



Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas

Setbacks in Care for users of alcohol and other drugs

Juliana Desiderio Lobo PRUDENCIO¹
Mônica de Castro Maia SENNA²

Resumo: O objetivo do presente artigo é examinar as mudanças introduzidas na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a partir da publicação da Resolução CIT/SUS nº 32/ 2017. Foi feita análise documental tanto da referida normativa quanto da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, com base em revisão bibliográfica sobre a temática. Buscou-se identificar os conteúdos e contextos dessas normativas, examinando os rumos tomados pela política de saúde nesse campo específico. Observou-se a tendência de profundos retrocessos, com destaque para a retomada do modelo de institucionalização de base hospitalocêntrica e para o crescimento, em larga escala, de práticas religiosas representadas pelas Comunidades Terapêuticas, à revelia do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira e da participação social.

Palavras-chave: Política de saúde mental. Drogas. Comunidades terapêuticas.

Abstract: This paper examines the changes introduced by Resolution CIT/SUS No. 32 /2017 for the Care of users of alcohol and other drugs. To this end, documentary analysis was carried out considering two main documents: the GM/MS Ordinance No. 3,088 / 2011 and the Resolution mentioned above and based on a bibliographic review. The study focuses on the content and contexts of this legislation in order to examine the direction taken by health policy in this specific field. Profound regression is evident, with an emphasis on the resumption of large-scale hospital-centred institutionalisation and growth of religious practices represented by the Therapeutic Communities in the absence of either social participation or the Brazilian Psychiatric Reform movement.

Keywords: Mental health policy. Drugs. Therapeutic communities.


Submetido em: 30/7/2018. Aceito em: 29/10/2018.

INTRODUÇÃO

O cenário social e político que se descortina no Brasil a partir da segunda metade dos anos 2010 é bastante preocupante para o campo das políticas sociais. O aprofundamento das medidas ultraliberais levadas a cabo a partir de 2015 – e expressas

¹ Assistente Social. Mestre em Política Social. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense (UFF, Niterói, RJ). Bolsista CAPES-DS. ORC ID: <<http://orcid.org/0000-0003-3068-0097>>. E-mail: <julianajulobo@hotmail.com>.

² Assistente Social. Doutora em Saúde Pública. Docente do Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense. (UFF, Niterói, RJ). Endereço: Rua Professor Marcos Waldemar de Freitas Reis, s/nº, Bloco E - 3º andar – sala 314, Campus Universitário do Gragoatá, São Domingos, Niterói (RJ), CEP: 24210-201. Pesquisadora CNPq. ORC ID: <<http://orcid.org/0000-0003-2161-7133>>. E-mail: <monica.sennazo@gmail.com>.

 © A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2018 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

principalmente pela elevada desregulamentação do mercado de trabalho e pelo chamado *novo regime de ajuste fiscal* – desferiu um golpe mortal em nosso, ainda frágil e incompleto, sistema de proteção social.

Além dos efeitos mais gerais no conjunto das políticas sociais brasileiras, é preciso considerar as singularidades de cada área setorial, levando-se em conta seu conteúdo, legado prévio, institucionalidade bem como os sujeitos e interesses envolvidos e por ela afetados. O presente artigo volta-se para as recentes mudanças introduzidas na política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, mais especificamente àquelas relacionadas à implantação da Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017). Busca-se, a partir dessa Resolução, identificar as inflexões produzidas nos princípios e diretrizes que orientaram a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Área predominantemente tratada como uma questão exclusiva de segurança pública, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas ganha novos contornos a partir dos anos 2000, quando o enfrentamento ao uso prejudicial das substâncias psicoativas entra na agenda governamental brasileira, articulado a um conjunto de políticas e programas no campo da saúde mental. Certo é que tais avanços, longe de seguirem uma sequência linear e evolutiva, depararam-se constantemente com resistências e desafios que afetaram seu conteúdo e limitaram seu alcance.

No bojo da grave crise política, iniciada a partir de 2015, esses avanços foram ainda mais seriamente ameaçados, com o fortalecimento do movimento de retomada do modelo hospitalocêntrico, das práticas religiosas como único meio de lidar com a questão e de violação dos direitos humanos, aspectos centrais contra os quais a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sistematicamente se contraposto. Associado a isso, há o aprofundamento da perspectiva de *guerra às drogas* que tem sido a tônica central da intervenção estatal na questão.

