância do uso de tecnologias leves, relacionais (MERHY, 2005) e da autonomia para a reorganização do trabalho. Para Borges Jr. e colaboradores (2016) um grande empecilho para a integralidade do atendimento poderia ser essa banalização das prescrições de psicotrópicos, uma vez que o foco permanece na doença e não o sujeito e toda sua singularidade. Criam-se, então, usuários tutelados aos serviços de saúde e às prescrições de psicotrópicos.

A questão parece se tornar ainda mais difícil ao envolver os serviços de saúde mental direcionados ao atendimento de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Não se trata aqui, embora essa discussão seja de grande relevância, de desenvolver um debate sobre o estatuto das drogas prescritas e não prescritas, uma vez que tal temática poderia estar concentrada em toda uma tese, devido à sua complexidade. Cito, por exemplo, o trabalho de Volcov (2017), que buscou demonstrar, em contextos privados, os sentidos do consumo de drogas ilícitas e lícitas. A autora destaca que:

“[...] a problemática do consumo de drogas envolve a excessiva medicalização e psiquiatrização de comportamentos, além de uma demasiada testagem entre os usuários de fármacos prescritos; [...]; a narrativa oriunda da comunidade científica no tratamento das drogas como um problema de saúde pública legítima o saber biomédico; o consumo do uso de drogas faz parte de um modelo e estilo de vida contemporâneos para o alívio, anestesia e recreação de nosso tempo social; a produção de categorias científicas referentes aos usuários de drogas e aos seus estilos de vida acaba por transformar esse saber-poder em mercado para comunidade científica e médico-jurídica; e, por fim, que o consumo de drogas não é um problema de saúde pública, a priori, principalmente, no que diz respeito ao uso das chamadas ilícitas, mas faz parte de um regime de moralidades. Nesse contexto, é o uso excessivo de fármacos prescritos e sua testagem em consumidores que devem ser olhados como problemas de

saúde pública, já o consumo de drogas ilícitas torna-se uma questão de saúde pública apenas na medida em que o usuário e/ou seu entorno justificam seu consumo como ‘problemático’ a partir de uma construção social em que os saberes da medicina e da justiça tratam-no como sendo” (VOLCOV, 2017, p.8).

Dados do campo aludem à importância de tal discussão, uma vez que é frequente a existência do comentário “*está trocando uma droga por outra*” por parte dos profissionais e usuários do CAPSad. Eles se referem ao uso das drogas psiquiátricas como forma de “substituição” às drogas ilícitas, sendo essa prática ora entendida como terapêutica, ora entendida como “de abuso”. Do esforço realizado para a construção dessa tese, não foram encontrados na literatura especializada trabalhos direcionados ao objetivo específico de compreender a utilização de psicotrópicos nos CAPSad, pensando essa relação entre as drogas lícitas e ilícitas. Na maior parte das pesquisas (DUARTE, 2013; MORAES, 2005), a discussão sobre a medicalização/medicamentação aparece como pano de fundo para outras questões principais ou se voltam a dispositivos de saúde mental não especializados em álcool e outras drogas.

Ao longo de toda a pesquisa, o trabalho encontrado que mais se aproxima à discussão específica sobre os medicamentos diz respeito à análise de experiências vivenciadas por usuários do CAPS geral e “ad”, do município de Maracanaú, estado do Ceará, em um grupo operativo para Gestão Autônoma da Medicação (GAM) (JORGE *et al.*, 2012). Tal grupo

“[...] constitui uma proposta participativa de discussão e reflexão sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, com a finalidade de disparar autoconhecimento e autonomia e buscar o diálogo no sentido de reduzi-los, a fim de construir experiências significativas em sua vida social e individual” (JORGE *et al.*, 2012, p.1.544).

Os estudos apontaram que a discussão sobre os medicamentos possibilita uma abordagem singular dos usuários, proporcionando melhorias no estado de saúde mental. O entendimento crítico e consciente promovido pela troca de experiências evidencia a garantia de direitos e a construção de autonomia, na medida em que são questionadas possibilidades terapêuticas e consolidadas formas de agir co-responsáveis frente ao tratamento. Segundo os autores, as experiências e discussões encorajaram o diálogo com os médicos em relação à medicação, os sintomas, chegando à proposição de redução do medicamento (JORGE *et al.*, 2012).

Diante de tais discussões, são percebidas as dificuldades e possibilidades inerentes à complexa questão do uso dos psicofármacos em saúde mental. Não se trata de anular os benefícios terapêuticos conhecidos desses medicamentos, uma vez que promoveram importantes mudanças nas intervenções terapêuticas, especialmente nos casos mais graves (BEZERRA JÚNIOR, 1987). No entanto, a crescente intervenção e “invasão farmacêutica”

(DUPUY; KARSENTY, 1979) parece não ter promovido benesses na mesma proporção de seu crescimento, além de serem óbvios seus resultados iatrogênicos (ILLICH, 1975).

No caso específico analisado nessa pesquisa, os psicofármacos aparecem como elemento central na terapêutica, tanto por demanda dos próprios usuários, quanto no processo de argumentação profissional, no sentido de informar que sem os medicamentos não é possível realizar uma prática terapêutica. No entanto, tais discursos são por vezes paradoxais: ao mesmo tempo em que se exalta a necessidade de práticas de saúde desmedicalizantes, informando que os fármacos somente são utilizados nos casos estritamente necessários, as práticas cotidianas demonstram o contrário. Essa discussão é que será objeto da seção a seguir.

6.1. Em busca da compreensão sobre os medicamentos

Como farmacêutica, logo em minha primeira visita ao local da pesquisa me interessei em saber se havia ali uma farmácia. Tive a oportunidade de conhecê-la e não me espantei em perceber que as legislações nacionais não eram, à risca, seguidas. Oliveira, Assis e Barboni (2010) em estudo sobre a Assistência Farmacêutica no Brasil ressaltam a pequena disponibilidade e descontinuidade na oferta de medicamentos essenciais no SUS, além de chamar a atenção para as condições inadequadas de armazenamento dos produtos, o que acaba por comprometer a qualidade. Há uma grande dificuldade, por motivos diversos e que não cabem nessa discussão, em se seguir as Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA, as exigências do Conselho Federal de Farmácia (CRF) e as legislações de um modo geral. Isso, obviamente, não esgota a importância da sua existência e do estímulo ao fortalecimento das ações de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (PINTO; OSORIO-DE-CASTRO, 2015; BRUNS *et al.*, 2015; LYRA JÚNIOR *et al.*, 2011).

Em consonância aos achados de Oliveira, Assis e Barboni (2010), tem-se que no espaço físico onde foi realizada a pesquisa de campo, o local destinado ao armazenamento e dispensa dos medicamentos é improvisado, não tendo sido construído especificamente para aquele fim. O local fica no segundo andar da casa onde funciona o dispositivo de saúde mental. Como já dito na apresentação do “ambiente da pesquisa”, trata-se de um imóvel amplo, mas antigo, bem localizado e com diversos cômodos que são, improvisadamente, transformados em salas de atendimentos diversos. Na porta da sala em questão, há um papel

adesivo escrito “dispensário²⁷”, designando a “dispensação de medicamentos²⁸”. No setor trabalha diariamente um profissional técnico em farmácia, além de existir, segundo informado por profissionais da unidade, uma farmacêutica que não se dedica integralmente à atividade naquele setor. Consultando o CNES, não há nenhum farmacêutico cadastrado no estabelecimento e não a encontrei em nenhum momento durante a pesquisa de campo.

Dentro do setor há, basicamente, uma mesa com um computador, um ar-condicionado e um armário de madeira onde são armazenados os medicamentos. Estes encontram-se dispostos em suas embalagens primárias²⁹ e dentro de improvisados potes plásticos, recebendo uma etiqueta com o nome da especialidade farmacêutica. Os medicamentos são dispensados para uma semana, quinze dias ou mensalmente, através da prescrição constante nos prontuários dos usuários. A equipe é quem avalia essa periodicidade. Foi-me informado que grande parte dos pacientes não faz uma administração correta dos medicamentos, ora utilizando-os demais, ora utilizando-os de menos, fazendo assim, uma espécie de “livre gestão”, não considerando as reais quantidades prescritas pelos médicos. Desse modo, a depender de seu “Projeto Terapêutico Singular” (PTS), serão levados para as residências quantidades suficientes para utilização, seja por um dia, uma semana ou quinze dias. Outro argumento apresentado é o de que esta é uma estratégia para manutenção do vínculo entre o usuário e o serviço de saúde. Segundo os burocratas entrevistados, muitos usuários procuram o CAPSad apenas para obter os medicamentos, não desejando permanecer no tratamento da forma desenhada pela equipe e definida no PTS, como demonstra a fala de um profissional:

[...] Ontem eu fiz isso umas quatro vezes... “a gente precisa de uma reavaliação sua, a gente precisa que você volte, não é a medicação que vai né, a gente precisa saber como você tá”... “não mas eu to muito bem”... “mas a gente só vai saber disso com você vindo, vamos fazer o seguinte, você volta amanhã e a gente vai conversando e aí não sei o que e aí mesmo”... ele: “ah, então eu vou... meu próximo grupo é sexta-feira, to um mês sem vim”... Então tá, vou te liberar uma medicação de quarta a sexta, sexta você vai vir, vai frequentar seu projeto... a gente tenta segurar o máximo (BERNADETE).

²⁷ “Setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente” (http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/glossario_d.htm).

²⁸ “É o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos (http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/glossario_d.htm).

²⁹ Acondicionamento que está em contato direto com o produto e que pode se constituir em recipiente, envoltório ou qualquer outra forma de proteção, removível ou não, destinado a envasar ou manter, cobrir ou empacotar matérias-primas, produtos semi-elaborados ou produtos acabados (http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/glossario_e.htm).

