

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL – FSSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PPGSS

HELINE CAROLINE ELOI MOURA

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA SOBRE DROGAS NOS ANOS
DE 2001 A 2023: violações e garantias de direitos a partir da realidade alagoana**

MACEIÓ-AL

2024

HELINE CAROLINE ELOI MOURA

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA SOBRE DROGAS NOS ANOS
DE 2001 A 2023: violações e garantias de direitos a partir da realidade alagoana**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas como um dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social, Trabalho e Direitos Sociais. Linha de pesquisa: Questão Social, Direitos Sociais e Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Lúcia Prêdes Trindade

MACEIÓ-AL

2024

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

M929p Moura, Heline Caroline Eloi.
A política de saúde mental e a política sobre drogas nos anos de 2001 a 2023 : violações e garantias de direitos a partir da realidade alagoana / Heline Caroline Eloi Moura. – 2024.
[256] f. : il.

Orientadora: Rosa Lúcia Prêdes Trindade.
Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 224-233.
Apêndices: f. 234-[256].

1. Política de saúde mental. 2. Política sobre drogas. 3. Garantia de direitos - Alagoas. 4. Atualidade. I. Título.

CDU: 343.211.4:613.86

FOLHA DE APROVAÇÃO

HELINE CAROLINE ELOI MOURA

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA SOBRE DROGAS NOS ANOS DE 2001 A 2023: VIOLAÇÕES E GARANTIAS DE DIREITOS A PARTIR DA REALIDADE ALAGOANA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas como um dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social, Trabalho e Direitos Sociais. Linha de pesquisa: Questão Social, Direitos Sociais e Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Lúcia Prêdes Trindade

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 ROSA LUCIA PREDES TRINDADE
Data: 04/03/2024 15:51:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Rosa Lúcia Prêdes Trindade
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UFAL (Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 SUELI MARIA DO NASCIMENTO
Data: 04/03/2024 16:33:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Sueli Maria do Nascimento
Universidade Federal de Alagoas campus Arapiraca – Unidade Educacional Palmeira dos Índios

Documento assinado digitalmente
 SILVANA MARCIA DE ANDRADE MEDEIROS
Data: 05/03/2024 13:14:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Profa. Dra. Silvana Márcia de Andrade Medeiros
Universidade Federal de Alagoas campus Arapiraca – Unidade Educacional Palmeira dos Índios

Documento assinado digitalmente
 MARIA VALERIA COSTA CORREIA
Data: 04/03/2024 20:21:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Maria Valeria Costa Correia
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UFAL

Documento assinado digitalmente
 ELVIRA SIMOES BARRETTO
Data: 04/03/2024 16:21:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Elvira Simões Barretto
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UFAL

*Ao meu querido tio, Deniz Eloi (in memoriam). Que
vivenciou a experiência de um manicômio de Maceió.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, autor da minha fé, Senhor da minha história. Agradeço por ser minha fortaleza, socorro bem presente em momentos adversos. Sou grata pela paz, ânimo e saúde concedidos a mim, de maneira inenarrável, quando eu mais precisei.

Aos meus pais, Roberto e Cícera, irmãos Felipe e Helloyne, Luiz, meu noivo e minha sobrinha Maria Júlia. Eles formam a minha rede de apoio e eu os amo de maneira incondicional. Grata a Deus pela vida de cada um e pelas memórias afetivas que construímos cotidianamente.

A professora Rosa Prêdes pelas orientações e direcionamentos que me foram dadas durante a construção desta tese. Pela forma humanizada com que me ajudou nos momentos mais difíceis para a produção do conhecimento durante o período do doutorado.

Agradeço a todas as pessoas que me ajudaram de forma direta ou indireta para que eu tivesse o melhor tratamento de saúde na área da neurocirurgia, alcançando de forma exitosa a cura de um *schwannoma vestibular*. Meu eterno agradecimento.

As professoras que compuseram a banca de qualificação e defesa final, Valéria Correia, Sueli Nascimento, Elvira Simões e Silvana Medeiros, pelas contribuições para o aprimoramento desta tese.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, por contribuir com as reflexões possibilitadas no processo formativo e de construção desta tese.

*"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só
assim é possível mudar a realidade".*

(Nise da Silveira)

RESUMO

A presente tese de doutorado, intitulada *A Política de Saúde Mental e a Política sobre Drogas nos anos de 2001 a 2023: violações e garantias de direitos a partir da realidade alagoana*, resulta de uma pesquisa que teve como objetivo principal investigar teórico-metodologicamente uma questão central que perpassa as formas de regulação do Estado nas questões relativas ao adoecimento mental e ao uso abusivo de drogas pela via dos direitos, enfatizando as particularidades do cenário alagoano. Os objetivos específicos incluíram: promover uma reflexão histórica e teórica sobre o uso de drogas, o adoecimento mental, a institucionalização no decurso das relações sociais capitalistas e a interlocução com a construção histórica e teórica dos direitos; analisar as tendências do processo histórico das internações psiquiátricas no cenário brasileiro e alagoano, considerando o processo de desinstitucionalização para pessoas com transtornos mentais e pessoas em uso abusivo de drogas; identificar os serviços de atenção em saúde mental e de acolhimento a usuários de drogas em Alagoas, observando que modo os serviços são propiciadores ou violadores de direitos; demonstrar, por meio dos dados empíricos, como gestores e profissionais, operadores da política de saúde mental e da política de drogas em Alagoas, viabilizam o direito à saúde mental. Por meio da pesquisa documental, bibliográfica e de campo, foi possível desenvolver um estudo exploratório sobre a oferta de serviços de saúde mental, álcool e outras drogas e sua relação com a garantia de direitos. A pesquisa de campo foi realizada no período de 2021-2023 em um CAPS AD III, uma Comunidade Terapêutica Acolhedora (CTA) de Alagoas, além da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, da Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas e do Centro de Acolhimento. Foram sujeitos participantes da pesquisa: 04 gestores, 03 assistentes sociais, 02 médicos psiquiatras e 03 psicólogos. Por meio da entrevista individual, semiestruturada, pudemos nos aproximar dos dados empíricos da realidade e promover reflexões teórico-críticas que foram condensadas nesta tese. O estudo empreendido nos levou a constatar e defender a tese de que as expressões da questão social no cenário brasileiro, conformam a unidade dialética que une adoecimento mental e pessoas em uso abusivo de drogas, especialmente dos sujeitos das camadas mais vulnerabilizadas, que são alvo da política pública. De modo que a doença mental não se reduz à condição patológica, outros complexos sociais no capitalismo integram as demandas sociais que se atrelam ao adoecimento mental, o uso abusivo de drogas e que motivam os indivíduos a acessarem os serviços institucionalizados. Por outro lado, o Estado tem conformado suas respostas pelo viés da institucionalização, segregação e do proibicionismo do uso de drogas, intervindo de forma superficial nas demandas dos usuários de saúde mental, álcool e outras drogas, dialogando de forma escassa com a perspectiva dos direitos. No estado de Alagoas, as relações institucionalizadas na área álcool e drogas foram potencializadas pelas suas particularidades socioeconômicas, políticas e culturais que favorecem o terceiro setor filantrópico e privado, se consolidando e fortalecendo formas conservadoras para o tratamento da problemática. Identificamos ainda que a contemporaneidade reproduz marcas do passado, com regulações sociais pautadas em ideologias religiosas para o tratamento de questões fisiopatológicas. Pretende-se com essa tese contribuir com o debate que perpassa as formas recentes de atenção psicossocial, situando na totalidade social que envolve a problemática.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Política sobre Drogas. Direitos. Atualidade. Alagoas.

ABSTRACT

This doctoral thesis, entitled Mental Health Policy and Drug Policy in the years 2001 to 2023: dissemination and guarantees of rights based on the reality of Alagoas, is the result of research whose main objective was to theoretically-methodologically investigate an issue that permeates the forms of State regulation on issues relating to mental illness and drug abuse through rights, emphasizing the particularities of the Alagoas scenario. The specific objectives included: promoting historical and theoretical reflection on drug use, mental illness and institutionalization in the course of capitalist social relations and dialogue with the historical and theoretical construction of rights; analyze trends in the historical process of psychiatric hospitalizations in the Brazilian and Alagoas scenario, considering the deinstitutionalization process for people with mental disorders and people who abuse drugs; identify mental health care and reception services for drug users in Alagoas, observing how the services facilitate or violate rights; demonstrate, through empirical data, how managers and professionals operating mental health policy and drug policy in Alagoas enable the right to mental health. Through documentary, bibliographic and field research, it was possible to develop an exploratory study on the provision of mental health services, alcohol and other drugs and their relationship with the guarantee of rights. The field research was carried out in the period (2021-2023) in a CAPS AD III, a Cozy Therapeutic Community (CTA) in Alagoas, in addition to the Maceió Municipal Health Department, the Alagoas State Health Department and the Health Center. Reception. The research participants were: 04 managers, 03 social workers, 02 psychiatrists and 03 psychologists. Through individual, semi-structured interviews, we were able to get closer to the empirical data of reality and promote theoretical-critical reflections that were condensed in this thesis. The study undertaken led us to verify and defend the thesis that the expressions of the social issue in the Brazilian scenario, form the dialectical unity that unites mental illness and people abusing drugs, especially those from the most vulnerable classes, who are political targets. public. Therefore, mental illness cannot be reduced to a pathological condition, other social complexes in capitalism integrate social demands that are linked to mental illness, drug abuse and that motivate individuals to access institutionalized services. On the other hand, the State has shaped its responses through the bias of institutionalization, segregation and prohibition of drug use, intervening superficially in the demands of users of mental health, alcohol and other drugs, scarcely dialoguing with the perspective of rights. In the State of Alagoas, institutionalized relations in the area of alcohol and drugs were enhanced by their socioeconomic, political and cultural particularities that favor the philanthropic and private third sector, consolidating and strengthening conservative ways of dealing with the problem. We also identified that contemporary times reproduce marks of the past, with social regulations based on religious ideologies for the treatment of pathophysiological issues. This thesis is intended to contribute to the debate that permeates recent forms of psychosocial care, situating the problem in the social totality that surrounds it.

Keywords: Mental Health Policy. Drug Policy. Rights. Present. Alagoas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 01 – Levantamento de Teses e Dissertações (2000-2020) no Catálogo de Teses e Dissertações da Capes.....	33
Figura 02 – Distribuição territorial dos CAPS I, II e CAPS AD em 2002.....	113
Figura 03 – Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.....	125
Figura 04 – Resolução n.º 32 de 2017 nova composição da Rede de Atenção Psicossocial.....	133
Figura 05 – Fluxograma da Política de Saúde Mental e da Política sobre Drogas em Alagoas.....	147
Figura 06 – Indicadores da pesquisa / gestão.....	149
Figura 07 – Regiões de Saúde do Estado de Alagoas / Serviços da RAPS em funcionamento.....	154

QUADROS

Quadro 01 – Participantes da pesquisa de campo.....	29
Quadro 02 – Teses publicadas entre 2000-2020 utilizadas para leitura.....	35
Quadro 03 – Evolução jurídica da assistência psiquiátrica no Brasil.....	84
Quadro 04 – Redução de leitos em hospitais psiquiátricos (1996-2002).....	115
Quadro 05 – Distribuição de SRT por regiões e estados do Brasil em 2022.....	117
Quadro 06 – Número de UAA e UAI no território brasileiro em 2022.....	132
Quadro 07 – Evolução dos CAPS por tipo de serviço.....	139
Quadro 08 – Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental – 2022.....	141
Quadro 09 – Evolução dos CAPS em Alagoas.....	152
Quadro 10 – Distribuição de CAPS tipo I em Alagoas.....	155
Quadro 11 – Proposta de ampliação CAPS Infanto-Juvenil.....	157
Quadro 12 – Distribuição de CAPS II em Alagoas – 2022.....	158
Quadro 13 – Distribuição de CAPSAD em Alagoas.....	159

Quadro 14 –	Proposta de ampliação de CAPSAD III.....	160
Quadro 15 –	Total de CAPS em Alagoas habilitados em 2022.....	161
Quadro 16 –	Proposta de ampliação de UAA e UAI em Alagoas.....	163
Quadro 17 –	Distribuição dos leitos em Hospitais Gerais em Alagoas – 2022.....	164
Quadro 18 –	Ampliação de leitos em Hospitais Gerais.....	165
Quadro 19 –	Atenção Primária em Maceió – 2022.....	168
Quadro 20 –	Leitos em Hospitais Psiquiátricos de Alagoas – 2022.....	174
Quadro 21 –	Comunidades Terapêuticas Acolhedoras em Alagoas – 2022.....	179
Quadro 22 –	Clínicas Involuntárias conveniadas a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió – 2023.....	185

GRÁFICOS

Gráfico 01 –	Quantitativo de Teses publicadas nas plataformas digitais dos Programas de Pós-Graduação entre 2000-2019.....	34
Gráfico 02 –	Quantitativo de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Tipo I e II no período de 2013-2022.....	116
Gráfico 03 –	Beneficiários do Programa <i>De Volta Para Casa</i> (2003-2022).....	118
Gráfico 04 –	Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais.....	128
Gráfico 05 –	Ampliação das UAA e UAI no período de 2012-2022.....	131
Gráfico 06 –	Leitos do SUS em Hospital Dia – 2022.....	135
Gráfico 07 –	Evolução dos CAPS no período de 2002-2022.....	138
Gráfico 08 –	Equipes de Consultório na Rua – 2022.....	142

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACOLHE	Centro de Acolhimento
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAT	Comissão de Avaliação e Tratamento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CISM	Comissão Intersectorial de Saúde Mental
CTs	Comunidades Terapêuticas
CTA	Comunidade Terapêutica Acolhedora
DUHD	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECR	Equipe de Consultório na Rua
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSSO	Faculdade de Serviço Social
GAP	Gerência de Atenção Psicossocial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JHC	João Henrique Caldas
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
ONU	Organização das Nações Unidas
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PL	Projeto de Lei
PL	Partido Liberal
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PPG	Programa de Pós-Graduação
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

PT	Partido dos Trabalhadores
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SEPREV	Secretaria de Estado de Prevenção à Violência
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
SMCA	Saúde Mental da Criança e do Adolescente
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Maceió
SUAP	Supervisão de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade de Acolhimento
UAA	Unidade de Acolhimento para Adulto
UAI	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Metodologia da pesquisa.....	25
1.2 Estado da arte da pesquisa.....	32
2 FUNDAMENTOS HISTÓRICO-TEÓRICOS-CULTURAIS ACERCA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES DO ESTADO SOBRE O USO DE DROGAS E SOBRE A LOUCURA.....	44
2.1 Drogas e loucura nas sociedades pré-capitalistas.....	46
2.2 Institucionalização manicomial e criminalização das drogas no contexto da regulação de direitos pelo Estado na modernidade.....	57
2.3 A construção de uma perspectiva pela garantia de direitos para pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de substâncias psicoativas.....	90
3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL E OS DESAFIOS PARA AFIRMAÇÃO DE DIREITOS NA REALIDADE ALAGOANA (2001-2023).....	106
3.1 A Política Nacional de Saúde Mental e a Política sobre Drogas no Brasil entre os anos de 2001-2023.....	107
3.2 A constituição da Política de Saúde Mental e da Política sobre Drogas na realidade alagoana (2001-2023).....	145
3.2.1 A Rede de Atenção Psicossocial em Alagoas e os desafios para a consolidação da reforma psiquiátrica.....	149
3.2.2 A rede privada e filantrópica para usuários de drogas em Alagoas: as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras e as Clínicas Involuntárias.....	177
4 OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS EM ALAGOAS E A GARANTIA DE DIREITOS: UMA ARTICULAÇÃO POSSÍVEL?.....	190
4.1 Direito à saúde e à saúde mental: direito de todos e dever do Estado.....	191
4.2 Garantia de direitos na perspectiva da liberdade de ir e vir, expressão, orientação sexual, opinião e crença.....	204
4.3 O direito ao tratamento de saúde para o uso abusivo de drogas: abstinência x redução de danos.....	212
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	220
REFERÊNCIAS.....	224
APÊNDICES.....	234

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com a gestão da Supervisão de Atenção Psicossocial (SESAU).....	234
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com a gestão da Gerência de Atenção Psicossocial (SMS).....	235
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com a gestão do Centro de Acolhimento (SEPREV).....	236
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com o profissional Psicólogo do Centro de Acolhimento.....	237
APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com o profissional Assistente Social do Centro de Acolhimento.....	238
APÊNDICE F – Roteiro de entrevista com o profissional Médico Psiquiatra do Centro de Acolhimento.....	239
APÊNDICE G – Roteiro de entrevista com o profissional médico psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas	240
APÊNDICE H – Roteiro de entrevista com o profissional Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.....	241
APÊNDICE I – Roteiro de entrevista com o profissional Psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.....	242
APÊNDICE J – Roteiro de entrevista com a gestão da Comunidade Terapêutica Acolhedora (CTA)	243
APÊNDICE K – Roteiro de entrevista com o profissional Psicólogo da Comunidade Terapêutica Acolhedora (CTA)	244
APÊNDICE L – Roteiro de entrevista com o profissional Assistente Social da Comunidade Terapêutica Acolhedora (CTA).....	245
APÊNDICE M – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	246
APÊNDICE N - Termo de Retirada do Consentimento.....	249
APENDICE J – Parecer Consubstanciado do CEP.....	250

SEÇÃO I

INTRODUÇÃO

A tese de doutorado que ora se apresenta, intitulada *A Política de Saúde Mental e a Política sobre Drogas nos anos de 2001 a 2023: violações e garantias de direitos a partir da realidade alagoana*, foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (PPGSS-UFAL), associada à linha de pesquisa *Questão Social, Direitos Sociais e Serviço Social*. A produção desta tese é também resultado do vínculo com a linha de pesquisa *Saúde Mental e Sociedade* do grupo de pesquisa *Serviço Social, Trabalho, Profissão e Políticas Sociais* do PPGSS-UFAL.

A aproximação com o objeto de pesquisa advém da minha trajetória acadêmica e teve seu início nos primeiros períodos da graduação na Faculdade de Serviço Social (FSSO-UFAL). Inicialmente pude participar das discussões do *Fórum em Defesa do SUS e Contra as Privatizações*, o que me possibilitou refletir sobre a tendência nacional e local das privatizações e terceirizações na política de saúde e a importância dos movimentos sociais na defesa dos direitos à saúde pública e de qualidade. Em seguida, minha inserção como aluna bolsista de extensão no *Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde): Saúde Mental, Crack e outras Drogas*, no período de 2011-2012, coordenado pela Escola de Enfermagem da UFAL, inseriu-me no debate acerca da política de saúde mental, álcool e outras drogas, seus desafios e as possibilidades do trabalho multiprofissional.

Durante a formação acadêmica de graduação, fui bolsista de Iniciação Científica no *Núcleo de Pesquisa e Extensão em Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais*, vinculada à linha *Saúde Mental e Sociedade*. No período de agosto de 2012 a julho de 2013, pude contribuir com o projeto de pesquisa: *Expansão e precarização do mercado de trabalho do assistente social e da formação profissional na atualidade e as repercussões para a condição profissional do Serviço Social*. Nesse projeto, o plano de trabalho desenvolvido teve como tema: *Atribuições dos assistentes sociais e condições de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial na política de saúde mental em Maceió*, desenvolvido sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Rosa Lúcia Prêdes Trindade.

Ainda no período de graduação, realizei a disciplina de Estágio Supervisionado obrigatório em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Maceió, no ano de 2012, quando

pude acompanhar a rotina do serviço e o exercício do trabalho profissional do Serviço Social na Saúde Mental, reconhecendo os limites e as possibilidades da profissão comprometida com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e os obstáculos impostos pela precarização da própria política.

As experiências acadêmicas me motivaram a aprofundar os conhecimentos sobre a *Inserção do Serviço Social na Rede de Atenção Psicossocial em Maceió-AL* no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), orientado pela Prof.^a Dr.^a Rosa Prêdes, e apresentado à Faculdade de Serviço Social (FSSO-UFAL) em 2014. Ao finalizar a pesquisa do TCC, alguns questionamentos ficaram em aberto, especialmente sobre a consolidação, em Maceió, de uma rede pública de saúde mental e uma rede privada, paralela, financiada com recursos públicos.

A identificação dessas duas redes de saúde mental, álcool e outras drogas (pública e privada) me levou a investigar no Mestrado em Serviço Social o quanto de recursos públicos estava sendo empregado em ambas as redes no município de Maceió. A pesquisa, realizada no período de 2014-2016, foi apresentada na dissertação *A relação entre público e privado na Política de Saúde Mental em Maceió-AL no contexto da Reforma Psiquiátrica*, apresentada ao PPGSS-UFAL, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Rosa Prêdes. À época, constatamos um expressivo investimento na rede privada e um baixo investimento na rede pública, que subsistia de maneira frágil em meio à precarização dos serviços existentes.

A pesquisa ao nível de mestrado apontou outras questões sobre a rede pública e privada ofertadas em Alagoas, especialmente no que concerne na oferta desses serviços que são direcionados a dois perfis de usuários: pessoas com transtornos mentais e pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas. Os resultados da pesquisa do mestrado, que demonstraram um expressivo investimento na rede privada e uma carência de recursos na rede pública, também nos indicaram a necessidade de investigar em que medida os serviços de saúde mental ofertados em Alagoas (público e privado que recebe recursos públicos) têm sido propiciadores ou violadores de direitos. Foi diante dessas constatações e necessidades de investigação no meio acadêmico-científico, que nos propusemos a desenvolver a presente pesquisa em nível de Doutorado, trazendo a realidade alagoana para o centro do debate da política de saúde mental e de álcool e drogas e suas formas contemporâneas de serviços que perpassam em modelos tradicionais e renovados de assistência em saúde mental.

A contemporaneidade tem sido marcada pela agudização da questão social em decorrência da crise estrutural do capital que, desde a década de 1970, trouxe um aumento do desemprego, miséria, precarização das políticas públicas e o aumento de pessoas em situação de extrema pobreza. (Santos, 2012). Essas questões que adentram as relações sociais capitalistas

são reprodutoras de adoecimento mental e também do uso problemático de substâncias psicoativas, de modo que, à medida que se tem uma acentuação da questão social, tem-se também o Estado sendo pressionado a regular a problemática por meio de estratégias que minimizem os riscos sociais.

Netto (2011) ao fazer uma análise das formas de regulação do Estado no capitalismo monopolista de intervenção nas expressões da questão social, afirmou que há uma tendência de *psicologizar* a vida social, isto leva a uma apreensão da problemática da “questão social” como algo exterior à sociedade burguesa, transferindo a responsabilidade desses problemas para os dilemas mentais, morais e individuais. Nessa perspectiva, a solução para tais questões é concebida através de uma “reorganização espiritual”, resultando na transformação de problemas sociais em patologias sociais. Encontramos nas reflexões realizadas por Netto (2011, p. 42) subsídios para refletir sobre os serviços contemporâneos de saúde mental, álcool e drogas quando pondera:

“[...] a psicologização das relações sociais realiza, no plano do indivíduo a contrapartida da redefinição que a ordem monopólica instaura entre o “público” e o “privado” – e não só ao reduzir o “privado” às dimensões e realidades psíquicas, “íntimas”, do indivíduo. Do ponto de vista do sujeito, que a si mesmo se toma enquanto mônada, a psicologização compensa o espaço de realização autônoma que lhe foi subtraído pela extensão da lógica monopólica: demandando o atendimento dos “serviços” que, incidindo sobre a sua “personalidade” (ajustando-a, integrando-a etc.), as instituições sociais lhe oferecem (de fato ou como possibilidade), o indivíduo obtém um sucedâneo de inserção social que parece propiciar-lhe um liame societário.

Netto (2011, p. 42) ainda reflete:

Se assim é, o potencial legitimador da ordem monopólica contido na psicologização ultrapassa de longe a imputação ao indivíduo da responsabilidade de seu destino social; bem mais que esse feito, por si só relevante, implica um tipo novo de relacionamento “personalizado” entre ele e instituições próprias da ordem monopólica que, se não se mostram aptas para solucionar as refrações da “questão social” que afetam, são suficientemente lábeis para entrelaçar, nos “serviços” que oferecem e executam, desde a indução comportamental até os conteúdos econômico-sociais mais salientes da ordem monopólica – num exercício que se constitui em verdadeira “pedagogia” psicossocial, voltada para sincronizar as impulsões individuais e os papéis sociais propiciados aos protagonistas.

Verifica-se que a análise realizada por Netto (2011) sobre as formas de regulação social no capitalismo monopolista, bem como o papel social que as instituições (ou serviços) exercem sobre os indivíduos no sentido de moldá-los e adequá-los à ordem hegemônica pela via de reorganização comportamental, possuem intrínseca relação com os serviços oferecidos na atualidade de saúde mental, álcool e outras drogas. O discurso conservador predominante na

atualidade reforça a ideia de responsabilização do indivíduo pela sua condição social, adoecimento ou dependência química. Reforça-se a ideia de que as mudanças comportamentais são suficientes para sanar e transformar a realidade dos indivíduos dependentes químicos adoecidos mentalmente. Sendo este um discurso compatível com a racionalidade burguesa.

Vasconcelos (2010, p. 29) ao fazer uma análise de conjuntura do Brasil contemporâneo, apontou para a necessidade de se apreender os programas de saúde mental com ênfase para os serviços voltados à dependência química:

Principalmente nas grandes cidades, o quadro econômico e social é marcado por um aumento significativo das taxas de desemprego, desfiliação social, miséria e os sinais da má qualidade de vida e de violência social, gerando aumento na incidência de estresses, ansiedades, fobias sociais, quadros de dependência química etc., e, conseqüentemente, aumentando a demanda e os desafios colocados para os programas de saúde mental. Nos últimos anos, a pressão tem se dado especialmente no campo dos serviços para dependentes químicos e moradores de rua.

Consideramos essa constatação um ponto de partida para adentrar na discussão das formas contemporâneas de regulação pelo Estado nas políticas de saúde mental e de álcool e drogas, tendo o direito como mediação da análise. A complexidade dessas relações, isto é, a questão social, a oferta de serviços e a garantia de direitos, se põe como necessárias considerando as nuances da contemporaneidade e as particularidades regionais e locais. Os aspectos multifacetados que daí decorrem permeiam a realidade dos serviços, o papel e tendências políticas da gestão, o exercício das profissões e em como os indivíduos têm acessado aos serviços.

Behring e Boschetti (2011) já nos alertavam que as políticas sociais no Brasil contemporâneo caminham entre a inovação e o conservadorismo, isto porque, as condições internas da economia brasileira e suas relações com as agências internacionais vão ser desfavoráveis a plena efetivação das políticas sociais, e, conseqüentemente, para a garantia de direitos. Nas palavras das autoras, “os anos de 1990 até os dias de hoje têm sido de contrarreforma do Estado e de obstaculização (sic) e/ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência”. (Behring; Boschetti, 2011, p. 147).

Bravo (2009) assinalou que as tendências neoliberais no pós-Constituição de 1988 repercutiram negativamente na implementação da política de saúde, de modo que o Projeto de Reforma Sanitária foi perdendo importantes espaços para o projeto voltado para o mercado com o predomínio de valores individualistas que segmenta a sociedade e transmite a falsa ideia de que o Sistema Único de Saúde (SUS) é voltado para os pobres. Além disso, a autora considera

que o desafio da conjuntura atual é superar as profundas desigualdades sociais, que desde os dois primeiros mandatos do governo Lula já se apresentavam com dados alarmantes.

A análise institucional realizada por Bisneto (2007, p. 65) acerca dos serviços de saúde mental e sua funcionalidade considerou que “as instituições não são meras formas organizativas e operacionais da sociedade, são também aparelhos econômicos, políticos ou ideológicos, que podem conduzir à exploração, à dominação e à mistificação”. De modo que, as instituições corroboram potencialmente com a alienação dos sujeitos, sejam gestores, profissionais ou usuários, e favorecem a lógica do capital e a razão burguesa.

Historicamente, pessoas com transtornos mentais e em uso abusivo de drogas foram alvo de ações institucionalizadas marcadas pela segregação e repressão adotadas pelo Estado. Tal fato leva-nos a considerar que existe uma unidade dialética que interliga e aproxima esses sujeitos, e a pesquisa aqui apresentada vislumbra encontrar estas conexões na realidade contemporânea, quando a intervenção do Estado é mediada por duas políticas que se articulam. Identificamos que a correlação entre o uso de drogas e o adoecimento mental, se dá especialmente pelo uso abusivo que causa a dependência, levando a uma maior incidência do adoecimento mental na população usuária, de modo que, a questão das drogas também se tornou um problema de saúde pública. Historicamente, o uso abusivo dessas substâncias também perpassa por interferências externas de ordem social, e, as formas de intervenções na problemática das drogas têm uma íntima relação com a história da institucionalização da loucura e do pauperismo.

As formas de institucionalização da pessoa com transtorno mental nos modelos da psiquiatria tradicional (hospital psiquiátrico, manicômio, asilos e outros) e renovados (serviços substitutivos componentes da Rede de Atenção Psicossocial) possuem um elemento basilar que é a efetivação (ou a violação) dos direitos humanos nas formas de atenção oferecidas pelas instituições. O processo de reforma psiquiátrica iniciado na década de 1980, no Brasil, possibilitou, ainda que de maneira lenta e gradual, a construção de novas visões sobre o chamado adoecimento mental, bem como sobre os problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas. No Brasil, direitos foram legitimados com a Lei 10.216 de 2001, reiterando o respeito à dignidade humana das pessoas com transtorno mental. A Lei foi inspirada na Constituição Cidadã de 1988 (especialmente no Título II, que trata *Dos Direitos e Garantias Fundamentais*) e na Declaração dos Direitos Humanos, que prevê que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. (Brasil, 1988).