Para o exame das mudanças recentes no campo, esse artigo recorre à análise de dois documentos legais, a saber: a Portaria GM/MS nº 3.088, de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011); e a Resolução CIT nº 32, de dezembro de 2017, que estabelece novos marcos para a RAPS (BRASIL, 2017).

Entende-se que os documentos não são instrumentos neutros nem limitados a uma racionalidade exclusivamente técnica, mas fazem parte de um processo político e histórico, expressando decisões, acordos, consensos e dissensos em um dado contexto (BOWEN, 2009). Como ensinam Freeman e Maybin (2011), “[...] É a própria fisicalidade do documento que lhe confere seu poder temporal. É a sua existência material que proporciona ao documento um grau de estabilidade ao longo do tempo. Todos os documentos existem no tempo, sua relação com o tempo sendo definida e redefinida por aqueles que os produzem e usam” (FREEMAN; MAYBIN, 2011, p. 160, tradução nossa).

O USO DE DROGAS E A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

O reconhecimento do uso prejudicial do álcool e outras drogas como questão social é um fenômeno bastante recente no Brasil. De fato, é possível afirmar que, até os anos 1990, as intervenções governamentais dirigidas à questão se restringiam a medidas de segurança pública, com forte cariz repressivo. As ações existentes adotavam, de forma predominante, o caráter de confinamento, de cunho altamente moralizante, em que a abstinência se configurava como único objetivo a ser alcançado (SOUZA; KANTORSKI, 2007).

Inflexões nesse processo começam a ganhar corpo no contexto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao final dos anos 1980, quando a epidemia de HIV/AIDS introduziu a preocupação com o consumo de drogas injetáveis na agenda pública da saúde, face ao compartilhamento de seringas praticado por usuários desse tipo de drogas (ANDRADE, 2011). Em pouco tempo, a disseminação da epidemia, que passou a atingir outros segmentos populacionais além daqueles inicialmente considerados como *grupos de risco*³ contribuiu para o reconhecimento do tema droga como questão de saúde pública.

Nesse contexto – e não sem resistências – a questão da redução de danos aparece como um dos eixos orientadores das intervenções governamentais em relação ao controle da epidemia de HIV/AIDS, provocando certo tensionamento em relação à política criminal para as drogas. Com isso, o discurso da redução de danos foi ganhando espaço no Brasil, ampliando o público-alvo das ações e possibilitando iniciativas favoráveis à atenção aos usuários de drogas.

Diante disso, verifica-se a tendência à polarização do debate entre a perspectiva proibicionista, apoiada na ideia de *guerra às drogas*, e a política de redução de danos, que aponta para a necessidade de cuidados diante dos riscos causados pela exposição e uso indevido de drogas. Ambas as perspectivas reconhecem a necessidade de um trato estatal do tema, no entanto, divergem quanto à maneira como o Estado deveria agir diante da questão.

A concepção proibicionista sustenta a adoção de uma política antidrogas, de cunho moralista e estigmatizante, conforme apontam Olmo (1990) e Fiore (2005). Defende, ainda, o controle da produção, oferta e consumo de determinadas substâncias psicoativas por meio de ações meramente repressivas e criminalizantes, buscando alcançar o ideal da abstinência. Nessa direção, não analisa os impactos e riscos causados pelo uso das drogas e sequer faz uma leitura acerca dos usuários de drogas e sua relação com a substância. Além disso, como argumenta Carneiro (2002), nessa perspectiva, o Estado acaba por omitir e distanciar o debate sobre a droga como uma importante mercadoria para o capital e sua relação com a história, cultura e religiosidade de determinados grupos sociais.

Já a concepção de redução de danos retira o foco da questão da erradicação e da abstinência, privilegiando o direito de todos à saúde e o respeito à liberdade individual daqueles que não

³ No início da epidemia, eram considerados *grupos de risco*, pela alta incidência da infecção, os chamados 4H: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de drogas injetáveis. Em pouco tempo, com a rápida propagação da epidemia, outros grupos foram incorporados, entre eles presidiários, meninos em situação de rua, profissionais do sexo, usuários de crack e anabolizantes.

desejam ou não conseguem interromper o uso das drogas (SIQUEIRA, 2004). A questão aqui passa a ser o uso indevido e não a droga em si, visando a minimização de riscos e danos associados a seu consumo. Em outras palavras, os caminhos do cuidado ao usuário de drogas passam a ser pensados a partir da relação com essas substâncias e não necessariamente pregando a abstinência.