Diversos estudos (DAL PIZZOL *et al.*, 2006; SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013; WAGNER, 2015; AZEVEDO; ARAÚJO; FERREIRA, 2016) na área da saúde têm se dedicado a problematizar o uso considerado “abusivo”, “incorreto” ou “inadequado” de drogas psicotrópicas, colocando em pauta uma discussão sobre o papel ocupado por esses medicamentos na vida das pessoas. Tais estudos apontam para uma preocupação de Saúde Pública, que diz respeito aos efeitos danosos ou prejudiciais causados por esse uso. Outras pesquisas têm direcionado o olhar para as questões socioculturais envolvidas nesse processo, formatando um debate que envolve as ideias de modernidade e pós-modernidade, além de conferir aos medicamentos um *status* de “remédios do estilo de vida” (AZIZE, 2002, p.13), “gadgets da contemporaneidade” (BRANT; CARVALHO, 2012, p.623), “gestores de conflitos” (MENDONÇA, 2009, p.119) culminando na “medicamentação do mal-estar psíquico” (ROSA; WINOGRAD, 2011, p.37).

Interessante notar que, mesmo diante da “estratégia” dos burocratas da unidade pesquisada, no sentido de “coibir” um consumo *excessivo*, ou *errôneo*, das drogas psicotrópicas, os usuários também elaboram seu discurso de modo a obter o que desejam. Como parte de uma sociedade, como já discutido, altamente medicamentada, a centralidade do medicamento nas práticas terapêuticas acaba sendo reconhecida e enfatizada tanto por profissionais, quanto por usuários. Ouvi muitas vezes durante o trabalho de campo afirmações que diziam respeito a um consumo superior ao prescrito de determinados remédios no final de semana em função de ansiedade provocada pela ociosidade ou por ser aquele o momento que mais arremeteria ao uso de outras drogas. Os profissionais, por sua vez, retiravam-se para um momento de escuta ao paciente e decidiam o que ser feito em cada caso. Observei que em grande parte das vezes, os medicamentos eram novamente fornecidos, respaldando a ideia predominantemente aceita de que, melhor os remédios que as drogas ilícitas. Tal constructo é claramente proveniente de um discurso moral sobre o uso de drogas, legitimado pelo saber biomédico e jurídico, como constatado por Volcov (2017):

“O fato é que as possibilidades postas nas prateleiras do consumo (drogas, remédios, etc.) são legitimadas e regulamentadas por um poder-saber que se viabiliza por meio da justiça e da medicina” (VOLCOV, 2017, p. 230).

Nesse sentido, retoma-se a ideia de Nicolas Rose (2013) que incita uma reflexão direcionada às práticas biomédicas e biotecnológicas do século XXI e seu grau de envolvimento com nossa cidadania e subjetividade. O autor chama a atenção para uma *expertise somática* (p.19), que faz crescer novos meios de governo à vida humana através do surgimento de variadas subprofissões que denotam *expertise* e acabam por exercer seu poder

em variadas esferas de nossa existência somática. No caso do CAPSad, as diversas categorias profissionais, ou subprofissões, a partir da ideia de Rose (2013), respaldam, confirmam e legitimam a autoridade médica com uma autoridade própria, realizável a partir de suas *expertises*. Ou seja, mesmo que tais profissionais, em função de seu ato profissional, não possam realizar prescrições, o controle da chegada do medicamento aos pacientes passa por eles. Speroni (2016, p.360) explica, a partir da visão de Rose (2013):

“A instauração desses novos regimes éticos sustenta-se em uma *expertise*, que deve ser compartilhada "por todos". Surgem subprofissões que exigem uma "expertise somática", assim como um diálogo permanente com agentes de negociação e legitimação do conhecimento. Neste contexto, é possível encontrar formas de autoridade, que vão além dos "peritos somáticos" tradicionalmente envolvidos – profissionais da biomedicina, enfermeiras, biólogos, entre outros agentes cujas intervenções na vida das pessoas ampliam-se largamente. Entram em cena múltiplos atores, desde terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, peritos em promoção da saúde, até geneticistas que trabalham em parceria com grupos de pacientes e de famílias, especialistas em medicina reprodutiva e terapeutas de células-tronco, cujas pesquisas consistem em foco de peregrinações, na esperança de cura para muitas doenças. Formam-se, assim, laços inovadores entre verdade e capitalização. A vitalidade é decomposta em uma série de objetos imbuídos de valor, tornando a vida maleável a novas relações econômicas. Os novos "peritos da vida em si mesma" estão enredados em um novo campo econômico – a bioeconomia – e uma nova forma de capital – o biocapital” (SPERONI, 2016, p.360).

Pensar a ideia da bioeconomia e biocapital (ROSE, 2013) possibilita o retorno às discussões de Ivan Illich (1975) e Dupuy e Karsenty (1979). Ivan Illich chama atenção para o surgimento de uma medicina institucionalizada causadora de prejuízos à vida das pessoas, por retirar a autonomia e torná-las dependentes da sofisticação de uma instituição industrial. A “empresa médica”, em seus termos, construída a partir da industrialização, constituiria uma ameaça à saúde, por tornar as pessoas dependentes e desejosas do aparato biomédico. No entanto, essa seria apenas uma das vertentes de um fenômeno mais abrangente e geral: “a paralisia da produção dos valores referentes ao uso por parte do homem e resultante do congestionamento de mercadorias produzidas para ele” (ILLICH, 1975, p.5). A profissionalização e burocratização da instituição médica seriam resultados imediatos da medicalização da vida, esta ocasionada pela industrialização, como ressaltam Gaudenzi e Ortega (2012).

Illich enfatiza que em uma sociedade mórbida, se prefere a má saúde diagnosticada e definida que qualquer outro modo de etiquetagem negativa, como ser considerado um criminoso ou preguiçoso, por exemplo. Segundo ele, cada dia mais as pessoas, embora saibam, de forma subconsciente, que estão fatigadas em função de seu trabalho e passivo lazer, desejam ser enganadas através de um diagnóstico médico que irá isentá-las de toda a responsabilidade política e social. O médico surge como uma figura de lei, capaz de absolver

os pacientes de seus deveres normais, criando um mito de que o último é vítima de mecanismos biológicos e não um “preguiçoso” que não domina os instrumentos de produção. A vida social se resumiria aos tratamentos médicos, onde “reivindicar tratamento se transforma num dever político e o atestado médico, num meio poderoso de controle social” (ILLICH, 1975, p.60).

A bioeconomia e biocapital visualizados por Rose (2013) no século XXI, foram observados anteriormente por Illich (1975) através de um desenvolvimento do setor terapêutico da economia. Um número maior de pessoas a cada dia passa a receber o título da anormalidade em relação a alguma norma desejável, podendo ser submetidas a tratamentos que irão garantir a ela um reajuste aos padrões estabelecidos ou a se reunir a outras pessoas em locais especializados para a sua anormalidade. Tudo isso, para o autor, ocorrendo dentro da lógica da industrialização, onde todo mundo torna-se paciente, sendo o trabalho assalariado uma forma terapêutica. Os exames, a educação sanitária para a vida, os cuidados oferecidos pelo serviço médico, tornam-se parte da rotina da fábrica e do escritório.

As práticas terapêuticas se apoderaram, então, para Illich (1975), das relações produtivas, sendo que a “medicalização da vida”, nesse sentido, seria apenas um dos aspectos do que o autor considera ser uma dominação destrutiva que o desenvolvimento industrial exerce sobre a sociedade e um exemplo das frustrações criadas pela superprodução, sendo necessário percebê-la em seu contexto sócio-econômico geral.

Inspirado nas ideias de Dupuy e Karsenty (1974/1979), Illich voltava a sua crítica também, à invasão farmacêutica, como parte do processo de medicalização. Como fruto de uma pesquisa desenvolvida na França entre 1970 e 1971 e publicada em 1974, Jean-Pierre Dupuy e Serge Karsenty, contribuem para se repensar esse crescimento do mercado farmacêutico, inserido em um contexto de produção altamente lucrativo e competitivo.

Além disso, possibilitam a reflexão da influência dessa indústria sobre a prática e saber médico. Em uma sequência de capítulos que se voltam à análise da prática médica frente às técnicas do mundo farmacêutico, os autores demonstram que esses profissionais são seus principais clientes, não hesitando em afirmar que seus produtos são vendidos a eles. Seriam os profissionais prescritores os principais responsáveis pelo êxito ou insucesso das formulações, o que significa que a adoção de novas terapêuticas exija um trabalho de convencimento direcionado a eles.

A crítica de Dupuy e Karsenty (1979) não encontra-se descolada das ideias de Ivan Illich sobre a “medicalização da vida” e, embora a influência dos laboratórios/indústria farmacêutica sobre as prescrições médicas, por sua complexidade, não sejam objeto desta tese

destaco a relevância desse ponto no desenvolvimento da temática da medicalização, chamando a atenção, sobretudo, para a obra de Marcia Angell (2007) que versa sobre os conflitos de interesse que permeiam a questão.

Retomando a discussão desenvolvida nessa tese, durante o trabalho de campo e as entrevistas com os burocratas de nível de rua que atuam na unidade, muitas queixas surgiram em relação à carência de alguns medicamentos em estoque e ausência de especialidades farmacêuticas “inovadoras” para o tratamento dos usuários. Essas queixas se davam em dois sentidos: 1) em relação à má gestão dos recursos públicos, ocasionando uma constante falta de formulações consideradas essenciais; e 2) no não incremento de psicotrópicos mais modernos e concebidos de maior eficácia no tratamento. Tal questão pode ser observada na fala de Afonso:

Ah, você tá trocando a droga por um medicamento, trocando a droga por um remédio... às vezes sim. Só que esse remédio tem limite de tempo, tem acompanhamento, você vai usar durante um período, você não vai ficar o resto da vida usando aquele remédio. Talvez tenha que ficar se ele tiver um distúrbio psiquiátrico associado, mas geralmente a troca de uma droga pela outra é para você tirar períodos de abstinência primeiro, depois o que a gente chama de fissura que é o craving, você não ter vontade de usar. Alguns remédios hoje atuam nisso. E por último você ter a droga disponível, que a gente não tem as drogas boas, de estudos clínicos melhores... tudo a gente não tem. Porque são drogas relativamente caras e o SUS não... o Sistema Único de Saúde não dispõe elas a tratamento. Então a gente fica usando medicamentos mais antigos, que tem sua certa eficácia, mas que não são tão bons quanto os medicamentos mais novos que poderiam ter aqui e não tem e mesmo os mais antigos nós não estamos tendo. Tá em falta. Mais de um ano que está em falta. Falta remédio, medicamentos simples como haloperidol, barato, muito barato e eu to aqui já há quatro semanas sem esse remédio. Diazepam, de vez em quando falta diazepam. Nenhum antidepressivo eu tenho hoje para oferecer a eles, nenhum, nenhum de recaptção de serotonina, nenhum dos tricíclicos, que são mais antigos, que são bem baratos também, baratos, baratos com relação a outros né, de diferença de preço. Não tenho antipsicóticos como levomepromazina que apesar de mais antigo não tem, não tenho haloperidol, muito menos vou ter risperidona, olanzapina, que são medicamentos que utilizam hoje com maior segurança... risperidona, olanzapina, quetiapina somente através de processo (AFONSO).