No âmbito legal, a aprovação da legislação aparece no decurso da história de forma tardia e após uma longa trajetória de mortes, maus tratos e condições insalubres presentes no modelo manicomial. A regulação do Estado no cenário brasileiro se põe de modo atrasado, especialmente porque a crítica ao modelo asilar e segregador, nos países do continente europeu, já estava presente desde a década de 1960, com a consagração da Declaração dos Direitos Humanos, de 1948. No Brasil, desde o final da década de 1970, trabalhadores vinculados à saúde mental já denunciavam as precárias situações dos hospitais psiquiátricos.

Por sua vez, a construção da Política sobre Drogas no Brasil, que caminhou em paralelo às legislações da saúde mental, foi marcada por tendências do proibicionismo e da repressão ao uso de drogas, destoando da perspectiva dos direitos sociais, humanos e da liberdade de ir e vir. As legislações que paulatinamente se organizaram no contexto brasileiro, de forma tardia, trouxeram perspectivas diferentes à lógica proibicionista, como a redução de danos. Desde o início, as práticas de redução de danos sofreram preconceitos e só foram incorporadas nas legislações brasileiras a partir de 2003, com a Política do *Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, essa política integrou velhas e novas práticas para o tratamento da dependência química. Instituições como hospitais psiquiátricos, Comunidades Terapêuticas e serviços de saúde mental foram previstos nas Leis que regulamentaram a política de drogas no Brasil.

A reforma psiquiátrica no Brasil, a partir da aprovação da Lei n. 10.216 de 2001, possibilitou a ampliação de instituições, políticas e programas sociais que foram se legitimando, de modo a reorganizar as formas de assistência em saúde mental, numa perspectiva mais humanizada e democrática. Ainda assim, há que se considerar que os avanços obtidos desde o processo de reforma psiquiátrica brasileira, têm encontrado dificuldades para sua plena efetivação. Os entraves já estavam presentes desde os primeiros anos de reforma psiquiátrica. Em 2007, Bisneto já considerava que “[...] o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reveses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de Saúde Mental”. (Bisneto, 2007, p. 42). Isso nos indica que o movimento social de luta e resistência ao manicômio no Brasil já dura anos.

Além disso, a nível nacional e local, a parceria do Estado com o setor privado lucrativo e com instituições reconhecidas legalmente como filantrópicas, tem levado a internação de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas que não conseguem ser inseridos nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). As Comunidades Terapêuticas Acolhedoras

(CTA)¹, pertencentes ao setor privado e filantrópico, têm protagonizado importantes espaços e captado fundo público para o acolhimento de usuários em situação de uso abusivo de drogas. Outro formato que tem se difundido na realidade de Maceió são as Clínicas Involuntárias, também pertencentes ao setor privado e filantrópico.

Em trabalho anterior (Moura, 2016), pude demonstrar que a relação entre público e privado é anterior à política de saúde mental, pois desde o período de ditadura militar essa parceria já representava graves problemas de se utilizar o adoecimento mental como fonte de lucro. Na cena contemporânea, essa articulação tem sido cada vez mais estimulada pelos governos neoliberais, por meio do incentivo à ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos privados, instituições filantrópicas e por empresas terceirizadas que são contratadas para gerir serviços de saúde. No caso mais específico de Alagoas, partimos do pressuposto de que o longo período de baixo investimento da rede pública de saúde mental trouxe possibilidades de crescimento da rede privada e filantrópica com incentivo do dinheiro público, protagonizadas por CTAs e Clínicas Involuntárias. De modo que, donos de CTAs e Clínicas Involuntárias encontraram, na não implantação e ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) III e na alta demanda por tratamento da dependência química em Alagoas, uma brecha para empreender na área de álcool e drogas.

O contexto ocasionado pela pandemia da Covid-19, anunciada no início do ano de 2020 – período em que se inscreve esta tese – também repercutiu na qualidade de vida e de saúde mental da humanidade. No cenário brasileiro, uma busca significativa por serviços de saúde e saúde mental se processou em decorrência dos impactos do contexto pandêmico. Essa busca, ao mesmo tempo que demonstrou a importância e potencialidades do nosso Sistema Único de Saúde, explicitaram as lacunas e as fragilidades do sistema na cena contemporânea.

Consideramos que ao passo em que crescem os problemas sociais, como consequência das contradições imanentes da sociabilidade capitalista, cresce também, de forma exponencial, a quantidade de pessoas em sofrimento psíquico, o intenso consumo de drogas lícitas e ilícitas, e os problemas associados ao seu uso abusivo. De modo que a política pública de saúde mental e de álcool e outras drogas tem sido acessada majoritariamente pela classe vulnerabilizada, que sente de forma mais expressiva os efeitos das contradições imanentes entre capital e trabalho.

¹ É importante situar que a nomenclatura dessa instituição mudou ao longo dos últimos anos, ora sendo denominada de Comunidade Terapêutica, ora Comunidade Acolhedora. Contudo, a Lei n. 13.840/2019 definiu como “Comunidade Terapêutica Acolhedora” as instituições que prestam serviço de acolhimento em ambiente residencial para pessoas que usam drogas. Considerando isso, nesse trabalho utilizaremos a denominação “Comunidade Terapêutica Acolhedora” ou a abreviação CTA.

De acordo com dados do DATASUS, no ano de 2021 foram registrados 6.176 casos de óbitos por transtornos mentais e comportamentais em todo território brasileiro. Nesse ano, a região Sudeste foi a que mais totalizou número de óbitos, com 3.512, seguido da região Nordeste, com 1.335; na sequência, a região Sul, com 736, a Região Centro-Oeste apresentou 365 óbitos e na última posição está a região Norte, com 228 óbitos por transtornos mentais e comportamentais. Desse universo de óbitos do ano de 2021, marcado pelo contexto pandêmico, 2.641 são do sexo masculino, 3.535 são do sexo feminino, demonstrando que as mulheres foram mais afetadas por sofrimento psíquico intenso que levaram ao óbito nesse ano. (Ministério da Saúde, 2023a).

Os dados disponibilizados pelo DATASUS também indicaram que, em 2021, o número de óbitos ocasionados por transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de substâncias psicoativas no Brasil foi de 8.030 registros. A Região Sudeste foi a que mais teve óbitos, com 3.364, seguido da região Nordeste com 2.947; a região Sul ocupou a terceira posição, com 1.504 registros de óbitos, seguido da região Centro-Oeste com 706. Por fim, a região Norte teve 309 casos de óbitos ocasionados por transtornos mentais associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Desse universo de óbitos, 8.030 eram do sexo masculino, 798 do sexo feminino, 02 casos os gêneros foram ignorados. Os dados apresentados indicam que os óbitos por transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de substâncias psicoativas acometem em maiores proporções o sexo masculino do que o sexo feminino. (Ministério da Saúde, 2023b).

A nível mundial, conforme o Relatório Mundial de Drogas 2020, divulgado pelo Escritório das Nações Unidas, cerca de 269 milhões de pessoas usaram drogas no mundo em 2018, um aumento de 30% em comparação ao ano de 2009 (UNODC, 2020). Ainda conforme o relatório, mais de 35 milhões de pessoas sofrem de transtornos associados ao uso de drogas. O relatório também indica que esse considerável aumento se deve às condições sociais, como o aumento do desemprego, a pobreza, a marginalização social, pessoas em situação de rua, atingindo, dessa forma, a classe economicamente mais vulnerável. (Unodc, 2020).

Diante do expressivo contingente de pessoas adoecidas psiquicamente, muitas vezes por questões de ordem social, cresce a necessidade de ampliar e consolidar a rede de serviços de atenção à saúde e à saúde mental. Nos últimos 20 anos, cresceu a quantidade de políticas sociais, programas e projetos sociais voltados à saúde mental e ao controle e combate ao uso de drogas. Um conjunto de instituições, tradicionais e renovadas, *fechadas* ou *abertas*², lidam

² O entendimento de instituições *abertas* e *fechadas* advém do pensamento de Erving Goffman (2008). Conforme o sociólogo, os diferentes tipos de instituições sociais que se estabelecem na sociedade interferem, de alguma

cotidianamente com os problemas que envolvem o adoecimento mental e os problemas decorrentes do uso de drogas, são exemplos: Hospitais Psiquiátricos, Residências Terapêuticas, Comunidades Terapêuticas Acolhedoras (CTA), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, entre outros dispositivos previstos na Rede de Atenção Psicossocial.

Em Alagoas, conforme as informações da Secretaria de Estado e Prevenção à Violência (SEPREV), no ano de 2021 a Rede Acolhe³ realizou 4.505 encaminhamentos de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas para as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras (CTA) credenciadas aos Centros de Acolhimento (Alagoas, 2022). Além dessa modalidade de acolhimento, a capital alagoana conta com o trabalho realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAD), as Clínicas Involuntárias, internações em hospitais psiquiátricos para desintoxicação, bem como pelo trabalho realizado pelas Equipes de Consultório na Rua.

Essas instituições ofertam formas distintas de atenção e cuidado às pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas, contudo, um objetivo em comum entre elas é a busca pela recuperação e ressocialização dos indivíduos internados ou acolhidos. Estratégias e formas de intervenções se estabelecem e particularizam cada serviço, a depender do corpo técnico de profissionais, da missão e valores instituídos pelos serviços. A forma de inserção do usuário na instituição, por meio das internações ou acolhimento, também é um componente que difere cada modalidade de instituição acima citada, sendo que algumas podem ser de portas abertas, enquanto outras são fechadas.

As internações, em suas diferentes modalidades, estão previstas na Lei 10.216/2001, sendo consideradas: “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” (BRASIL, 2001). A Lei ainda prevê que “a internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do estado onde

forma, no modo de ser de determinado grupo social. Ao categorizar instituições *abertas* e *fechadas*, o autor justifica que alguns estabelecimentos são mais abertos aos indivíduos que nele podem acessar e transitar, tendo menos restrição e impeditivos. As instituições fechadas são caracterizadas por impedimentos e barreiras impostos pelo estabelecimento como forma de impor a privação compulsória da liberdade dos indivíduos envolvidos. Quanto mais barreiras e impeditivos, mais essa instituição possui um caráter de estabelecimento *fechado*. (Goffman, 2008).
³ A Rede Acolhe é organizada pela Secretaria de Prevenção à Violência (SEPREV) e compreende a rede que organiza as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras (CTAs) no estado de Alagoas, através dos Centros de Acolhimento, também chamados de *Acolhe*. No ano de 2022, havia três Centros de Acolhimentos espalhados pelo estado de Alagoas. Esses Centros são responsáveis pela triagem e encaminhamento de usuários em uso abusivo de drogas para as CTAs.

se localize o estabelecimento” (idem), já a internação compulsória “[...] é determinada, [...], pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (ibidem). Percebe-se, com isso, que as instâncias do âmbito da justiça e da saúde se articulam para formalizar as internações nas instituições, de modo que, a depender do tipo de internação, o Ministério Público Estadual precisa ser comunicado pelo responsável técnico do estabelecimento. (Brasil, 2001).

Sendo assim, as formas de atenção e cuidado a pessoas com transtornos mentais e a usuários de drogas (especialmente aqueles que possuem problemas em decorrência do uso abusivo) ocorrem de variadas formas. A inserção nas instituições pode ser por meio das internações voluntárias, involuntárias ou compulsória, o que nos levou a refletir se a forma de inserção na internação interfere no sucesso ou não da recuperação do indivíduo. A atenção e o cuidado podem ainda ser configurados como uma internação longa ou breve, longe de seu local de origem, ou no próprio território, com o contato com o mundo externo, ou sem esse contato. Podem ter o acompanhamento de uma equipe de profissionais mais ampla ou reduzida; podem ser fundamentadas na perspectiva da abstinência das drogas como método mais eficaz para o tratamento, ou, na estratégia de redução de danos; podem ainda, valer-se como estratégia para o tratamento e para a recuperação, de recursos voltados a espiritualidade ou a religiosidade.

Diante dessa aproximação com as expressões fenomênicas da realidade objetiva, três perguntas de pesquisa nortearam o processo investigativo: de que forma as manifestações da questão social se inter-relacionam com as questões do adoecimento mental, o uso abusivo de drogas e se colocam como alvo de políticas sociais? Como o Estado tem regulado as políticas de Saúde Mental, Álcool e Drogas e a instituição dos direitos na atualidade? Em que medida os serviços de saúde mental, álcool e outras drogas que predominam na atualidade e na realidade alagoana são garantidoras ou violadoras de direitos?

Para responder aos problemas de pesquisa propostos, traçamos como objetivo geral da pesquisa: investigar teórico-metodologicamente uma questão central que perpassa as formas de regulação do Estado nas questões relativas ao adoecimento mental e ao uso abusivo de drogas pela via dos direitos. De forma mais específica, os objetivos traçados foram: promover uma reflexão histórica e teórica sobre o uso de drogas, o adoecimento mental, a institucionalização no decurso das relações sociais capitalistas e a interlocução com a construção histórica e teórica dos direitos; analisar as tendências do processo histórico das internações psiquiátricas no cenário brasileiro e alagoano, considerando o processo de desinstitucionalização para pessoas com transtornos mentais e pessoas em uso abusivo de drogas; identificar os serviços de atenção

em saúde mental e de acolhimento a usuários de drogas em Alagoas, observando que modo os serviços são propiciadores ou violadores de direitos; demonstrar, por meio dos dados empíricos, como gestores e profissionais operadores da política de saúde mental e da política de drogas em Alagoas viabilizam o direito à saúde mental.

Essa reflexão leva-nos a defender a tese de que as expressões da questão social no cenário brasileiro, conformam a unidade dialética que une adoecimento mental e o uso abusivo de drogas, especialmente por pessoas das camadas mais vulnerabilizadas empobrecidas da classe trabalhadora. De modo que, a doença mental não se reduz a condição patológica, outros complexos sociais como desemprego, a pobreza, a falta de acesso à saúde, educação, habitação e as necessidades humanas básicas não atendidas no capitalismo, integram as demandas sociais que se atrelam ao adoecimento mental, o uso abusivo de drogas e que motivam os indivíduos a acessarem aos serviços institucionalizados. Por outro lado, o Estado tem conformado suas respostas pelo viés da institucionalização, segregação e do proibicionismo do uso de drogas, intervindo de forma superficial nas demandas dos usuários de saúde mental, álcool e outras drogas, dialogando de forma escassa com a perspectiva dos direitos.

Consideramos que a apreensão do adoecimento mental e o uso abusivo de drogas na cena contemporânea e no cenário alagoano demandam uma contextualização da totalidade social que envolve a problemática. Isso implica o reconhecimento dos indivíduos como seres únicos, dotados de particularidades, inseridos em um contexto histórico onde a regulação dos direitos humanos é uma realidade.

Deste modo, o percurso histórico, teórico e metodológico empreendido nessa pesquisa possibilita-nos refletir que há particularidades que unem, dialeticamente, pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas e pessoas com transtornos mentais. Historicamente, a pobreza e a falta de recursos perpassam a realidade do adoecimento mental e a recorrência do uso problemático de drogas. Na sociabilidade capitalista, intensificam-se as relações de opressão e o acirramento das expressões da questão social que historicamente perpassou pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de drogas. É possível constatar também que Direito, Igreja e Estado protagonizaram intervenções voltadas a essa problemática, de modo que, desde a origem da institucionalização até os dias atuais, é possível perceber a dimensão jurídica normatizando e regularizando, o Estado criando e apoiando os espaços institucionalizados e a presença da Igreja em instituições filantrópicas, intervindo pelo viés moralista e doutrinário.

Ressaltamos a relevância do estudo da temática aqui levantada, partindo de um ponto de vista da totalidade que se inscreve as formas mais recentes de atenção em saúde mental e de

acolhimento de pessoas que usam drogas, uma vez que as alterações da realidade refletem cotidianamente na vida dos usuários dos serviços de atenção em saúde mental e álcool e outras drogas. É importante salientar, a contribuição que o tema traz para a área do conhecimento do Serviço Social, visto que, as novas configurações da política de saúde mental e da política sobre drogas se fazem presentes nos espaços sócio ocupacionais de atuação dos assistentes sociais, se configurando espaços de tensão para a luta da categoria profissional na defesa dos direitos humanos.

1.1 Metodologia da pesquisa

Considerando que a crítica de Marx à economia política possui um aporte que mais bem justifica e interpreta a realidade da sociedade dividida em classes sociais antagônicas, foi adotada como proposta metodológica para o desvendamento do objeto de estudo, a dialética materialista através do pensamento marxiano. Por este meio, pretende-se ultrapassar a mera exposição e compreender os nexos causais envolvidos no desenvolvimento histórico da humanidade e na construção dos indivíduos a partir das relações sociais capitalistas. Partimos do pressuposto de que é nos estudos teóricos de Marx que encontramos o núcleo ontológico e categorial para um desvendamento e crítica à sociedade burguesa.

Visando apreender as determinações postas pelo próprio objeto investigado na realidade histórico-social, foram utilizados inicialmente três processos de pesquisa: o primeiro diz respeito à pesquisa bibliográfica relacionada à temática e aos objetivos do estudo, o segundo a pesquisa documental, e, por fim, a pesquisa de campo.

A pesquisa bibliográfica compreendeu a revisão de livros, capítulos de livros, artigos científicos, revistas, pesquisas e teses que se relacionam com o tema de estudo. Concordamos com Manzo (1971, p.32), quando afirma que a pesquisa bibliográfica “oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente”. O material bibliográfico foi selecionado utilizando como critérios: autores clássicos e contemporâneos das áreas das Ciências Sociais e da Saúde, que analisam a funcionalidade das instituições sociais e seus impactos na vida dos internados numa perspectiva histórico-crítica. Para a sistematização da pesquisa bibliográfica, os procedimentos e técnicas adotados foram: construção de fichamentos,

resumos e resenhas como forma de reunir aspectos importantes para a fundamentação do estudo.

O estado da arte⁴ também compreendeu uma das estratégias utilizadas para a exploração do nosso objeto de estudo. Teses publicadas no período de 2000-2020 nas áreas do conhecimento do Serviço Social, Saúde Coletiva, Políticas Sociais, Sociologia, Psicologia e Saúde Pública também foram consultadas, sendo selecionadas as teses que possuíam proximidade com o objeto de pesquisa para leitura e estudo.

A pesquisa documental compreendeu fontes primárias e secundárias, contemporâneas e retrospectivas, que foram consultadas e analisadas, sendo os principais tipos de documentos: leis, portarias, relatórios, decretos, projetos de leis, notas técnicas, cartilhas e outros documentos que se relacionam com a política de saúde mental e com a política sobre drogas. As técnicas e procedimentos utilizados para a coleta das informações dos documentos foram: resumos e fichamento, sendo realizada uma análise profunda do conteúdo abordado nos documentos.

Foi adotado também no processo investigativo, a pesquisa de campo de natureza exploratória de modo a apreender os nexos causais de movimento da realidade, visto que a produção teórica sobre o objeto de pesquisa em questão é reduzida ou até inexistente, especialmente no que concerne à realidade mais específica de Alagoas. A pesquisa de campo foi realizada entre os anos 2021-2023⁵. De acordo com Marconi e Lakatos (2003, p. 188) esse tipo de pesquisa possui uma tripla finalidade: “desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, [...] ou modificar e clarificar conceitos”. Foi a partir dessas finalidades que avaliamos pertinente para o estudo a aproximação da pesquisadora com a realidade do objeto de pesquisa, especialmente no contexto de Alagoas, onde se estabelecem os serviços de atenção em saúde mental e de acolhimento a pessoas que usam drogas.

Deste modo, por meio da observação direta, intensiva e extensiva, foi utilizado o estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Partimos do entendimento de Minayo (2001, p.21-22), quando caracteriza que:

⁴ Resultados serão apresentados no próximo subitem.

⁵ O cronograma contido no projeto, submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em julho de 2021, previu que o início da coleta de dados se daria em novembro de 2021. A aprovação da pesquisa ocorreu no mês de dezembro de 2021, período em que foi iniciada a coleta de dados nos cenários de pesquisa. Essa coleta se estendeu para o primeiro semestre de 2022, quando precisou ser interrompida, devido ao meu afastamento das atividades acadêmicas para tratar da saúde. Em apenas um cenário, não foi possível realizar a pesquisa dentro do prazo previsto. Após meu retorno no primeiro semestre de 2023, foi possível finalizar a pesquisa de campo.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Como abordagem técnica da pesquisa de campo, foi utilizada a entrevista individual semiestruturada, com questionários previamente organizados, tendo em vista atingir durante a abordagem propósitos definidos pela pesquisadora. É por meio da entrevista que “o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa desprestenciosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade [...]”. (MINAYO, 2001, p. 57).

As entrevistas foram gravadas e transcritas, preservando-se a identidade dos envolvidos. Durante a pesquisa de campo, foram observadas as percepções e avaliações dos indivíduos que fazem parte e protagonizam a política de saúde mental e a política sobre drogas na realidade local. Na avaliação dos dados, consideramos as inter-relações entre os envolvidos, os fatos e o ambiente observado que compôs a análise dos resultados da pesquisa de campo.

Sobre o cenário do estudo, foram selecionadas cinco instituições situadas no estado de Alagoas que ofertam serviços de atendimento direto ao usuário ou estão no âmbito da gestão da política de saúde mental e da política sobre drogas. Segundo o IBGE de 2020, o estado de Alagoas possui uma população estimada de 3.351.543 (três milhões, trezentos e cinquenta e mil quinhentos e quarenta e três) habitantes. No município de Maceió, a população estimada é de 1.025.360 (um milhão, vinte e cinco mil trezentos e sessenta) habitantes. Para atender as demandas relacionadas à política de Saúde Mental e a Política sobre drogas em Alagoas, três secretarias organizam os serviços de atenção em saúde mental e de acolhimento a usuários de drogas, são elas: a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, por meio da Gerência de Atenção Psicossocial, a Secretaria de Estado da Saúde Alagoas (SESAU), através da Supervisão de Atenção Psicossocial e a Secretaria de Prevenção à Violência (SEPREV), por meio do Centro de Acolhimento (ACOLHE). No primeiro momento, a pesquisa de campo foi realizada com a gestão ou técnicos da gestão nessas três secretarias, tendo em vista mapear os serviços existentes nos territórios de atenção em saúde mental e de acolhimento a usuários de drogas.

Num segundo momento, a pesquisa de campo foi realizada nas instituições que prestam atendimento de forma direta às pessoas com problemas decorrentes de uso de drogas, sendo elas: um Centro de Acolhimento, uma Comunidade Terapêutica Acolhedora e um CAPSAD de

Alagoas⁶. Os participantes da pesquisa, a depender do cenário do estudo, compreenderam: profissional técnico da gestão; gestor, podendo ser coordenador, vice-coordenador, diretor ou vice-diretor; médico psiquiatra; assistente social; e, psicólogo⁷. A escolha dessas formações foi feita tendo como critério: profissões mais antigas na área da saúde mental que possuem vínculos próximos de atendimento direto ao usuário.

Como critérios de inclusão para essa pesquisa, consideramos, profissionais efetivos ou contratados que estivessem atuando no serviço com o tempo mínimo de três meses, e que aceitassem que a entrevista fosse gravada. O dia da entrevista foi previamente combinado com a gestão. Os profissionais que estavam em horário de trabalho e que se enquadravam nos critérios da pesquisa foram selecionados pela administração ou pelo gestor da instituição para a entrevista. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam de férias, licença maternidade ou que se negassem a participar da pesquisa e que não aceitassem a gravação da entrevista. A coleta dos dados da pesquisa de campo foi realizada por meio da entrevista individual, utilizando formulário semiestruturado para a coleta de informações.

A entrevista individual foi utilizada em todos os cenários da pesquisa, e se destinou a coleta de informações que se expressassem na realidade dos participantes da pesquisa envolvidos (técnicos, gestores, médico psiquiatra, psicólogo e assistente social). A entrevista individual ocorreu sempre em um espaço reservado disponibilizado pelo gestor de cada instituição, de modo a assegurar o sigilo das informações. O quadro abaixo apresenta as instituições, cenários do estudo, o quantitativo dos sujeitos que fizeram parte da pesquisa de campo e os códigos pelos quais serão mencionados no decorrer desse trabalho.

⁶ Em nosso projeto inicial foi prevista a realização da pesquisa de campo no único hospital psiquiátrico público de Alagoas. No entanto, a proposta de realização da pesquisa de campo foi negada pela representação do Hospital, sob a alegação de que os resultados da pesquisa traziam riscos ao hospital. Posteriormente, a instituição voltou de sua decisão, colocando alguns critérios de submissão ética (não considerando a submissão na *Plataforma Brasil*). Contudo, não foi possível dar seguimento com a proposta de realização da pesquisa de campo nesse hospital psiquiátrico. Consideramos que as experiências das internações em hospitais psiquiátricos poderiam aparecer no discurso dos usuários entrevistados na Comunidade Terapêutica Acolhedora e no CAPSAD.

⁷ Em nosso projeto inicial, foi pensado na realização da pesquisa de campo com os usuários de uma Comunidade Terapêutica Acolhedora, um CAPS AD III e um Hospital Psiquiátrico de Alagoas. A proposta foi submetida ao CEP e aprovada. A pesquisa de campo, que previa uma análise dos dados utilizando o método da história de vida dos usuários, chegou a ser desenvolvida até a fase das entrevistas, quando precisou ser interrompida para meu tratamento de saúde. O curto prazo para a finalização desta tese, após o meu retorno ao PPGSS-UFAL, inviabilizou um tratamento mais apurado dos dados com os usuários, e por isso não foi possível integrá-los na versão final desta tese. Consideramos a possibilidade de apresentar esses dados em publicações futuras.

Quadro 1 – Participantes da pesquisa de campo

PARTICIPANTES DA PESQUISA DE CAMPO			
INSTITUIÇÃO/SETOR	SUJEITO DA PESQUISA	CÓD.	QNT.
Supervisão de Atenção Psicossocial (SESAU-SUAP)	Técnico da Gestão	G1	01
Gerência de Atenção Psicossocial (SMS-GAP)	Gestor	G2	01
CAPS AD	Gestor	*	*não houve participação.
	Psicólogo	A1	01
	Assistente Social	A2	01
	Médico Psiquiatra	A3	01
Comunidade Terapêutica Acolhedora (CTA)	Gestor	G3	01
	Psicólogo	B1	01
	Assistente Social	B2	01
Centro de Acolhimento (ACOLHE)	Gestor	G4	01
	Psicólogo	C1	01
	Assistente Social	C2	01
	Médico Psiquiatra	C3	01
TOTAL:	12		

FONTE: Elaboração própria, 2024.

A análise qualitativa dos dados coletados na pesquisa de campo foi realizada utilizando o *método hermenêutico-dialético*, “nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o *interior da fala*. E, como ponto de chegada, o *campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala*” (Minayo, 2001, p. 79, grifos da autora).

De acordo com Minayo (2001), a utilização do método hermenêutico-dialético possui dois níveis de interpretação. O primeiro refere-se às determinações fundamentais que perpassam o objeto investigado. “Esse nível, [...], diz respeito à: conjuntura sócio-econômica (sic) e política do qual faz parte o grupo social a ser estudado; história desse grupo e política que se relaciona a esse grupo” (Minayo, 2001, p. 79). As pesquisas bibliográfica e documental deram subsídios para a realização desse primeiro nível, possibilitando a interpretação do contexto sócio-histórico, da conjuntura e da política a qual se refere o objeto de estudo. O segundo nível de interpretação, conforme Minayo (2001, p.78), refere-se à articulação com os dados que aparecem na investigação, nas palavras da autora “as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições e a observação de cerimônias e rituais são aspectos a serem considerados nesse nível de interpretação”.

Para a operacionalização da análise dos dados coletados na pesquisa de campo, seguimos os três passos orientados por Minayo (2001), que seguem: (1) ordenação dos dados; (2) classificação dos dados; (3) análise final. A autora caracteriza as etapas da seguinte forma:

(a) *Ordenação dos dados*: Neste momento, faz-se um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão envolvidos, por exemplo, transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação participante. (b) *Classificação dos Dados*: Nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica. Através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante (“estruturas relevantes dos atores sociais”). Com base no que é relevante nos textos, nós elaboramos as categorias específicas. Nesse sentido, determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação. [...]. (c) *Análise final*: Neste momento, procuramos estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática (Minayo, 2001, p. 78-79).

Sendo assim, a primeira fase consistiu numa análise prévia do material coletado: organização e sistematizações das gravações por atores (profissional técnico da gestão ou gestor, médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) e instituições (cenários da pesquisa). Nesse primeiro momento, foram também organizadas as anotações das observações feitas pela pesquisadora durante a entrevista, bem como as dificuldades que existiram no processo da pesquisa de campo.

Na segunda fase de nossa análise, foi realizado um tratamento do conteúdo dos dados. Foi identificado o que era pertinente para pesquisa (especialmente falas que demonstrassem as percepções e avaliações dos participantes sobre a política, o contexto e a instituição ao qual está vinculado) e o que não tinha relevância para a pesquisa (aspectos pessoais, por exemplo, que particularizassem ou identificassem o participante da pesquisa, ou outra pessoa de forma direta, ou indireta). Informações que se repetiam nas falas dos participantes da pesquisa foram consideradas uma única vez. Compôs um banco de dados, trechos de falas, transcritas na íntegra, que foram classificadas por tipo de instituição e categorias (profissional técnico da gestão ou gestor, médico psiquiatra, assistente social e psicólogo).

Na terceira fase de nossa análise, a partir da sistematização e interpretação do conteúdo das falas, foi realizado o processo de reflexão do dado concreto da realidade com as perguntas norteadoras da pesquisa, tendo em vista alcançar os objetivos. Esse processo de reflexão foi possibilitado tendo como suporte as leituras extensivas e sistematizações da pesquisa bibliográfica e documental, as quais possibilitaram um desvelamento para além do aparente. A sistematização dessa fase compôs, de forma dissertativa, a presente tese de doutorado.

A realização da pesquisa aconteceu mediante o consentimento das instituições envolvidas (cenários de pesquisa) e após submissão do projeto de pesquisa à Plataforma Brasil. De modo que a pesquisa de campo só iniciou após a aprovação do protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, expedido pela Plataforma Brasil, CAAE - Protocolo n. 51326921.5.0000.5013.