No início dos anos 2000 e impulsionado pelos avanços no campo da saúde mental brasileira, o tema da droga aparece como eixo de um dos grupos de trabalho da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Realizado em 2001, o evento articulou diversos atores no campo da saúde pública e disputou o estatuto médico-jurídico da droga presente na política criminal do Estado brasileiro (LIMA, 2009). Em direção oposta, observa-se que, no mesmo ano, a Presidência da República lançou a Política Nacional Antidrogas, reforçando a perspectiva proibicionista com base na concepção de que seria possível uma “[...] sociedade sem drogas [...]” (LIMA, 2009), expressando, assim, a tensão entre as duas perspectivas.

No âmbito da saúde mental, um grande avanço foi a promulgação da Lei Federal nº 10.216, também de 2001 (BRASIL, 2011), considerada um marco na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa lei, como apresenta Pitta (2011), foi o ponto culminante de um conjunto de medidas legais adotadas de forma processual (e, portanto, não linear) desde o desenho da Reforma, induzindo a substituição progressiva dos manicômios e a implementação de uma rede assistencial baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, localizada no território e articulada a outros setores sociais.

Associado a esse processo, em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Ação Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, por meio da Portaria GM/MS nº 816/2002 (BRASIL, 2002). Esse programa levou em consideração a multiplicidade de níveis organizacionais das redes assistenciais localizadas nos estados e no Distrito Federal, os diferentes perfis populacionais existentes no País e a variabilidade de incidência dos transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Foi enfatizada a reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas e a criação de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços sociais e de saúde. Instituíam-se, assim, os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) com o objetivo de promover a melhoria da assistência em saúde mental e abrigar, nos projetos terapêuticos, práticas de cuidados que buscassem contemplar a flexibilidade e a abrangência das demandas da população atendida, sob a perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde.

Assiste-se aqui a uma mudança de orientação em relação à concepção de redução de danos, antes ainda restrita à noção de comportamento de risco. Tal mudança tem como um de seus fundamentos a compreensão da droga como fenômeno multideterminado, que perpassa diferentes esferas da vida humana: a social, a econômica e a política, além da individual. Nesse sentido, defende mudanças no modelo assistencial, reconhecendo a necessidade de planejamento das ações de acordo com o contexto sociocultural em que serão desenvolvidas e permitindo ao usuário participar ativamente de seu processo terapêutico. Trata-se, assim, de um olhar ampliado sobre a questão, que exige “[...] ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas, sem necessariamente requerer a redução do consumo de tais

substâncias” (ANDRADE, 2002, p. 83). Tal perspectiva baseia-se na promoção de uma atenção integral ao cidadão pautada na integração entre diferentes ações e em uma leitura articulada sobre o cuidado e tratamento dispensados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

É diante desse quadro que cresce o debate acerca da relevância da construção de uma Rede de Atenção em Saúde (RAS) no campo da atenção psicossocial. O pressuposto é de que ações em rede contemplam a interdependência entre as instituições, ações e atores em torno da construção conjunta de uma intervenção sobre o mesmo problema ou mesmo sujeito, haja vista que nenhum equipamento ou equipe de saúde é capaz de, por si só, dar conta da produção do cuidado. Sob essa perspectiva, o conceito de rede carrega a compreensão de cooperação, horizontalidade, confiança, agilidade e interação, com vistas ao desenvolvimento de ações conjuntas que garantam a integralidade do cuidado em saúde.

A ATENÇÃO EM REDE E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Em 2011, por meio da Portaria nº 3.088/2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). O estabelecimento da RAPS está associado à conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), criadas pela Portaria nº 4.279/2010 e definidas nesse documento como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, não paginado).

De acordo com Mendes (2011), o conceito de rede na saúde surge com a tentativa de integração e articulação do conjunto de ações com vistas à redução dos problemas ocorridos pela fragmentação dos sistemas de saúde. Em outras palavras, a implantação das RAS parte do reconhecimento de que a ação em rede no âmbito da saúde aumenta a possibilidade de cuidado e acesso aos serviços, melhora a qualidade da atenção, reduz custos e diminui a fragmentação das ações e, sobretudo, avança em termos de acesso a uma intervenção integral e no território.