A fala de Afonso congrega uma multiplicidade de temas que, por si só, possibilitariam a construção de outras abordagens e discussões, como: 1) a substituição de uma droga ilícita por uma droga lícita, prescrita; 2) a incorporação de tecnologias ao SUS, através dos novos insumos, medicamentos e equipamentos que surgem a cada dia; 3) a judicialização da saúde; 4) a substituição das drogas ilícitas por drogas prescritas como estratégia de redução de danos. Enfim, embora se reconheça a importância de discussões aprofundadas sobre todas as temáticas, a ideia, por hora, é apresentar um debate direcionado ao uso, em si, das drogas psiquiátricas no cuidado aos usuários do CAPSad, englobando a temática da medicalização. Então, retorno a Dupuy e Karsenty para problematizar a crescente incorporação de formulações farmacêuticas à prática clínica. Segundo os autores:

“Se o médico aceita esta substituição de um saber farmacêutico por um saber médico, é porque a insatisfação que pode lhe causar a ausência de um diagnóstico verdadeiramente etiológico é compensada pelo aperfeiçoamento cada vez maior dos efeitos esperados dos medicamentos, que lhe permite enfrentar todas as situações. O médico se encontra cada vez mais, portanto, nesta situação, onde sua nosografia se confunde com as indicações de produtos e onde sua definição de um medicamento eficaz é a de um medicamento que satisfaz o paciente. Vimos que é nesta situação que o médico se mostra mais sensível às recriminações de seus pacientes, que tomam o medicamento como objeto de seu descontentamento. É nesta situação que a usura psicológica se revela mais intensa. Podemos ainda afirmar que a política de diferenciação dos produtos é indiretamente geradora da usura psicológica e, em virtude disso, encoraja ainda mais a rápida renovação da farmacopéia. O que não quer dizer que não subsistam na memória do médico certos casos ou subestruturas possuidoras de uma certa estabilidade, ilhotas duráveis no meio de uma corrente rápida – “seu antibiótico”, “seu antitussígeno” – e cuja função é significar ao próprio médico não ser ele um “aventureiro da prescrição” (DUPUY; KARSENTY, 1979, p.177).

A evolução das formulações farmacêuticas, como colocado pelos autores, parece ir em direção contrária à relação de cuidado estabelecida entre médicos e pacientes: quanto maior o número de especialidades farmacêuticas, mais distantes os profissionais se tornam das reais causas do adoecimento e de seu tratamento. Como colocado por Illich: “é também um sintoma da invasão do modesto saber médico tradicional por um pseudo-saber farmacêutico” (ILLICH, 1975, p.38). Isso parece ser ainda mais evidente no âmbito da psiquiatria, pois, como demonstra Volcov (2017), as drogas vão sendo testadas ao longo do tratamento para se verificar a que melhor se adéqua a determinado paciente. Como enfatizado pela autora: “as tentativas de erro e acerto no uso de medicamentos parecem ser uma prática usual no meio psiquiátrico” (VOLCOV, 2017, p.59). Tal discussão se torna ainda mais emblemática ao considerarmos o uso dos medicamentos psiquiátricos juntamente com outras drogas, como o álcool ou outras substâncias ilícitas. A esse respeito Afonso disserta:

[...] o DSM, que é a bíblia nossa, que fala de todas as doenças psiquiátricas, lá no final tem: afastar o uso de substâncias psicoativas ou outras doenças. Então eu só posso dizer que um paciente é esquizofrênico se ele estiver um mês sem usar droga. Mesmo achando que ele é esquizofrênico. Por exemplo, o bipolar, ou a mania, pode ser tudo causado pelo uso de álcool e droga. Mas, eu sei que se ele está na mania, ta grave na mania, mesmo com o uso de álcool e drogas, eu posso usar o medicamento para dar uma diminuída nesse processo, tentar tratar isso de uma forma mais rápida do que esperar um mês para ele estar sem droga, então a mania a gente pode tratar. Então a gente faz a experiência clínica de cada um, de cada médico. Um pouquinho diferente do que ta... o Guideline ele funciona para te orientar e não pra te deixar morto. Então a gente usa a experiência nossa para tratar um paciente com um medicamento ou não (AFONSO).

O DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), citado por Afonso, foi publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) pela primeira vez em 1952, com o objetivo de ser utilizado como instrumento científico para elaboração de diagnósticos psiquiátricos. Segundo Resende, Pontes e Calazans (2015) a ideia era ultrapassar as diferentes

teorias existentes no âmbito da psicopatologia, unificando, no campo do sofrimento psíquico, os sistemas diagnósticos.

A última revisão desse manual foi publicada no dia 18 de maio de 2013 e ficou conhecida como DSM-V (APA, 2013). Essa versão, de acordo com Caponi (2014), recebeu críticas de pesquisadores de diversas áreas, inclusive do próprio campo psiquiátrico. Segundo a autora, as críticas foram direcionadas, principalmente às fragilidades epistemológicas existentes no manual, que se limita a trazer uma lista de sintomas pouco claros para um número cada vez maior de patologias mentais, como problematizado adiante. No Brasil, a argumentação crítica parte da ideia do caráter reducionista e medicalizante adotado pelo documento (CAPONI, 2014).

Freitas e Amarante (2015) apresentam e discutem todo o processo de desenvolvimento do DSM enquanto uma “falsa narrativa” desenvolvida pela psiquiatria americana no intuito de possibilitar a venda de medicamentos psiquiátricos. Sob a crença de que ansiedade, depressão e outros transtornos psiquiátricos seriam causados por desequilíbrios químicos cerebrais, estaria posta a ideia de que tais doenças cerebrais poderiam ser tratadas através dos psicotrópicos. Segundo os autores, a partir do manual os diagnósticos são elaborados de forma arbitrária com sintomas mal definidos e não embasados cientificamente.

Caponi (2014) ressalta que há uma multiplicação de diagnósticos psiquiátricos em função dos sintomas clínicos ambíguos, o que resulta em uma redefinição de comportamentos e condutas como sendo problemas médicos. As condutas socialmente indesejáveis passam a ser classificadas como anormais, possibilitando o processo de medicalização, que ocorre também em função das instáveis e difusas fronteiras entre o normal e o patológico no campo da saúde mental. Diante de um agrupamento de sintomas, as histórias de vida, causas sociais e narrativas dos pacientes passariam a ser desconsiderados na definição das patologias psiquiátricas.

Na da fala de Afonso, transcrita anteriormente, o caráter difuso e impreciso das decisões psiquiátricas se faz presente, uma vez que, mesmo diante da considerada “bíblia da psiquiatria” e das *guidelines*, é a prática cotidiana discricionária que levará a uma tomada de decisões que envolverá ou não uma prescrição medicamentosa. Essa ideia é interessante, por levar a uma afirmação de Foucault (2006) quando o autor problematiza o fracasso da tentativa de inscrever a loucura no campo da neurologia ou fisiopatologia. Segundo ele, fugindo o corpo neurológico e anatomopatológico da psiquiatria, o saber psiquiátrico fica limitado aos seguintes instrumentos de poder: “o interrogatório e a confissão; o magnetismo e a hipnose; a droga” (FOUCAULT, 2006, p.299). Desse modo, na grande maioria dos casos o medicamento

acaba por ocupar um papel central na terapêutica, sendo os usuários dos CAPS potenciais consumidores das drogas psicotrópicas, o que denota, de fato, uma relação estratégica de poder e disciplina, como demonstra a fala de Bernadete:

Se você for pegar os prontuários aqui, eu acho que 95% usam medicação, né? E aí eu acho que também a gente tem uma inversão totalmente, que o cara vem com a demanda já de medicação, né, se eu to dependente daquela droga ali o que vai me salvar é o remédio. O que vai me tirar essa fissura é o remédio (BERNADETE).

A busca pelos medicamentos a partir dos próprios pacientes se inscreve na ideia dos corpos úteis, dóceis e disciplinados (FOUCAULT, 2009a, 2009b, 2010), que correspondem às exigências de controle e se inscrevem na lógica produtiva. Assim, através de uma relação de poder, busca-se, dentro de um padrão de normalidade/anormalidade incitar a manutenção de corpos obedientes, saudáveis e aptos ao trabalho e a disciplina. Segundo Galindo, Lemos e Rodrigues (2014):

“Os medicamentos agem conformando modos de ser e instaurando certa sensação de normalidade medicalizada, na qual a expressão do sofrimento (de qualquer origem e forma) não se torna objeto de reflexão ou busca de construção de outras formas de ser, mas de um “bloqueio químico” das emoções [...]” (GALINDO; LEMOS; RODRIGUES, 2014, pp.101-02)

Nota-se, também, que os medicamentos são utilizados como forma de suprimir alguns sintomas imediatos, do cotidiano das pessoas, que são, na realidade, oriundos de questões psicossociais maiores, como desemprego, conflitos familiares e urbanos, a pausa ou retorno ao uso de drogas ilícitas. Mas, que ao fim e ao cabo, desembocam na medicalização da vida das pessoas.

Tais questões podem ser percebidas nas duas últimas falas, proferidas pelos profissionais que atuam no CAPSad, em que o medicamento foi citado como importante para “tirar o sujeito da *fissura* e da *mania*”. Ou seja, o que se estabelece é uma supressão de sintomas a partir do uso dos psicotrópicos e não o tratamento das reais causas que o levaram àqueles sintomas. Portanto, segundo Caponi (2014, p.759), “como muitos profissionais de saúde relatam frequentemente, é negado a eles, pelo pouco tempo que dispõem para realizar as consultas, a possibilidade de escutar as narrativas de vida de seus pacientes”. Deste modo, favoreceria práticas restritas ao tratamento dos sintomas, reforçando a lógica do DSM:

“Retomamos a afirmação de que a utilidade diagnóstica do DSM seria intervir em cada episódio de aparecimento do sintoma. A perspectiva de basear a prática clínica pela eficácia leva a hipervalorização da chamada “Medicina Baseada em Evidências” (MBE). A noção de eficácia na MBE está associada ao tratamento em condições de mundo ideal, ou seja, a supressão dos sintomas” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, pp.621-22).