Durante todo processo de pesquisa foram respeitados os procedimentos éticos, estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466/2012, com apresentação do Termo de Responsabilidade da Pesquisadora, Termo de Ciência e Autorização da Instituição e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes da pesquisa.

Os participantes da pesquisa foram convidados pela pesquisadora, que apresentou informações sobre a pesquisa (objetivos, riscos, benefícios, metodologia e procedimentos metodológicos). Foi comunicado previamente que uma das condições para participação na pesquisa era a permissão do participante para a gravação da entrevista (sendo utilizado para isso um gravador de voz). Confirmado o desejo de participar voluntariamente da pesquisa, o participante recebeu duas cópias do TCLE para que fosse lido seu conteúdo e, quando não possível, foi lido pela pesquisadora, para que entendessem e que fossem esclarecidas possíveis dúvidas. Só então, após o consentimento do participante, por meio de sua assinatura nas duas vias do TCLE que foi formalizada a participação do indivíduo na pesquisa de campo.

Os participantes também foram comunicados de que poderiam desistir a qualquer momento da pesquisa assinando a retirada de consentimento e que não receberiam compensação financeira relacionada à sua participação.

A pesquisadora foi responsável por coletar os dados da pesquisa de campo sem se envolver ou influenciar as narrativas dos participantes da pesquisa. Os dados coletados foram transcritos e salvos em arquivos do *Word* e armazenados em pastas seguras e organizadas, divididas por tipo de instituição. As pastas continham as gravações, transcrições, anotações da pesquisadora e os formulários de entrevista preenchidos. A confidencialidade dos participantes da pesquisa foi mantida, de forma que, em nenhum momento, houve a possibilidade de correlação entre os dados e a identidade do participante envolvido. A identificação da instituição também foi anônima, visto que os dados foram associados ao tipo (modalidade) da instituição. A etapa da pesquisa de campo seria suspensa ou encerrada caso ocorresse a perda total ou danificação dos dados coletados e armazenados no sistema computacional em consequência de problemas operacionais de queda de energia, ou invasão de vírus pela internet

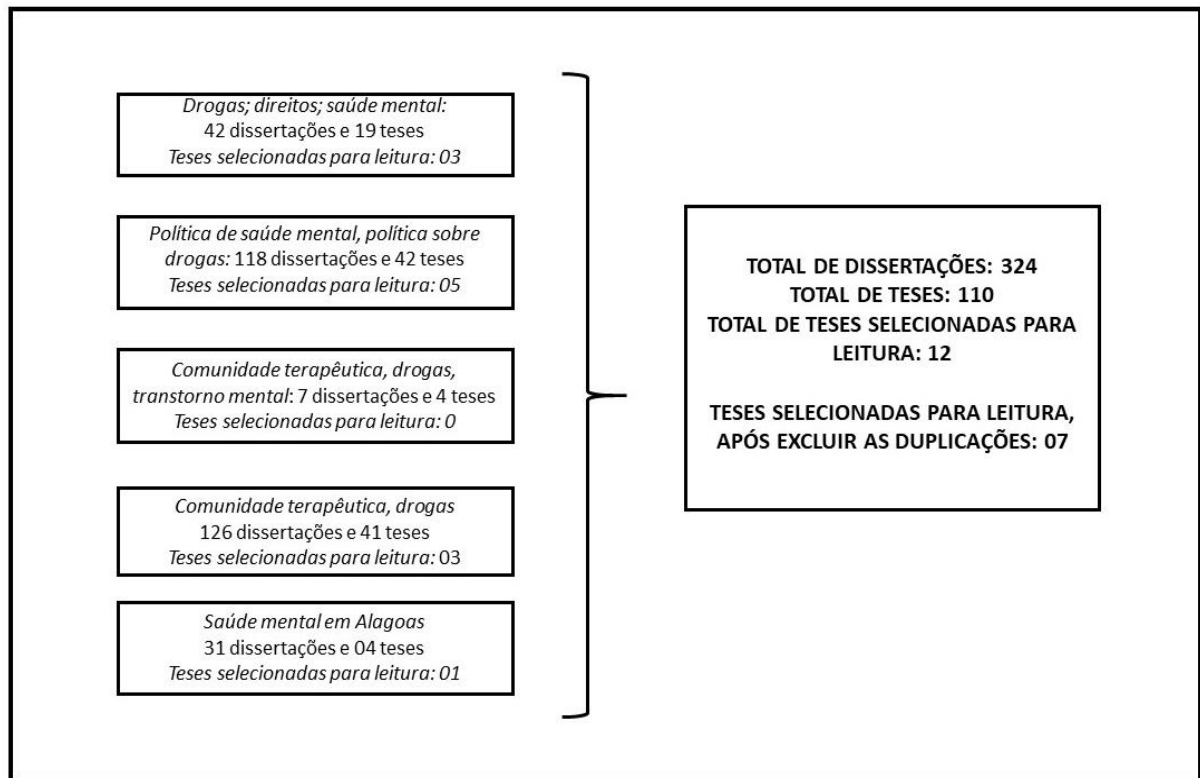
(por exemplo), impossibilitando a utilização das informações salvas. O Comitê de Ética em Pesquisa seria notificado caso isso ocorresse, assim como as instituições envolvidas.

O subitem que se segue apresenta o estudo do estado da arte da pesquisa, parte integrante do processo metodológico empreendido para situar o objeto de tese nas produções acadêmicas já existentes.

1.2 Estado da Arte da Pesquisa

Tendo em vista conhecer a atualidade e as produções científicas sobre nosso objeto de estudo, bem como reconhecer as lacunas que existem dentro do debate sobre as políticas de saúde mental e políticas sobre drogas no Brasil, realizou-se um levantamento no *Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES*, considerando o período de 2000-2020, utilizando os seguintes descritores e seus resultados: *drogas, direitos, saúde mental*, onde identificamos 42 dissertações e 19 teses; *política de saúde mental, política sobre drogas*, encontramos 118 dissertações e 42 teses; com a combinação dos descritores *comunidade terapêutica, drogas, transtorno mental* constatamos 7 dissertações e 4 teses; associando *comunidade terapêutica, drogas* encontramos 126 dissertações e 41 teses; e, por fim, buscamos por *saúde mental em Alagoas* e encontramos 31 dissertações e 4 teses. Pela densidade teórica das produções, nos detemos para um segundo momento de análise, as pesquisas ao nível de doutorado. Foram excluídas desse levantamento as duplicações, estudos que se delimitavam a um tipo de serviço da rede de saúde mental que não era foco do nosso estudo, ou trabalhos que não possuíam relação com nosso objeto de interesse. O quadro abaixo apresenta a triagem realizada na busca no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES.

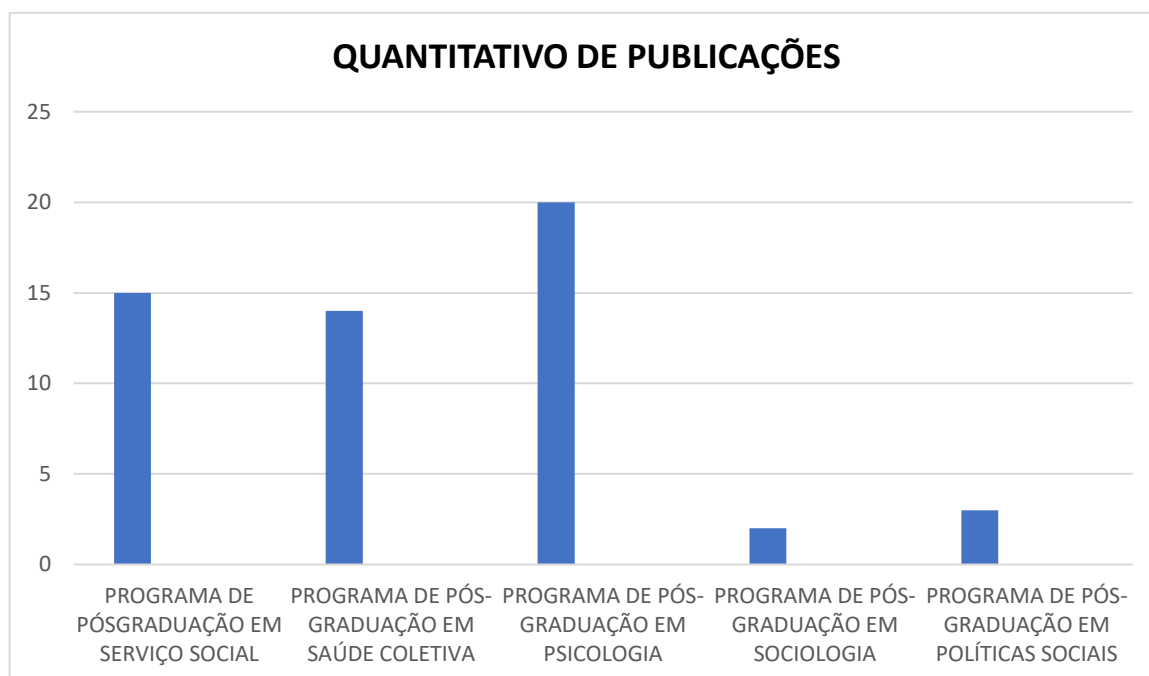
Figura 1 – Levantamento de Teses e Dissertações (2000-2020) no Catálogo de Teses e Dissertações da Capes



FONTE: Elaboração própria (2024).

Realizamos também, durante a disciplina *Seminário de Tese II* em 2020, uma busca das teses publicadas nas plataformas dos Programas de Pós-Graduação em Serviço Social, Saúde Coletiva, Psicologia e Sociologia. À época, o período considerado foram as produções publicadas entre os anos de 2000 a 2019, com os seguintes descritores: *saúde mental*, *desinstitucionalização*, *política de saúde mental*, *dependência química*, *redução de danos* e *política sobre drogas*. O gráfico abaixo (gráfico 1) apresenta o quantitativo de teses publicadas pelos Programas de Pós-Graduação estudados.

Gráfico 1 – Quantitativo de Teses publicadas nas plataformas digitais dos Programas de Pós-Graduação entre 2000-2019



FONTE: Elaboração própria (2024).

Identificamos que os Programas de Pós-Graduação em Serviço Social possuem um total de 15 publicações na área da saúde mental; os Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva apresentaram um total de 14 teses; o Programa de Pós-Graduação em Psicologia apresentou um total de 20 teses publicadas; Programas de Pós-Graduação em Sociologia foram identificadas apenas 02 teses; e, no Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais 03 teses. No total, constatarem-se 54 teses que discutem a saúde mental e a política sobre drogas sob perspectivas diferentes. Verificamos através dos títulos dos trabalhos que 08 teses apresentavam relação com nosso objeto de estudo.

Cruzando as sete teses publicadas no Catálogo de Teses e Dissertação da CAPES com as oito teses identificadas no levantamento das plataformas dos PPG, e retirando as duplicações que apareceram nesse cruzamento, fizemos a apreciação de 12 teses. Foi realizada uma leitura exploratória dos trabalhos com o objetivo de conhecer as contribuições já existentes e identificar elementos para o debate que ainda não foram explorados, de modo a distingui-los e utilizá-los como fonte de novas ideias.

O quadro abaixo apresenta, em ordem decrescente (considerando o ano da publicação), as doze teses lidas, com suas respectivas identificações.

Quadro 2 – Teses publicadas entre 2000-2020 utilizadas para leitura

N.	AUTOR	TÍTULO	PPG/INSTITUIÇÃO	ANO
1.	Marcia da Silva Clemente	Contrarreforma na política de saúde mental, álcool e outras drogas na contemporaneidade: o lugar das Comunidades Terapêuticas	PPGSS/UFPE	2020
2.	Giovanna Bardi	Entre a “cruz” e a “caldeirinha”: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas	PPG Políticas Sociais / UFES	2019
3.	Aisllan Diego de Assis	Louca América: a luta por uma América Latina sem manicômios	PPG Saúde Coletiva /UERJ	2019
4.	Cynthia Studart Albuquerque	Drogas, “questão social” e Serviço Social: respostas teórico-políticas da profissão	PPGSS/UFRJ	2018
5.	Débora de Souza Silva	Espiritualidade/religiosidade e acolhimento de usuários de drogas: descrição das características, funcionamento e práticas religiosas em três instituições evangélicas no Rio de Janeiro	PPGSS/UFRJ	2018
6.	Fabiola Xavier Leal	Movimento Antiproibicionista no Brasil: discursos de Resistência	PPG Políticas Sociais / UFES	2017
7.	Rossana Carla Rameh-de Albuquerque	Da pessoa que recai a pessoa que se levanta: a recursividade das pessoas que usam drogas	PPG Saúde Coletiva - UNIFESP	2017
8.	Tereza Cristina Ribeiro da Costa	A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo	PPGSS/UFPE	2016
9.	Mirian Catia Vieira Basilio Denadai	O Legislativo Federal e os Projetos de Lei sobre Drogas no Brasil: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas?	PPGSS/UFRJ	2015
10.	Aline Inglez de Souza Dias	Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da Agenda de Álcool e Outras Drogas: o caso do estado do Rio de Janeiro	FIOCRUZ/ Saúde Pública	2014
11.	Rita de Cassia Cavalcante Lima	Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil-Estados Unidos e os Organismos Internacionais	PPGSS/UFRJ	2009
12.	Mara Cristina Ribeiro	A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado	PPG Enfermagem / Universidade de São Paulo	2012

FONTE: elaboração própria 2024.

A publicação mais recente, considerando o período estudado, foi a de Clemente (2020), a pesquisadora analisou o papel das Comunidades Terapêuticas, situando-a no debate que envolve as articulações e tendências entre Economia, Estado e Ideologia com a Política de Saúde Mental. Por meio de uma investigação utilizando o método materialista-dialético, a autora considerou que as Comunidades Terapêuticas têm sido aliadas à gestão do governo do

período em que foi desenvolvida a pesquisa. Realizou-se uma análise acerca do desenvolvimento das drogas enquanto mercadoria dentro da economia política do capital, evidenciando a tendência no capitalismo ao proibicionismo do uso das drogas. Constatou-se que o impacto da contrarreforma na política de saúde mental favorece a hegemonia das comunidades terapêuticas, aniquila as conquistas das reformas sanitária e psiquiátrica, e amplia o encarceramento e o genocídio da juventude negra. A pesquisa identifica também a presença do irracionalismo presente na política sobre drogas nos últimos anos.

Na área da Saúde Coletiva, a tese de Bardi (2019) intitulada *Entre a “cruz” e a “caldeirinha”*: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas, apresenta uma pesquisa sobre a relação entre alienação presente no discurso dos egressos das comunidades terapêuticas religiosas, especificamente da região do Espírito Santo. Por meio da pesquisa de campo, utilizando a análise do discurso, a pesquisadora investigou 28 usuários egressos de comunidades terapêuticas e constatou os seguintes resultados: oito usuários apresentavam um discurso de aceitação ao ambiente, as normas estabelecidas e aos ensinamentos religiosos; nove entrevistados demonstraram um discurso de recusa aos ensinamentos, com uma crítica ao método da instituição e defesa de um tratamento em liberdade; e, onze entrevistados apresentaram concordância e discordância sobre os ensinamentos religiosos que predomina no modelo das comunidades terapêuticas. A autora conclui que os entrevistados apresentaram um discurso que atende às necessidades do capital de reprodução da ideologia religiosa e alienação, perpassando a “cruz” e a “caldeirinha”, transferindo a uma dimensão subjetiva e transcendental fatos da vida social. Embora a pesquisa tenha relação e contribuição com nosso objeto de estudo, o trabalho, ao ter como ênfase a alienação e uso de drogas, não se detém a outros elementos que perpassam o adoecimento mental.

A contribuição de Assis (2019), intitulada *Louca América: a luta por uma América Latina sem manicômios*, está direcionada a uma análise acerca da reforma psiquiátrica, da política de saúde mental e dos movimentos sociais nos países latino-americanos. A pesquisa de natureza exploratória e ativista perpassou o método bibliográfico, documental, observação em protestos, marchas, reuniões e encontros, além de entrevistas com participantes do movimento, especialmente nos países: Brasil, México, Uruguai e Argentina. O autor considerou que o movimento de luta antimanicomial latino-americano está interligado a outras lutas sociais: mulheres, pobres e oprimidos, imigrantes e pessoas com fome, povos originários, negros e negras. Na essência da luta antimanicomial estão as lutas sociais pelo fim da desigualdade, opressão e exclusão. Pondera-se também que o manicômio não se configura apenas em seu

aspecto institucional, mas como um ente ideológico, de modo que a luta pelo fim do manicômio perpassa o campo da cultura.

Albuquerque (2018) apresentou a tese *Drogas, “questão social” e Serviço Social: respostas teórico-políticas da profissão*. Ao fazer um estudo sobre o trabalho profissional do Serviço Social, a autora traçou como um de seus objetivos específicos identificar as principais determinações entre as *drogas* e a *questão social*, uma relação que contribui para nosso objeto de estudo, especialmente por trazer elementos de fundamentos do uso das drogas na sociabilidade capitalista. Por meio da pesquisa quantitativa e qualitativa, sob a utilização das técnicas de estado da arte, produção do conhecimento e análise de conteúdo, a autora constatou que a ruptura com o proibicionismo originou-se na produção do conhecimento do Serviço Social, situando as drogas numa perspectiva marxista no âmbito das mercadorias da sociabilidade capitalista. Conforme resultados da pesquisa, as entidades representativas do Serviço Social têm estabelecido críticas ao proibicionismo e à guerra às drogas, porém, ainda existem dilemas no trabalho dos assistentes sociais que perpassam: atribuições indevidas, psicologização da prática profissional e fragilização na relação teoria e prática. Consideramos que o trabalho traz significativas contribuições para nosso objeto, por trazer elementos críticos dos fundamentos histórico e teórico das drogas, contudo, por ter uma ênfase voltada ao trabalho profissional do Serviço Social, a tese se direciona a responder questões que perpassam o exercício profissional, tendo um fio condutor que difere de nossa proposta.

A tese de Silva (2018) intitulada *Espiritualidade/religiosidade e acolhimento de usuários de drogas: descrição das características, funcionamento e práticas religiosas em três instituições evangélicas no Rio de Janeiro*, também traz uma contribuição voltada ao estudo da espiritualidade/religiosidade no âmbito das comunidades terapêuticas. Por meio da pesquisa qualitativa de tipo transversal, foi desenvolvido um estudo (no período 2016-2017) em três comunidades terapêuticas evangélicas localizadas no Rio de Janeiro. Dessas instituições, duas eram típicas e uma era integrada a um dispositivo da rede pública. A autora se contrapõe a ideia mais difundida de que as comunidades terapêuticas englobam um todo homogêneo, sinalizando que existe um leque de instituições com características distintas, com instituições (ainda que em menor proporção) que atuam de forma integrada a rede de atenção psicossocial e utilizam a estratégia de redução de danos. Para a autora, essas instituições consideram os indivíduos como sujeitos de direitos e reconhecem os princípios da Reforma Psiquiátrica. A pesquisadora sintetiza seu posicionamento ao afirmar: “considero importantíssimo reafirmar meu posicionamento de que vejo como algo possível a realização de algumas mediações nesse

campo tão polarizado, entre a atenção psicossocial e o campo da espiritualidade/religiosidade”. (SILVA, 2018, p.17).

Perpassando a temática das drogas, Leal (2017) apresentou a tese *Movimento Antiproibicionista no Brasil: discursos de Resistência*. Com o objetivo de analisar o discurso de oposição existente no debate da política sobre drogas, investigou-se, através da entrevista semiestruturada, o discurso de sete sujeitos que se filiam ao movimento antiproibicionista. Por meio do método dialético materialista crítico, iluminado pelas categorias de Gramsci, a pesquisadora considerou em suas análises que o movimento antiproibicionista das drogas no Brasil tem se gestado e se situa num campo de oposição e resistência à política de drogas. Esse movimento se coloca na contramão da tendência vigente em todo o mundo, em que predomina um forte viés proibicionista. Com reflexões críticas significativas ao proibicionismo, a tese se detém ao recorte da política sobre drogas no Brasil.

A tese de Albuquerque (2017), apresentada na área da Saúde Coletiva, intitulada *Da pessoa que recai a pessoa que se levanta: a recursividade das pessoas que usam drogas*, objetivou investigar motivações que levam usuários de drogas a recaírem no processo de tratamento. A pesquisa de natureza qualitativa foi realizada em três modalidades de instituições: CAPS AD, Comunidades Terapêuticas e Clínicas Médicas, com entrevista semiestruturada, realizada com 120 indivíduos. O estudo considerou como possíveis motivações de recaídas: motivos associados às pessoas, motivos associados à droga, motivos associados ao ambiente. Foi constatado entre os sujeitos participantes da pesquisa que as recaídas associadas às pessoas foram as respostas mais citadas, sendo associada à dificuldade em lidar com as frustrações e as emoções. O estudo se mostrou pertinente ao nosso objeto por levantar questões que estão intrinsecamente relacionadas à manutenção e sustentação das instituições, isto é, pessoas que estão em constante necessidade de tratamento. Porém, não se detém à interlocução que nos propomos a realizar entre a loucura e a pessoa em uso abusivo de drogas sob mediação dos direitos.

Analisando os impactos das ideias neoliberais para as políticas sociais, encontramos o trabalho de Costa (2016) intitulado: *A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo*. Por meio da pesquisa bibliográfica e documental, a autora constatou que o processo de mudanças na política de saúde mental compreendeu uma relação dialética perpassando as categorias: continuidade/renovação, de forma que ao passo que as demandas da reforma psiquiátrica foram acolhidas, essas demandas também foram apropriadas pela lógica da racionalidade burguesa.

Denadai (2015) realizou uma análise dos Projetos de Lei (PL) tramitados no Congresso Nacional entre os anos de 2006 a 2014 com o tema drogas. O método materialista histórico dialético, fundado na perspectiva de Marx, conduziu o processo investigativo desse estudo. Foram constatados a existência de 68 PL no período estudado. Conforme o autor, a maioria dos projetos eram tentativas de alterar leis que já haviam sido aprovadas, possuíam caráter repressor, moralista, intolerante, expressavam o avanço do conservadorismo, o caráter coercitivo e a política repressiva. A tese se apresenta com significativa relevância para nosso estudo, por constatar o viés conservador a que a política de drogas tem se vinculado, ainda assim, por não ser foco do estudo, não traz os elementos que unem políticas de saúde mental e de drogas que nos propomos investigar.

A tese de Dias (2014) intitulada *Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da Agenda de Álcool e outras Drogas: o caso do estado do Rio de Janeiro*, foi produzida no âmbito da Saúde Coletiva. A pesquisa trouxe uma análise da configuração da política de saúde mental, considerando os desafios existentes no estabelecimento da rede pública substitutiva e a proeminência de casos de emergência a usuários de drogas ilícitas, com ênfase para o crack. Por meio da pesquisa bibliográfica, documental e entrevista com gestores das três esferas de governo, o autor reflete que apesar do avanço no âmbito legal, o modelo comunitário de saúde mental não se completou, são insuficientes e não supre as necessidades de pessoas com casos graves e crônicos. O autor considera também que houve uma oxigenação no debate com a previsão de novas modalidades de serviços e a intensificação do modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Lima (2009), em sua tese: *uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil-Estados Unidos e os Organismos Internacionais*, realizou uma pesquisa bibliográfica à luz do método marxiano e de categorias da teoria marxista. Construiu uma análise sobre a economia política marxista das drogas, situando a droga enquanto mercadoria no contexto geopolítico e geoeconômico de disputas que atendem a interesses imperialistas. A pesquisa evidencia que se mantém nas relações internacionais o proibicionismo sustentado pelos Estados Unidos e pela Organização das Nações Unidas, uma tendência reproduzida pelo Brasil, implicando num desenvolvimento “desigual e combinado”. Por outro lado, o cenário europeu começou a experimentar tímidas experiências de despenalização das drogas. A autora considera que a estratégia de redução de danos, na política sobre drogas brasileiras, possibilita ampliar o debate sobre direitos sociais e humanos.

Ribeiro (2012) publicou, no âmbito da área do conhecimento da enfermagem, a tese *A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado*. Ao que nos parece, é

a primeira produção ao nível de tese que traz a realidade alagoana, cenário de nosso estudo. O objetivo da tese de Ribeiro (2012) foi traçar a trajetória de construção do novo modelo de cuidado em saúde mental em Alagoas, privilegiando o período de 2004-2010. A pesquisa de natureza qualitativa foi realizada com gestores, docentes universitários, trabalhadores dos CAPS, usuários e familiares, e perpassou três eixos: 1) passagem do cuidado realizado nos hospitais psiquiátricos para o cuidado realizado nos CAPS; 2) avaliação das ações concebidas dentro do espaço de exercício do novo cuidado, a partir da percepção dos sujeitos participantes da pesquisa; e, 3) soluções encontradas pelos próprios entrevistados diante das fragilidades e condições paralisantes apresentadas. A autora considerou que embora Alagoas tivesse um número de CAPS satisfatório, ainda era necessário a ampliação da rede com leitos em hospitais gerais, a implantação de residências terapêuticas, e habilitação de CAPS III, além de dispositivos voltados para a inclusão das pessoas com sofrimento mental, Oficinas de Geração de Renda, Centros Desportivos, entre outros. Constatou-se também que o corpo de trabalhadores dos CAPS em Alagoas ainda não é antimanicomial, que a Universidade pode contribuir com a formação de cursos voltados aos trabalhadores da saúde mental e a valorização profissional é necessária, com salários e espaços adequados ao trabalhador. Para isso, a participação da gestão é decisiva nesse processo.

A revisão realizada nos trabalhos selecionados nos mostra que algumas concepções acerca das políticas de saúde mental e da política sobre drogas, numa perspectiva crítica, parece estar bem definido no meio científico, e cabe-nos sinalizar algumas: a atualidade é marcada pelo predomínio das estratégias neoliberais que põem limites aos princípios da reforma psiquiátrica; as políticas de saúde mental e as políticas sobre drogas perpassam, contraditoriamente, os interesses empresariais da racionalidade burguesa, ao passo que em alguma medida cede concessões na perspectiva dos direitos; predomina a lógica punitiva e repressiva na política de drogas sob o viés do proibicionismo; Comunidades Terapêuticas Acolhedora e o discurso religioso tem encontrado apoiadores para seu fortalecimento e difusão; os serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) tem encontrado dificuldades para manutenção, ampliação e efetivação.

Consideramos que as constatações são importantes, pois são embasadas por referenciais teóricos consolidados na área e reiteradas nos espaços de debate e crítica das políticas de saúde mental e na política de drogas. O significativo número de teses e dissertações que foram publicadas nos últimos vinte anos também consiste num dado importante que demonstra o interesse dos pesquisadores nessa área do conhecimento, e, de certa forma, reafirma que nenhum objeto é absolutamente desconhecido. As diferentes significações dadas pelos autores,

a respeito do uso de drogas e da política de saúde mental, trazendo dados das realidades locais, regionais e internacionais, demonstram que todo objeto possui singularidades, particularidades, totalidade e se inscrevem numa processualidade histórica.

Diante das importantes produções científicas já divulgadas, esta nossa tese cumpre a responsabilidade de buscar aspectos novos que possam trazer contribuições pertinentes ao debate. É justamente por entender, por meio do método dialético, que os objetos não são fixos, isolados e nem se apresentam de modo “acabado”, pois estão em constante movimento de mudança, desenvolvimento e transformação, que consideramos possibilidades de exploração do tema *políticas de drogas* e de *saúde mental* na realidade alagoana, pela mediação da garantia de direitos. Podemos citar pelo menos três teses que indicaram, para nós, possibilidades de exploração do nosso objeto.

Assis (2019) ao considerar que o movimento de luta antimanicomial está interligado a outras lutas sociais mais amplas e de segmentos da sociedade, nos leva a pensar que as causas sociais (que em seu cerne estão as expressões da *questão social*) estão presentes no universo do internamento, seja ele de teor renovado ou tradicional. Silva (2018), ao considerar que as Comunidades Terapêuticas não são um todo homogêneo, e que existem possibilidades de interlocuções da oferta de serviços públicos de saúde mental pelo viés da espiritualidade/religiosidade, leva-nos a refletir se a dimensão subjetiva não estaria contrapondo a racionalidade e não estaríamos reiterando práticas subjetivistas do passado. A publicação de Ribeiro (2012), que trouxe importantes considerações da realidade alagoana, nos impulsiona a revisitar o cenário e trazer novos dados dessa realidade, perceber se houve ampliação dos serviços (que em 2012 a autora avaliou como necessários), se houve a valorização dos profissionais e se os discursos desses profissionais permanecem não sendo antimanicomial.

Trata-se aqui de analisar as mudanças contínuas, lentas ou descontínuas do objeto visando apreender “por que” e “como” os fenômenos da institucionalização ocorre na atualidade alagoana, na tentativa de evidenciar os fatos que estão correlacionados entre *usuário de drogas*, *pessoa com transtorno mental* de forma paralela e o acesso aos direitos. Chama-nos a atenção que a análise dos fundamentos da institucionalização, considerando esses sujeitos, não foi identificada nas produções das teses. Nos propomos resgatar na história, elementos que caracterizam esses espaços e identificar aspectos que unem esses indivíduos. Vimos também possibilidades de exploração da temática considerando como as instâncias *Estado*, *Igreja* e *Direito* perpassam velhas e sustentam novas práticas para conter ou administrar a aparente problemática que perpassa adoecimento mental e uso de drogas. Trazer os dados da realidade

alagoana entre os períodos de 2001 a 2023 também corrobora para um elemento inovador da tese.

Para melhor expor os resultados dessa pesquisa, esta tese está estruturada em quatro seções que fundamentam e explicam a tese que está sendo defendida. Esta primeira seção possui um caráter introdutório e apresenta os elementos essenciais da pesquisa acadêmico-científica. Além da contextualização do objeto de pesquisa, foi apresentado o problema pesquisa e os objetivos traçados para o alcance dos resultados. Aspectos metodológicos empreendidos na pesquisa também foram detalhados na seção de introdução, bem como a exploração do objeto através do estado da arte.