Vale registrar que a instauração da RAPS se dá em um contexto de fortes investimentos em ações direcionadas à população usuária de álcool e outras drogas, em virtude do aumento do consumo do crack. No entanto, não se pode falar que a implantação da RAPS se deva exclusivamente a esse fenômeno, sendo necessário considerar a importante e longa atuação do movimento em torno da Reforma Psiquiátrica.

Em verdade, a RAPS reafirma os princípios das Reformas Psiquiátrica e Sanitária Brasileiras, enfatizando os serviços de base territorial e comunitária em substituição ao modelo hospitalocêntrico e manicomial. Suas diretrizes incorporam aspectos como o respeito aos direitos humanos; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia de acesso ao cuidado integral; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; a diversificação das estratégias do cuidado; a inclusão social e o exercício da cidadania e a construção do projeto terapêutico singular como eixo central da lógica do cuidado (BRASIL, 2011). Como afirmam Assis e Barreiros (2014):

A RAPS é pautada pelos princípios do respeito aos direitos humanos; pela garantia de autonomia e liberdade; pela promoção da equidade, do exercício da cidadania e da inclusão social; e pelo enfrentamento de estigmas e preconceitos. É importante destacar o caráter territorial da rede, centrada nas necessidades concretas das pessoas, sendo responsável pelo cuidado continuado e pela promoção de reinserção social pelo trabalho, pela renda e pela moradia solidária (ASSIS; BARREIROS, 2014, p. 91).

Nesse sentido, a RAPS pressupõe a articulação de diferentes pontos de atenção para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, por meio de ações territorializadas articuladas e integradas entre os serviços. A Portaria nº 3.088/2011 estabelece sete componentes, comportando diferentes dispositivos de cuidado (Figura 1), os quais devem atuar territorialmente e de forma articulada.



Figura 1: Rede de Atenção Psicossocial – componentes e respectivos pontos de atenção.

Fonte: Brasil (2011).

Além da Rede de Atenção à saúde, é preciso considerar ainda a articulação com outros setores estratégicos – como a assistência social, a educação, a segurança, dentre outros – e com as chamadas redes informais, ou seja, aquelas não relacionadas a serviços institucionais, tais como família, vizinhança e demais componentes da rede pessoal de suporte social.

As estratégias para a implementação da RAPS são estabelecidas em quatro eixos, a saber: (i) ampliação do acesso à rede de atenção integral; (ii) qualificação da rede de atenção integral; (iii) ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; e (iv) ações de prevenção e de redução de danos.

A Rede de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas exige, assim, o entrelace entre diferentes serviços para a promoção do cuidado, de forma a possibilitar o acesso à política de

saúde através de diversos serviços interligados e complementares (QUINDERE; JORGE; FRANCO, 2014). Para esses autores, uma característica colocada pela RAPS é a instauração de uma nova maneira de intervenção, a qual avança na contramão de ações engessadas por *funções cristalizadas*, em que as ações destinadas aos usuários de droga já estão por si só normativamente pré-definidas. Os autores compreendem que a RAPS subverte a lógica hierarquizada do sistema de saúde, avançando no cuidado em diversos serviços da política pública de forma integrada. Isso é percebido como um grande e importante referencial para fomentar uma aproximação maior entre os serviços e profissionais e, assim, efetivar uma ação em rede.

Os avanços identificados se confrontam, contudo, com grandes desafios, em que disputas de modelos de atenção em saúde mental se fazem presentes, configurando, como salientado por Amarante (2007), um processo complexo e constituído por múltiplas dimensões, que ora se alimentam ora são conflitantes e são atravessadas por contradições, paradoxos, consensos e tensões.

RUMOS E RETROCESSOS ATUAIS DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO USUÁRIO

O cenário político após 2015, com a deposição da presidente eleita Dilma Roussef, apresenta fortes tendências ao retrocesso nos avanços conquistados no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas e, em verdade, a todo o campo da saúde mental brasileira. Cabe aqui mencionar que, ainda em dezembro de 2015, o Ministério da Saúde nomeou o médico psiquiatra Valencius Wurch para a Coordenação Nacional de Saúde Mental. Nos anos 1990, esse médico havia sido Diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro, então o maior hospício privado da América Latina e com frequentes denúncias de maus-tratos e violação de direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Essa nomeação gerou uma onda de protestos por parte de amplos setores dos movimentos em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira, haja vista a associação da trajetória desse profissional a práticas e interesses asilares, manicomiais e isolacionistas.