O medicamento aparece, então, como recurso terapêutico, primeiro no tratamento desses sintomas, ficando em segundo plano o conhecimento da história de vida e a

valorização do contexto mais amplo de surgimento daqueles sinais. Segundo Resende, Pontes e Calazans (2015) conjuntamente a uma epidemia de diagnósticos de transtornos mentais há um crescimento na prescrição de psicofármacos, podendo indicar uma relação entre a ideia de cura e supressão de sintomas e entre psiquiatria e farmacologia. Ainda no sentido da supressão dos sintomas, Bernadete comenta que,

E assim, o tempo todo assim, agora falando bem pessoalmente, eu tento desmedicalizar essa demanda, quando chega né, assim, eu entendo que pode ser importante o uso da medicação, sim, principalmente pra diminuir os efeitos da abstinência, sabe, “quando eu paro de usar drogas eu fico muito agressivo, eu fico muito... eu não durmo”. Então entrar pontualmente nesse momento para ele conseguir manter aquela abstinência, então assim, pontualmente eu acho importante nessa coisa da abstinência, quando..., em todo esse desconforto da abstinência, eu acho para minimizar esses efeitos e até para conseguir, se essa é a meta dele, ficar sem usar. Então eu acho importante, mas assim, casos pontuais (BERNADETE).

Essa mesma burocrata destaca a importância do uso de medicamentos em situações específicas, que estão ligadas, principalmente, ao alívio de sintomas imediatos de cessação de uso de alguma outra droga como agressividade e insônia. No entanto, ressalta a importância de ser essa uma prática pontual, para alguns casos, favorecendo a *desmedicalização*. Mas o que pode ser visto, nesse contexto, é o que a mesma indica em trecho acima: a maior parte dos pacientes fazem uso dos psicotrópicos. Embora não exista e não se tenha feito uma análise quantitativa nesse sentido, para a tese, as observações de campo denotam, que, de fato, esse número é real. Para Ferrazza, Rocha e Luzio (2013), a intervenção psiquiátrica se autoriza a promover uma intervenção sobre aquilo que é considerado sintoma de uma doença, usando como forma de tratamento os psicofármacos. O medicamento seria utilizado, então, para tratar um “mal-estar indevidamente denominado como sintoma” (p.259), negligenciando qualquer outra reflexão possível daquele que apresenta sofrimento psíquico.

Segundo Vargas (2001) é curioso o fato de a terapia com “drogas” tenha aumentado justamente no que se refere ao controle dos sintomas e eliminação da “dor”, experiência circunscrita em complexidade e carregada de sentidos subjetivos. Zanello, Romero e Fonseca (2011) ressaltam que há uma tendência dentro da Psiquiatria Biológica, de se pensar a loucura como doença mental, ou seja, algo que ocorre apenas no cérebro do indivíduo. O discurso do sujeito passa a ser desvalorizado, priorizando-se somente os sinais e sintomas. O medicamento seria, dessa forma, uma possibilidade quase exclusiva e privilegiada de tratamento. Retornando à empiria, necessário ressaltar, no entanto, que os demais membros da equipe, (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, endossam o discurso da necessidade e importância dos psicotrópicos no cuidado ao usuário e, embora ponderem a *desmedicalização*, em situações adversas, como *recaídas, crises, conflitos*, lançam sempre mão de uma pergunta

ouvida diversas vezes no campo: “você está tomando seu remédio?”. Essa frase remete a uma relação de causalidade inquietante, ao pensarmos que se trata de um serviço de abordagem psicossocial, pois, como afirmam Zanello, Romero e Fonseca (2011):

“Em um momento no qual a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização encontra-se tão em voga, faz-se premente sublinhar a necessidade de ascender aos níveis intersubjetivo e cultural, nos quais o paciente se encontra, e não somente diagnosticar e dar remédio. Para tanto, deve haver, também, uma visão mais pluralista do que é a loucura, do que é a vida subjetiva do sujeito e do que é o tratamento” (ZANELLO; ROMERO; FONSECA, 2011, p.637).

Um dos pressupostos da atenção psicossocial, como abordado em capítulo anterior, seria o trabalho em equipe e a visão desses múltiplos atores no cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. No entanto, o que se observa é um caráter biomédico hegemônico, com predomínio da valorização da terapia medicamentosa em detrimento das demais. Os dados de campo demonstram que há uma relação de complementariedade, mas nesse caso, não são os medicamentos que complementam as demais estratégias terapêuticas utilizadas e sim o contrário, ou seja, as demais terapias são um complemento ao essencial: o uso de medicamentos.

Eu acho, penso, que nem tudo é medicação, mas na dependência química é necessária a medicação, mas depois tem que fazer esse desmame dessa medicação, né?! Porque quando o paciente já está em abstinência, já ta conseguindo controlar o impulso pra droga, essa compulsão, a gente já pode começar ir desmamando, né... vai desmamando... mesmo porque eles questionam muito: “Eu saio de uma droga para entrar em outra?” A gente dá é um olhar, eu dou sempre um olhar diferente. Não é sair de uma droga para entrar em outra. O remédio não vai te deixar dependente, só vai te deixar dependente se você começar a tomar por sua conta. Mas como você é monitorado pelo médico, acompanhado pelo médico, ele não vai deixar você dependente porque daqui a pouco o médico vai estar desmamando a medicação. Ah, não quero tomar o remédio porque vai me deixar brocha, mas é necessário, melhor você ficar brocha por um período do que a vida toda. Entendeu? Porque o álcool vai fazer, ou a cocaína, daqui a pouco vai fazer com que você perca seus estímulos, entendeu? Então eu acho importante a medicação. Mas desde que tenhamos um trabalho de equipe. Quando o médico dá em excesso eu questiono (MÁRCIA).

Embora a premissa “trocar uma droga por outra” surja com frequência no discurso dos burocratas entrevistados, a fala vem sempre seguida do contra-argumento de que, embora exista sim a troca, o uso dos medicamentos será acompanhado por um profissional, que indicará uma dose, o período correto de consumo e a hora de suspender esse uso. Isso quer dizer que a utilização das drogas prescritas passa pelo poder biomédico (VOLCOV, 2017) o que acaba por legitimar esse uso e torná-lo mais “aceitável” que o de outras drogas. A fala anterior denota a ideia de que embora as drogas lícitas e ilícitas possam causar um efeito adverso comum, qual seja, a disfunção erétil, o uso das substâncias prescritas é apresentado como aceitável por possibilitar um controle por parte dos burocratas, enquanto as drogas ilícitas não. Essa perspectiva de controle se inscreve na lógica da biopolítica e adestramento

dos corpos de Foucault, para ele: “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (1982, p.135). A utilização das drogas prescritas, então, é legitimada pela perspectiva científica, através da “administração dos corpos” e “gestão calculista da vida” (FOUCAULT, 1982, p.131).

A análise de Vargas (2001) ampara tal discussão. Segundo o autor:

“[...] se a tônica das políticas contemporâneas em torno das “drogas” (no sentido restrito do termo) é dada pela criminalização de seu emprego (produção, tráfico e consumo), é preciso não desprezar as implicações do vínculo entre as políticas a respeito das “drogas” e os saberes e as práticas biomédicas. Isso porque foram precisamente tais saberes e práticas aqueles historicamente investidos, entre nós, na posição de principais instrumentos de legitimação da partilha moral entre as substâncias de uso “lícito” e as de uso “ilícito” (ou entre usos “lícitos” e “ilícitos” das mesmas substâncias). E os saberes e as práticas biomédicas foram historicamente investidos nessa posição por favorecerem, para a sociedade em geral com a força de autoridade científica que nos acostumamos a emprestar-lhe, os critérios para tal partilha. Mas se tal partilha é instrumentalizada em termos médico-jurídicos, ela é, antes de mais nada, fundamentada em termos morais, posto que está alicerçada sobre certos juízos de valor a propósito do que, entre nós, temos acreditado que deva ser a “vida humana”, juízos esses que convém explicitar” (VARGAS, 2011, p.205).

O autor nos leva à reflexão sobre o poder investido à biomedicina, enquanto representante do discurso científico, o que acaba por respaldar suas práticas. Na fala de outro profissional entrevistado, Evandro, há um destaque para a necessidade de se alcançar um “equilíbrio” para que a droga lícita, prescrita, não se torne também alvo de um uso considerado “abusivo” ou “inadequado”. Nesse ponto, o questiono: “e você acha que esse equilíbrio ele é alcançado?”. E recebo como resposta que “na maioria das vezes não”.

Eu observo que há necessidade, num primeiro momento, dessa medicação, isso é de suma importância para... porque o paciente quando ele vem em um primeiro momento, quando ele ta em uso compulsivo, ou está... nesse processo da dependência, nesse uso, ele ta iniciando o tratamento, eu vejo a necessidade da medicação para a retirar essa ansiedade, porque o paciente estando em abstinência ele vai ficar muito ansioso, vai ficar muito agitado, vai ter insônia, então, assim, nesse primeiro momento eu vejo a necessidade dessa medicação. Mas isso também tem que ser equilibrado. Não adianta também, ah, vou super dosar e dopar o paciente, não, então tudo tem que ter esse controle e uma avaliação. O paciente, ah, ele consultou, como é que eu to lidando com esse paciente, quando é que será minha próxima avaliação, daqui a 15 dias né, porque tomou a medicação, como que eu estou? Isso aí tem um processo para você ir retirando, né, essas medicações também. E ouvir o paciente, para tentar diminuir isso aí. Mas a gente observa que acaba né, paciente ficando com essas medicações um longo período, porque acaba né... se tornando né, troca uma dependência por outra. Falta esse equilíbrio né, da gente conseguir chegar nesse equilíbrio aí (EVANDRO).