A seção dois, intitulada *Fundamentos histórico-teóricos-culturais acerca da institucionalização de intervenções do estado sobre o uso de drogas e sobre a loucura*, versa sobre as relações fundamentais entre sociedade, adoecimento mental, uso abusivo de drogas e as formas de regulação do Estado pela via da institucionalização e do direito. A seção aborda as primeiras formas de utilização das drogas e a história da loucura nos períodos originários, demonstrando as alterações sofridas entre esses sujeitos e a sociedade no decurso da sociabilidade capitalista e com as novas formas de intervenções do Estado moderno. Ao final desta seção, apresentamos a construção de uma perspectiva pela garantia de direitos para pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de substâncias psicoativas.

A terceira seção, cujo título é *A Política de Saúde Mental e a Política sobre Drogas no Brasil e os desafios para afirmação de direitos na realidade alagoana (2001-2023)*, aborda o processo de construção das políticas de saúde mental e de álcool e drogas no Brasil na perspectiva dos direitos e da Reforma Psiquiátrica brasileira. São demonstrados nessa seção os avanços e recuos que as políticas sofreram durante o período de 2001-2023, com governos que ora se vinculavam e demonstravam estar a favor dos direitos, ora por governos expressamente reacionários e conservadores. A terceira seção também demonstra a caracterização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no cenário alagoano, apontando as particularidades de Alagoas e a existência da rede privada com predomínio de instituições como CTAs e Clínicas Involuntárias financiadas com recursos públicos. Os hospitais psiquiátricos de Alagoas também foram situados nessa seção, considerando o histórico de sua existência, as mudanças recentes e o acesso à saúde mental por esse modelo.

A quarta seção desta tese, intitulada *Os serviços de saúde mental e de atenção a usuários de drogas em Alagoas e a garantia de direitos: uma articulação possível?* Apresenta uma reflexão crítica a partir dos dados empíricos acerca dos serviços ofertados em uma CTA, um CAPS AD III e um Centro de Acolhimento de Alagoas. Os dados da pesquisa com a gestão dos

serviços e com os profissionais foram analisados tendo o direito instituído como fio condutor de nossas análises, além das questões de cunho social que perpassam a realidade dos usuários atendidos. Foi suscitado nessa seção uma reflexão demonstrando se existem possibilidades de articulação na oferta dos serviços prestados e a garantia de direitos. Três eixos temáticos conduziram na estruturação desses resultados e em sua exposição, são eles: direito à saúde e à saúde mental: direito de todos e dever do Estado; garantia de direitos na perspectiva da liberdade de ir e vir, expressão, orientação sexual, opinião e crença; o direito ao tratamento de saúde para o uso abusivo de drogas: abstinência x redução de danos.

Por fim, apresentamos a seção de considerações finais com uma reflexão acerca dos achados no processo de pesquisa.

Espera-se, com esta tese, contribuir e fomentar o debate sobre o acesso aos direitos via políticas públicas de saúde mental e política sobre drogas na realidade alagoana. Bem como explicitar possíveis violações de direitos humanos ainda presentes na cena contemporânea. Partimos do entendimento de que o uso abusivo de substâncias psicoativas e o adoecimento mental da população, que tem crescido de forma exponencial, carregam elementos multifacetados que são falseadores da realidade.

SEÇÃO II

FUNDAMENTOS HISTÓRICO-TEÓRICOS-CULTURAIS ACERCA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES DO ESTADO SOBRE O USO DE DROGAS E SOBRE A LOUCURA

Iniciaremos esta seção partindo de uma reflexão teórico-crítica acerca dos fundamentos históricos, teóricos e culturais sobre o uso de drogas pela humanidade e a institucionalização de intervenções sociais para seus usuários. Também abordaremos os fundamentos explicativos para a institucionalização das ações dos manicômios, atuantes sobre os problemas relacionados à pobreza e aos transtornos mentais, chamados inicialmente de loucura e de doença mental, como veremos nesta seção. Nessa trajetória, inserem-se formas diferenciadas de regulação do Estado que mobilizam a afirmação/violação de direitos civis, políticos e sociais, consagrados como sendo direito de todos, bem como, o ingresso na cena política dos sujeitos envolvidos lutando pelo reconhecimento dos direitos humanos. Entendemos que o resgate histórico desses fundamentos é basilar para apreensão das questões que perpassam a atualidade das políticas de saúde mental e da política sobre drogas que, de alguma forma, carregam marcas do passado.

Destacamos que a correlação entre uso de substâncias psicoativas e o adoecimento mental se dá, especialmente, nos casos de uso abusivo que pode causar dependência, ocasionando sofrimento psíquico aos usuários de drogas lícitas ou ilícitas. As mudanças comportamentais de pessoas sob efeito do uso abusivo de drogas são tratadas como problema de saúde pública e a dependência química é tratada como uma psicopatologia. Historicamente, as formas de intervenções na problemática das drogas tem uma íntima relação com a história da institucionalização dos mecanismos de enfrentamento da loucura e do pauperismo, estes últimos decorrentes da intensificação e consolidação da questão social, especialmente a partir do capitalismo monopolista⁸.

Durante o século XX, notáveis intelectuais desenvolveram reflexões fundamentalmente teóricas, que demonstravam através de fatos históricos o espaço em que a loucura, a desrazão ou a insanidade ocuparam na sociedade em diferentes momentos. A loucura, e seu lugar social,

⁸ Trataremos no subitem 2.2 desta seção sobre as formas de regulação do Estado moderno na chamada questão social, especialmente com a instituição de direitos e com a criação de espaços institucionalizados para segregação da loucura e dos problemas sociais.

tornou-se objeto de investigação e análise das ciências sociais, da psicologia e da psiquiatria. De modo paralelo, o uso das drogas na sociedade é transversal na história e foi objeto de estudo e análise pelas ciências sociais, sociologia e pela antropologia. Recorremos, aos estudiosos dessas áreas, para sistematizar os elementos que marcaram esse processo histórico.

A legitimação da segregação dos loucos na sociedade ocorreu de forma análoga ao período do iluminismo, que marcou também a defesa do direito à igualdade e à liberdade civil e política, consagrando os direitos de *primeira geração (ou, primeira dimensão)*, sendo a Europa o berço desses dois grandes acontecimentos controversos. Resgataremos a história dos manicômios e as formas de segregação da loucura, sob a ótica da construção dos direitos formais – consagrados nas Constituições e Declarações no XVIII – como sendo um direito de *todos*. Assim, caminharemos pela história da loucura e da institucionalização do modelo manicomial, tendo o direito como mediação de nossas análises⁹.

As noções de direitos presentes nas Constituições e Declarações que foram instituídas no contexto europeu no século XVIII serviram de base para a formulação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948. Esse documento, essencial para mediar as relações sociais na cena contemporânea, subsidia a discussão dos direitos para pessoas com transtornos mentais ou com problemas decorrentes do uso de drogas, bem como o acesso à saúde. Nesta seção, proporcionaremos uma reflexão do processo histórico de construção dos direitos para as pessoas com transtornos mentais e/ou em uso abusivo de drogas, assim como as mudanças nos mecanismos institucionais legais para intervenção nessa problemática, que, na realidade objetiva, mobiliza afirmação/violação dos direitos instituídos.

Será apresentado também durante essa seção, como as questões do adoecimento mental, o uso de drogas e as estratégias de regulação social do Estado perpassaram no contexto da formação sócio-histórica do Brasil, que possui particularidades quando comparado aos países do continente europeu (berço da institucionalização manicomial e dos direitos). Assim sendo, situaremos o uso das drogas, a institucionalização manicomial e a construção dos direitos no cenário brasileiro.

⁹ Vale ressaltar os limites e dificuldades em realizar esse movimento, uma vez que é escassa a literatura que inter-relacione esses dois processos históricos. De modo que, a história dos direitos não menciona os loucos como um cidadão; e, na história que retrata os manicômios e os loucos na sociedade, os direitos destinados a esses indivíduos são controversos. Esse fato nos leva a refletir: *que fatores políticos, econômicos e ideológicos do período revolucionário do século XVIII isentaram os loucos de serem previstos como cidadãos possuidores do direito à liberdade e à igualdade?*

Para melhor expor a revisão histórica e teórica que compreendem este estudo, dividimos esta sessão em três momentos, são eles: *drogas e loucura nas sociedades pré-capitalistas; institucionalização manicomial e criminalização das drogas no contexto da regulação de direitos pelo Estado na modernidade; e, a construção de uma perspectiva pela garantia de direitos para pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de substâncias psicoativas.*

2.1 Drogas e loucura nas sociedades pré-capitalistas

Iniciaremos a exposição desse estudo apresentando uma reflexão histórica e teórica que marcam dois fenômenos sociais que se inter cruzam no decorrer do desenvolvimento humano e perpassam nosso objeto de estudo, são eles: o uso de substâncias psicoativas (drogas) na história; e, o fenômeno da *loucura* nas relações sociais nas sociedades pré-capitalistas. Para além de resgatar na história os elementos que marcaram esses fenômenos, pretendemos identificar as particularidades que unem e que caracterizam esses dois fenômenos sociais. Essa reconstrução histórica e teórica dos contextos euro-ocidental e brasileiro subsidiará e contribuirá para o entendimento dos fundamentos histórico e cultural das drogas e da institucionalização manicomial.

As ciências antropológica e sociológica registram que o uso das substâncias psicoativas – também conhecidas como drogas – estão presentes desde os primórdios da humanidade. Num primeiro momento da história, as drogas eram utilizadas com fins recreativos, medicinais e terapêuticos, além de fazer parte de rituais culturais e religiosos. Comumente utilizada pela sua capacidade alucinógena que permite ao indivíduo sensações que transcendem a sua realidade cotidiana, as drogas fizeram parte de rituais, das religiões e da magia. Nesse período originário, a droga possuía unicamente valor de uso e sua existência não representava um risco ou ameaça à ordem social.

Em paralelo ao uso de substâncias psicoativas, identifica-se também em sociedades de organizações simples, a figura de indivíduos que não se enquadravam dentro dos padrões consideráveis de normalidade. A loucura, a desrazão ou a insanidade ocuparam diferentes espaços e perpassaram por vários momentos, pois esses indivíduos ora apareciam como entes ligados ao divino (e por isso deveriam ser exaltados), ora apareciam como uma ameaça demoníaca que precisava ser extinta da sociedade. A loucura, e seu lugar social, tornou-se objeto de investigação e análise das ciências sociais, da psicologia e da psiquiatria. Uma semelhança que caracteriza esses dois grupos sociais (loucos e pessoas sob efeito de substâncias

psicoativas) diz respeito ao seu comportamento, que, em períodos históricos determinados, podem ferir a moral da época.

A relação do humano com a natureza no processo de extração de plantas com poderes alucinógenos para o consumo, na origem dessa história, aponta uma intervenção humana ainda com aspectos rudimentares, numa organização primitiva em que o trabalho possuía uma baixa divisão social. “As plantas como a papoula, a coca e a maconha possuíam valor de uso para suas sociedades de origem e estavam dadas pela natureza, somente havendo intervenção humana quando sua retirada era requerida para fins curativos, religiosos e festivos”. (LIMA, 2009, p. 46).

A utilização das drogas em contextos históricos distintos e com finalidades diversas, permite-nos concordar com Silva (2018), quando afirma que essa substância (nas suas variadas formas) é um fenômeno social. Seguindo essa linha de pensamento, Brites (2006) afirma que as drogas carregam um caráter trans-histórico, por estar presente em todas as sociedades, em quase todas as culturas e em todos os contextos históricos. Por ser um produto que perpassa a história da humanidade, cabe-nos refletir as nuances que corporificam as distintas formas de se perceber as drogas nos diferentes momentos.

No período que antecedeu a civilização, os nativos de diversos continentes¹⁰ utilizaram plantas medicinais com capacidades alucinógenas, para rituais religiosos ou para tratar e curar doenças, de modo que a droga, simbolicamente, integrou a cultura dos nativos. Utilizada também para o alívio da dor e para *sair da realidade*, a utilização das drogas pelos nativos não era vista como um mal social.

Reiterando essa ideia, Rodrigues (2006, p. 26-27) registra:

A utilização de plantas psicoativas e alucinógenas pelos nativos em cultos indígenas e pagãos era comum nos primórdios da colonização, tanto nas Américas como na Europa. Afirmam antropólogos que ‘a questão do uso de drogas pode ser considerada universal, uma vez que são pouquíssimas as culturas que não se utilizam de alucinógenos’, aos quais se atribui um papel importante em experiências religiosas.

Por perpassar momentos e contextos diversos, sob a influência econômica, social e cultural de cada período, é possível perceber que a utilização das drogas pode possuir múltiplas finalidades. Chamamos a atenção desses primeiros registros que os autores fazem da relação uso de drogas por indivíduos sociais (inicialmente com os nativos), pois, há uma dimensão ideológica que reitera a aceitação ou não da presença e do uso das drogas na sociedade, de modo

¹⁰ Há registros da utilização das drogas no Oriente, Ocidente, na Ásia, na Europa e nas Américas.

que, o uso ou a criminalização do uso, são ideias socialmente construídas e culturalmente transmitidas de geração a geração.

Sobre isso, Brites (2006, p. 46) analisando ontologicamente esse fenômeno pondera:

A literatura especializada permite, [...], identificar profundas transformações nas finalidades (ontologicamente sempre ligadas às necessidades) que os homens atribuem ao uso das substâncias psicoativas, que podem genericamente ser identificadas, pela prevalência, aos usos terapêuticos e rituais, mais comuns nas sociedades antigas e em comunidades menos complexas, e aos usos hedonistas e dependentes, mais comuns nas sociedades contemporâneas. A prevalência de finalidades atribuídas ao uso de drogas não significa do ponto de vista histórico a superação de uma dada finalidade por outra, ou seja, é possível encontrar nas diferentes formações sócio-históricas finalidades para o uso de drogas bastante diversas.

Nessa relação, que é multidimensional entre o ser social e a intencionalidade no uso das drogas, é possível perceber que o uso atende a determinadas necessidades e finalidades historicamente determinadas. Brites (2006) considera que esse uso atende às necessidades postas pela *práxis* social, de modo que não deve ser analisado de modo isolado ou unilateralmente. Esse fenômeno social precisa ser apreendido considerando sua historicidade e a totalidade social à qual o compreende. A partir de então, é possível reconhecer a universalidade, as particularidades e a singularidade desse fenômeno.

Nas comunidades de organização originárias, tem-se também a existência de pessoas que apresentavam uma desordem da mente (não necessariamente ligada ao uso de substâncias psicoativas). Silva e Ortega (2016) afirmam que dentre os fatores que ocasionam o adoecimento mental estão as causas relacionadas a questões genéticas e ambientais. Tal fato nos indica que as mais variadas formas de transtornos mentais estão presentes em todas as formas de sociabilidade. Pereira e Gutman (2007, p. 521-522), analisando a capacidade mental dos humanos originários, afirmam: “O funcionamento mental do selvagem, tal como aquele observado na loucura, ‘não conhece o limite de demarcação entre ser eu e a realidade’. A paranóia (sic) e a esquizofrenia apresentariam analogias evidentes com a feitiçaria e o animismo [...]”. Sendo assim, os fenômenos psicopatológicos ligados ao humano originário eram interpretados por crenças religiosas carregadas de ideias abstratas e ilógicas.

Prédes (2010) também reitera a presença da loucura na comunidade de organização originária:

A trajetória da relação do ser humano com a loucura ocorre desde os primórdios da civilização. Assim, as sociedades primitivas consideravam os indivíduos que apresentavam transtornos mentais como mensageiros divinos possuidores de poderes sobrenaturais. Na Grécia Antiga, acreditava-se que as frases enigmáticas (incompreensíveis) dos loucos aproximavam os homens das ordens dos deuses mitológicos do Olimpo. A sua inserção na comunidade era assimilada como contribuição e não abstração. Já na antiga Mesopotâmia, no Egito antigo, entre os hebreus e os persas e até no Extremo Oriente, a loucura era tida como uma condição especial daquele indivíduo que apresentasse proximidade ao divino. (Prédes, 2010, p. 395-396).

Percebe-se com os registros históricos que a pessoa considerada louca, assim como pessoas que utilizavam substâncias psicoativas, gozavam de certo nível de liberdade para o convívio social. Os comportamentos que fugiam do padrão de normalidade da época não representavam perigo ou ameaça, de modo que havia inclusive certa exaltação desses comportamentos. Assim como analisa Engels (2013), a comunidade originária está fundamentada numa organização social simples, onde há ausência de classes sociais, Estado, propriedade privada, trabalho alienado e outros complexos sociais que caracterizam a comunidade originária. Podemos considerar que esta forma de organização simples, sem opressão de classes economicamente desiguais, corroborou para essa liberdade que marcou a história da loucura e das drogas. Ao passo que se tem o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais, há mudanças desse estágio inicial.

As substâncias psicoativas, em determinados momentos representadas pelas *plantas mágicas*, protagonizaram importantes espaços na medicina e na farmacologia ainda no período antigo. O ópio, o cânhamo e a coca, por exemplo, foram utilizados como remédios na Grécia Antiga, entre egípcios, persas, sumérios e romanos. Há registros históricos e arqueológicos da utilização dessas substâncias para alívio da fome e da fadiga, como anestésico ou para proporcionar alegria e regozijo. (Lima, 2009).

Brites (2006, p. 46) faz a seguinte análise sobre drogas e a práxis social:

Assim, como todos os produtos da práxis social, as expressões fenomênicas do uso das drogas são complexas e multideterminadas. As motivações (orientadas por finalidades para o atendimento de necessidades) para o uso das drogas articulam elementos de natureza muito diversa: propriedades psicoativas das substâncias; expectativas culturais em relação aos seus efeitos; conteúdos de valor que podem mesclar orientações de natureza emocional, moral, política e estética; além de uma série de finalidades que podem, ou não, ser superadas por novas experiências ou expectativas em relação às vezes às mesmas substâncias.

A droga em si representa um elemento externo ao ser social, alheio de poder sobrenatural. Em determinadas situações, e movido por impulsos que carregam necessidades

que compreendem esse ser social, o uso da droga adquire contornos diversos. Nas palavras de Brites (2006, p. 46), “O uso das drogas, enquanto produto da práxis social, se expressa na esfera do ser social. As drogas – e suas propriedades psicoativas – se mantêm enquanto realidade externa; existem independentemente do ser social”. Reiteramos esse entendimento, pois na sociedade moderna, a droga, que outrora foi utilizada para recreação, passa representar símbolo de uma perturbação social que possui um *poder sobre-humano*. Albuquerque (2018) reiterando o pensamento de Brites (2006), afirma que o valor atribuído à droga é produto da *práxis social*.

A bebida fermentada, que também tem poderes psicoativos sobre o corpo, fez parte de vários continentes e perpassou vários períodos da história da humanidade, sendo considerada uma bebida milenar. No início do Egito e da Mesopotâmia, já havia registros da preparação de bebidas que passavam pelo processo de fermentação na forma de *pão líquido*. Por seu valor nutricional, advindo da fermentação de cereais que possuía vitaminas e sais minerais, a bebida fermentada foi considerada também um *alimento-droga*, sendo comparada superior à água pura. Para além do uso pelo poder alucinógeno proporcionado, a fermentação e a fervura foram também utilizadas como alimento e para evitar enfermidades. (Torcato, 2016).

Sobre o *uso abusivo* ou *problemático* das substâncias, Torcato (2016) considera que uma das possibilidades que justificaria a dependência no uso das drogas estaria no processo de mudanças no estágio mais primitivo da sociedade com o advento da revolução neolítica. Segundo esse estudioso, “[...] depois da revolução neolítica, a maioria das pessoas passou a se inserir em sociedades opressivas. As drogas seriam armas contra a condição humana, ferramentas contra a prisão do cotidiano” (Torcato, 2016, p.26). Esse entendimento possibilita-nos entender dois fatores que perpassam em alterações no padrão de consumo dessas substâncias: 1) há diferenças nas relações humanas com a droga, que podem perpassar entre o uso e o uso abusivo, levando a dependência; 2) a dependência pode estar intimamente relacionada às circunstâncias sociais, que em condições de exploração e opressão são potencialmente desencadeadores de necessidades humanas, ao qual o efeito alucinógeno da droga produz sensações de alívio ou de prazer.

Reiterando a importância de se considerar as condições sociais em que se estabelecem o uso de drogas e as alterações no padrão de uso, Torcato (2016, p.24) reflete:

Se a busca por substâncias capazes de alterar os estados de consciência pode ser considerada uma faceta universal das sociedades humanas, os usos somente podem ser interpretados a partir das concepções de mundo vigentes nos contextos sociais em que eles são realizados. Uma análise de história social precisa considerar, portanto, mais as particularidades e as mudanças nos padrões de consumo realizadas em dada sociedade do que a universalidade da busca pelos estados alterados de consciência.

Podemos considerar que as mudanças do estágio inicial de convivência entre os indivíduos, alterado substancialmente em decorrência da criação do excedente econômico, acarretando no surgimento das classes sociais, da propriedade privada e da exploração do trabalho, impôs novas necessidades sociais e mudanças nas relações de convivência entre os indivíduos. Novos complexos sociais vão se estabelecendo e organizando padrões de convivência humana pautada numa ética e moralidade irracional. Paulatinamente, alteram-se as formas de produção e consumo da droga, e a relação entre sociedade e pessoas com comportamentos inadequados, isto é, fora dos padrões ditos normais.

Foucault (2019), em sua obra *A história da loucura*, demonstra que na Europa Ocidental tornou-se comum o *escorraçamento* dos loucos, que consistia numa forma de livrar das cidades o incômodo da perturbação do louco. A prática foi inspirada nas composições literárias e artísticas, ficou conhecida como a Nau dos Loucos, “estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos” (FOUCAULT, 2019, p.8). Embora essa prática tenha se legitimado no período Renascentista, o escorraçamento dos loucos ocorreu em tempo histórico diferenciado nas cidades dos países do continente europeu, de modo que essa prática perpassa os séculos XIV, XV e XVI, como descreve Foucault (2019, p.9):

Esse costume era frequente em particular na Alemanha: em Nurembergue, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados. Nos cinquenta anos que se seguiram, têm-se vestígios ainda de 21 partidas obrigatórias, tratando-se aqui apenas de loucos detidos pelas autoridades municipais. Eram frequentemente confiados a barqueiros: em Frankfurt, em 1399, encarregavam-se marinheiros de livrar as cidades de um louco que por ela passeava nu; nos primeiros anos do século XV, um criminoso louco é enviado do mesmo modo a Mayence. [...]. Frequentemente, as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos.

Enfatizamos os momentos históricos acima descritos, pois o contexto social, econômico e a noção de direito da chamada baixa Idade Média (1300-1500) possuem traços distintos, do que se entenderá por direito no período da modernidade (compreendido a partir do século XVI). De modo que, as interpretações que justificavam o escorraçamento do louco têm íntima ligação com as aspirações e interpretações irracionais da época medieval e do sistema jurídico desse período. Observa-se que o louco não possuía liberdade para viver em sociedade e, conseqüentemente, era tratado como sujeito inferior aos demais indivíduos sociais, julgado pela sua insanidade e pela sua condição econômica e social. Nesse período, pessoas loucas eram vistas pela sociedade como seres alienados, inferiores, anormais, desprovidas do direito de conviver livremente em sociedade.

De acordo com Foucault (2019), *Narrenschiff* foi uma expressão concreta da existência desses navios que “carregavam uma carga insana de uma cidade para outra. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos” (Foucault, 2019, p.9). Apreende-se, a partir dos fatos narrados, que as frequentes viagens possuíam uma significativa função social, pois livravam as cidades das perturbações dos loucos e permitiam a segurança dos cidadãos sãos. Nota-se, ainda, que o escorraçamento se tornou um costume e apareceu como uma resposta, para dar conta do número de pessoas insanas que perambulavam pelas cidades europeias e incomodavam a ordem social.

Nesse período, a loucura ainda não era objeto de intervenção e conhecimento do saber médico. O conhecimento popular e o conhecimento religioso lançavam diversas interpretações para esse desvio de conduta pautado na desrazão, e administravam as alternativas para conter e controlar esse *mal social*. Sobre isso, Foucault (2019, p.11) retrata:

[...] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica.

A *Nau dos Loucos* estava carregada de inspirações literárias: o navio, a viagem, o mar, a cidade desconhecida e a carga insana possuíam interpretações profundas de uma libertação do mal, que numa longa viagem eram entregues ao desconhecido. A viagem representava a libertação da cidade da qual saíam os loucos e o distanciamento daquele mal. Para Foucault (2019, p.11), “a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca”. Os saberes da época respaldam a segregação dos loucos, na prática do escorraçamento, e, ideologicamente, reiteram uma inspiração romantizada da prática: a pessoa louca, a carga de insanos, configura-se como personagem principal do enredo literário contado de forma vívida e real. De modo que, o senso comum, as interpretações religiosas e a própria cultura (expressa na arte e na literatura) legitimaram a desagregação dos insanos.

A Igreja Católica teve um papel influente na organização da sociedade medieval, especialmente porque era dotada de poder econômico, político e ideológico. Huberman (1981, p. 15), ao retratar a Igreja nesse período, afirma: “a Igreja constituía uma organização que se estendeu por todo o mundo cristão, mais poderosa, maior, mais antiga e duradoura que qualquer

coroa. Tratava-se de uma era religiosa e a Igreja, sem dúvida, tinha um poder e prestígio espiritual tremendos”. Desse modo, exercia o controle sobre todas as classes sociais e tinha também o poder de julgar e aplicar sanções sobre comportamentos inadequados às leis do cristianismo. Trindade (2002, p. 20) também reafirma esse domínio ideológico da Igreja nas relações sociais no tempo medieval, segundo esse autor: “a onipresente ideologia religiosa condenava a usura como pecaminosa, o lucro como imoral, a ambição de enriquecer como certeza da danação infernal”.

O período da Inquisição, que se iniciou no século XII e perdurou até o século XVIII, demonstrou de forma expressiva essa relação do poder da Igreja nos julgamentos dos comportamentos dos indivíduos considerados inapropriados, interpretados à luz das condutas morais pautadas nos princípios da Igreja. Foucault considera que o modelo judicial e jurídico da Inquisição tem uma dupla origem: a religiosa e a administrativa (estatal), sendo, pois, uma técnica de poder e administração (Foucault, 1996 apud Lopes, 2011, p. 90).

Todo bispo era um inquisidor ordinário em sua diocese: visitava as comunidades e localidades e perguntava sobre o que havia ocorrido de grave na sua ausência, realizando o que se chamava a inquisito generalis. Descoberta alguma coisa, passava a inquisito specialis, na qual se determinava quem tinha feito o quê. Aí já se marca uma característica essencial do processo inquisitório: o julgador ou o inquisidor não espera ser convocado pela parte ofendida, não é preciso que tenha havido dano a ser recuperado ou ressarcido. Basta que tenha havido infração: pecado ou crime contra a paz do rei (felony, na linguagem jurídica inglesa). O soberano, ou a Igreja, são as vítimas, não apenas uma pessoa determinada (Lopes, 2011, p. 91).

Há registros na história que demonstram que loucos, hereges e pessoas com condutas desviantes (desatinos e libertinos) eram alvos do tribunal da inquisição. Esses eram julgados e martirizados publicamente, como descreve Foucault (2019, p. 11): “acontecia de alguns loucos serem chicoteados publicamente e, no decorrer de uma espécie de jogo, serem em seguida perseguidos numa corrida simulada e escoraçados da cidade abastoadas”. A tortura era formalmente legítima no meio jurídico no período da inquisição, sendo legalizada por Inocêncio IV em 1252, como forma obter a confissão da pessoa julgada. Esse período foi marcado pelos excessos de punições cruéis, e muitas vezes, pelos equívocos no processo inquisitório (Lopes, 2011).

No período que marca a Idade Média, a droga foi vista de formas distintas. No âmbito das drogas usadas para criação de remédios, “toda farmacopeia clássica foi acusada de pagã e reprimida como forma de bruxaria” (Torcato, 2016, p. 36). Indicando que pessoas que usavam drogas foram reprimidas e penalizadas pelo tribunal da inquisição. Torcato (2016) registra que, em meados do século XIII, a utilização do ópio pela medicina para fins terapêuticos foi aceita,

porém, favoreceu especialmente pessoas que tinham moral elevada. Tal aceitação se deu como consequência do esforço em se separar *farmacologia* e *magia*, que sincreticamente marcou os períodos anteriores.

Durante a Idade Média, Igreja, Estado e o Direito contribuíram para a mistificação ideológica que fomentou o louco como um indivíduo anormal. Essa ideia foi reforçada nos séculos que sucederam ao regime feudal. Ao final da Idade Média, Foucault (2019) retrata que a loucura foi protagonista de enredos literários: nos contos e moralidade, na comédia teatral representando o papel do Bobo, na pintura, na iconografia e expressou também toda uma inquietude da cultura europeia “a loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginosa desrazão do mundo e medíocre ridículo dos homens” (Foucault, 2019, p.13).

É imprescindível para essa discussão situar os aspectos históricos e sociais que marcaram o uso de drogas no Brasil. No contexto da formação sócio-histórica da sociedade brasileira, as drogas (em suas diversas formas) também perpassou por vários momentos, que compreendem desde a cultura dos nativos até estágios mais civilizados de organização humana. A utilização de plantas com poderes alucinógenos foi utilizada pelos indígenas brasileiros em rituais, para tratar e curar doenças, bem como para o uso recreativo. Torcato (2016) e Lima (2009) registram que há indícios de que a maconha (originária da planta *Cannabis*) tenha sido trazida ao Brasil pelos escravos africanos advindos de Portugal, mas de origem angolana, onde a maconha já era conhecida. “Foram os africanos os primeiros responsáveis sobre difundir o uso costumeiro de *Cannabis*. Existem evidências, desde o século XVI, de que os escravos plantavam *Cannabis* nas suas hortas caseiras”. (Torcato, 2016, p. 48) A partir de então, a droga perpassou negros, índios e os brancos.