Com a ascensão de Michel Temer à presidência da República, aprofundaram-se as tendências a retrocessos quanto à efetivação das diretrizes e objetivos que fundamentam as RAPS, particularmente no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Merecem destaque aqui a Resolução nº 32/2017, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, que regulamenta a chamada *nova* Política de Saúde Mental e a Resolução nº 01/2018, do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas do Ministério da Justiça (CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2018), que aprova novas diretrizes para realinhamento da política nacional sobre drogas. Ambas as resoluções apontam caminhos opostos àqueles defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira para atenção aos sujeitos em sofrimento psíquicos e/ou usuários de álcool e outras drogas. É sobre a Resolução nº 32/2017 (BRASIL, 2017) que se baseiam as considerações aqui realizadas.

Sob o argumento da necessidade de enfrentar problemas para a efetivação da ação em rede – problemas que, de fato, existem e devem ser considerados – a Resolução nº 32/2017 foi aprovada pela CIT – instância de pactuação de gestores das três esferas do governo em torno da política nacional de saúde – sem uma discussão ampla com os setores e movimentos

históricos da luta antimanicomial e em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tais como a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e o próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para a pesquisadora Patrícia Von Flach, em declaração ao Observatório de Análise Política em Saúde, em janeiro de 2018, a condução desse processo rompe com o legado de construção de políticas marcadas por diálogo democrático, envolvendo usuários e seus familiares. Von Flach ressalta que tal ação acaba por reforçar “[...] um movimento em benefício do mercado e da indústria da loucura [...]” (INSTITUTO SAÚDE COLETIVA, 2018, p. 3), representando um golpe contra os militantes do movimento antimanicomial.

Em direção análoga, a ABRASME lançou uma nota pública emitida em dezembro de 2017 na qual aponta que a ausência de participação da sociedade representa um *modus operandi* do atual governo brasileiro, baseado na ideia de “[...] trazer para ‘discussão’ temas importantes, de surpresa, sem participação da sociedade [...]” (ABRASME, apud INSTITUTO SAÚDE COLETIVA, 2018, p. 2). Assim, instituem-se resoluções e caminhos para se fazer política de forma arbitrária, antidemocrática e que não atende às demandas da sociedade.

Na perspectiva do Ministério da Saúde, a Resolução nº 32/2017 visa ampliar e fortalecer a RAPS. No entanto, as mudanças aprovadas parecem contraditórias, com forte tendência ao reforço do cuidado asilar, através da ampliação dos pontos de atenção que tratam diretamente de conteúdos como especialização da atenção e hospitais psiquiátricos. Tais conteúdos reforçam a lógica focal da especialização e setorização da atenção em saúde mental pautada no modelo hospitalocêntrico, afastando-se da lógica territorial e integral da atenção aos usuários da política de saúde mental para álcool e outras drogas.

Assim, enquanto o artigo 5º veda “[...] qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária[...]” (BRASIL, 2017, não paginado), o artigo 9º da mesma Resolução determina a ampliação da “[...] oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2017, não paginado). Portanto, ao passo que veda a ampliação dos serviços de base hospitalares e asilares, a Resolução abre caminhos para a ampliação, expansão, financiamento e qualificação especializada dos leitos hospitalares, indo, assim, em direção contrária à Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e à Portaria GM/MS nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011).

Por mais que seja conhecida a relevância da reserva de alguns leitos para o cuidado em saúde mental, a Resolução nº 32/2017 (BRASIL, 2017) apresenta a ampliação dos recursos para a efetivação de tais leitos como a saída para garantir o cuidado. Nesse ponto verifica-se um retrocesso, pois são preconizadas ações de cunho hospitalar na contramão do reforço e da luta por ações de base territorial, sobretudo de fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossociais – Álcool e Drogas (CAPS AD).