Já em vias de conclusão desse capítulo, diante do exposto por Evandro, retomo a discussão sobre a necessidade imediata de supressão de sintomas – *agitação, ansiedade, nervosismo, insônia* – na visão dos burocratas, como algo que justifique a utilização de medicamentos. Ou seja, o que se busca, na realidade, é um comportamento que se adéque a uma perspectiva de normalidade construída e aceita socialmente. Ferrazza, Rocha e Luzio

(2013, p.256), em pesquisa sobre a prescrição de psicotrópicos no atendimento psiquiátrico de um serviço público de saúde mental, demonstram que entre os sintomas constantes nos prontuários dos usuários do serviço os que mais aparecem são: "ansiedade" (69%), "angústia" (63%), "nervosismo" (62%) e "irritabilidade" (55%). O estudo não foi realizado em um dispositivo específico de álcool e drogas e sim em um ambulatório de saúde mental, que atende demandas diversas. No entanto, os sintomas com maior frequência relatados coadunam com os apresentados pelos profissionais entrevistados nessa pesquisa, frente às situações de abstinência.

Lanço mão da problematização feita por Birman (2014) no sentido de se pensar as relações causais entre o aumento da utilização de psicotrópicos e crescimento dos transtornos psiquiátricos. Seria o crescimento do consumo de medicamentos causado por um aumento dos transtornos psiquiátricos, ou tal processo estaria ligado à “psiquiatrização da vida”? Para o autor: “é este o horizonte da psiquiatria hoje, que psiquiatriza os indivíduos normais para torná-los performáticos, para enfrentar então os desafios colocados pela sociedade de risco da atualidade” (BIRMAN, 2014, p.36). No estudo de Ferrazza, Rocha e Luzio (2013), os dados demonstraram que oito em cada dez usuários atendimentos pela psiquiatria não obtiveram uma determinação diagnóstica, no entanto, todos receberam uma prescrição psicotrópica. Sobre essa questão Dunker (2015) considera que:

“São cada vez maiores os efeitos de consumo que definem em retrospecto o diagnóstico necessário. Os chamados “ajustes de medicação” oscilam até que a medicação que se mostre eficaz determine, retrospectivamente, o diagnóstico que a justifica. Por outro lado, não se podem desconhecer os reais efeitos de modulação da experiência subjetiva induzidos pelas substâncias farmacológicas. São também zonas “artificiais” de contenção, de excitação, de anestesia e de separação que funcionam como muros de proteção contra o mal-estar e zonas de exceção contra o sofrimento” (DUNKER, 2015, p.28)

A argumentação de Dunker (2015) possibilita o retorno às indagações feitas por Rui (2014) no sentido de se pensar o novo modelo de gestão nos CAPS, baseado nas contenções químicas, transformando esses dispositivos em pequenas unidades psiquiátricas. O primeiro autor apresenta um cenário que coaduna com os achados da pesquisa de campo ora apresentada:

“Crescimento generalizado da medicalização e das intervenções farmacológicas no âmbito da saúde mental [...]. A política de saúde mental brasileira pós-reforma psiquiátrica tem privilegiado cada vez mais a substituição das práticas clínicas baseadas na palavra em favor da administração massiva de medicação” (DUNKER, 2015, p.28)

O autor chama a atenção para uma nova forma de gestão do mal-estar que se centra na produção de espaços de anomia e exclusão, não valorizando a escuta qualificada, o vínculo, a

responsabilização, que são pilares para a integralidade do cuidado e estabelecimento de ações biopsicossociais.

Em participação na cerimônia de celebração da Reforma Psiquiátrica na Câmara dos Deputados em maio de 2017, o professor Paulo Amarante³⁰, lembrando que Organização Mundial de Saúde (OMS) dedicou o dia mundial da saúde de 2017, ao tema da depressão, diz que: “o uso indiscriminado de antidepressivos é um problema maior de saúde pública do que a própria depressão, porque está criando dependência química”³¹. A fala do professor é bastante cara por possibilitar uma problematização pertinente, também, a essa pesquisa: com o respaldo de um saber científico, como forma de “tratamento” à considerada “dependência química” ou “uso prejudicial de álcool e drogas”, apoia-se o largo consumo de medicamentos que também causam dependência.

Em consonância aos resultados dessa pesquisa, retorno ao argumento de Volcov (2017), ao ressaltar que:

“[...] é o uso excessivo de fármacos prescritos e sua testagem em consumidores que devem ser olhados como problemas de saúde pública, já o consumo de drogas ilícitas torna-se uma questão de saúde pública apenas na medida em que o usuário e/ou seu entorno justificam seu consumo como ‘problemático’ a partir de uma construção social em que os saberes da medicina e da justiça tratam-no como sendo” (VOLCOV, 2017. p.8).

Os achados da pesquisa demonstram que as condutas profissionais estão fortemente centradas na utilização de medicamentos psicotrópicos, relegando o uso das tecnologias leves a um plano de cuidado complementar e não principal. É possível constatar que formas de cuidado medicalizantes, dentro da lógica manicomial, persistem. Almeida (2015), em pesquisa que avaliou o processo de implementação da Política Antimanicomial pelos governos subnacionais, demonstrou que o modelo de atenção à saúde mental engendrado pós-reforma psiquiátrica não pode ser considerado majoritário, vigorando, ainda, um modelo manicomial.

Por fim, e diante dos resultados e discussão apresentada, importante ressaltar que não se busca produzir generalizações em torno da execução da política de saúde mental vigente, em função, inclusive, do escopo metodológico da investigação, que não possui tal alcance. Busca-se, ao contrário, contribuir para o aperfeiçoamento de tal política, produzindo reflexões que embasem novas formas de cuidado que coadunem com a perspectiva antimanicomial. Os argumentos construídos pelos burocratas de nível de rua apontam para uma incômoda e

³⁰ Psiquiatra, professor e pesquisador da FIOCRUZ, um dos pioneiros da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

³¹ A matéria completa pode ser lida em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/534778-REFORMA-PSIQUIATRICA-ESTA-AMEACADA,-DIZEM-PARTICIPANTES-DE-HOMENAGEM.html>

crecente medicamentação e, também, para um contínuo processo de reimplementação da política de saúde mental, face a capacidade discricionária que possuem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica é um processo social e político complexo, justamente por participarem, múltiplos atores e instituições, incidindo em territórios diversos, a nível federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2005). Foi aprovada, há mais de 15 anos, a Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trata sobre a reorientação do modelo assistencial e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, sendo, segundo Macedo e colaboradores (2017), visível seu potencial de induzir transformações e evoluções no cenário assistencial do país. As políticas públicas direcionadas à problemática do uso de álcool e outras drogas se insere nesse contexto quando, em 2001, a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde decide prevenir, tratar e reabilitar esses usuários, como estabelecido na Conferência (SANTOS, YASUI, 2016). Em meio a uma intrincada trajetória normativa, os CAPSad, tornam-se, no âmbito da saúde mental, os locais de referência para o cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Percebe-se que os debates no ambiente científico recente se organizam sob dois nexos: o da proibição e repressão, à contenda da segurança pública e o da redução e danos e cuidado no território, a partir da saúde mental. Pragmaticamente, parece ainda não ter ocorrido uma completa fusão entre os dois tipos de políticas públicas nos termos da temática do uso de álcool e outras drogas. Importante ressaltar a elevada influência da Psiquiatria na conservação das ideias repressivas da justiça e da patologização do uso de drogas. As pistas encontradas pelo sobrevôo às normas permitem analisar como as políticas desenvolvidas no século XXI, no âmbito da saúde mental, seguem caminhos históricos, que se iniciaram nos primeiros anos do século XX.

Diante de toda essa complexidade e de uma transição, considerada, a partir dos dados de campo e da pesquisa documental, ainda que incompleta, por envolver também profissionais de saúde e de segurança pública, busquei compreender como são operacionalizadas as políticas públicas de saúde mental, a partir de seus operadores, os burocratas de nível de rua (LIPSKY, 2010). Com o foco na discussão sobre o uso problemático de álcool e outras drogas, a pesquisa teve como mote a Reforma Psiquiátrica, movimento em curso que pretende alterar as formas de se *cuidar* ou *tratar* em saúde mental, escapando de uma lógica manicomial e biomédica, para uma territorial e psicossocial.

Os caminhos epistemológicos de construção de uma nova forma de atenção em saúde mental, a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em contraposição às internações em hospitais psiquiátricos, denotam a relevância da discussão sobre modelos de atenção à saúde, entendendo a concepção do “modelo médico hegemônico” ou “biomédico” em contraposição ao “modelo biopsicossocial” ou “paradigma da atenção psicossocial”. A instauração da RAPS em 2011, com a Portaria nº 3.088, demonstra essa influência, uma vez que através dela busca-se um constante diálogo e parceria entre os diversos níveis de atenção à saúde, reduzindo sua fragmentação.

A pesquisa reafirma os achados de Abrahão, Azevedo e Gomes (2016) no sentido da necessidade de uma agenda pública que valorize os debates relativos à produção de conhecimento, processo de trabalho e educação em saúde mental, “reconhecendo novos atores, novos papéis, novas referências” (2016, p.67). Mesmo que pelas falas dos burocratas entrevistados surjam inúmeras questões que interpõem as dificuldades do trabalho em rede e a constante desarticulação entre os serviços, há uma percepção em relação à importância dessa forma de trabalho e da não fragmentação para que um cuidado integral e práticas menos excludentes passem a existir.

Os esforços dos profissionais vinculados aos serviços demonstram uma preocupação no sentido de transformar o cotidiano de trabalho da unidade, de modo a não fragmentá-lo, reconhecendo a importância da formação das redes para um atendimento integral e humanizado. A falta de diálogo entre as diversas categorias profissionais, o desconhecimento das políticas de saúde mental e do *modus operandi* dos CAPS, o preconceito e estigma ligados à loucura e a quase ausência de capacitação e embasamento técnico para atuação em situações de crise são apontados pelos profissionais como os principais motivos que levam a dificuldade de articulação entre os diversos componentes da RAPS.

Em relação à implementação da política pública no que tange aos aspectos vinculados ao cotidiano da unidade estudada, a participação nos chamados grupos/oficinas e o uso de medicamentos surgem como protagonistas de um processo entendido como terapêutico. A discricionariedade na forma de execução e desenvolvimento dos grupos e oficinas por parte dos burocratas é algo claro, e mesmo que existam portarias que orientem a importância de realização desses grupos, seu formato é independente, o que oportuniza uma ação que vai de acordo com o definido em cada serviço.