Torcato (2016) em seu estudo cita ainda algumas plantas encontradas no Brasil, que foram utilizadas pelos nativos antes mesmo de seu descobrimento, dentre elas: a *jurema*, árvore consumida em forma de bebida ou de fumo, encontrada em regiões da caatinga do Nordeste; e a *ayahuasca*, bebida psicoativa utilizada na forma de chá em rituais por indígenas da Amazônia. O autor ainda registra que festas periódicas promovidas pelos nativos, intensificavam momentos de consumo das substâncias psicoativas, como as *couinagens* “grandes festas periódicas marcadas pela tentativa consciente de obter o máximo de embriaguez, visto que os indígenas – homens e mulheres – passavam dias seguidos bebendo sem ingestão de alimentos”. (Torcato, 2016, p. 35).

Bucher (1992) apresenta uma diversidade de nomes pelo qual a maconha ficou conhecida no Brasil, dentre as quais: *liamba*, *aliamba*, *diamba*, *riamba*, *bengue*, *birra*, *dirigio*

ou *dirijo*, erva, fumo, fumo de Angola, mato, pango, pito de pango, soruma, manga rosa entre outros termos que caracterizam a erva ou os subprodutos feitos partir da erva. O autor considera que a diversidade nos termos para designar a planta *Cannabis Sativa* se deve pela difusão e popularização do uso no território brasileiro. “Se tantas palavras a designam, o mínimo que se pode dizer é que ela deve (devia) estar muito difundida e consumida, de tal modo que a fala que lhe diz respeito, faça parte do acervo lexical sob todas aquelas variações [...]”. (Bucher, 1992, p. 92).

Sobre o uso da maconha no Brasil, Bucher (1992, p.95) sinaliza:

De fato, foi no Nordeste do Brasil onde mais se espalhou o seu uso. Com a lavoura da cana-de-açúcar e a necessidade de importar escravos, deu-se o hábito de plantar e fumar maconha, sobretudo, por esta prática ter sido bem tolerada pelos senhores das terras e dos engenhos. Assim, [...], a diamba assegurava a estabilidade dos senhores nos períodos de ociosidade, quando esfriavam os fogos dos engenhos: entregar-se a curtição do fumo de Angola abrandava entre os escravos eventuais veleidades de revolta ou fuga – o que merece ser chamado de ‘uso ideológico’ do consumo da droga.

Bucher (1992) ao retratar o uso da droga entre os escravos, demonstra que esse uso estava associado ao contexto de exploração e opressão, e apresenta como o uso da droga representava uma fuga da realidade, de modo que por abrandar os escravos e reverter situações de revoltas e fugas, o consumo era permitido pelos senhores de engenho. O *uso ideológico* da droga se apresenta como uma das estratégias de mediação e diminuição de conflitos entre explorados e exploradores.

Paulatinamente, com a expansão do uso da maconha – que chegou a todas as classes sociais e em várias regiões do território brasileiro – cresce o uso problemático e a proibição da comercialização. Bucher (1992) retrata esse fato ao caracterizar o processo de mudança no padrão de consumo e a comercialização:

Prática comum entre os negros, que buscavam na erva prazer e relaxamento após o penoso trabalho diário, não foi difícil a sua difusão no meio dos caboclos, e sua migração da área rural para a urbana. De tal forma se difundiu e alcançou outras classes sociais e outras regiões, que foi julgado necessário a proibição de compra e venda em estabelecimentos públicos do Rio de Janeiro, em 1830, por uma portaria da Câmara Municipal... A maconha ou o ‘dirijo’, cresce em certas regiões do norte e nordeste do país, sob forma de plantio marginal nem sequer suspeitada entre as plantações de cana, milho, feijão, cravo e pimenta. Em função do aumento da fiscalização policial, esta economia ‘informal’, se não desaparece, tem que viver cada vez mais escondida: entre os plantadores de roça, aqui acolá surgem pés às ocultas, como uma necessidade decorrente do modo de vida penoso do camponês nordestino. De fato, jamais se ouviu falar de uma ‘cultura de maconha’ dentro de um ensaio de economia, se bem que é verdade que existem plantações, nas margens do baixo São Francisco, que não serve apenas para a subsistência do plantador e seu próprio consumo, mas para a comercialização em regiões urbanas do Sul – como se fosse um produto agrícola qualquer, com a ressalva de se tratar de um produto ilegal. (Bucher, 1992, p. 95-96).

Percebe-se que nesse momento, por volta de 1800, a droga já tinha assumido, para além do seu valor de uso, a função de mercadoria com seu respectivo valor de troca, atendendo a necessidades e finalidades diversas, por perpassar as diferentes classes sociais. Assim, como em outras partes do mundo, a proibição do comércio da droga esteve associada ao uso problemático, incidindo em desordens sociais que estariam atreladas aos efeitos do uso abusivo da substância psicoativa. A proibição na produção e comercialização da droga não levou necessariamente à extinção desse comércio, apenas o fez transitar para o mercado ilegal, fomentando o tráfico de drogas. A política de Estado proibicionista tem suas raízes atreladas a esse momento histórico.

A formação sócio-histórica brasileira em seus aspectos econômicos também se destaca para a produção da cachaça, que é um produto que advém da produção da cana-de-açúcar, uma matéria-prima muito difundida no mercado de exportação do Brasil na era colonial. Os engenhos de cana-de-açúcar estimulavam a criação de alambique e a produção do destilado da cana, isto é, a produção de cachaça. Logo, essa produção e consumo se populariza e dissemina especialmente no período escravista brasileiro. Torcato (2016) afirma que a cachaça fez parte do mercado de escravos, embora já houvesse registro do uso do destilado de cana pelos nativos.

Outro produto que também se destacou no período colonial brasileiro, ao lado do açúcar, foi a produção de tabaco. “Ele era cultivado no Pará, Maranhão, Pernambuco e, principalmente, no Sul da Bahia. O tabaco brasileiro era elaborado na forma de cordas, tratado com melado (um líquido extraído da cana-de-açúcar)”. (Torcato, 2016, p. 44). O autor registra ainda que o cultivo e a exportação dessa mercadoria foram significativos na economia brasileira, perpassando os períodos históricos do Brasil Colônia ao Império.

Por sua vez, há indícios nos registros de Amarante (1994) de que as pessoas consideradas loucas ou de mente alienada (não associada ao uso de substâncias psicoativas), antes do período colonial brasileiro, não possuíam restrição para circulação e convívio em sociedade. O autor afirma que, até antes da chegada da Família Real no Brasil, esses indivíduos eram encontrados nas ruas, ora estavam no espaço fechado, em locais não necessariamente ligados à área médica. De modo que a loucura ainda não estava associada a um problema social.

Até o momento, proporcionamos um significativo resgate histórico acerca das origens do uso de drogas, da compreensão da loucura nas sociedades pré-capitalistas e das dinâmicas relacionais desses indivíduos na sociedade. Esse resgate evidencia que a construção da ideia de ameaça, desordem e contenção de comportamentos inadequados está enraizada em relações sociais de opressão, fortemente influenciadas pela emergência das classes sociais economicamente desiguais.

Verificamos que, na realidade brasileira, embora marcada por suas particularidades socioeconômicas e culturais, também testemunhou ao longo da história uma relação de liberdade no uso de drogas pelos nativos. No entanto, essa liberdade foi substancialmente alterada com a exploração dos nativos e africanos durante os períodos escravocrata e imperial no Brasil.

Considerando que o uso problemático de substâncias psicoativas será tratado no mesmo ambiente de isolamento da loucura, e que em determinado momento se tornou alvo de intervenção do Estado via políticas públicas, apresentaremos no próximo item, a raiz do sistema que culturalmente se fortaleceu para isolar os transtornos mentais e demais problemas sociais do convívio em sociedade num contexto de consagração dos *direitos de todos*.

2.2 Institucionalização manicomial e criminalização das drogas no contexto da regulação de direitos pelo Estado na modernidade

A modernidade marcou um período de grandes mudanças no âmbito econômico, político, social, cultural e ideológico. Ergue-se, a partir da decadência do regime feudal, um novo contexto pautado na centralidade do trabalho assalariado, no mundo da produção de mercadorias e de novos protagonistas histórico-sociais que integram as classes sociais fundamentais: burguesia e proletariado. As profundas mudanças advindas de um novo modo de produção capitalista alteraram significativamente as relações sociais, trazendo incidências no padrão de uso e produção das drogas, o aumento do adoecimento mental e da pobreza. Tal fato levou a pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas habitarem os mesmos espaços institucionais que os loucos e os pobres. Continuaremos a abordar neste subitem o contexto euro-ocidental e as particularidades da formação sócio-histórica do Brasil.

Foucault (2019) explicita que, no início da era moderna, os antigos leprosários se tornaram espaços propícios para afastar os loucos do meio social. Ao final do século XV, a lepra foi paulatinamente substituída pelas doenças venéreas, “esses doentes são recebidos em diversos hospitais de leprosos [...]. Nasceu uma nova lepra, que toma o lugar da primeira. Aliás, não sem dificuldades, ou mesmos conflitos. Pois os próprios leprosos sentem medo” (Foucault, 2019, p.7). Pelos registros, é possível perceber que pessoas com doenças venéreas e leprosos conviveram nos mesmos locais simultaneamente por certo período, de modo que a presença de

um representava a ameaça do outro, ainda que as vidas desses indivíduos representassem o mesmo nível de perigo para o convívio em sociedade.

Durante 150 anos, os doentes venéreos vão ficar lado a lado com os insanos no espaço de uma prisão; e vão atribuir a estes durante muito tempo um certo estigma – com o qual se trairá, para a consciência moderna, um obscuro parentesco que lhes destina a mesma sorte e os mesmos lugares no mesmo sistema de punição. (Foucault, 2019, p. 87).

O autor retrata que no final da Idade Média, o mundo ocidental havia superado a lepra, tal superação não se deu em decorrência da cura da doença ou pelo sucesso do tratamento adequado buscado nas práticas médicas, mas como um resultado *natural* dos métodos de intervenções adotados para exterminar o problema, por meio da reclusão dos infectados e pelo rompimento do foco da infecção. (Foucault, 2019). À primeira vista, os leprosários se tornaram espaços inabitáveis, “a lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa” (Foucault, 2019, p.5). Mas, logo, esses espaços vão reaparecer com a função de segregar a loucura e os problemas sociais:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente, nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão reencontrados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão, essencialmente, essa forma maior de uma separação rigorosa que é exclusão social mais reintegração espiritual (Foucault, 2019, p. 6).

É possível perceber que a raiz da segregação da loucura e dos problemas sociais, como forma de contenção do mal, está justificada na manutenção e perpetuação dos antigos leprosários, que num novo contexto social – séculos XVI e XVII – tornaram-se espaços propícios para conter: a pobreza, a insanidade, os que viviam na vagabundagem, presidiários como demonstra o autor. Aspectos religiosos, da cultura judaica cristã, se fazem presentes nas interpretações do papel dessas instituições. Ao afirmar “salvação se espera dessa exclusão” é possível perceber que, numa dimensão abstrata, transcendental, aquele espaço traria uma dupla libertação e salvação. De modo que, conforme o autor, o início do período moderno foi marcado pelas amarras ideológicas da igreja, percebidas na condução das interpretações daquele espaço e dos problemas que ali habitavam. Tal fato converge com a afirmação de Trindade (2002, p.

27) “[...] muitos [...] dos laços políticos, jurídicos, culturais e ideológicos do velho feudalismo persistiam como fato de atraso”.

Foucault (2019) também retrata que um novo entendimento do sentido da miséria e da caridade se consolidou na sociedade do século XVII. A miséria não era mais vista como uma humilhação passageira que levaria o homem a uma exaltação (ideia predominante no discurso da Igreja nos séculos anteriores), mas como resultado da desordem. O homem era culpado por sua condição e as instituições sociais que surgiram, comumente dirigidas por representantes da igreja e da classe burguesa, representaram o castigo em forma de correção moral da miséria. A burguesia do século XVII, também amparada pela Igreja e seu poder de influência ideológica, tratou de intervir nas mazelas da sociedade, objetivando impedir e punir a mendicância, a ociosidade e demais problemas sociais, tratando como um assunto de *polícia*. Conforme registro de Foucault (2019, p. 53):

Nessas instituições também vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leprosários, vazios desde a Renascença, mas repentinamente reativados no século XVII e que foram rearmados com obscuros poderes. [...] O gesto que aprisiona não é mais simples: também ela tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais.

A Igreja, que por séculos exerceu um papel influente na sociedade, especialmente ligado a práticas caritativas aos mais pobres, continuou a desempenhar o controle e punição sobre a vida e a conduta dos indivíduos sociais, por meio do dogmatismo e das imposições de verdades. Foucault (2019) afirma que a igreja estabeleceu relações mais estreitas com o poder real e a burguesia, de modo que, na trajetória histórica do enclausuramento, a Igreja reformou suas estruturas hospitalares, reativou leprosários, estabeleceu ritos que simulam os costumes das congregações dentro dos espaços de confinamento: “leva-se uma vida quase que de convento, escandida por leituras, ofícios, orações, meditações”. (Foucault, 2019, p.50).

Foucault (2019, p. 65) demonstra a arbitrariedade e inflexão política das intervenções do Estado na pobreza, apresentando o parágrafo 9 do édito de 1656, promulgado por Luís XIV:

Fazemos expressa proibição a todas as pessoas de todos os sexos, lugares e idades, de toda qualidade de nascimento e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis, de mendigar na cidade e nos subúrbios de Paris, ou nas Igrejas e nas portas das Igrejas, nas portas das casas ou nas ruas, em nenhum lugar público, nem em segredo, de dia ou de noite... sob pena de chicoteamento para os transgressores na primeira vez e, pela segunda vez, as galeras para homens e meninos e banimento para as mulheres e meninas.

Percebe-se o cunho coercitivo do ordenamento jurídico da época, que punia na forma da lei a pobreza e a ociosidade, de modo que o internamento representou a resposta mais bem elaborada de administração das desordens sociais. Nos séculos XVII e XVIII tem-se de forma intensa a ampliação desses espaços, que, respaldados pelo poder do Estado, da Igreja e do sistema jurídico que se estabeleceu na modernidade, constituíram-se como aparelhos de controle e de reprodução social. A partir dos registros de Foucault (2019), é possível constatar que o período que antecedeu a Revolução Industrial, marcou esse crescimento e fortalecimento das instituições sociais e legislações que buscaram administrar, através da coerção e da punição, os problemas sociais e a loucura.

É sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas. A partir de Philippe Pinel, William Tuke e Heinrich Balthasar Wagnitz, sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das “casas fortes”; percebe-se também que estavam misturados com a população da *Workhouses* ou *Zuchthäusern*. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários e aos insanos. É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá, - não nos esqueçamos -, que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por tê-los “libertados”. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural (Foucault, 2019, p.48-49).

Um dos aspectos que marcou a inserção dos loucos nessas instituições nesse novo momento foi a não definição de sua condição, visto que a loucura ainda não havia sido considerada como uma patologia. De modo que, inicialmente, esses espaços e os saberes e poderes que ali eram envolvidos não buscaram intervir de forma sistemática nos problemas da mente, isso só ocorreu séculos mais tarde com o desenvolvimento do saber médico. A resposta dos estabelecimentos no início do século XVII é o do afastamento e do isolamento, pela ausência de intervenções profissionais. Esses espaços tornaram-se depósitos de contenção das desigualdades sociais, crescente no período de desenvolvimento capitalista.

O Hospital Geral citado por Foucault (2019) foi fundado em 1656 em Paris e teve inicialmente a função de abrigar inválidos do exército. Posteriormente, tornou-se um espaço para depositar os alienados. Mas, quanto aos serviços prestados por essa instituição, os estudos demonstram que “o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (Foucault, 2019, p.50). Sobre isso, Foucault (2019,

p.50) ainda ressalta “em seu funcionamento, ou em seus propósitos, o Hospital Geral não se assemelha a nenhuma ideia médica. É uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa mesma época”. Desse modo, o modelo do Hospital Geral que se expandiu em toda Europa exerceu a função social de administração do pauperismo mediante a punição e a coerção, e esteve coordenado por representantes da burguesia.

Ausência do tratamento médico nos asilos foi também reafirmada por Pessotti (1996, p. 17-18):

Na França, onde nasce a psiquiatria, bem como em toda Europa, havia asilos para alienados, já muito antes da Revolução de 1789. Nessas instituições, os internados eram cuidados por religiosos, alguns até com certo conhecimento médico, mas não se praticava um tratamento médico da alienação. O asilo não era, ainda, o que seria o manicômio, a partir da obra de Pinel.

Esses fatos evidenciam que o problema da desigualdade social, proveniente das contradições da ordem capitalista, consistiu no elemento primeiro que justificou, do ponto de vista da classe dominante e do Estado, a necessidade do isolamento, mas não do tratamento. No universo da institucionalização, formas variadas de instituições sociais, relacionados ao mundo do trabalho, ganharam significado ao lado dos hospitais gerais e dos antigos leprosários, exemplo disso são as casas de trabalho e os depósitos de mendigos, que seguindo a mesma lógica da institucionalização do pauperismo, foram espaços de segregação da loucura.

A criação das *whorkhouses* e das *house of correction* (casas de correção), mantidas pelos impostos e pelas doações, também se multiplicaram na Europa entre os séculos XVII e XVIII, principalmente nos locais mais industrializados. As internações eram mediatizadas pelo juiz de paz que avaliava a situação e determinava se o indivíduo merecia estar na instituição (Foucault, 2019). Na Inglaterra, em determinado momento, a expansão desses serviços esteve também ligada ao âmbito da iniciativa privada, uma vez que “[...] alguns anos mais tarde, decide-se autorizar a ação da empresa privada: não é mais necessário obter a permissão oficial para abrir um hospital ou uma casa de correção – todos podem fazê-lo à vontade” (Foucault, 2019, p. 54).

Essas casas de trabalho eram destinadas a abrigar filhos de pobres, vagabundos, mendigos, desempregados, aptos e inaptos ao trabalho, doentes e as demais expressões da pobreza, isto é, o que Marx (1996, p. 261) denominou de *exército industrial de reserva*¹¹ “[...]”,

¹¹ Marx (1996, p. 273) caracteriza o exército industrial de reserva da seguinte forma: “Abstraindo vagabundos, delinquentes, prostitutas, em suma, o lumpemproletariado propriamente dito, essa camada social consiste em três categorias. Primeiro, os aptos para o trabalho. [...] Segundo, órfãos e crianças indigentes. Eles são candidatos ao exército industrial de reserva e, em tempos de grande prosperidade, como, por exemplo, em 1860, são rápida e maciçamente incorporados ao exército ativo de trabalhadores. Terceiro, degradados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho. São notadamente indivíduos que sucumbem devido a sua imobilidade, causada pela divisão do

uma população trabalhadora adicional relativamente supérflua ou subsidiária, ao menos no concernente às necessidades de aproveitamento por parte do capital”. (Marx, 1996, p. 261). Os loucos ou as pessoas com comportamentos inadequados para a época, adentraram nesse tipo de estabelecimento social *misturados* com os demais tipos de problemas que existiam nessas instituições, assim como ocorreu nas demais instituições sociais de exclusão. De forma que, historicamente, os loucos estiveram no contexto da ordem capitalista um lugar social de afastamento ao lado dos pobres.

Bisneto (2007) ao interpretar as instituições sociais à luz do pensamento marxiano, situa-a no bojo das contradições da sociabilidade capitalista, que reproduz a luta de classes: “os homens definem fins que são socialmente legítimos [...], e como os fins são apropriados pelas instituições sociais (e não apenas atribuídos a elas por um poder superior), define-se o nível institucional como o dos fins” (Bisneto, 2007, p.79) Sabe-se que a partir do grau de desenvolvimento da sociedade capitalista, os estabelecimentos sociais tendem a serem mais amplos, diversos e complexos, essas instituições acabam por favorecer os interesses e o sistema de reprodução social do capital. Fazem parte do conjunto de aparelhos políticos, econômicos e ideológicos e corroboram com a reprodução das relações sociais. Weisshaupt (1988) afirma que as instituições representam mediação dos projetos sócio-políticos das classes antagônicas, buscam estabelecer um consenso entre os atores sociais em disputa.

As instituições não se firmam como instâncias deslocadas do contexto social e dos interesses econômicos, políticos e ideológicos em disputa, refletem, portanto, o projeto das classes sociais. Os agentes que integram o corpo organizacional da instituição, muitas vezes dotados de saberes específicos e especializados para tratar o objeto de intervenção da instituição, são também responsáveis pelas legitimações do espaço, exercem uma relação de poder entre os atores envolvidos, estabelecem rotinas, práticas interventivas que passam a ser socialmente aceitas. (Bisneto, 2007).

Esses espaços de apartamento possuem uma intrínseca relação com a dinâmica da sociedade capitalista e suas contradições, pois os loucos, ao lado dos pobres, desempregados, mendigos, inválidos, velhos, integram uma população improdutiva para o sistema do capital. Logo, as instituições e a internação compulsória tiveram um papel elementar de afastar, punir e disciplinar. Pino (1989) afirma que a natureza da internação é *profilática*, pois previne as desordens e promove uma aparente harmonia. Segundo esse autor, “o confinamento visa com

trabalho, aqueles que ultrapassam a idade normal de um trabalhador e finalmente as vítimas da indústria, cujo número cresce com a maquinaria perigosa, minas, fábricas químicas etc., isto é, aleijados, doentes, viúvas etc.

efeito, isolar no corpo social aqueles que, em razão da sua condição de classe, constituem elemento estranho e desestabilizador da ordem social burguesa”. (Pino, 1989, p.150).

É nesse contexto de institucionalização e ampliação dos espaços asilares no século XVII, que se tem o longo e complexo processo de construção dos *direitos do homem e do cidadão*, especificamente voltados ao âmbito dos direitos civis e políticos. O debate acerca dos direitos, que cresce no meio de pensadores liberais, carrega uma dimensão histórica e filosófica, e, aspectos que envolvem o direito à vida, à liberdade e a propriedade vão fazer parte do discurso do homem europeu preocupado em se proteger e resguardar seus bens e suas propriedades. Ao passo que cresce o desenvolvimento econômico do capitalismo resultante da revolução industrial, a noção de direito foi aprimorada, consagrando-se em declarações e nas constituições. Evidentemente, os loucos não foram protagonistas das discussões em torno da construção desses direitos.

Os dilemas que atravessaram a construção dos direitos civis e políticos são permeados de concepções divergentes acerca do que se denomina interesse individual, particular, que pertence ao âmbito privado do indivíduo; e, os interesses coletivos, difusos, que corroboram para a manutenção da ordem, da paz e do convívio social. Antes de aparecer formalmente na sociedade do século XVIII, a concepção de direitos esteve ligada ao pensamento filosófico liberal fundamentado na doutrina *jusnaturalista*¹². As ideias de direitos naturais, contrato social¹³, poder soberano e liberdade aparecem vinculadas à formação do Estado moderno. Evidentemente, as legislações e regulamentos voltados ao universo da internação (que destoava a noção de igualdade e liberdade) foram construídos e aprovados antes e ao mesmo passo da construção das Declarações e Constituições que vieram com a Revolução Francesa.

As novas ideias que emergiram na modernidade, inspiradas pelos pensadores do Iluminismo, buscaram romper com os paradigmas construídos nos séculos passados, fundamentados em inspirações religiosas, muito presente nos julgamentos e nos sistemas jurídicos. Paulatinamente, essas novas ideias foram se popularizando entre os intelectuais da era moderna¹⁴ e ganharam forma nas Constituições e Declarações que se estabeleceram no

¹² De acordo com Montañó e Duriguetto (2011, p. 22): “O termo jusnaturalismo refere-se ao desenvolvimento da ideia do direito natural entre o início do século XVII e o fim do século XVIII. Essas teorias moldam as doutrinas políticas de tendência individualista e liberal, que afirmam a necessidade de o Estado respeitar e legitimar os direitos inatos dos indivíduos, o que reduz o exercício do poder estatal a uma função derivada dos direitos individuais. A ordem política é concebida com a finalidade de coibir qualquer violação desses direitos”.

¹³ Refere-se a “uma espécie de pacto entre os homens para estabelecer tais normas e autoridades às quais se submeterão consensualmente – seria o meio pelo qual ocorreria a passagem de um estado para o outro. O Estado seria o produto do contrato social, ou seja, da conjunção de vontades individuais” (Montañó; Duriguetto, 2011, p. 23).

¹⁴ Os filósofos contratualistas Thomas Hobbes, John Locke, Jean Jack Rousseau contribuíram através de suas produções intelectuais, difundindo na Europa as concepções acerca do direito natural, contrato social e soberania.

século XVIII. De acordo com Trindade (2002, p. 37) o direito é “descoberto/produzido pelo espírito humano, desde que se procedesse à investigação com rigores do raciocínio, configurando-se então como uma expressão moral de possibilidades inalienáveis, universais e eternas do ser humano (os direitos naturais humanos)”. Nesse momento, o conhecimento científico, a razão humana e o saber estavam no centro das discussões que fomentaram a noção de direito da modernidade.

Trindade (2002, p. 36) ainda esclarece:

Com tantos antecedentes, o século XVIII tinha todos os motivos para ver na razão a potência finalmente capaz de entender a natureza e a sociedade, explicar a própria religião, libertar o homem dos seus terrores seculares, desvendar todos os mistérios, reformar tudo. [...] A Razão humana, sua ilimitada capacidade de desvendar, de iluminar fenômenos (daí Iluminismo), poderia moldar o mundo em bases novas, tudo poderia ser revisto e reformado por seu filtro. A realidade circundante dava-lhes essas certezas, tudo, de fato, se revolucionava, por obra da inteligência e da engenhosidade.

Sendo assim, os fundamentos filosóficos do direito estiveram subsidiados pela razão e não mais justificados pelo entendimento cristão de ordem natural. Vê-se que o racionalismo do período Iluminista impregnou o pensamento filosófico, marcando o predomínio da razão nas concepções sobre a sociedade, ampliando o entendimento do conhecimento humano sobre os intervenientes do convívio social. Essa racionalidade foi percebida ideologicamente não apenas no direito, mas também na arte, na política, na cultura, bem como nas novas invenções tecnológicas e nas estratégias de crescimento da produção capitalista e do comércio. As concepções de sociedade que daí decorreram emergiram do pensamento liberal e, por isso, a noção de direito natural, justiça, controle, contrato social e soberania possui uma estreita relação com a moral e com a posição social que os indivíduos ocupavam. De modo que o direito foi utilizado como instrumento ideológico da burguesia para formalizar seus interesses econômicos, políticos e sociais.

Trindade (2002, p. 38), ao analisar a difusão desses pensamentos filosóficos no contexto da França revolucionária, considera:

Embora houvesse pontos de convergência e divergência entre eles, a característica central entre os pensadores é que estes acreditavam na necessidade de um contrato social firmado entre os homens para estabelecer o controle e impedir, a guerra, a anarquia ou o conflito. A legitimação de um poder político soberano pensado por esses pensadores corroborou a legitimação do Estado moderno e posteriormente a construção dos direitos civis e políticos que, através das Declarações, simbolizaram o pacto firmado, isto é, o contrato social (Montaño, Duriguetto, 2011).

[...] é fácil perceber por que essa construção intelectual de um direito natural de base racional, prevalece entre os grandes pensadores do Século das Luzes, foi socialmente apropriada com muita facilidade pela burguesia revolucionária como arma ideológica de combate. Bastava extrair daí consequências políticas muito lógicas, de uso imediato: a razão recusava-se a continuar acatando que mais de 20 milhões de franceses prosseguissem governados por uma minoria que nada produz e que mantém uma vida de privilégios unicamente pelo privilégio de nascimento. Se a ideia de privilégio não pode ser acolhida pela razão, há que se construir uma sociedade constituída por indivíduos livres e iguais, cidadãos (não súditos), todos sujeitos de direitos, submetidos a leis comuns para todos, clamando a nação a soberania para si, não mais para um monarca detentor de poder absoluto. Por isso, “... se o Terceiro Estado é tudo na sociedade...”, a razão rechaça, naturalmente, que ele continue sendo “nada” na política e no poder.

O contexto econômico, político e social da França, ao final do século XVIII e os privilégios provenientes do governo absolutista, favoreceram à implementação das ideias da burguesia revolucionária. Os conflitos entre monarquia, parlamento (tribunais) e terceiro estado se acirravam e as instabilidades do governo traziam consequências diretas e imediatas para a dimensão social¹⁵. No universo das intenações, também é possível perceber o predomínio do poder monárquico nas regulamentações que organizavam as instituições sociais, esse predomínio, todavia, foi abalado após a derrubada do regime absolutista.

No âmbito jurídico, as intenações foram formalizadas por meio das determinações do rei e da justiça: “em 1765, o poder real impõe um regulamento draconiano as numerosas casas de ‘caridade’ (de fato detenções). [...] O artigo primeiro estipula que não se receba quem quer que seja, sob nenhum pretexto, nas casas de detenção da Caridade a não ser aqueles conduzidos por ordem do Rei ou da Justiça” (Castel, 1978, p. 18). É importante situar que vigorou no período absolutista as *lettres de cachet*, que eram cartas que continham ordens determinadas pelo Rei da França e assinadas por um dos ministros da Casa Real, Castel (1978) afirma que a maioria dos enclausuramentos eram efetivados pela *ordem do rei*, isto é, por meio da *lettres de cachet*, que podia ser solicitada a pedido da autoridade pública ou por iniciativa das famílias.

De acordo com Castel (1978, p. 17):

¹⁵ De acordo com Trindade (2002, p. 45): “[...] uma grave crise econômico-social se abatia sobre o país. Invernos rigorosos e verões especialmente chuvosos ocasionaram péssimas safras em 1788 e 1789, fazendo os preços dos gêneros agrícolas e de seus subprodutos dispararem, especialmente o do pão, fundamental na alimentação do povo. Açambarcadores e especuladores tiraram partido do salto da inflação. Além disso, a superioridade inglesa na concorrência pela oferta de produtos têxteis também estancou a atividade desse ramo das manufaturas francesas, gerando prejuízos e desemprego. Multidões de miseráveis perambulavam pelas cidades e pela zona rural, buscando sobrevivência na mendicância ou extravasando seu ódio aos privilegiados mediante saques e atentados contra senhores rurais, ou dedicando-se simplesmente à delinquência”.