Outros pontos que também podem ser destacados são: o aumento no financiamento para internação hospitalar especializada, conhecida como internação psiquiátrica; o aumento no número de leitos nos Hospitais Gerais, com incentivo às enfermarias com maior número de leitos; e a reestruturação das equipes multiprofissionais mínimas, com o retorno e reforço da lógica ambulatorial contrária à lógica do cuidado no território, marcada pelo acolhimento,

vínculo e responsabilização dos sujeitos acompanhados integralmente pelas equipes da atenção básica, em parceria com os serviços territoriais de Saúde Mental. Isso pode ser analisado a partir da leitura dos incisos do artigo 9º da Resolução nº 32/2017:

- I - estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;
- II - reestruturar a equipe multiprofissional mínima requerida para o funcionamento das enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;
- III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo;
- IV - reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital (BRASIL, 2017, não paginado).

O retorno à lógica hospitalar é ainda reforçado pelo forte incentivo financeiro, por meio do qual será garantido pagamento integral de procedimentos e reajustes de valores de diárias para ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, representando, assim, o retrocesso ao manicômio disfarçado de leitos psiquiátricos. Ao mesmo tempo, o aprofundamento da medicalização pode ser traduzido como o reforço da patologização em saúde mental, com a relevância do trato diagnóstico específico para o tratamento medicamentoso como caminho exclusivo para o cuidado.

Diante disso, é notória a compreensão de um total retrocesso nas bases de ação propostas pela política de saúde mental desde os anos de 1990, pautadas por uma prática cidadã para os usuários dessa política. O cenário que se abre após 2017 aponta para a tendência de legitimar práticas cerceadoras de direito, liberdade e trato humanizado.

O ponto alto da Resolução 32/2017 está no artigo 11º, que trata de “[...] fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério do Trabalho em relação às Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2017, não paginado). A centralidade assumida pelas Comunidades Terapêuticas (CT) no novo marco legal foi identificada pela ABRASME (apud INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA, 2018), ao apontar a existência de um esforço em credenciar as CTs, passando de 4 mil para 20 mil o total de cadastros, tendo nelas o foco para o cuidado e atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

É verdade que desde 2015, com o marco regulatório das CTs, por meio da Resolução nº 01/2015 do CONAD (CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2015), essas foram reconhecidas como instituições de apoio à recuperação de usuários de drogas. Seu surgimento e expansão no Brasil estão associados à ineficiência estatal para lidar com a questão, representando um *braço* para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, em especial diante do fenômeno do crack.

Entretanto, as CTs vêm sendo alvo de estudos, críticas e medidas judiciais desde 2010, devido a denúncias de maus-tratos, abuso religioso e práticas contrárias àquelas propostas pela Política de Redução de Danos (BRASIL, 2005) e pelos CAPS AD. Trata-se, na avaliação do Conselho Federal de Psicologia (CFP) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011), de um

serviço marcado pela prática de *guerra às drogas*, pautado na lógica da abstinência e no culto religioso.

Neste sentido, pode-se arriscar dizer que o método das CTs, antes que subordinado, por princípio, a igrejas ou organizações religiosas, encontra afinidades eletivas com estas, configurando-se num campo em que as igrejas procuram realizar suas “obras” de moralização e transformação de subjetividades (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2017, p.20).

O Conselho Federal de Psicologia, ao se pronunciar sobre “[...] os retrocessos da política sobre drogas no Brasil” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018a), em abril de 2018, aponta que o enaltecimento das CTs auxiliará na ampliação do financiamento dessas instituições e reforçará o sucateamento dos CAPS AD. Como indica estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA),

O modelo de cuidado proposto pelas CTs ancora-se em três pilares – a saber, trabalho, disciplina e espiritualidade –, combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas espirituais. O exercício do trabalho é entendido como terapêutico (laborterapia), consistindo tanto das tarefas de manutenção da própria comunidade, como de atividades produtivas e de geração de renda. As práticas espirituais, por sua vez – levadas a efeito com ou sem o apoio de igrejas e organizações religiosas –, buscam promover a fé dos internos em um ser ou instância superior, vista como recurso indispensável, seja para o apaziguamento das dores e sofrimentos dos indivíduos, seja para o seu enquadramento moral (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2007, p. 8).