Nesta pesquisa em específico, há uma predominância de atividades e discussões de cunho biológico, muito em função do quadro profissional, que incorpora um elevado número de profissionais da área de Enfermagem. Isso não anula o trabalho realizado pelos burocratas

da área de Serviço Social e Psicologia, no entanto, como enfatizado por uma das entrevistadas, o trabalho é amplamente concentrado no “*bio*”, em detrimento ao “*psicossocial*”.

Mesmo que as cartilhas e portarias do Ministério da Saúde forneçam uma orientação no sentido da importância da realização dos grupos e oficinas terapêuticas, elas podem ser executadas do modo como os burocratas consideram conveniente ou necessário ao seu local de trabalho, ficando a cargo da gestão de cada dispositivo selecionar quais oficinas que serão realizadas, com qual periodicidade e de que maneira. Tal flexibilidade favorece a ação discricionária dos burocratas de nível de rua, uma vez que a ambiguidade desses conteúdos possibilita sua alteração, trazendo implicações à política elaborada pelo alto escalão da burocracia (DUTRA, 2015).

Sublinho, portanto, a importância da realização de oficinas que vigorem, como chamam a atenção Cedraz e Dimenstein (2005), como dispositivos de mudança social que não se restrinjam apenas à produção de um prazer momentâneo, mas sim que proporcionem uma transformação, no sentido de materialização da ideia da desinstitucionalização. Embora existam atividades que não aconteçam internamente ao dispositivo, como as atividades físicas, na forma de partidas de futebol, por exemplo, há um indicativo, como demonstram as autoras, de que a atuação deveria extrapolar os sentidos de uma execução de atividade extra-muros, resgatando a possibilidade de um debate que envolva a sociedade como um todo, através do desenvolvimento de um processo criativo capaz de romper com preconceitos e estigma.

O desenvolvimento dessas atividades tem também uma outra potência transformadora: fazer com que as pessoas conheçam e entendam a Reforma Psiquiátrica como um processo necessário de retirada das pessoas em “sofrimento psíquico” de um campo de exclusão, pois se todo o trabalho é pautado nos ideais de uma reinserção plena, a sociedade como um todo precisa conhecer e respaldar essa nova forma de cuidado. Essa ressalva é necessária, pois, como verificado na pesquisa, embora o uso de álcool e outras drogas esteja hoje à cargo da saúde pública, mais especificamente da saúde mental, há uma constante interlocução com a justiça, principalmente em função de solicitações de internações compulsórias por parte dos familiares.

A pesquisa demonstrou a participação de três atores diferentes que influenciam sobremaneira na atuação dos burocratas do CAPSad: a família dos pacientes, a justiça e médicos externos ao CAPS. Essa tríade se articula da seguinte maneira: em primeiro lugar a família solicita uma internação e expõe essa necessidade a um médico externo ao CAPS; o médico, por sua vez, emite um laudo onde confirma tal pedido; a justiça determina. Os dados

aludem a um avanço na articulação da justiça com esse dispositivo em específico da área da saúde, estando mais abertos ao diálogo e a ouvir as questões colocadas pela equipe.

A não participação da família no tratamento de cunho psicossocial seria, para os burocratas, um dos fatores que levariam à procura da internação, sendo necessário, desse modo, todo um trabalho voltado para esse público. Para eles com a corresponsabilização familiar, a busca por profissionais que emitiriam um laudo solicitando a internação seria baixa e, por conseguinte, tal solicitação não chegaria à justiça. Interessante notar, então, que, a partir da visão dos burocratas que trabalham no dispositivo de saúde mental, a tônica recai fortemente sobre a família, que busca as internações mesmo antes de comparecer ao dispositivo ou sem comunicar ao CAPS. No entanto, a literatura especializada indica que uma forte articulação com as famílias precisa acontecer justamente para que ela participe ativamente desse processo de cunho psicossocial e não recorra às internações como uma primeira escolha. Em menor peso que comparado às famílias, há também uma crítica sobre os profissionais de saúde externos ao dispositivo e da justiça, que, teoricamente, deveriam estar mais próximos do exigido pela legislação e que, na realidade, para os burocratas da saúde mental, emitem laudos e fazem determinações sem se remeter ao local real de tratamento daquele sujeito: o CAPS.

No entanto, como discutido por Lipsky (2010), há uma distância que separa a elaboração de uma política pública pelo alto escalão, de sua implementação pelos burocratas de nível de rua, e esse *gap* pode ser notado em todo o processo, mas sobretudo, em relação à operacionalização da estratégia de Redução de Danos. A ampliação desse conceito e os progressivos debates sobre o tema na área da saúde acarretam, na prática, uma difusão do termo ao nível de rua, tanto pelos burocratas quanto pelos usuários dos serviços.

Esse alargamento da estratégia, e os crescentes debates intersetoriais, acarretam, na prática, uma confusão conceitual ao nível de rua, tanto pelos burocratas quanto pelos usuários dos serviços. Diante do conceito avolumado de Redução de Danos e de sua ampliação verbal cotidiana, duas consequências principais podem e vem ocorrendo: 1) maior conhecimento em relação ao tema, possibilitando práticas concatenadas com a política; 2) um fenômeno à moda “telefone-sem-fio” que produz incompreensões, estigma e preconceito em relação a ele.

Como discutido por Machado e Boarini (2013), um entendimento ampliado do fenômeno das drogas no mundo contemporâneo é necessário, ao tratarmos da formulação e execução de políticas públicas voltadas para esse fim. Um debate ambíguo, por vezes polarizado, demonstra que a dinâmica ainda transita, sob o viés da Saúde Pública, entre a medicalização e a atenção psicossocial, e no âmbito da segurança pública, a partir de um

trabalho repressivo, mas que tem se mostrado mais flexível aos diálogos com a sociedade. Nesse sentido, a prática cotidiana da RD torna-se também polarizada, permeada por juízos de valor.

Problematizando os questionamentos feitos por Rui (2014, p.89) em relação a um novo modelo de gestão em saúde mental baseado nas contenções químicas, pode-se afirmar que o processo de “medicalização e psiquiatrização de comportamentos” (VOLCOV, 2017, p.8) perpassa a sociedade como um todo e tem sua tônica respaldada pela atuação dos burocratas de nível de rua que, através do discurso científico, endossam a importância de tal prática como ferramenta de cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas.

Na visão dos burocratas, a necessidade imediata de supressão de sintomas como *agitação, nervosismo, insônia e ansiedade*, aparece como algo que justifique a utilização de medicamentos. O que se busca, de fato, é um comportamento que se adéque a uma perspectiva de normalidade construída e aceita socialmente. A problematização feita por Birman (2014) é bastante relevante nesse sentido, pois seria o aumento dos transtornos psiquiátricos que estariam levando a um crescimento da utilização das drogas psicotrópicas ou este processo estaria ligado à “psiquiatrização da vida”?

Por último, como demonstrado por Dunker (2015), a política de saúde mental vigente no Brasil após a Reforma Psiquiátrica tem sido pautada na administração massiva de medicamentos, em detrimento às práticas clínicas que valorizam o uso da palavra, das tecnologias leves e relacionais. Ainda assim, pode-se dizer que tais ações “medicalizantes” andam na contramão ao pressuposto principal da Reforma Psiquiátrica: o estabelecimento de uma relação de cuidado, pautada na construção de vínculo e responsabilização, capaz de fortalecer a autonomia dos usuários, tornando possível a existência de uma sociedade sem manicômios. Nesse ínterim, o cenário das regras é apenas um indicativo para a tomada de decisões, pois, no âmbito da atuação, é o “aprender cotidiano a fazer” que determinará as práticas, característica primeira das burocracias de nível de rua. A discricionariedade dos burocratas, nesse ambiente que em que foi observado no campo, leva a uma execução da política que tende à produção de discursos que reproduz a visão biologizante, que coloca o uso de álcool e outras drogas como um problema de saúde, mais precisamente, de “doença”.

REFERÊNCIAS

ABRAHAO, Ana Lúcia; AZEVEDO, Flávia Fasciotti Macedo; GOMES, Maria Paula Cerqueira. A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no centro de atenção psicossocial. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 55-71, Apr. 2017.

ALMEIDA, Alexsandro Barreto et al. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 708-714, Oct. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500708&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506>.

ALMEIDA, Simone Costa de. A Política Antimanicomial Brasileira (2008-2013): repensando a implementação e seus condicionantes a partir do nível local. [Tese de Doutorado]. Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

ALMONDES, Katie Moraes de. Tempo na psicologia: contribuição da visão cronobiológica à compreensão biopsicossocial da saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 353-359, Sept. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000300002>.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, Nov. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>.

AMARANTE, Paulo. *O Homem e a serpente: Histórias para a loucura e psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 3r. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. v. 1. 136p

AMARANTE, Paulo. *D. Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

AMORIM DA SILVA, Roseane; DE ARAUJO MENEZES, Jaileila. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. **Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv**, Manizales, v. 14, n.

1, p. 493-504, Jan. 2016 . Available from
 <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2016000100034&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Dec. 2016.
<http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.14133120515>.

ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record; 2007. 319 p.

AZEVEDO, Ângelo José Pimentel de; ARAUJO, Aurigena Antunes de; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 83-90, Jan. 2016 .

AZIZE, Rogério Lopes. A “A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras”. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, UFSC, 2002.

AZIZE, Rogério Lopes. A “A nova ordem cerebral: a concepção de ‘pessoa’ na difusão neurocientífica”. Tese de doutorado em Antropologia Social, UFRJ/Museu Nacional, 2010.

AZIZE, Rogério Lopes. Antropologia e medicamentos: uma aproximação necessária. **R@U : Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCAR**, v. 4, p. 134-139, 2012.

BARDIN, LAURENCE. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BATISTA, Nilo. Política criminal com derramamento de sangue. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, ano 5, n. 5, p. 129-146, out./dez., 1997.

BECKER, H.S. Problemas de Inferência e Prova na Observação Participante. Evidências de Trabalho de Campo. In: *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. Ed. Hucitec, 1997.

BECKER, Howard. *Outsiders: Estudos de Sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2009.

BECKER, Howard. *Falando da sociedade: ensaios sobre as diferentes maneiras de representar o social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009b.