Uma ‘ordem do rei’ podia também ser obtida por solicitação da família. Esta justificava, numa "petição", as razões pelas quais solicitava o enclausuramento do insano (ou mais geralmente do perturbador da ordem familiar: prodigo, libertino, devasso, etc). Se o rei, por intermédio do ministro de sua Casa, fornecia a ordem, o insano passava a ser um desses ‘prisoneiros de família’ que representavam aproximadamente nove décimos das *lettres de cachet* sob o Antigo Regime.

Cumprindo o papel de regulador da ordem e da paz, o poder real, juntamente com o poder judiciário, participava das regulações das internações, de modo que, cumprindo essa função, estavam intervindo no âmbito público e privado. Asseguravam que, por meio da interdição dos insanos, a ordem pública era reestabelecida e, ao mesmo tempo, intervia no âmbito dos dilemas familiares, corrigindo suas disfunções. Sobre isso, Castel (1978, p. 18) afirma ainda que, em 1775, foram criados “os tribunais de família para dar uma caução judiciária ao maior número possível de enclausuramentos”. Em 1784 e em 1785, a monarquia fez duas intervenções no universo jurídico das internações, são elas:

[...] o conde de Breteuil, ministro da Casa Real, edita em 1784, numa circular dirigida aos intendentes, diretrizes precisas para a promulgação das *lettres de cachet* e distingue, com mais cuidado, as categorias às quais eles podem se aplicar: "No que concerne às pessoas cuja detenção seja pedida por causa de alienação do espírito, a justiça e a prudência exigem que proponhais as ordens somente quando houver uma interdição pronunciada por julgamento; a menos que as famílias estejam absolutamente impossibilitadas de pagar os gastos do processo que deve preceder à interdição. Mas, neste caso, será necessário que a demência seja notória e constatada por esclarecimentos bem exatos (Castel, 1978, p. 18).

Em 1785 surge um regulamento real com cento e trinta e cinco artigos, reorganizando o regime interno e as condições de admissão nos depósitos, prevendo que neles serão internos (sic) e as condições de admissão nos depósitos, prevendo que neles serão acolhidos, juntamente com os vagabundos e os mendigos, moças e mulheres de vida suspeita e, ‘em quarto lugar, os particulares que aí forem enviados por ordem do rei por causa de demência ou mau comportamento’. (Castel, 1978, p. 42).

É simbólica a prevalência das determinações monárquicas nas regulamentações das internações, especialmente num período em que essas instituições estão em crescimento e em evidência, pois representavam aparelhos de controle da ordem e de reprodução social. As *lettres de cache*, isto é, as “ordens do rei”, foram, até a derrubada do regime absolutista, um mecanismo de poder que marcou o universo jurídico do isolamento da pobreza e dos doentes da mente nas instituições de reclusão.

De acordo com Trindade (2002), nos anos que sucederam, o poder monárquico foi enfraquecido e derrotado mediante as pressões populares de pobres, burgueses e pequenos burgueses radicais que formaram um comitê, chamado de *Comuna de Paris*. Unidos contra o autoritarismo do rei e reivindicando direitos básicos, esse comitê funcionou como um novo

poder municipal “o que havia começado como uma ‘rebelião’ dos nobres em 1788 prosseguiu como revolução jurídica da burguesia nos Estados Gerais, explodiu a insurreição popular armada em Paris, ganhou quase toda a França com as revoltas municipais e selou a morte do *ancien régime* [...]” (Trindade, 2002, p. 50).

Em 1789 foi promulgada a primeira redação da *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*, nela continham dezessete artigos, que consagravam os direitos do homem, naturais e inalienáveis, fundamentado nos princípios *jusnaturalistas*, sendo eles:

Art.1º. *Os homens nascem e são livres e iguais em direitos.* As distinções sociais só podem fundamentar-se na utilidade comum.

Art. 2º. A finalidade de toda associação política é a conservação dos direitos naturais e imprescritíveis do homem. *Esses direitos são a liberdade, a propriedade, a segurança e a resistência à opressão.*

Art. 3º. O princípio de toda a soberania reside, essencialmente, na nação. Nenhuma operação, nenhum indivíduo pode exercer autoridade que dela não emane expressamente.

Art. 4º. *A liberdade consiste em poder fazer tudo que não prejudique o próximo.* Assim, o exercício dos direitos naturais de cada homem não tem por limites senão aqueles que asseguram aos outros membros da sociedade o gozo dos mesmos direitos. *Estes limites apenas podem ser determinados pela lei.*

Art. 5º. *A lei não proíbe senão as ações nocivas à sociedade.* Tudo que não é vedado pela lei não pode ser obstado e ninguém pode ser constrangido a fazer o que ela não ordene.

Art. 6º. A lei é a expressão da vontade geral. Todos os cidadãos têm o direito de concorrer, pessoalmente ou através de mandatários, para a sua formação. Ela deve ser a mesma para todos, seja para proteger, seja para punir. *Todos os cidadãos são iguais a seus olhos e igualmente admissíveis a todas as dignidades, lugares e empregos públicos, segundo a sua capacidade e sem outra distinção que não seja a das suas virtudes e dos seus talentos.*

Art. 7º. *Ninguém pode ser acusado, preso ou detido senão nos casos determinados pela lei e de acordo com as formas por esta prescritas.* Os que solicitam, expedem, executam ou mandam executar ordens arbitrárias devem ser punidos; mas qualquer cidadão convocado ou detido em virtude da lei deve obedecer imediatamente, caso contrário torna-se culpado de resistência.

Art. 8º. A lei apenas deve estabelecer penas estrita e evidentemente necessárias e ninguém pode ser punido senão por força de uma lei estabelecida e promulgada antes do delito e legalmente aplicada.

Art. 9º. Todo acusado é considerado inocente até ser declarado culpado e, se julgar indispensável prendê-lo, todo o rigor desnecessário à guarda da sua pessoa deverá ser severamente reprimido pela lei.

Art. 10º. Ninguém pode ser molestado por suas opiniões, incluindo opiniões religiosas, desde que sua manifestação não perturbe a ordem pública estabelecida pela lei.

Art. 11º. A livre comunicação das idéias (sic) e das opiniões é um dos mais preciosos direitos do homem. Todo cidadão pode, portanto, falar, escrever, imprimir livremente, respondendo, todavia, pelos abusos desta liberdade nos termos previstos na lei.

Art. 12º. A garantia dos direitos do homem e do cidadão necessita de uma força pública. Esta força é, pois, instituída para fruição por todos, e não para utilidade particular daqueles a quem é confiada.

Art. 13º. Para a manutenção da força pública e para as despesas de administração é indispensável uma contribuição comum que deve ser dividida entre os cidadãos de acordo com suas possibilidades.

Art. 14°. Todos os cidadãos têm direito de verificar, por si ou pelos seus representantes, da necessidade da contribuição pública, de consenti-la livremente, de observar o seu emprego e de lhe fixar a repartição, a coleta, a cobrança e a duração.

Art. 15°. A sociedade tem o direito de pedir contas a todo agente público pela sua administração.

Art. 16°. A sociedade em que não esteja assegurada a garantia dos direitos nem estabelecida a separação dos poderes não tem Constituição.

Art. 17°. Como a propriedade é um direito inviolável e sagrado, ninguém dela pode ser privado, a não ser quando a necessidade pública legalmente comprovada o exigir e sob condição de justa e prévia indenização. (Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, 1789).

Os dezessete artigos que constam na *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão* representam de forma expressiva os direitos e interesses da burguesia. Os trechos em destaque expressam algumas expressões de contradições quando situados no contexto que compreende a realidade dos internamentos. O primeiro elemento a ser refletido é a concepção de *igualdade* entendida na declaração, que não se refere a uma igualdade indefinidamente, mas uma igualdade em direitos: “os homens nascem e são livres e *iguais em direitos*” (art. 1°). Há uma incongruência nessa concepção de igualdade, uma vez que há um abismo que separa burguesia e proletariado dentro do próprio direito. Como já demonstrado nesse trabalho, a classe trabalhadora sofreu duras repressões pela sua condição social. A pessoa considerada louca, que já não participava da vida em sociedade, também não integrou esse princípio de *igualdade em direitos*.

Há que se considerar também que, no período em que os direitos da Declaração de 1789 foram consagrados, a institucionalização da loucura se fortalecia com a hegemonia do saber médico. A noção de liberdade não integrou o universo das pessoas consideradas loucas no período em que se consagram os direitos da Declaração. O art. 2° que afirma “*Esses direitos são a liberdade, a propriedade, a segurança e a resistência à opressão*” e o art. 4° “*A liberdade consiste em poder fazer tudo que não prejudique o próximo*”, simultaneamente, ao retratarem o entendimento de liberdade, sinalizam os limites dessa liberdade que está em “tudo que não prejudique o próximo”. A perturbação e ameaça à paz social que os loucos representavam já eram culturalmente entendidas no meio social como necessário de contenção. Assim como o direito à igualdade, o reconhecimento da liberdade humana é entendido como uma liberdade de fazer escolha entre alternativas, uma concepção que se contrapõe ao entendimento de liberdade como potencialmente propiciadora da emancipação humana.

A liberdade de ir e vir e estar nos logradouros e espaços públicos, não fez parte da realidade dos loucos no contexto de crescente expansão dos espaços asilares, esses não possuíam ao menos liberdade de fazer escolhas, seu destino era predeterminado pela sua

condição de louco. Ao reconhecer que no art. 5º as ações danosas à sociedade prevendo que “*A lei não proíbe senão as ações nocivas à sociedade*”, bem como o art. 7º, *ninguém pode ser acusado, preso ou detido senão nos casos determinados pela lei e de acordo com as formas por esta prescritas*, a Declaração legitima a prática do enclausuramento.

O art. 6º reitera a noção de igualdade e inclui possíveis distinções no concernente às virtudes e talentos: “*Todos os cidadãos são iguais a seus olhos e igualmente admissíveis a todas as dignidades, lugares e empregos públicos, segundo a sua capacidade e sem outra distinção que não seja a das suas virtudes e dos seus talentos*”. Considerando as diferenças comportamentais decorrentes da insanidade, podemos afirmar que o direito à igualdade não integrou o louco como um cidadão admissível de dignidade, uma vez que as instituições de aparceramento não propiciaram vida digna. As noções de igualdade, liberdade e direito à propriedade não se traduziram em grandes mudanças para a classe pauperizada, muito menos para os loucos que integravam o exército industrial de reserva. Assim, como afirma Marx (2013), para essa classe, esses direitos não passaram de uma abstração.

Após a consagração da *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*, no âmbito do sistema jurídico, outras mudanças aconteceram para reorganizar o espaço institucionalizado, que passa a ter um teor médico curativo. Em 1790, a Assembleia Constituinte decretava no art. 9 da lei que abolia as *Lettres de Cachet*:

As pessoas detidas por causa de demência ficarão, durante três meses, a contar do dia da publicação do presente decreto, sob os cuidados de nossos procuradores, serão interrogadas pelos juizes nas formas de costume e, em virtude de suas prescrições, visitadas pelos médicos que, sob a supervisão dos diretores de distrito, estabelecerão a verdadeira situação dos doentes, a fim de que, segundo a sentença proferida sobre seus respectivos estados, sejam relaxados ou tratados nos hospitais indicados para esse fim. (Castel, 1978, p.4).

Historicamente, a institucionalização perpassou por decisões e determinações dos poderes jurídicos e médicos, além de serem movidos pelos interesses familiares, que normalmente solicitavam a internação do familiar louco. Essas instâncias se firmam de tal forma que se cria uma cultura de internações advinda das decisões instituídas por esses poderes, responsáveis por proferirem sentenças a respeito da situação de saúde mental das pessoas detidas.

Castel (1978) registra que momentos antes de Pinel ingressar na história da psiquiatria, um decreto marcou o ordenamento jurídico de 1792, conforme esse autor a Assembleia Legislativa decretava naquele momento que: “aqueles que estão atualmente internados por causa de demência às custas da nação, serão transferidos para novas casas de repressão”. (Castel, 1978, p.44). Conforme esse autor, essas casas possuíam um sistema de encarceramento

de pessoas pobres e insanos, fortemente vigiado por homens armados de fuzil que vigiavam dia e noite. “Se os insanos são admitidos ‘às custas da nação’, o que se encontram são, sobretudo, mendigos incorrigíveis que aí passam um ano em média. Ambiente aparentemente pouco terapêutico”. (Castel, 1978, p.44).

Os problemas da mendicância, da pobreza e da loucura não foram diminuídos, nem com o crescimento dos estabelecimentos sociais, nem com a consagração dos *direitos de todos*, nem com as determinações da autoridade monárquica e judiciárias. Durante o século XVIII, a concorrência desenfreada levou à crise econômica e ao fechamento de fábricas e manufaturas. Consequentemente, um número de operários mendigos e adoecidos cresceu na Europa, demonstrando a insuficiência das instituições sociais e das normas sancionadas (Foucault, 2019). Na percepção de Foucault (2019, p.72), “avaliada apenas de acordo com seu valor funcional, a criação das casas de internamento pode ser considerada um fracasso”. A exemplo disso, temos o modelo dos Hospitais Gerais, que não progrediu na história da internação, sua proposta foi redefinida no século XIX, onde se manteve a essência da prisão, mas abriu-se espaço para o saber médico administrar os problemas dos internados.

Pino (1989, p. 146) demonstra esse fato, ao refletir:

Se as casas de trabalho atingiram seus objetivos de produção, o mesmo não ocorreu com os Hospitais gerais, tornados verdadeiros centros do ócio. Isso levou o governo revolucionário da França a desativá-los no início do século XIX, confiando a Pinel a missão de liberar a pobreza e colocá-la aos cuidados dos poderes públicos. Essa liberação, porém, nunca foi completa. Mais do que a liberação da pobreza, a desativação dos Hospitais gerais visavam (sic) a redefinição dos espaços e das novas formas de confinamento da pobreza. Com efeito, junto com os manicômios e as prisões, locais povoados desde as suas origens por pessoas procedentes, quase exclusivamente, dos meios pobres, surgem os asilos e as vilas operárias.

Não foi por acaso que esses locais se tornaram ultrapassados no contexto econômico e político da França revolucionária no século XVIII. Como vimos, crescia o debate intelectual pautado no racionalismo em que a ciência fora protagonista. Além disso, as discussões em torno do direito e da liberdade cresceram e de alguma forma colocavam em questão o modelo dos hospitais gerais. A alternativa foi a redefinição do espaço, abrindo-o para o saber médico, estudar e administrar, tendo como parâmetro o conhecimento científico e a razão humana.

Esse cenário que marca a institucionalização, sua função social e sua contraditória convivência com a consagração dos direitos de todos a *liberdade e igualdade* se desenrola em paralelo a mudanças no padrão de consumo e produção das substâncias psicoativas, que sob um sistema capitalista opressor, impõe novas necessidades sociais. É no contexto da modernidade que a droga passa a integrar o universo das mercadorias e no circuito da circulação, passando

da produção mercantil simples à produção capitalista, incorporando, para além do seu valor de uso (milénariamente muito bem definido), o valor troca. As necessidades sociais impostas pelo novo padrão de trabalho capitalista, o aumento das desigualdades sociais com um expressivo contingente de pessoas em situação de miséria, fome e pobreza contextualizam historicamente esse momento em que a droga integra ao mundo capitalista na forma de mercadoria. Refletindo sobre esse momento, Santos e Soares (2013, p.43-47) consideram que “há um entrelaçamento entre as necessidades de expansão do capital e a reprodução das necessidades de consumo, dentre essas, o consumo de drogas”.

Com o desenvolvimento das forças produtivas, o mercado das drogas ganhou força e encontrou consumidores para valorização dessa mercadoria. O avanço do comércio transoceânico também potencializou o transporte de diversas matérias-primas e mercadorias, dentre elas, as plantas com efeitos psicoativos: “Pela primeira vez se criam condições para que determinadas substâncias pudessem ser consumidas globalmente”. (Torcato, 2016, p.37). Considerando essas condições, é possível afirmar que a produção da droga carrega todas as contradições postas pela lógica do capital que perpassa produção/circulação/valorização associada à exploração e alienação do trabalho.

A forma-mercadoria das substâncias psicoativas está indissociavelmente relacionada com o trabalho alienado no capital, ou seja, é produzido nos mesmos moldes de produção dos demais produtos, nesse modo de produção que torna o próprio trabalho uma mercadoria. As relações mercantilizadas enquanto formas de regularização capitalista se naturalizam no processo da vida social e dificultam a percepção da relação fetichizada com os produtos do processo de produção. Também a satisfação de necessidades pelas substâncias psicoativas aparece para o consumidor como uma experiência puramente corporal de modificação de sensações e formas de percepção de sua condição física e psíquica, como sendo um tipo de relação natural e não uma construção social reforçando o efeito fetiche e a alienação (Santos; Soares, 2013, p. 45).

É importante para essa reflexão resgatar o pensamento de Marx (2013, p.113) sobre mercadoria:

A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa que, por meio de suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de um tipo qualquer. A natureza dessas necessidades – se por exemplo, elas provêm dos estômagos ou da imaginação – não altera em nada a questão. Tampouco se trata aqui de como a coisa satisfaz a necessidade humana, se diretamente, como meio de subsistência, isto é, como objeto de fruição, ou indiretamente, como meio de produção.

É a partir dessa concepção de Marx acerca da mercadoria – que carrega valor de uso e de troca, e, que necessariamente satisfaz a necessidades humanas – que podemos entender como

a droga por séculos permanece sendo uma mercadoria que se expande mundialmente. As necessidades sociais postas pelas contradições da sociabilidade capitalista justificam o fortalecimento do consumo e desse comércio. Há indícios de que a mudança no padrão de consumo e produção das substâncias psicoativas tenha se dado ainda no período da acumulação primitiva do capital, integrando paulatinamente os fluxos da circulação mercantil simples com a expansão do comércio no século XVI. (Lima, 2009). Assim sendo, a *planta mágica* naturalmente ofertada pela natureza e consumida *in natura* que possuía apenas valor de uso, adentra paulatinamente a esfera da produção capitalista, tornando-se uma mercadoria, tomando a mesma lógica da produção de outras mercadorias.

O desenvolvimento capitalista, além de impor profundas transformações no âmbito do trabalho, incidem também em profundas mudanças na dimensão onde se processa a reprodução das relações sociais, entendida por Iamamoto e Carvalho (2014) como sendo a “*reprodução da totalidade do processo social, a reprodução de determinado modo de vida* que envolve o cotidiano da vida em sociedade: o modo de viver e de trabalhar, de forma socialmente determinada” (Iamamoto; Carvalho, 2014, p. 79). É consenso entre os estudiosos da tradição marxista, que o desenvolvimento capitalista trouxe grandes incidências para a esfera social, alterando substancialmente as relações sociais.

O uso de substâncias psicoativas associado ao contexto de crescente exploração do trabalho e a consequente pauperização da classe trabalhadora possui uma íntima relação. Como vimos, ao passo que cresce a pauperização dos trabalhadores associado ao adoecimento físico e mental, o Estado aliado a burguesia e a Igreja encontra meios para intervir na problemática, sendo a criação de instituições sociais (Hospitais Gerais, Casas de Trabalhos e leis coercitivas) uma estratégia de contenção.

É também no contexto da modernidade que o uso abusivo (e problemático) e a comercialização de alguns tipos de drogas passaram a ser vistos por outros vieses.

As drogas passam a ser objeto de preocupação da sociedade somente no contexto da modernidade capitalista. Tanto os problemas vinculados ao circuito da produção, circulação e concorrência intercapitalista; como aqueles associados ao consumo “problemático” desta mercadoria e aos danos sociais gerados em decorrência da proibição e da criminalização estabelecida pelo Estado em relação a esta prática. (Albuquerque, 2018, p. 42).

O uso *problemático* desta mercadoria possui íntima relação com as necessidades humanas não satisfeitas no capitalismo, ao qual já mencionamos em momentos anteriores. Hobsbaw (2005, p.282) ao reportar o alcoolismo na fase aguda de desenvolvimento do capital,

afirma que era “a maneira mais rápida de sair de Manchester”, reportando aos efeitos alucinógenos da bebida, muito utilizada pela classe trabalhadora. Santos (2012), ao retratar a origem da *questão social*, faz algumas considerações que marcam o contexto das contradições que envolvem a relação capital e trabalho, demonstrando que o uso abusivo de álcool fez parte da realidade socioeconômica dos trabalhadores na Europa. Conforme a autora:

Para completar um breve quadro das mais significativas expressões da “questão social” no período de sua gênese, não se pode deixar de mencionar que a precariedade dessas condições de moradia e trabalho repercutia amplamente nos valores estruturantes da sociabilidade, o que preocupava aos filantropos, mas também ao movimento operário. São exemplos disso as altas taxas de natalidade, associada a diversas formas de promiscuidade sexual, incluindo-se aí a prostituição, o alcoolismo, [...]. (SANTOS, 2012, p.38).

Deste modo, é possível reconhecer que o uso problemático das drogas não se dá pelo acaso, ou de forma aleatória, mas também por questões de ordem social e pelo aumento da produção dessa mercadoria, tornando o acesso a essa substância mais fácil. Há que se considerar ainda que a bebida fermentada, como mencionado em momentos anteriores, possui em sua composição substâncias com valores nutricionais capazes de saciar a fome, de modo que, faz sentido a dependência na substância num contexto em que a pauperização da classe trabalhadora se põe em níveis acentuados. Assim como Brites (2006) reporta a importância de se reconhecer o uso da droga associada às contradições que perpassam a totalidade social, podemos afirmar que o contexto socioeconômico de ascensão do capitalismo às custas da classe trabalhadora promoveu o uso problemático dessas substâncias. É a partir de então que há uma discriminação no processo de produção de algumas drogas consideradas nocivas para o consumo humano e a criminalização da comercialização de determinadas substâncias.

Considerando o padrão de desenvolvimento desse comércio das drogas, Courtwright (2001) considerou que esse comércio subdividiu em dois grandes grupos: as substâncias psicoativas consideradas lícitas e impossível de proibição, como as bebidas alcoólicas, cafeinadas, o açúcar e o tabaco; e, as substâncias passíveis de intervenção pública que impunha critérios para a comercialização tornando-o limitado, como ópio, a *Cannabis*, a coca e os derivados dessas substâncias. (Courtwright, 2001 apud Torcato, 2006).

Lima (2009) registra que é na passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, com o desenvolvimento do comércio, da química orgânica e da farmacologia no século XIX, que a droga-mercadoria ganha força nos aspectos produtivos e de consumo. As inovações tecnológicas desse período possibilitaram “uma área da ciência capaz de extrair os alcaloides de plantas como o ópio e a coca”. (Lima, 2009, p.43). A autora ainda resgata, nos

estudos de Adila (1996), outras drogas que já vinham sendo comercializadas no período capitalista: “Tudo começa com a descoberta da morfina (1806), e segue com a codeína (1832), a atropina (1833), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a heroína (1883), a mescalina (1896) e os barbitúricos (1903)”. (Adiala, 1996, p.35 apud Lima, 2009, p.43). Percebe-se que é no contexto de acirramento das contradições da sociedade capitalista – transição do capitalismo concorrencial ao monopolista – que se tem a descoberta e difusão de formas diferentes de substâncias psicoativas, indicando que essa expansão só foi possível por haver consumidores para essa mercadoria.

Analizando a organização da psiquiatria e o uso problemático de drogas no Brasil no período moderno, percebemos que esta organização apresenta aspectos de sua formação sócio-histórica, as particularidades do seu desenvolvimento político, econômico, as influências e as inspirações do modelo asilar consolidados na Europa no contexto da Revolução Industrial. É perceptível na literatura que descreve as primeiras formas de assistência psiquiátrica no Brasil, que essa assistência emerge da necessidade de administração de um incômodo e ameaça que o louco representava para a sociedade, e que essa trajetória caminha ao lado da construção e consagração dos direitos civis, políticos e sociais.

É importante situar que o desenvolvimento da noção de direito no Brasil se estrutura em tempo cronológico em descompasso com a experiência europeia, onde se consagrou a *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão* de 1789. A trajetória brasileira de construção dos direitos civis, políticos e sociais possui as marcas do atraso e as amarras do longo período em que o trabalho escravo imperou como modo de produção, de modo que, entre os séculos XVI, XVII e XVIII inexistem noções de direitos para as classes empobrecidas e escravizadas. Conforme Couto (2010, p. 77): “essa realidade aponta a dificuldade de enumeração dos direitos civis, uma vez que os escravos eram considerados objeto de posse do seu senhor, e não lhes era outorgada a condição de humano, ficando à mercê de quem tinha a sua posse”.

Realizando uma análise comparativa da consagração dos direitos no Brasil e na Europa, Couto (2010, p. 75-76) pondera:

Se, na tradição européia (sic), houve uma forte presença do Estado não só como regulador desse campo dos direitos, mas, principalmente, como provedor dos mesmos, o que se constitui num traço marcante na sua definição, no Brasil ocorreu uma ambiguidade na enumeração desses direitos, que estão quase na sua totalidade vinculados à legislação trabalhista, e, quando desvinculados dela, se apresentam como um enunciado de intenção, sem a efetiva presença do Estado [...].

Esse fato fez com que por longos séculos a assistência social ficasse a cargo das iniciativas filantrópicas e caritativas da Igreja Católica, desresponsabilizando o Estado de uma intervenção sistemática nessa área. Esse descompasso da cronologia da consagração dos direitos está intimamente relacionado às questões econômicas e de trabalho, que se processaram com particularidades diferenciadas nos países do continente europeu e nos países da América Latina. Enquanto na Europa, o modo de produção capitalista perpassou as fases da manufatura à grande indústria, entre os séculos XVI ao XVIII, no Brasil, se estabeleceu uma atividade econômica de modelo agroexportador baseado no trabalho escravo, voltada a atender os interesses comerciais do mercado capitalista europeu. Conforme Marini (2000), o Brasil, assim como outros países latino-americanos, coadjuvou o sistema capitalista exportando para o comércio europeu seus recursos naturais.

A forma de organização econômica e a relação de dependência estabelecida com os países de capitalismo central, incidiu no atraso do desenvolvimento econômico brasileiro, na condição de miserabilidade da população e na morosidade da construção dos direitos civis, políticos e sociais que perpassaram por um longo período que vai da fase colonial, imperial e republicana.

Por séculos, as relações econômicas, políticas e sociais brasileiras estiveram fundamentadas no trabalho escravo e no tráfico de africanos, e, mesmo após a abolição da escravidão (por pressões internacionais) em 1888, expressões dessa forma de trabalho continuaram a persistir. As relações sociais, durante o século XIX, trazem as marcas de um país recém-saído da escravidão, dificultando significativamente o reconhecimento dos direitos civis e políticos aos mais pobres, isto é, uma população marcada por negros e mestiços que outrora foram escravizados. (Couto, 2010).

Outro aspecto que marca o cenário brasileiro é a dominação política associada aos grandes coronéis detentores de poder e influência política. “Nas grandes propriedades, a lei que vigora era a dos coronéis, que se portavam como donos não só dos escravos, mas também dos trabalhadores, que dependiam deles para viver. Criam-se aí as condições objetivas da ideologia do favor, da relação de dependência pessoal [...]”. (Couto, 2010, p. 78). Essa relação de dominação, historicamente, esteve presente em vários momentos das relações sociais e marcou a submissão e o compadrio nas relações de trabalho e nas práticas caritativas e filantrópicas.

Couto (2010) afirma que em 1800 houve uma preocupação da burguesia brasileira em relação à estrutura social e as influências das ideias iluministas da Revolução Francesa e das ideias inglesas oriundas da Revolução Industrial, por reportar movimentos de trabalhadores inquietos por sua condição de classe, nas palavras da autora “era comum, em 1800, a proibição

da entrada de livros vindos da Inglaterra e da França, por se constituírem em elementos de fomentação da discórdia” (Couto, 2010, p.79). Havia um certo temor quanto às ideias de igualdade e liberdade que imperavam nas Constituições e Declarações europeias. Ainda assim, em alguma medida essas ideias adentraram no Brasil, por meio de estudantes de famílias mais abastadas, contudo, a autora afirma que essas ideias não encontraram um terreno fértil para serem difundidas, o que justifica o baixo nível de organização política das classes empobrecidas no Brasil reivindicando direitos¹⁶. (Couto, 2010).

Em 1824, como consequência da independência do Brasil a Portugal, foi instituída a Constituição brasileira, que trouxe expressões da *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789*, de acordo com Couto (2010) essa Constituição:

[...] contraditoriamente, apontava a liberdade individual, o direito de propriedade, o preceito da educação primária gratuita, estabelecia a igualdade de todos perante a lei e afirmava a liberdade de pensamento e expressão, dentre outras garantias, mostrando, assim, sua afinidade conceitual com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789. (Couto, 2010, p. 84).

A autora reflete a incongruência dos escritos da Constituição com a realidade brasileira, uma vez que nesse período o trabalho escravo predominava como forma operante de atividade econômica no Brasil, de modo que, a igualdade de todos perante a lei, a liberdade individual, o direito de propriedade e educação primária gratuita, configuravam-se em utopias para as classes empobrecidas e escravizadas no Brasil. Nas palavras de Couto (2010, p. 85), “as garantias eram usufruídas por uma parcela ínfima da população, aquela que podia manter-se e participar da vida política do país”. A forma como os escritos da Constituição de 1824 foram incorporados pelas elites brasileiras demonstra o conservadorismo e autoritarismo que predominavam nas relações sociais, que perpassavam também relações de compadrio e da lógica do favor.