Logo, o modelo preconizado pelas CTs assenta-se na religiosidade como campo de cuidado e tratamento para o usuário de drogas, reafirmando um modelo de abstinência violador de direitos na atenção ao sujeito que faz uso e/ou abuso de drogas, sobretudo o crack. Nesse modelo, o que se apresenta é a prática religiosa obrigatória, a religião como o caminho de recuperação e a abstinência como única possibilidade de *cura*. Cabe destacar que em algumas CTs, observa-se o traço comunitário e a rotina de trabalho, mas ambos estão atrelados ao direcionamento religioso e/ou acontecem após os ritos religiosos impostos pela instituição, como é apresentado no Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018b).

Ao incluir as CTs em suas políticas públicas, o Estado brasileiro tão somente institucionaliza as propostas terapêuticas religiosas voltadas para os usuários de drogas na atualidade, mas não problematiza a sua própria atuação como responsável da saúde pública e individualiza o usuário abusivo de crack como “bode expiatório” (AGUIAR, 2014, p. 46).

Assim, estamos diante de um significativo retrocesso no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, agora fortemente norteados pelo retorno a práticas hospitalocêntricas e asilares de base abstêmia, com forte conteúdo moral e religioso. O modelo para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas centrado nas CTs valida um sentido oposto e avesso ao proposto pelos marcos legais aqui citados e que, até 2015, estavam em vigor. Além disso, reafirma o modelo religioso e arbitrário para o trato da questão, desconsiderando e até mesmo violando os direitos desses sujeitos sociais, por meio do reforço da abstinência total e da adoção de práticas religiosas obrigatórias para a condução do cuidado e único caminho de *cura*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão em torno da atenção aos usuários de álcool e outras drogas expressa a própria complexidade da questão, que exige um processo permanente de reflexões e transformações, as quais, a exemplo do preconizado por Amarante (2007) em relação a toda a Reforma Psiquiátrica, ocorrem de forma articulada, seja no campo teórico-conceitual, seja em âmbito técnico-assistencial e jurídico-político e ainda no campo sociocultural.

Mudanças significativas têm sido introduzidas na área, principalmente a partir dos anos 1990. Impulsionadas por um vigoroso movimento social, congregando trabalhadores da saúde, pessoas com transtorno psíquico, seus familiares e entidades de defesa dos direitos humanos e sociais, tais mudanças buscaram desconstruir o modelo manicomial então hegemônico e fortemente marcado por denúncias de desassistência, maus-tratos, violências e violação de direitos.

O reconhecimento do uso indevido do álcool e outras drogas como uma questão de saúde pública e sua incorporação à Política de Saúde Mental, com destaque para a Lei Federal nº 10.216/2001, representam, sem dúvidas, um passo à frente na direção da construção de práticas de cuidado que, diferentemente de uma lógica altamente punitiva e segregadora, buscassem (re)conhecer e considerar as demandas da população atendida bem como sua condição de sujeitos portadores de direitos.

Desde então, assiste-se a um progressivo movimento em direção à subversão da lógica das internações de longa permanência, que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo, e o fortalecimento de uma rede de dispositivos diferenciados em que a atenção ao portador de sofrimento mental está focada em seu território, incorporando ainda ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, cultura e lazer. Dados do próprio Ministério da Saúde demonstram que até 2012 houve redução do número de leitos psiquiátricos no país e diminuição dos gastos hospitalares, ao passo que se ampliou a quantidade de CAPS, com importante incremento financeiro nesses dispositivos e aumento dos gastos extra-hospitalares.

Se esses avanços têm sido sistematicamente ameaçados pelas disputas em torno de projetos antagônicos, as mudanças que vêm sendo operadas nos últimos anos, especialmente com a Resolução nº 32/2017, apontam para graves retrocessos em relação às conquistas até então obtidas. Tais retrocessos vão desde a forma como essas medidas têm sido implantadas, sem um debate com o conjunto dos envolvidos, especialmente os movimentos sociais no campo da saúde mental, até o próprio conteúdo das normativas, marcado por seu caráter vago e até mesmo dúbio.