BELLOCH, Amparo; OLABARRIA, Begoña. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. **Revista Clínica e Salud**, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993.

BEZERRA, Cíntia Guedes; DIMENSTEIN, Magda. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental, Barbacena* , v. 9, n. 16, jun. 2011 .

BEZERRA, Indara Cavalcante et al . Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 110, p. 148-161, Sept. 2016 . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300148&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Dec. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611011>.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al . "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014 .

BEZERRA JUNIOR, Benilton. Considerações *sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental*. In: TUNDIS, SILVÉRIO & COSTA, NILSON (Org.). Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 133-170, 1987.

BIRMAN, Joel. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro , v. 17, n. spe, p. 23-37, Aug. 2014 .

BITTENCOURT, Ligia. *Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil*. 1986. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BONET, Octavio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 136p.

BORGES JÚNIOR, Orenito Simão et al. Avaliação de prescrições farmacoterapêuticas em um centro de atendimento psicossocial (caps) de um município situado no sudeste goiano. **Electronic Journal of Pharmacy**, vol. XIII, n. 1, p. 37-44, 2016.

BOURDIEU, Pierre. *Introdução a uma Sociologia Reflexiva*. In: _____. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A, 1989.

BOURDIEU, Pierre. "*Compreender*". In: Bourdieu, P (org). A miséria do mundo. Petrópolis, Vozes, 2003.

BOURDIEU, Pierre. *Coisas Ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BOURDIEU, Pierre. *A Distinção: crítica social do julgamento*. 2. Ed, ver – Porto Alegre, RS: Zouk, 2011.

BRANT, Luiz Carlos; CARVALHO, Tales Renato Ferreira. Metilfenidato: medicamento gadget da contemporaneidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 42, p. 623-636, Sept. 2012 .

BRASIL, 1927. DECRETO Nº 5.148-A. Diário Oficial da União - Seção 1 - 19/1/1927, Página 1661 (Publicação Original). Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5148-a-10-janeiro-1927-563139-publicacaooriginal-87269-pl.html>

BRASIL, 1940. DECRETO-LEI 2.848. Código Penal. Diário Oficial da União - Seção 1 - 31/12/1940, Página 23911 (Publicação Original)

BRASIL, 1968. Decreto-lei nº 385. Diário Oficial da União - Seção 1 - 27/12/1968, Página 11201 (Publicação Original).

BRASIL, 1980. Decreto nº 85.110. Diário Oficial da União - Seção 1 - 4/9/1980, Página 17482 (Publicação Original)

BRASIL, 1999. Portaria nº 344, 12 de maio de 1998: Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: *Diário Oficial da União*, nº 21, p. 29-71, 1 fev. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids Manual de Redução de Danos. Saúde e Cidadania. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*; 20 fev, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5 ed amp. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No. 2.1917, de 14 de outubro de 2004. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília, Novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1.059, DE 04 DE JULHO DE 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: 04 de julho de 2005b.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto n. 6117, de 22 de maio de 2007. Diário Oficial da União. Brasília: 2007

BRASIL. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 33, 20 jun. 2008. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. 257 p. Brasília, Ministério da Saúde. 2010.

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. *Diário Oficial da União*, nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. 2012b

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas. 2 ed. 452p. Brasília, Ministério da Justiça. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRUNS, Suelma de Fátima et al . O modelo de ambiguidade-conflito como ferramenta de análise dos desafios da Assistência Farmacêutica em João Pessoa (PB). **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. spe, p. 64-75, Dec. 2015 .

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, p. 45-68, June 1997 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311997000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311997000100003>.

CAMPOS, Edemilson Antunes de. *'Nosso remédio é a palavra': uma etnografia sobre o modelo terapêutico de alcoólicos anônimos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192 p.

CAMPOS, Marcelo da Silveira. Pela metade: as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo. [Tese] Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 6. Ed. Rev – Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2009.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 741-763, Sept. 2014 .

CARDOSO, Cassandra; SEMINOTTI, Nedio. O grupo psicoterapêutico no Caps. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 775-783, Sept. 2006 .

CARNEIRO, Henrique. *Pequena Enciclopédia da História das Drogas e Bebidas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CARVALHO, Salo de. *A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático*. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

CARVALHO, Jonatas Carlos de. A América Latina e a criminalização das drogas entre 1960-1970: prenúncios de outra guerra por outra América. **Revista UNIFESO – Humanas e Sociais Teresópolis/RJ**, Vol. 2, N. 2, 2015, pp. 78-98.

CASTRO, Rosana. No fiel da balança: uma etnografia da regulamentação sanitária de medicamentos para emagrecer. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

CEDRAZ, Ariadne; DIMENSTEIN, Magda. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza , v. 5, n. 2, p. 300-327, set. 2005.

CHIMENTI, Ricardo Cunha. O aprimoramento do poder judiciário em relação ao uso de drogas. In: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas. 2 ed. 452p. Brasília, Ministério da Justiça. 2015.

CLAVREUL, Jean. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense; 1983.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 101, p. 359-367, June 2014 .

COELHO, Raquel Souza; VELOSO, Thelma Maria Grisi; BARROS, Sibelle Maria Martins de. Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 37, n. 2, p. 489-499, June 2017 .

COSTA, Nilson do Rosário et al . Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4603-4614, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300009&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300009>.

COSTA-ROSA, Abilio da. *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. Ed. Unesp, São Paulo: 2013.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 961-970, Dec. 2011 .

CZERESNIA, Dina. FREITAS, Carlos Machado de (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

DAHL, Robert. *Poliarquia*. Participação e Oposição. Coleção Clássicos. São Paulo. EDUSP, 2005.

DAL PIZZOL, Tatiane da Silva et al . Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 109-115, Jan. 2006 .

DAMATTA , Roberto. ‘*O ofício de Etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”*’ In: Nunes, E. de Oliveira (org) *A aventura sociológica*. RJ: Zahar. 1978. Pp.24-35.

DE MARCO, Mário Alfredo. *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DELGADO, Pedro Gabriel. "Reforma psiquiátrica: conquistas e desafios". *Rev. Epos*, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, dez. 2013 .

DELL’ACQUA, Giuseppe.; MEZZINA, Roberto. *Resposta à crise*. In: DELGADO, J. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Ed. Autor, 1991. p. 53-79.

DELMANTO, Júlio. *Camaradas Caretas: Drogas e esquerda no Brasil após 1961*. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em História Social, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

DEL OLMO, Rosa. *A face oculta da droga*. Tradução de Tereza Ottoni. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

DIAS, Marcelo Kimati; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental*. In E. M. Vasconcelos. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec., 2010.

DIMENSTEIN, Magda Diniz et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, 2, 95-127, 2012.

DINIZ, Debora. Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 417-426, Apr. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000200017>.

DUAILIBI, Sérgio; LARANJEIRA, Ronaldo. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 5, p. 839-848, Oct. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500019&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500019>.

DUARTE, Luiz Fernando Dias *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio. Familiares dos usuários de crack em um CAPS AD III: avaliação das necessidades de cuidados. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DUPUY, Jean Pierre; KARSENTY, Serge. *A invasão farmacêutica*. Rio de Janeiro, Graal. 1979.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 14, n. 4, p. 611-626, Dec. 2011 .

DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. 1ª Ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

DUTRA, Roberto; HENRIQUES, Vanessa. *O poder discricionário dos agentes institucionais que lidam com usuários de crack: invisibilidade de classe e estigma de gênero*. In: Jessé Souza (Org). *Crack e Exclusão Social*. 1ed. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. 360p.

DUTRA, Roberto. *Genealogia e Análise das Instituições Brasileiras: diretrizes de uma agenda de pesquisa*. Boletim de Análise Político-institucional, n. 8 jul.-dez, 2015.

ELIAS, Paulo Eduardo et al . Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, Sept. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>.

ESTRELA, Kelly da Silva Rocha; LOYOLA, Cristina Maria Douat. Administração de medicação de uso quando necessário e o cuidado de enfermagem psiquiátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 4, p. 563-567, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400563&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670410>.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Nosso remédio é a palavra: uma etnografia sobre o modelo terapêutico de alcoólicos anônimos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 195-197, Jan. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2011000100022&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Dec. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100022>.

FERRAZZA, Daniele de Andrade; ROCHA, Luiz Carlos da; LUZIO, Cristina Amélia. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte , v. 6, n. 2, p. 255-265, jul. 2013 .

FERTONANI, Hosanna Patrig et al . Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015 . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Dec. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

IORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo , n. 92, p. 9-21, Mar. 2012 . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Oct. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002>.

FONSECA, Elize Massard da et al . Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 761-770, Apr. 2006 . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000400015&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Dec. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000400015>.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2001.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura: da Idade Clássica*. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I – a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, Michel. *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009a.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009b.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. *Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. In: Emerson Elias Merhy (org): *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (p. 55-124). São Paulo: Hucitec, 2004.

FRANCO, Túlio Batista. *As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 459-474.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 148p.

GALINDO; Dolores; LEMOS, Flávia Cristina Silveira; RODRIGUES; Renata Vilela. Do Poder Psiquiátrico: uma Análise das Práticas de Farmacologização da Vida. **Mnemosine**, v.10, n. 1, p. 98-113, 2014.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre , v. 20, n. 2, p. 267-276, Aug. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000200014>.

GARCIA, Leon. In: Jessé Souza (Org). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 360p, 2016.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 40, p. 21-34, Mar. 2012 .

GEERTZ, Clifford. *Obras e vidas. O antropólogo como autor*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; LARA, Lutiane de; ECKER, Daniel Dall'Igna. A internação compulsória como estratégia de governamentalização de adolescentes usuários de drogas. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 21, n. 1, p. 25-35, Mar. 2016 .

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JR., Kenneth R. de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, p. 1093-1103, Dec. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400030&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito; MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio de revisar aspectos éticos das pesquisas em Ciências Sociais e humanas: a necessidade de diretrizes específicas. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 763-782, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000300006>.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 371-382, Feb. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200371&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.11122014>.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde*. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JORGE, Maria Salete Bessa et al . Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1543-1561, 2012 .

LAHIRE, Bernard. Patrimônios individuais de disposições: por uma sociologia à escala individual. *Sociologia, Problemas e Práticas*, Oeiras, n.49, p. 11-42, 2005.