É diante desse cenário que se estabelece as primeiras formas de intervenção mais sistemática por parte do Estado no adoecimento mental, Amarante (1994) reporta que no cenário brasileiro, a psiquiatria – e com ela a *patologização* do louco – tem sua organização em meados do século XIX com a centralidade da intervenção médica no modelo asilar. De acordo com Amarante (1994, p. 74):

¹⁶ Couto (2010) afirma que os movimentos revolucionários no Brasil eram compostos por uma minoria de sujeitos letrados, por grandes proprietários e representantes da Igreja. Ficavam de fora parte da população representada pelos negros, mestiços e brancos pobres. A reivindicação desses movimentos revolucionários consistia basicamente na independência comercial do Brasil a Portugal.

A loucura vem ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século passado. As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais torna-se impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações. Convocada a participar dessa empresa de reordenamento do espaço urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira.

A literatura demonstra que a institucionalização da loucura no Brasil está intrinsecamente ligada à institucionalização dos problemas sociais que emergiram em decorrência das mudanças econômicas e sociais. Os espaços institucionalizados que emergiram objetivaram estruturar e desenvolver o espaço urbano e as cidades, tendo a psiquiatria e o Estado como instâncias reguladoras desses espaços. Sendo assim, o afastamento e o isolamento em um espaço próprio da pessoa considerada louca (que em sua maioria pertencia à classe empobrecida) foram as primeiras estratégias utilizadas pelo Estado para administrar o adoecimento mental. Assim como aconteceu na Europa, não apenas o adoecimento mental se põe como alvo da segregação, mas pessoas com comportamentos fora do padrão dito normal, bem como aquelas empobrecidas ou com comportamentos considerados desviantes. Em sua função social, o asilo que emerge no cenário brasileiro possuía significativa semelhança com o modelo europeu.

Couto (2010), ao retratar o papel do Estado no atendimento às necessidades sociais nesse período, vai afirmar que havia pouco interesse do Estado, ficando sob a responsabilidade dos proprietários (donos das terras) a manutenção das necessidades humanas básicas de seus trabalhadores e escravos. Por outro lado, a Igreja protagonizava intervenções de cunho social na questão da pobreza aos que viviam às margens da sociedade. As ações caritativas e filantrópicas eram realizadas por religiosos e por um longo período isentou o Estado de responsabilização nessa área.

No que concerne à presença do louco na sociedade brasileira desse período, Amarante (1994, p.74) aponta:

Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação dos loucos na cidade. É a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para a sua reclusão e tratamento. Antes eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casa de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias e hospitais era muito raro encontrar um louco submetido a tratamento.

Percebe-se a partir das considerações de Amarante (1994) que até antes de 1830 existiam formas difusas e heterogêneas de se perceber e administrar a pessoa considerada louca

(também conhecida como aquela que possuía uma alienação da mente). Ao retratar que esses indivíduos ora eram encontrados nas ruas, ora estavam no espaço fechado, em locais não necessariamente ligados à área médica, é possível considerar que não havia formas organizadas e sistemáticas de administração dessa problemática por parte do Estado. Uma questão que começa a ser estruturada a partir de então, com a centralidade do saber médico para administrar a loucura e com a criação dos primeiros asilos e hospícios próprios para o tratamento do louco e o afastamento daquele problema social.

De acordo com Gonçalves (2013) os membros da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que realizaram o diagnóstico da situação dos loucos, questionavam a ausência de tratamento médico dos alienados internados nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, e iam de encontro a ideia de liberdade, de livre circulação dos loucos nas cidades, predominante até então. Essa análise culminou na criação do primeiro hospício brasileiro, que foi também o primeiro da América Latina. O Hospício Pedro II foi criado por meio do Decreto n. 1.077 no Rio de Janeiro em 1852, como expressão do desenvolvimento do saber médico-psiquiátrico no Brasil. A partir de então, a comunidade médica defendeu:

A convicção de que os doentes mentais deveriam ser tratados em separado dos demais doentes, assim como a compreensão de que o contato com pessoas sãs era prejudicial tanto para a sociedade, que se via exposta ao perigo de um ataque de fúria, como para o tratamento médico dos próprios alienados, que ficavam expostos às represálias de elementos da sociedade, também foram salientados pelo médico francês naturalizado brasileiro, Joseph François Xavier Sigaud, na obra *Du climat et des maladies du Brésil*, tais como os motivos primordiais para a edificação de um estabelecimento especializado. (Gonçalves, 2013, p.61).

Podemos considerar que a cultura do enclausuramento e do afastamento dos loucos no Brasil tem suas origens delineadas a partir deste cenário, sob a hegemonia do saber médico que reiterava a ideia do perigo da convivência de sãos e dos loucos. Nesse período, não havia uma preocupação da categoria médica (também conhecidos como alienistas) quanto ao modelo segregador que estava se delineando, mas havia uma crítica quanto à falta de uma assistência médica baseada na ciência. Os médicos também questionavam a administração institucional que estava sob a posse da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e da Igreja e possuíam certa vinculação com as ideias positivistas e republicanas. (Amarante, 1994).

Assim como na Europa, a medicina psiquiátrica no Brasil se desenvolve associada a uma relação de poder envolvendo três pilares: medicina, justiça e igreja. Essas três instâncias corroboraram para hegemonia do modelo manicomial, recebido quase sem questionamentos por parte da sociedade e por familiares das pessoas com transtornos mentais, demonstrando que a cultura manicomial traz consigo, em sua dimensão ideológica, uma aceitação e uma

reprodução do modelo instituído, ainda que esse modelo apresente as marcas do cerceamento da liberdade, da violação da integridade física e da dignidade humana, direitos já consagrados nas Declarações e Constituições.

De acordo com o Decreto 1.077, que instituiu o Hospício Pedro II, em seu art. 4º, os serviços da instituição dividem-se em três dimensões: econômico, sanitário e religioso.

O primeiro será commettido a hum Administrador, ajudado por empregados subalternos.

O segundo estará a cargo de Facultativos clinicos de Cirurgia e Medicina, servindo hum de Director, auxiliados por Irmãs da Charidade, enfermeiros, enfermeiras e serventes, e hum Pharmaceutico chefe da Botica.

O terceiro finalmente será desempenhado por Capellães. No Regimento interno do mesmo Hospicio se regulará o numero dos referidos empregados, suas incumbencias e vencimentos. (Coleção de Leis do Império do Brasil, 1852).

Dadas as condições de organização do espaço asilar, percebem-se os saberes e os poderes que contribuíram e fortaleceram, através de suas práticas, a segregação dos alienados. Verifica-se que, na dimensão econômica, o administrador, apoiado por empregados, participava da formalização das internações, que perpassava por critérios jurídicos e sociais pré-estabelecidos. Nos aspectos sanitários, é possível ver os saberes da saúde, que, inclusive, são os primeiros a adentrar na especialidade psiquiátrica. Neste segmento, chama-nos a atenção o saber médico, da enfermagem e da farmácia, este último responsabilizando-se de medicalizar a loucura. A legislação também enfatiza o protagonismo religioso no espaço institucionalizado, através das irmãs da caridade e capelães, que introduziram os preceitos da Igreja Católica. Com isso, vemos o predomínio histórico da presença da igreja nas questões de cunho social.

No que se refere ao protagonismo da medicina e, indiretamente, da área farmacêutica, Amarante (1994, p.75) reflete:

O hospício deve ser medicalizado, isto é, deve ter em sua direção o poder médico, para poder contar com uma organização embasada por princípios técnicos. Isso se torna necessário para que se permita alcançar a responsabilidade pública, da qual a medicina mental carece, devido ao estado em que se desenvolve a psiquiatria no Hospício Pedro II. Mas também para que o hospício se torne um lugar de produção do conhecimento.

Vale salientar que nesse período não apenas a doença mental era medicalizada, mas os comportamentos inadequados e a própria condição de pobreza que eram moralmente julgadas e administradas. A psiquiatria que se desenvolvia na Europa exerceu fortes influências na constituição do modelo institucional manicomial no Brasil. Embora o cenário econômico e a reprodução social possuíssem particularidades, há uma semelhança no aparato institucional e

na sua funcionalidade social. A necessidade de trazer a ciência para o centro do debate, utilizando-a para conduzir as formas de tratamento e introduzir a medicalização do adoecimento mental nos manicômios, demonstram que a medicina no Brasil procurou acompanhar o desenvolvimento da psiquiátrica na Europa, que já sistematizava conhecimentos científicos nessa área em decorrência do avanço da ciência e da técnica.

Ao retratar *quem são esses loucos*, Amarante (1994) traça um perfil dos indivíduos que eram enclausurados nos hospícios e submetidos ao tratamento:

As esparsas referências que se podem encontrar demonstram que podem ser encontrados preferentemente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda sorte de párias. São ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, ‘degenerados’, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental. (Amarante, 1994, p. 75).

É importante registrar que o perfil descrito por Amarante estava previsto no Decreto n. 1.077/1852, que instituiu o hospício Pedro II. Em seu art. 5º são referidas as pessoas que poderiam ser admitidas gratuitamente, são elas:

1º As pessoas indigentes;
2º Os escravos de senhores que não possuírem mais de hum, sem meios de pagar a despesa do seu tratamento e curativo;
3º Os marinheiros de navios mercantes, apresentando, no acto da entrada, escripto, reconhecido por Tabellião, do proprietario, consignatario, capitão ou mestre da embarcação a que pertencerem, ou do Consul respectivo. (Coleção de Leis do Império do Brasil, 1852).

É possível perceber a similaridade no perfil desses loucos institucionalizados com o perfil de loucos institucionalizados nas cidades europeias. Em sua maioria, eram pessoas que, para além de apresentarem um tipo de desordem mental, possuíam também uma problemática associada à condição social ou a algum tipo de comportamento considerado inadequado. É importante refletir que dentro desse grupo, muito provavelmente estavam as pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas. Ao caracterizar *miseráveis*, *marginais*, *pobres*, *índios* e *negros*, embora Amarante (1994) não especifique ou associe o uso de substâncias psicoativas, como vimos, o uso das drogas era comum nesses segmentos sociais.

As atividades que eram desenvolvidas dentro do Hospício Pedro II estavam descritas no art. 27 do Decreto que o instituiu, e perpassavam por atividades laborais e ocupacionais, até a realização de trabalho como geração de renda. Embora o trabalho realizado não devesse gerar lucro para a instituição, os recursos que eram arrecadados voltavam para o setor financeiro do

estabelecimento e a outra parte era devolvida para os alienados individualmente, quando recebesse alta. Considerando isso, a instituição era beneficiada com o trabalho realizado pelos chamados alienados, visto pelos dirigentes como parte integrante do tratamento. Essas atividades ocupacionais eram assim descritas nos art. 27 e 30 do Decreto 1.077:

Art. 27. Fóra das horas do descanso, que serão marcadas no Regimento interno, os alienados, cujas circunstancias o permittirem, serão entretidos em occupaões de instrucção e recreio, e em trabalhos manuaes nas officinas, e no serviço domestico do Estabelecimento, seus jardins e chacara, na conformidade das prescripções dos repectivos Facultativos, e com as devidas precauções; tendo-se em vista na escolha e designação dos trabalhos, e na maneira de os dirigir, a cura dos alienados, e não o lucro do Estabelecimento.

Art. 30. Metade do producto do trabalho dos alienados será entregue ao Thesoureiro do Hospicio para ser applicado ás despesas do Estabelecimento; e a outra metade deverá entrar em hum cofre de duas chaves, das quaes terá hum a Administrador, e outra a Irmã Superiora das Irmãs da Charidade, para ser entregue aos alienados officiaes a parte que a cada hum corresponder, quando sahirem curados. (Coleção de Leis do Império do Brasil, 1852).

Dentro das atividades acima descritas, é evidente as três instâncias que organizavam o espaço asilar: administração, sanitária e religiosa. As tarefas ocupacionais: trabalhos manuais nas oficinas, domésticos, jardinagem, além do trabalho, que pela redação do decreto nos indica gerar um ganho monetário, eram considerados no plano de tratamento objetivando a cura da doença mental. Como mediadores das relações estabelecidas nesses espaços, compondo a equipe dirigente, além dos administradores, vemos os representantes da Igreja, que adentram exercendo poder e influência, objetivando o ajuste dos comportamentos. Importa salientar que tais instâncias e atividades, dentro do espaço asilar, persistem até hoje nas instituições de tratamento, como veremos na última sessão desse trabalho.

No que concerne as sanções estabelecidas em decorrência do descumprimento de alguma regra, o decreto em seu art. 32 pontua:

Art. 32. Os unicos meios de repressão permittidos para obrigar os alienados á obediencia são:

1º A privação de visitas, passeios e quaesquer outros recreios:

2º A diminuição de alimentos, dentro dos limites prescriptos pelo respectivo Facultativo:

3º A reclusão solitaria, com a cama e os alimentos que o respectivo Clinico prescrever, não excedendo a dous dias, cada vez que for applicada:

4º O colete de força, com reclusão ou sem ella:

5º Os banhos de emborcação, que só poderão ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo Clinico, enas subseqentes na da pessoa e pelo tempo que elle designar. (Coleção de Leis do Império do Brasil, 1852).

Para além do afastamento do louco do convívio social, os manicômios se tornaram símbolo máximo da opressão, por meio das torturas, maus tratos e os excessos de punições que acarretaram várias mortes. O Decreto que instituiu o primeiro hospício brasileiro reiterou formas de punições que forçassem os loucos à obediência e de certa forma naturalizou por anos essa prática, que conflitava com o direito à integridade física e a dignidade humana. Os saberes e poderes que participavam do ordenamento do manicômio também contribuíram para a legitimação e reprodução da prática da punição e de técnicas invasivas, de modo que há ainda aceitação por parte de segmentos da sociedade quanto a essas práticas na cena contemporânea.

Com a Proclamação da República e o fim do Império, há uma busca de modernização da psiquiatria brasileira, e com ela algumas mudanças incidiram em reformas no espaço institucionalizado. Amarante (1994, p. 75-76) afirma que essas mudanças ocorreram por dois motivos:

Em primeiro lugar porque o asilo, nos moldes arcaicos do Pedro II, assemelha-se demais às instituições despóticas, filhas autênticas do absolutismo político, o que faz destoar o ideário liberal veiculado nos meios republicanos. Em segundo lugar, porque, sob égide de uma nova ordem social que então se constitui, a psiquiatria deve partir para atuar no espaço social, no espaço onde vivem as pessoas, onde se estruturam as doenças mentais, e não se limitar apenas pelo espaço cerceado pelos muros do asilo.

A tentativa de modernizar a psiquiatria ficou conhecida como a *primeira Reforma Psiquiátrica brasileira*, marcada por um conjunto de medidas que foram adotadas tendo em vista agregar para o espaço do tratamento a comunidade e o modelo de colônias. Amarante (1994, p.76) registra as primeiras mudanças no período da república:

Efetivamente, com a chegada dos republicanos ao poder, em janeiro de 1890, o Hospício de Pedro II é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Logo no mês seguinte é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. No âmbito da assistência são criadas as duas primeiras colônias de alienados, que são também as primeiras da América Latina. [...]. Este conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. Esse modelo asilar de colônias inspira-se em experiências européias (sic) que, por sua vez, são baseadas numa prática natural de uma pequena aldeia belga, Geel, para onde os doentes eram levados para receber uma cura milagrosa, patrocinada pela Santa Dymfna, a Padroeira dos Insanos. A idéia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar.

Vê-se, pois, uma primeira forma de atrelar o espaço do tratamento com a comunidade e as atividades relativas ao trabalho e à ocupação. Conforme o autor, com a instituição da república e o início do modelo de colônias, desenvolve-se também os saberes da saúde que se especializaram na área da psiquiatria e adentram nesses espaços. Amarante (1994) destaca, nesse período, a participação e o ingresso de estudantes de medicina, como também a formação da primeira escola de enfermagem que adentra nos espaços dos hospícios e das colônias.

Além da ampliação dos asilos e colônias, tem-se a representação nacional assumida por Juliano Moreira que dirigiu a Assistência Médico-Legal dos Alienados de 1903 a 1930, “com ele tem a continuidade a criação de novos asilos, a organização dos já existentes e a busca de legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional”. (Amarante, 1994, p.77). A partir dessa representação nacional, no âmbito jurídico, tem-se a promulgação do Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, reorganizando o espaço de assistência aos alienados, definindo os critérios para internações e normas padronizadas das instalações que toda casa de saúde deveria obedecer. Conforme esse decreto:

Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita. (Brasil, 1903).

Paulatinamente a categoria médica psiquiátrica se fortalece e traça articulações com as instâncias jurídicas e políticas de modo a regular o espaço psiquiátrico com as necessidades e interesses do Estado, de modo que esse novo momento marca em mudanças nas formas de intervenção. Uma importante consideração para a organização da institucionalização da loucura no contexto brasileiro é que diferentemente do continente europeu, que emergiu no cenário de organização da sociedade capitalista, no Brasil essa institucionalização e organização jurídico-política antecedeu ao contexto do capitalismo no território brasileiro, sendo instituído no período do Império. O quadro a seguir (quadro 2), demonstra o processo evolutivo das normatizações da institucionalização psiquiátrica no Brasil.

Quadro 3 – Evolução jurídica da assistência psiquiátrica no Brasil

ANO	DECRETO	NATUREZA
1852	Decreto n. 1077	Approva e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo.
1890	Decreto nº 142-A	Desanexa do hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados.
1890	Decreto n. 206-A	Aprova as instruções a que se referem o decreto n. 142-A, de 11 de janeiro último, e cria a Assistência Médica e Legal de Alienados.
1890	Decreto n. 508	Aprova o regulamento para a Assistência Médico-Legal de Alienados.
1890	Decreto n. 791	Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras.
1892	Decreto n. 896	Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistência Médico-Legal de Alienados.
1893	Decreto n. 1.559	Reorganiza o serviço da Assistência Médico-Legal de Alienados.
1897	Decreto n. 2.467	Dá novo regulamento para a Assistência Médico-Legal a Alienados.
1899	Decreto n. 3.244	Reorganiza a Assistência a Alienados.
1903	Decreto n. 1.132	Reorganiza a Assistência a Alienados.
1904	Decreto n. 5.125	Dá novo regulamento à Assistência a Alienados.
1911	Decreto n. 8.834	Reorganiza a Assistência a Alienados.
1911	Decreto n. 9.196,	Reorganiza a Secretaria de Estado da Justiça e Negócios Interiores.
1927	Decreto n. 5.148-A	Reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal.
1927	Decreto n. 17.805	Aprova o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal.

FONTE: Elaboração própria, 2024.

É possível constatar que a assistência psiquiátrica foi constantemente reorganizada no período que predominou a chamada *República Velha* no Brasil (1889-1930). É nessa fase que paulatinamente vai ocorrendo a cisão entre Estado e Igreja no contexto brasileiro, de modo que se começa a transferir para o Estado responsabilidades que historicamente foram assumidas pela Igreja. A criação dos hospícios e as normatizações, legislações que se delinearam, ainda que sob a presença e com a participação da Igreja, é uma expressão dessa ruptura que marcou a laicização do Estado.

Entre as décadas de 1920 e 1930, o Brasil passou por um momento de profundas transformações em sua dimensão econômica, política e social. Ergue-se uma organização do trabalho pautada nos moldes capitalistas, com um crescente investimento na industrialização pesada e na urbanização. O Brasil se apresenta no contexto de desenvolvimento econômico e social, de modo atrasado, quando comparado aos países centrais, de modo que se estabelece no Brasil um capitalismo atrasado, periférico, com marcas da dependência econômica. A economia herdada esteve baseada no *latifúndio de monocultura extensiva* e tinha como objetivo a exportação. (Santos, 2012). Na divisão internacional do trabalho, o Brasil, assim como outros

países da América Latina, protagonizou espaços de subserviência à economia europeia, por meio da exportação de seus recursos naturais na forma de matéria-prima, contribuindo para o desenvolvimento capitalista europeu.

Amarante (1994) registra que durante a década de 1920 foi notável a figura de Juliano Moreira, conhecido como Mestre da Psiquiatria brasileira. Através de Juliano Moreira, a organização psiquiátrica no Brasil recebeu influências da escola psiquiátrica alemã, de modo que repercutiu nessa fase um rigoroso controle do Estado nos internos recebidos nos manicômios, com um direcionamento para intervenções assépticas, higienista e eugênica no espaço asilar. Conforme Amarante (1994, p.77-78):

A vinculação da psiquiatria brasileira à corrente alemã tem um importante significado quanto a discussão etiológica das doenças mentais. O biologicismo, tendência predominante da tradição alemã, passa a explicar não só a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos técnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais. Em 1923, Gustavo Riedel funda a Liga Brasileira de Higiene Mental, com a qual se cristaliza o movimento de higiene mental. A carta dos princípios da Liga constitui um programa de intervenção no espaço social, com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas.

Nesse período, com as técnicas adotadas pelo modelo psiquiátrico alemão, para além de buscar o ajuste dos comportamentos das pessoas consideradas loucas, enquadrando-os em modelos ideais, a psiquiatria brasileira, através do eugenismo, adotou a segmentação dos indivíduos de acordo com suas características hereditárias tendo em vista “recuperar as raças” objetivando construir uma “coletividade sadia”. Motivo pelo qual predominaram práticas racistas, sexistas e xenofóbicas nos espaços asilares. (Amarante, 1994). É importante ressaltar que nesse período o debate acerca dos direitos permanece incipiente, sendo quase inexistentes para os indivíduos internados.

Foi durante a década de 1920 que identificamos também as primeiras formas de intervenção do Estado, buscando regular o consumo de psicoativos no Brasil sob o viés da repressão e do proibicionismo. A organização jurídica voltada ao uso e à comercialização das drogas no Brasil acompanhou a tendência internacional, especialmente o modelo estadunidense, que já possuía uma regulação social pautada no proibicionismo. (Brites, 2017). A promulgação do Decreto n. 4.294, de 6 de julho de 1921, estabeleceu, além da criminalização do uso e comércio de algumas substâncias psicoativas, o reconhecimento da necessidade de internamento e tratamento médico para indivíduos em uso abusivo. O decreto prevê: “penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morphina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo alcool ou substancias

venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários”. (Brasil, 1921).

No que concerne ao tratamento e institucionalização dos indivíduos em uso abusivo, o decreto prevê:

Os intoxicados pelo álcool, por substância venenosa, que tiver qualidade entorpecente das mencionadas no art. 1º, paragrapho unico desta lei, que se apresentarem em juizo, solicitando a admissão, comprovando a necessidade de um tratamento adequado e os que, a requerimento de pessoa da familia, forem considerados nas mesmas condições (letra a), sendo evidente a urgencia da internação, para evitar a pratica de actos criminosos ou a completa perdição moral. (Brasil, 1921).

O decreto formaliza, pois, no âmbito jurídico, a necessidade de tratamento médico para as pessoas em uso abusivo, uma prática que já era comum no universo dos internamentos. Assim como no modelo que se estabeleceu no continente europeu, o internamento era comumente solicitado pela pessoa da família ou por um juiz que mediatizava a inserção do indivíduo nos espaços asilares. Esse primeiro decreto brasileiro que proíbe o uso de substâncias psicoativas e prevê tratamento para o uso abusivo reitera nossa afirmação que pessoas com transtorno mental e pessoas em uso abusivo de drogas, por terem comportamentos desviantes e fora do padrão de normalidade, foram absorvidas nos mesmos espaços e receberam tratamentos semelhantes pautados no afastamento do convívio social.

A partir da década de 1930, durante o período que vigorou a *Era Vargas*, há uma significativa mudança no cenário econômico, político e social do Brasil. Ao passo em que cresce o processo de industrialização e urbanização consequente do desenvolvimento capitalista periférico e atrasado, cresce também a miséria, o desemprego e o adoecimento físico e mental, pondo em evidência as expressões da questão social no contexto brasileiro. O governo Vargas buscou traçar estratégias para intervir na *questão social* articulando coerção e consenso, concedendo mínimos sociais, especialmente aos trabalhadores formalmente vinculados ao mercado de trabalho. Inicia-se nesse período, ainda que de forma limitada, a construção dos direitos sociais no Brasil.

De acordo com Bravo (2009), a política de saúde organiza-se nesse período, subdividida entre a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública estava voltada a campanhas sanitaristas para o controle de endemias e doenças que representavam agravo à saúde pública, como o controle de malária, febre-amarela e outras doenças que assolavam o país. A medicina previdenciária era mais abrangente e estava destinada aos trabalhadores formais que

contribuíam compulsoriamente nas Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs (posteriormente transformado em Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAPS).

No âmbito mais específico da área psiquiátrica, Amarante (1994) registra:

Nos anos 30, a psiquiatria parece ter finalmente encontrado a tão procurada cura para as doenças mentais. É grande o entusiasmo com a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias. Técnicas novas que vêm substituir ou a malarioterapia, ou o descabido empirismo. A psiquiatria torna-se mais poderosa, e o asilamento mais frequente. (Amarante, 1994, p. 78).

Os procedimentos estabelecidos durante a década de 1930 sob a hegemonia da medicina psiquiátrica tradicional se estabeleceram e se difundiram em todo território brasileiro, reiterando formas desumanas de tratamento. Por décadas, os procedimentos mencionados por Amarante foram reconhecidos como importantes meios de administração da loucura dentro do manicômio, receberam investimentos financeiros por parte do Estado e foram culturalmente aceitos pela sociedade. O ambiente manicomial se reveste de novas técnicas e procedimentos que, sob a pretensa busca da cura, reiterou práticas desumanas.

Nos registros de Silva e Caldas (2008, p. 346-347):

Foi a malarioterapia, método de choque pela febre proposto por Juareg (1917), que abriu o circuito de tratamentos biológicos em psiquiatria. A prática de provocar convulsões com vistas à melhora de sintomas psiquiátricos teve sua origem no pensamento de Meduna (1933). Esse autor, ao perceber que era incomum ocorrer crises convulsivas em pacientes esquizofrênicos, ou seja, uma rara sobreposição entre psicoses e convulsões, e observar que a recuperação desses esquizofrênicos era facilitada ao apresentarem um episódio epilético – lançou a hipótese de que a epilepsia seria capaz de antagonizar a esquizofrenia, e sugeriu um antagonismo biológico entre as convulsões da epilepsia e os delírios psicóticos. A partir dessa premissa, abriu-se uma série de tratamentos biológicos: a prática de transfusão de sangue de pessoas epiléticas para esquizofrênicas, a administração de drogas convulsivantes, a insulinoaterapia, a lobotomia, e, finalmente, a eletroconvulsoterapia. Foi em 1938, com Cerletti e Bini, que o método de ECT [eletroconvulsoterapia] começou a ser utilizado.

Pelos efeitos adversos ocasionados pelos métodos acima mencionados, essas técnicas receberam críticas a partir da década de 1960, pois, na prática, provocavam ainda mais sofrimento físico e mental ao indivíduo, quando não eram utilizadas com excesso e como forma de punição. (Silva; Caldas, 2008). O modelo biologicista centrado em ações de cunho técnico curativo foi fortalecido nesse momento, sem o reconhecimento para as questões de cunho social desencadeadores de adoecimento físico e mental. Ergue-se e amplia-se um modelo hospitalar de tratamento excludente com níveis variados de práticas que atentavam contra a integridade física e a vida humana.

Bisneto (2007) afirma que foi no contexto da ditadura militar que se teve uma expansão dos serviços hospitalares psiquiátricos no Brasil. O sistema de saúde e previdência são reformados objetivando uma modernização. Nos registros do autor, “os hospitais da rede dos IAPs foram incorporados ao INPS e perderam qualquer caráter do sindicalismo trabalhista. [...]. Foram criadas várias clínicas psiquiátricas privadas que, através do convênio com o Estado, atendiam também trabalhadores e seus dependentes”. (Bisneto, 2007, p. 23). O modelo hospitalar psiquiátrico que se estruturou no governo Vargas foi amplamente fortalecido no contexto ditatorial, marcado por desenvolvimento capitalista sob o discurso da modernização, que provocou ampliação das expressões da questão social e adoecimento físico e mental. Os métodos e técnicas que marcaram a psiquiatria tradicional foram mantidos no período ditatorial e associados aos interesses empresariais que buscaram lucrar com a manutenção dos internos, reproduzindo de forma aguda o adoecimento e a miséria nos manicômios.

Amarante (1994) também ressalta que, no contexto ditatorial, a privatização da saúde e do subsetor da saúde mental integrou mais uma das problemáticas para as pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos, pois a permanência na internação passou a ser vista como lucrativa. Nas palavras de Amarante (1994, p. 79-80):

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações da rede hospitalar. [...]. Este modelo privatizante (em todo setor saúde, e não apenas no subsetor saúde mental) é de tal forma tão violento, concentrador, fraudulento e ganancioso, que contribui com parcela significativa de responsabilidade a crise institucional e financeira da Previdência Social que se deflagra no início dos anos 80.

Os interesses capitalistas no espaço hospitalar psiquiátrico corroboraram para fortalecer o discurso da segregação como necessária, estigmatizando a pessoa com transtorno como perigosa para o convívio em sociedade. Em contrapartida, um cenário de desagregação da condição humana se naturaliza nos manicômios. A cultura do internamento fomentou por décadas a existência de moradores do hospital psiquiátrico, indivíduos que, pela sua condição e adoecimento, foram fadados a uma vida reclusa da sociedade.

Arbex (2013) nos apresenta, um retrato da desumanidade presente no cenário manicomial nesse período:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida. (Arbex, 2013, p.14).

Os descritos de Arbex referem-se ao hospital Psiquiátrico Colônia, localizado na cidade de Barbacena, em Minas Gerais. O Hospital Colônia ficou conhecido por protagonizar o maior atentado da história psiquiátrica no Brasil, com pelo menos 60 mil mortes entre 1930-1980, em decorrência do péssimo tratamento ofertado e pela ausência de condições humanas para a sobrevivência dos internos. (Arbex, 2013). É incontestável que o modelo psiquiátrico asilar que se consolidou vai de encontro a qualquer noção de direito civil e humano. Ao adentrarem no internamento, perdia-se a liberdade individual e a identidade, ao serem devidamente uniformizados e isolados. A identidade de filha/filho, mãe/pai, esposa/esposo era esquecida para adquirir o *status* de doente mental, abandonado por suas famílias e pela sociedade.