A Resolução nº 32/2017 abre um flanco para o retorno do modelo hospitalocêntrico, colocando as Comunidades Terapêuticas como solução para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, configurando-se, assim, um terreno fértil para a legitimação da *guerra às drogas*, disseminação de práticas religiosas, violação dos direitos humanos e, conseqüentemente, negligência do cuidado em saúde. Nota-se a tendência de recrudescimento de ações de cunho asilar, pautadas no isolamento dos sujeitos e na imposição de práticas religiosas no cuidado

em saúde mental, além da ampliação de leitos hospitalares. Abandona-se a perspectiva territorial e comunitária em favor do confinamento e afastamento dos diferentes.

Esses são sinais de que está em curso um profundo retrocesso de todo o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual, em seu lema “Por uma sociedade sem manicômios”, expressa a luta pelo fim do modelo hospitalocêntrico, a partir da afirmação da atenção familiar e territorial, através da RAPS. Mais ainda, estão sob ameaça os incipientes avanços no que se refere ao reconhecimento da pessoa com sofrimento psíquico e/ou no usuário de álcool e outras drogas, um sujeito de direitos, assegurando que uma sociedade sem manicômios seja, em verdade, uma sociedade capaz de conviver e abrigar os portadores de sofrimento mental, os diferentes, os divergentes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. L. V. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudos das práticas e eficiências terapêuticas em uma comunidade terapêutica religiosa.** 2014. 159f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 3 ago. 2016.

ANDRADE, T. M. Redução de Danos: um novo paradigma? In: UNIÃO EUROPEIA; BRASIL. Ministério da Saúde. **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas.** Paris: Editions Scientifiques ACODESS, jan. 2002. p. 83-86.

ASSIS, J. T.; BARREIRO, C. A. (Org.). Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

BOWEN, G. A. Document analysis as a qualitative research method. **Qualitative research journal**, Yorkshire, v. 9, n. 2, p. 27-40, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília (DF), 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 28 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT/SUS nº 32, de 14 de dezembro de 2017. E estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 22 dez. 2017. Seção 1, p. 239. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília (DF), 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 28 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF), 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028, de 01 de julho de 2005. Determina as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência**. Brasília (DF), 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios...** Brasília (DF), 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html>. Acesso em: 28 jul. 2017.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, IES, São Paulo, v. 6, p. 115-128, 2002. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf>. Acesso em: 2 out. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). **Resolução CONAD nº 01, de 09 de Março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD, Plano Nacional Sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4345, de 26 de agosto de 2002**. Brasília (DF), 2018.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). Resolução CONAD nº 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 28 ago. 2015. Seção 1, p. 51. Disponível em:

<<https://www.mpes.mp.br/Arquivos/Anexos/3c19c212-6923-46cd-b23f-9e07267ea289.PDF>>. Acesso em: 2 out. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília (DF), 2018b. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Os retrocessos da Política de Drogas no Brasil**. Nota Sistema Conselhos de Psicologia sobre recentes ações do Conad. Brasília (DF), 2018a. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/os-retrocessos-da-politica-de-drogas-no-brasil/>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília (DF), 2011. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

FIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005.

FREEMAN, R.; MAYBIN, J. Documents, practices and policy. **Evidence & policy: a Journal of Research, Debate and Practice**, Bristol, v. 7, n. 2, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas**. Brasília (DF), 2017. (Nota Técnica, n. 21). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

INSTITUTO SAÚDE COLETIVA. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **Boletim Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017)** ano 4 edição nº 15, janeiro/fevereiro 2018. Disponível em: <<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>>. Acesso em: 16 set. 2018.

LIMA, R. C. C. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil Estados Unidos e os organismos internacionais**. 2009. 365f. Tese (Doutorado em Serviço Social)–Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

OLMO, R. D. **A face oculta das drogas**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1990.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2017.

QUINDERE, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, jan./mar.2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100253&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 3 out. 2017.

SIQUEIRA, M. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 20, n. 01, p. 15-16, jan./fev. 2004. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2004.v20n1/15-16/>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 3, n. 2, p.01-18, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762007000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 7 jul. 2017.

Juliana Desiderio Lobo PRUDENCIO Participou da concepção, delineamento e elaboração do artigo. Graduação em Serviço Social. Mestrado em Política Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro/ Niterói, em doutoramento pelo Programa de Pós Graduação em Política Social da UFF-Niterói. Bolsista CAPES- DS.

Mônica de Castro Maia SENNA Participou do delineamento, redação e revisão crítica do artigo. Graduação em Serviço Social. Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro. Docente do Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense, Pesquisadora CNPq.