LIMA, Flávio Augusto Fontes de. *Justiça Terapêutica: em busca de um novo paradigma*. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009, 261f.

LIMA, Luciana Leite *et al.* Burocracia e políticas públicas: a implementação da Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde em Porto Alegre/RS. **Revista do Serviço Público**, 65 (4): 493-515 out/dez 2014.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. *Álcool e outras drogas como um desafio para a saúde e as políticas intersectoriais*. In: VASCONCELOS, E.M. (org). Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec Editora; 2010.

LOTTA, Gabriela Spanghero. Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família. [Tese] Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LOYOLA, Maria Andrea. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 399-407, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>.

LUZ, Madel. Contemporary culture and complementary medicine: new paradigm in health in the end of the century. **Physis**, v.15, supl, p.145-76, 2005.

LYRA JÚNIOR, Divaldo Pereira de et al. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 32, n.3:403-410, 2011.

MACEDO, João Paulo et al . A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saude soc.**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 155-170, Mar. 2017 .

MACHADO, Ana Regina. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 801-821, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 20 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia, Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**; 33 (3), 580-595, 2013.

MAGALHÃES, Raul Francisco. *Crítica da Razão Ébria*: reflexões sobre drogas e a ação imoral. 1. ed. São Paulo: Annablume, 1994. v. 1. 208p .

MALTA, Deborah Carvalho et al . Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca - Brasil, 2007-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 19, n. 4, p. 317-328, dez. 2010 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000400002>.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca, Brasil 2007 a 2013. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 4, p. 692-966, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400692&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005633>.

MÂNGIA, E. F.; & MURAMOTO, M. T.. Modelo de matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, São Paulo, 20(2), 118-125, maio/ago, 2009.

MATOS, Maria Izilda Santos de. **Meu lar é o botequim**. 1. ed. São Paulo: Editora Nacional, 185p, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, Reginaldo Teixeira. A medicalização de conflitos: consumo de ansiolíticos e antidepressivos em grupos populares. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2009.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

LIMA, Flávio Augusto Fontes de. Justiça Terapêutica: em busca de um novo paradigma. [Tese]. Faculdade de Direito, USP, São Paulo. 2009, 261f.

LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucracy*. Dilemmas of the individual in public service. 30th anniversary expanded edition. New York: Russell Sage Foundation, 2010. 275 p.

MILLS, Charles Wright. *A imaginação sociológica*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1969.

MINAYO, Maria Cecília S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 1998 5.ed. São Paulo: Hucitec.

MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaíssa Fernanda Kratochwill de; SANTOS, Catia Batista Tavares dos. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 592-611, Sept. 2014.

MISSE, Michel; VARGAS, Joana Domingues. “Drug use and trafficking in Rio de Janeiro: some remarks on harm reduction policies. in: *Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology*, v. 7, n.2. July to December 2010. Brasília, ABA. Available at <http://www.vibrant.org.br/issues/v7n2/michel-misse-and-joana-d-vargas-drug-use-and-trafficking-in-rio-de-janeiro/>

MODESTO, Annabelle de Fátima Pereira. Itinerários de Vida: um olhar sobre o uso de ansiolíticos por mulheres jovens. [Dissertação] Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

MORAES, Maristela de Melo. O Modelo de Atenção à Saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Dissertação de Mestrado. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

MORAIS, Ana Patrícia Pereira; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 161-170, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100016>.

MUSUMECI, Barbara. *O consumo de álcool no país*. In: Zaluar, Alba. (Org.) Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1994.

NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela de Quadros. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicol Estud**; 10:165-73, 2005.

NUNES, Everardo Duarte. *Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto*. In: Campos, G.W.S; Minayo, M.C.S; Akerman, M, *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Ed. Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, Antonio. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 46, n. 6, p. 1551-1573, Dec. 2012 .

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, Nov. 2010 .

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1053-1062, May 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.

PAIM, Jairnilson. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. In: Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos /

Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. -- Salvador: SESAB, 2009.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 23, n. 1, p. 154-162, Apr. 2011 .

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega de Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena , v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 dez. 2016.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas ; PEREIRA JÚNIOR, Alfredo. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev Esc Enferm USP**; 37(4): 92-100, 2003.

PICCOLO, Fernanda Delvalhas; KNAUTH, Daniela Riva. Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre , v. 8, n. 17, p. 127-145, June 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832002000100007>.

PINTO, Leila de Oliveira; OLIVEIRA, Daniele Jesus de; DUARTE, Fabia Maria Ribeiro. Grupo Informativo: estratégia de redução de danos para pessoas apreendidas por consumo/porte de drogas ilícitas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 19, supl. 1, p. 965-973, 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500965&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0870>.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, dez. 2011

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.

PORTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, supl. 1, p. 43-49, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800007&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000800007>.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 21, n. 4, p. 2-15, Dec. 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

98932001000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Dec. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000400002>.

QUINDERE, Paulo Henrique Dias et al . Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 2157-2166, July 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700031&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Jan. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700031>.

REIS, José Roberto Franco. "De pequenino é que se torce o pepino": a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, p. 135-157, June 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702000000200007>.

REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo de. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 26, n. spe, p. 68-78, 2014 .

RESENDE, Marina Silveira de; PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte , v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015 .

ROSA, Barbara Paraiso Garcia Duarte da; WINOGRAD, Monah. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011.

ROSE, Nikolas. *A política da própria vida – biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo : Paulus, 2013.

RODRIGUES, Thiago. *Política e drogas nas Américas*. São Paulo, Educ/FAPESP, 2004.

RODRIGUES, Daniel Rohe Salomon da Rosa; CONCEICAO, Maria Inês Gandolfo; IUNES, Ana Luísa da Silva. Representações Sociais do Crack na Mídia. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 31, n. 1, p. 115-123, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722015000100115&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Oct. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015010994115123>.

RUI, Taniele. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SANTOUCY, Luiza Barros; CONCEICAO, Maria Inês Gandolfo; SUDBRACK, Maria Fátima Olivier. A compreensão dos operadores de direito do Distrito Federal sobre o usuário de drogas na vigência da nova lei. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 23, n. 1, p. 176-185, Apr. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100021&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000100021>.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 17, n. 3, p. 515-527, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000300515&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p515-9>.

SANTOS, Clayton Ezequiel; YASUI, Silvio. *Muito Além do Caps AD: o cuidado no território e na vida*. In: Ândrea Cardoso de Souza *et al* (Org.). Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil. 1.ed – São Paulo: Hucitec, 2016. 381p.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie, ALMEIDA, Cristóvão Domingos de, GUINDANI Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. 1(1):1-15, 2009.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 29-41, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300015>.

SHORTELL, Stephen; CASALINO, Lawrence. Health care reform requires accountable care systems. **JAMA**, 300: 95-97, 2008. Available from <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/182154>. Access on 29 Dec. 2016.

SILVA, Martinho Braga e; DELDUQUE, Maria Célia. Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). **Physis**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 231-250, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100231&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100013>.

SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. A aliança entre justiça e psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 1, jun. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2013000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 out. 2016.

SILVA, Martinho Braga e; DELDUQUE, Maria Célia. Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). **Physis**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 231-250, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312015000100231&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100013>.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; ALVES, Carla Almeida. . *Modelos Assistenciais em Saúde*. In: Morosini, Márcia Valéria G. C.. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, v. 1, p. 1-15.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 1. ed. São Paulo: HUCITEC-SP, 1998. v. 1. 143p .

SOUZA, Ana Rosa Lins de; OPALEYE, Emérita Sátiro; NOTO, Ana Regina. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 1131-1140, Apr. 2013 .

SOUZA, Ângela Maria Alves *et al* . Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 13, n. 4, p. 625-632, Dec. 2004

SOUZA, Ândrea Cardoso de; ABRAHÃO, Ana Lúcia; GULJOR, Ana Paula. A conformação da rede de atenção à saúde e sua importância para a garantia de uma atenção integral aos usuários de drogas. In: Ândrea Cardoso de Souza; Lorenna Figueiredo Souza; Elizângela Onofre de Souza; Ana Lúcia Abrahão. (Org.). Entre Pedras e fissuras a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2016, v. , p. 202-215.

SPERONI, Angela Vasconi. A Era da Vitalidade: uma cartografia do presente. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 1, p. 357-367, Mar. 2016 .

STOTZ, Eduardo Navarro. *A Saúde Coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade*. In: Ana Maria Canesqui. (Org.). Ciências Sociais e Saúde. 1ed.São Paulo: Hucitec, 1997, v. 1, p. 273-284.

TAFARELLO, Rogério Fernando. Consumo de drogas, crime e penas: uma análise à luz do princípio da legalidade. In: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas. 2 ed. 452p. Brasília, Ministério da Justiça. 2015.

TOUSO, Michelle Mosna et al . Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4577-4586, Nov. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104577&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Jan. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.46062013>.

TRAD, Ségio do Nascimento Silva. A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais. Tese (Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social Programa de doctorat d'Antropologia de la Medicina), Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2010.

WAGNER, Gabriela Arantes. Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 49, 20, 2015 .

VASCONCELOS, E.M. (org). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec Editora; 2010.

VARGAS, Eduardo Viana. Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e o uso de “drogas”. 561f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

VELHO, Gilberto. *Subjetividade e Sociedade: uma experiência de geração*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. v. 1. 112 p. 1986.

VELHO, Gilberto. *Observando o familiar*. In: NUNES, E. de O. (Org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 36-47.

VELHO, Gilberto. *Individualismo e Cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*. 6.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

VOLCOV, Katerina. *A Flor do Ovo: trajetórias e sentidos do uso de drogas lícitas e ilícitas em contextos privados*. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

WANDEKOKEN, Kallen Dettmann; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as Políticas Públicas: Que caminho seguir?. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 157-175, 2015. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000400157&lng=en&nrm=iso. access on 20 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00003>.

YASUI, SILVIO. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira* [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2006.

ZALUAR, Alba (org). *Drogas e Cidadania*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

ZALUAR, Alba. “A Criminalização das Drogas e o Reencantamento do Mal”. In: *Drogas e Cidadania*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

ZEFERINO, Maria Terezinha et al. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160059, 2016. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300204&lng=en&nrm=iso. access on 29 Dec. 2016. Epub June 07, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160059>.

ZGIET, Jamila. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar?. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, jun. 2013.