Ao retratar o perfil dos internos do Hospital Colônia, Arbex (2013) reitera nossa ideia de que o internamento não esteve necessariamente associado a um transtorno mental, mas a uma condição social, um comportamento considerado desviante ou inadequado para o período. Conforme a autora:

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. (Arbex, 2013, p. 13-14).

É possível perceber com o descrito acima que, em sua natureza, o espaço asilar possui mais relação com a contenção da pobreza, da miséria e da reclusão de comportamentos inadequados, do que necessariamente como espaço de tratamento de saúde. Historicamente, podemos identificar na literatura que a pobreza ocupou em maior proporção esses espaços,

levando-nos a perceber que o espaço manicomial tem intrínsecas relações com a medicalização da pobreza e da moral, também de cunho sexual.

Até o momento, pudemos fazer um resgate histórico que marcou os fundamentos da institucionalização da loucura e da lógica proibitiva e punitiva do uso de drogas, que claramente se organizaram na contramão da noção de direitos. O subitem que segue apresentará um novo momento que se ergue no cenário europeu e brasileiro, que tem na discussão dos direitos humanos e na lógica da redução de danos um momento de mudanças com novos parâmetros para a construção da política de saúde mental e da política sobre drogas.

2.3 A construção de uma perspectiva pela garantia de direitos para pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de substâncias psicoativas

Durante a década de 1960, começa a se erguer tendências político-organizativas que questionavam o modelo asilar, considerando-se que as inúmeras atrocidades presentes nesse modelo, estavam na contramão do novo cenário marcado pela pactuação dos chamados *Direitos Humanos*. Na literatura, é possível constatar críticas ao modelo da psiquiatria tradicional por parte de médicos, psiquiatras, filósofos, sociólogos, historiadores e profissionais da saúde. (Oliveira, 2011). Estes manifestavam suas insatisfações e buscavam alternativas para o modelo manicomial, nitidamente reprodutor de descaso e desumanidades. Esse novo momento tem origem em alguns países da Europa, e, paulatinamente, as ideias se difundiram e penetraram outros territórios, como foi o caso do Brasil.

Aprovada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembleia das Nações Unidas, a *Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)* apresentou trinta artigos que formalizaram os direitos fundamentais, inalienáveis e intransferíveis. Desses trinta artigos, podemos citar alguns que mais se contrapõem à realidade dos internamentos nos manicômios no século XX:

- Artigo 1º Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir entre si num espírito de fraternidade.
- Artigo 2º Todos os seres humanos fazem jus aos direitos e liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção de espécie alguma, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de qualquer outra natureza, de origem nacional ou social, propriedade, nascimento ou qualquer outra condição. [...].
- Artigo 3º Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo 4º Ninguém será mantido em escravidão ou servidão; a servidão e o tráfico de escravos serão proibidos em todas as suas formas.

Artigo 5º Ninguém será submetido à tortura, nem a punição ou tratamento cruel, desumano ou degradante.

Artigo 6º Todos os seres humanos, em todos os lugares, têm direito ao reconhecimento como pessoa perante a lei.

Artigo 7º Todos os seres humanos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos os seres humanos têm direito à igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração, e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Artigo 8º Todo ser humano tem direito a receber dos tribunais nacionais competentes reparação efetiva para atos que violem os direitos fundamentais que lhe sejam garantidos pela constituição ou pela lei.

Artigo 9º Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado. [...].

Artigo 13º Todo ser humano tem direito à liberdade de locomoção e residência dentro das fronteiras de cada Estado. [...]

Artigo 25º Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. [...]

Artigo 27º Todo ser humano tem o direito de participar livremente da vida cultural da comunidade, de fruir as artes e de participar dos encontros científicos e de seus benefícios. [...].

Artigo 28º Todo ser humano tem direito a uma ordem social e internacional em que os direitos e liberdades estabelecidos na presente Declaração possam ser plenamente realizados. [...]. (Organização das Nações Unidas, 1948, p. 5-18).

As discussões em torno dos direitos humanos ressoaram de forma significativa na realidade da institucionalização, principalmente quando comparadas a momentos anteriores, em que as Declarações e Constituições não tiveram grandes impactos na vida dos internos nos asilos e manicômios. É durante o século XX, sob forte influência da DUDH que o debate em torno do direito à vida, liberdade, igualdade, dignidade, bem como as violações à integridade física, psíquica e moral, que perpassam o tratamento cruel, desumano e degradante, começaram a germinar no universo dos espaços asilares, inicialmente no cenário europeu e posteriormente em países da América Latina.

Na Inglaterra, no contexto do pós-Segunda Guerra, o modelo de *Comunidades Terapêuticas (CTs)* surgiu influenciado por Maxwell Jones. A literatura registra também o surgimento das CTs associada à figura de Tuke no Reino Unido, havendo, dessa forma, mais de uma concepção sobre a origem desse modelo comunitário. As comunidades se apresentam na história trazendo uma nova dimensão institucional, de base comunitária, pautada numa perspectiva democrática e de oposição à realidade do hospital psiquiátrico. O surgimento das CTs consistiu em uma das primeiras inovações em substituição ao modelo hospitalar, pois considerou um novo espaço para os usuários. Ainda assim, não rompeu com as diretrizes que marcavam a institucionalização característica do modelo asilar. (Silva, 2018).

Basaglia et. al. (1994, p. 13) traz algumas características do modelo das CTs:

[...]1) liberdade de comunicação; 2) análise de tudo aquilo que aconteceu na comunidade em termos de dinâmica individual e, especialmente, interpessoal; 3) tendência à destruição da tradicional relação de autoridade; 4) possibilidade de gozar de ocasiões de reaprendizagem social; 5) presença de uma reunião (normalmente diária) de toda a Comunidade.

Embora o modelo originário de *Comunidades Terapêuticas* tenha trazido elementos para o debate e crítica ao modelo manicomial, foi somente na década de 1960, que tivemos vertentes de oposição mais expressivas de contestação ao manicômio. Três correntes se destacaram, são elas: a Antipsiquiatria, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria Democrática Italiana. A Antipsiquiatria surgiu na Inglaterra e tinha como fundamento as ideias de esquerda de David Cooper, David Laing e Gregory Bateson. Ficou conhecida por questionar e negar a doença mental e toda forma de tratamento psiquiátrico oferecido nos hospitais, defendendo a extinção desse modelo. Conforme Oliveira (2011, p. 149):

Diante das tantas atrocidades cometidas pelos agentes do saber médico-psiquiátrico, um grupo de psiquiatras contrários aos tratamentos convencionais começou a questionar a validade desse saber. Foi nesse contexto que surgiu a antipsiquiatria, em defesa das vítimas da incompreensão de outrem e dos diagnósticos equivocados. Em defesa do ser humano e em respeito a seu sofrimento psíquico, a antipsiquiatria configurou-se numa corrente cuja característica principal, além de negar a psiquiatria tradicional, era promover formas alternativas de tratamento do sofrimento psíquico. Supunha a inexistência de doenças mentais e acreditava que a nosologia médica psiquiátrica não passava de um conjunto de rótulos apropriados apenas para invalidar os sujeitos. A antipsiquiatria, portanto, pregava o fechamento dos estabelecimentos médicos psiquiátricos alegando que as práticas de assistência ao doente mental, naquele contexto, pautavam-se pela violência constante e desumana.

A vertente antipsiquiátrica, ao negar a existência da doença mental, pressupunha a ideia de que os *comportamentos* considerados *doentios* são reflexos de relações doentias que o indivíduo mantém com outras pessoas, e, por isso, essas relações deveriam ser analisadas. Os defensores dessa vertente defenderam a ideia de que a pessoa não deveria ser contida, pois o espaço asilar era reprodutor de desumanidades que levavam ao adoecimento do indivíduo. (Oliveira, 2011). Apesar das fragilidades, o discurso dessa corrente se apresenta radicalmente novo na história das instituições asilares, pois, ao propor o fim dos hospitais psiquiátricos, essa vertente abre caminho para se pensar outras formas de tratar a pessoa com transtorno mental para além do que vinha hegemonicamente se organizando.

Essa corrente também considerou que a intervenção da loucura pelo viés institucional carregava uma dimensão *política* e de *poder*, ao reprimir e punir indivíduos que apresentavam comportamentos que perturbavam ou contestavam a ordem estabelecida. Conforme Júnior (1983, p. 31):

A antipsiquiatria acredita que a loucura é fabricada por razões e mecanismos políticos e propõe soluções coerentes e possíveis, porém ameaçadoras à ordem estabelecida. Os antipsiquiatras sabem que a existência do que se convencionou chamar de ‘loucura’ é utilizada pelos sistemas autoritários como forma de perseguir seus heréticos e contestadores.

Percebe-se que esse autor, ao retratar a antipsiquiatria, avalia que a loucura é socialmente produzida e reiterada por sistemas autoritários. Considerando que historicamente o manicômio serviu de depósito para segregar, para além do adoecimento mental, questões de cunho social, podemos entender a linha de pensamento da corrente antipsiquiátrica, pois o que se convencionou chamar de *loucura* ou *alienação* tem em seu cerne questões que são a reprodução de um sistema contraditório, adoecedor, excludente e reproduzidor de preconceito. A intervenção na loucura pelo viés da internação perpassa uma dimensão política, onde predominam relações e interesses dos detentores de poder político, econômico e ideológico. (Bisneto, 2007).

A vertente denominada de *Psicoterapia Institucional* surgiu na França a partir da Segunda Guerra Mundial, e teve como um de seus principais idealizadores o médico psiquiatra Francesc Tosquelles. Essa corrente, embora estabelecesse uma crítica à psiquiatria tradicional, não propunha o fim do modelo asilar, mas defendia a ideia de restauração desse modelo, objetivando incorporar os aspectos terapêuticos. A problemática estaria nas estruturas e na ausência de práticas terapêuticas nos asilos, o que nos indica que essa corrente possui uma visão simplista e superficial que não atinge o cerne da questão dos manicômios.

Sobre a Psicoterapia Institucional, Amarante (1994, p. 50) pondera:

O novo lema é dinamizar a estrutura hospitalar, criar novas formas e condições de tratamento para uma eficaz recuperação dos pacientes como sujeito da produção. [...]. Se o hospício é produtor da doença e passível de mantê-la, cabe realizar a ‘terapêutica’ da estrutura hospitalar. Propõe-se a transformação do espaço hospitalar em espaço terapêutico. Ser um espaço terapêutico corresponde a tratar os males psicotizantes do hospital, para torná-lo passível de produzir Saúde Mental nos seus pacientes.

Essa vertente abriu espaços para o início de trabalhos em grupos de cunho terapêutico no ambiente hospitalar, buscando minimizar o ócio no internamento e preservar aspectos da vida social e familiar. Grupos operativos, recreativos, artísticos com um viés educativo voltados à vida social foram criados, bem como terapias de família que deveriam contribuir para o tratamento das famílias e para a manutenção e fortalecimento dos vínculos. (AMARANTE, 1994). É evidente que essa vertente possui fragilidades, pois, embora reconheçamos a importância da realização de grupos terapêuticos e da preservação dos vínculos familiares, a

lógica do hospital psiquiátrico está na contramão dessa ideia, pois a institucionalização descaracteriza o indivíduo em sua individualidade, os pacientes são padronizados, cumpre normas e rotinas preestabelecidas e não possuem liberdade. A dinâmica do hospital psiquiátrico – ainda que se considere este como um espaço reestruturado e humanizado – destoa da vida social e familiar, em sua forma organizativa e estrutural, em nada se assemelha.

A *Psiquiatria Democrática Italiana* foi liderada por Franco Basaglia. Essa vertente formulou críticas ao modelo da psiquiatria tradicional, reconhecendo-a como reprodutora de desumanidade. Basaglia propôs uma nova forma de intervir no adoecimento mental considerando o indivíduo, suas habilidades e potencialidades, objetivando intervir na saúde mental de forma ampla, buscando recuperar a socialização e a dignidade. A vertente Democrática Italiana trouxe a perspectiva do tratamento de base territorial, entendendo que o serviço de atenção em saúde mental deveria ser ofertado na própria comunidade, tendo em vista reduzir as rupturas de vínculos sociais e familiares no processo de tratamento. Serapioni (2019, p.1180) registra expressões da corrente Democrática Italiana ao retratar:

A fria ordem do asilo foi substituída pela confusão: festas, danças, ateliês de pintura, primeiras viagens, bar. No verão de 1973, foi organizada a primeira estada de férias no mar com cinquenta pacientes, acompanhados por médicos e enfermeiros. Em 1973, a 25 de fevereiro, um grande cavalo azul de madeira e papel machê, seguido por mais de quatrocentos pacientes, passou pelos muros do hospital psiquiátrico e atravessou a cidade de Trieste, tornando-se o símbolo da libertação daqueles seres humanos portadores de transtornos mentais e da opressão de uma psiquiatria antiquada assente na prisão. Aquele cavalo, a quem foi dado o nome de Marco Cavallo, foi construído dentro do hospital psiquiátrico por pacientes, artistas, enfermeiros e médicos, sob a orientação do pintor e escultor Vittorio Basaglia, primo de Franco Basaglia. Marco Cavallo é uma máquina teatral, uma obra coletiva, inspirada por um cavalo que realmente viveu muitos anos no manicômio, transportando roupa para lavar.

Caminhando na tendência dessa experiência, Serapioni (2019, p. 1174-1175) cita as primeiras conquistas de Franco Basaglia:

- proibir o uso de eletrochoque do hospital de Gorizia e retirar as grades das janelas;
- remover as camisas de força que colocavam nos pacientes mais inquietos, incapacitando-os de se moverem;
- após a abolição das camisas de força, foi dado mais um passo importante na relação entre médicos, enfermeiros e pacientes: decidiu-se deixar de usar a bata branca, considerada símbolo de poder e definidora da hierarquia dentro do asilo. Para os pacientes, os médicos não têm rosto, têm uma bata branca, ostentam indiferença, são inacessíveis e seguros da sua certeza, da sua ciência e do seu diagnóstico. Para Basaglia, bata branca era o símbolo da sujeição total;
- depois de eliminar as camisas de força e as batas brancas, tentou-se superar a desconfiança inicial dos pacientes com a organização das primeiras reuniões e assembleias. No início, os pacientes fizeram apenas um ato de presença, mostrando um olhar desconfiado, sem participar ativamente, mas, de forma gradual, ganharam confiança e foi quebrado o gelo. As assembleias gerais da comunidade reuniam, de

manhã, às 10h, pacientes, médicos, enfermeiros e assistentes sociais na sala maior do hospital. Não havia nenhuma distinção formal entre os diferentes membros da comunidade e cada um tomava lugar na sala confundindo-se com os outros. À mesa da presidência sentavam-se dois ou três pacientes que conduziam a reunião.

A corrente italiana trouxe um importante legado para a reestruturação das novas formas de cuidado em saúde mental, na Europa e em países como o Brasil. Por entender que a ideia de ameaça e perigo são construções sociais multifacetadas que falseiam a realidade, o adoecimento mental passa a não ser mais considerado um problema para o convívio em sociedade, de modo que não deveria ser isolado nem contido por métodos invasivos. Basaglia defendeu o fim do modelo manicomial e não a sua reestruturação, como foi proposto na corrente da Antipsiquiatria. Sua prioridade foi acabar com o modelo psiquiátrico hegemônico, e, como consequência de suas lutas e embates, “no dia 13 de maio de 1978, o Parlamento italiano aprovou a lei 180 (conhecida como Lei Basaglia), que decretou o encerramento definitivo dos hospitais psiquiátricos italianos, principal alvo da longa e incansável luta de Franco Basaglia”. (Serapioni, 2019, p.170).

A nível mundial, podemos considerar que as inquietações que emergiram no cenário europeu de negação ao modelo tradicional de assistência psiquiátrica trouxeram grandes impactos para um ambiente que historicamente foi naturalizado como necessário e ideal. O descaso dos hospitais, asilos e manicômios foi exposto, examinado e visto em suas reais fragilidades, formando paulatinamente o coletivo de luta e resistência ao modelo manicomial. A corrente Democrática Italiana liderada por Basaglia foi responsável pelo debate acerca da *desinstitucionalização*. Por não negar o adoecimento mental (assim como fizera a corrente da Antipsiquiatria), reconheceu a necessidade do tratamento humanizado da pessoa com transtorno mental em instituições de base comunitária. É importante ressaltar que a crítica não se detém unicamente a estrutura física do aparato manicomial, ao se negar o modelo segregador, negam-se todas as práticas, saberes e ideias que engessam, estigmatizam e cerceiam a pessoa em sofrimento mental. Amarante (1994, p. 141) contribui com uma reflexão sobre a crítica ao modelo manicomial:

O aparato manicomial, [...], não é o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o isolamento: é o conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais. O manicômio é o saber e as práticas que definem direitos e deveres distintos, baseados em preconceitos, em categorias de acusação em poderes e saberes de dominação.

Assis (2019) identificou que o crescimento do movimento de luta antimanicomial no contexto da América Latina emergiu de dentro dos muros do manicômio em direção à sociedade no início do século XX. As inquietações partiram de profissionais vinculados ao aparato institucional, ou até mesmo pelos próprios loucos, como foi no caso mexicano, em que os institucionalizados se manifestavam por meio de cartas, denunciando as péssimas condições dos hospitais¹⁷. Conforme o autor, esse movimento: “tem caráter de movimento social integrado às lutas pela democracia, contra as violações dos direitos humanos e por políticas de proteção social universais, constituindo-se de forma orgânica a outros movimentos sociais, especialmente, os que lutam nos campos da saúde coletiva”. (Assis, 2019, p. 52).

Considerar as causas sociais dentro das pautas de luta contra o manicômio, nos indica que os militantes passaram a entender a problemática do adoecimento, para além do que vinha se predominando com o modelo biomédico. Num cenário em que as políticas de proteção social possuíam significativas fragilidades, com uma política de assistência social predominantemente assistencialista, era urgente trazer para o centro do debate o reconhecimento dos direitos sociais e considerar que a ausência do acesso a condições dignas de vida, moradia, emprego, educação, saúde, lazer, sustentam o uso abusivo de drogas, o adoecimento mental e os manicômios.

A discussão em torno da humanização do tratamento e dos direitos para pessoas com transtornos mentais chegou até o Brasil por meio dos médicos psiquiatras: Nise da Silveira, Marcelo Blaya, Wilson Suplício e Oswaldo Santos. Influenciados pelas correntes europeias, iniciaram os debates sobre a necessidade de restauração do modelo psiquiátrico pelo menos duas décadas antes da ditadura militar no Brasil e, posteriormente, se tornaram referências para a condução da Reforma Psiquiátrica brasileira. Num contexto de ditadura militar, em que o Brasil estava ampliando e investindo cada vez mais no modelo manicomial, lucrando com as internações, medicalizando a loucura e a pobreza, utilizando procedimentos de contenção invasivos, as concepções difundidas na Europa começaram a germinar entre profissionais da área da saúde e intelectuais brasileiros.

O *milagre econômico*, tão difundido no governo dos militares, trouxe consigo o crescimento das expressões da questão social, desencadeando várias doenças de natureza física e mental. As ações do governo na área da saúde pública eram limitadas e estavam centradas nas campanhas sanitaristas para o controle de doenças como: malária, febre amarela, varíola, chagas

¹⁷ Conforme Assis (2019, p.59), o registro da resistência dos loucos ao modelo manicomial foi escrito em prontuários e documentos, sendo possível “dar evidência à constante resistência dos loucos e loucas aprisionados no maior manicômio do México, no início do século XX”.

e tuberculose. (Couto, 2010). Registra-se ainda um aumento de pessoas adoecidas mentalmente nesse momento, contribuindo para a ampliação dos manicômios no período ditatorial. Bisneto (2007, p. 25) faz uma importante reflexão sobre as reais motivações da ampliação e a crise do modelo manicomial no período da ditadura militar:

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos de 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após o atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental.

O registro realizado por Bisneto (2007) nos leva a reiterar que o aparato institucional manicomial permanece sendo sustentado e justificado, não pelo adoecimento mental em si, apenas, mas por questões de ordem social, assim como foi na história de sua origem. Num contexto em que as expressões da questão social se agudizam e que as legislações voltadas à área da assistência social são praticamente inexistentes, resta ao aparato manicomial conter, medicalizar e isolar a problemática.

A legislação de drogas também foi alterada durante o governo dos militares, inicialmente com a promulgação da Lei n. 5.726, aprovada ainda no governo Médici em 1971. Essa Lei ficou conhecida como *Lei Antitóxico* e instituía medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes que causassem dependência física ou psíquica. No que tange à recuperação dos “infratores viciados”, essa Lei prevê nos art. 9 e 10 que os viciados em substâncias psicoativas que cometessem crimes, se submeteriam a medidas de recuperação, ficando sob a incumbência do Juiz determinar a internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário para sua recuperação. (Brasil, 1971).

Seguindo a linha de reprodução das legislações anteriores, em 1976, durante o governo de Ernesto Geisel, foi aprovada a Lei n. 6.368, que também tinham como função aplicar medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes que causassem dependência. Trazendo algumas alterações em sua redação, quando comparada à Lei de 1971, essa Lei considerou a inexistência de estabelecimentos próprios para o tratamento da dependência química. No § 1º do art. 9º, a legislação propõe: “enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptados, na rede já existente, unidades para aquela finalidade”. (Brasil, 1976). O § 2º desse mesmo artigo considera: “o Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e seu § 1º sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde”.

(Brasil, 1976). A internação hospitalar foi prevista no art. 10, sendo obrigatória quando o quadro clínico do dependente demandasse dessa intervenção.

No que se refere à prevenção ao uso de drogas, ambas as leis (n. 5.726/71 e n. 6.368/76) limitaram-se às ações preventivas de controle e repressão, à produção e cultivo de plantas alucinógenas e ao tráfico de entorpecentes. Foram previstas ações educativas em ambientes escolares e estabelecimentos de saúde, tendo em vista difundir sobre os efeitos destrutivos do uso de drogas. De forma geral, as ações de prevenção que se estabeleceram nesse período foram de terror e de guerra às drogas. As estratégias de prevenção ao uso indevido se põem como superficiais, que não atingem o cerne da problemática do uso abusivo. A ampliação de políticas sociais públicas ainda não se apresentava como uma pauta em debate, de modo que se estabeleceu uma política de drogas repressiva e punitiva. Na concepção de Albuquerque (2018), a tão propagada *guerra às drogas* é, na verdade, a *guerra aos pobres*, com a significativa criminalização, encarceramento e genocídio de jovens negros da periferia.

Denadai (2015, p. 198) faz a seguinte ponderação acerca das estratégias utilizadas:

No que se refere à questão das drogas, nesse momento ocorreu em toda a América Latina a propagação do ideário do “pânico” em torno da substância, principalmente pela via dos veículos de comunicação de massa. Estes misturavam às diversas falas estereotipadas da droga de forma incoerente e deslocadas da realidade latino-americana, pois suas bases discursivas reportavam-se à realidade norte-americana.

Essa concepção e a ampla forma em que se instituiu ideologicamente a pedagogia do horror, contribuiu ainda mais para conferir legitimidade as internações psiquiátricas no período ditatorial, que já possuía amparo no meio legal. Corroborando com a nossa ideia de que não foi pelo mero acaso, que historicamente loucos, pobres e usuários de drogas conviveram nos mesmos espaços de segregação.

Foi ao final da década de 1960 que começaram a ser criadas no Brasil o modelo de *Comunidades Terapêuticas (CTs)*, ligadas ao terceiro setor filantrópico e ao setor privado. Seus organizadores, predominantemente vinculados ao meio religioso (católico e evangélico), propuseram tratar a dependência química pelo viés da espiritualidade e da religiosidade, numa configuração que se difere do modelo originário difundido na Europa. Silva (2018) e Bardi (2019) situam que a primeira CT brasileira foi criada no município de Goiânia em 1968, vinculada à Igreja Presbiteriana e emergiu do “Movimento Jovens Livres”.

Paulatinamente, esse modelo se amplia com fortes vínculos com a Igreja católica e evangélica. Os internos são normalmente supervisionados por membros da Igreja e por alguns profissionais de saúde, como: enfermeiro, assistente social e psicólogo. É comum que a

abstinência total do uso de drogas seja exigida como critério de permanência na instituição, sendo poucas as comunidades que permitem o uso de cigarro. (Silva, 2018). Diante do cenário de terror e de guerra às drogas no período ditatorial, as CTs encontraram um terreno fértil para sua ampliação e difusão. Na concepção de Silva (2018, p. 75): “Sua expansão parece ter direta relação com a ausência de políticas, programas e projetos públicos destinados a oferecer suporte para o atendimento dessa população”.

O tratamento oferecido nas comunidades foi comumente associado ao resgate de jovens dependentes químicos, por meio de uma internação voluntária em residências ou fazendas. Com uma rotina voltada para atividades laborais, psicossociais, lúdicas e espirituais, prometia trazer a vida sem vícios de drogas através dos valores religiosos. (Bardi, 2019). De acordo com Leon (2003) *apud* Silva (2018, p. 74), a CT possui uma abordagem centrada na ideia de autoajuda, sem ter relação com as práticas psiquiátricas, psicológicas e da medicina tradicional. Considerando que na história da institucionalização foi comum a ausência do tratamento médico, podemos considerar que a proposta das CTs acabou por reproduzir elementos do passado das internações.

Foi ao final da década de 1970, com um certo enfraquecimento do governo ditatorial militar e com a organização social em prol da redemocratização do Brasil, que foram criadas condições favoráveis para a organização do movimento social brasileiro na luta contra o modelo manicomial hegemônico. Nesse mesmo período, o movimento sanitarista também protagonizava os debates na defesa dos direitos à saúde de caráter universal e de forma integral. Os dois movimentos de luta se interligam em suas pautas, pois se defendia uma reforma psiquiátrica que ofertasse serviços substitutivos dentro do conceito de saúde pública, democrática e universal. Amarante e Nunes (2018, p. 2068) registram as motivações e acontecimentos que deram início ao movimento:

Os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970 quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência. Assim, são emblemáticos no período o caso dos acadêmicos baianos, o memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia e a “crise” da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS). A “crise da DINSAM” teve grande repercussão após manifestações de entidades expressivas no cenário nacional (OAB, ABI, CNBB, dentre outras). [...] A partir de uma carta encaminhada ao Ministro da Saúde com denúncias e reivindicações, foram demitidos 260 profissionais, desencadeando um processo de novas denúncias, manifestações e matérias na imprensa durante vários meses. É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica (RP). Isto irá influenciar de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social).

Os autores afirmam que inicialmente os termos “saúde mental” e “reforma psiquiátrica” não foram expressões utilizadas dentro do movimento, essas terminações começaram a ser gestadas no trânsito das décadas de 1980-1990 sob influência do movimento sanitarista que se fortalecia e se interligava às causas do movimento de luta antimanicomial. Em 1978, o movimento é constituído e se articula ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), integrando a Comissão de Saúde Mental, sendo uma importante interlocução que favoreceu a representatividade da luta. A visita no território brasileiro de expoentes internacionais representantes da luta antimanicomial, como: Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari, Ronald Laing, Donald Cooper, Howard Becker, Thomas Szasz e outros, também representou um elemento que colaborou para o fortalecimento e amadurecimento da luta no Brasil, contribuindo para uma melhor organização das pautas reivindicatórias e estratégias de luta. (Amarante; Nunes, 2018).

O *II Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental*, que ocorreu em Bauru-São Paulo em 1987, foi um marco histórico para a saúde mental, por fortalecer um coletivo e expor para a sociedade a realidade dos hospitais brasileiros. Os participantes desse evento se posicionaram publicamente pelo fim dos manicômios, com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios!”. Se estabeleceu que o dia 18 de maio seria de alusão ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial. A nível nacional, instituiu-se o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, formado por trabalhadores, usuários, familiares, estudantes e representantes da sociedade. (Amarante, 1995).

Assim nasce o MTSM cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (Amarante, 1995, p. 52).

É importante destacar que a corrente democrática italiana de Franco Basaglia foi a que mais influenciou o movimento social brasileiro, uma vez que, desde sua origem, foi defendido o fim do modelo hospitalar e não sua transformação. Um dos grandes dilemas do movimento nesse período, consistiu na luta para que se estabelecesse no campo legal, os direitos para as pessoas com transtornos mentais, pois até o período em que se tem a organização do movimento de luta antimanicomial estava em vigor a Constituição de 1969, que possuía um rol de direitos sociais limitados aos trabalhadores formais vinculados ao mercado de trabalho.

Foi também no trânsito da década de 1980-1990, isto é, no mesmo período de efervescência do debate antimanicomial, que no campo das drogas começou a se gestar o debate

da resistência *antiproibicionista*. Uma nova perspectiva acerca do uso de drogas “pró-*cannabis*” na tendência de sua liberação começa a ser fomentada entre profissionais, usuários e intelectuais num direcionamento até então não visto. A causa entra no cenário brasileiro interligado a outras pautas sociais, como o movimento da ecologia, feminista, de liberdade sexual e outros movimentos de esquerda que se fortaleciam no país no período de redemocratização. (Leal, 2017). Esse entrelaçamento nos mostra que a questão do uso e do uso abusivo de drogas não deve ser tratada de modo endógeno, pois esse fenômeno perpassa outras questões de ordem social.

O Prof. Antônio Nery, que participou ativamente desse período histórico, em uma entrevista para Leal (2017, p. 217), considerou:

“[...] o uso de uma droga não é necessariamente uma doença como os psiquiatras rotulavam e muito menos tratável por medicamentos como a psiquiatria tratava os transtornos mentais de outra natureza. Os efeitos produzidos por uma substância têm a ver com o encontro do sujeito com a droga num determinado contexto sociocultural” (Nery).

O debate antiproibicionista teceu críticas às formas de tratamento e prevenção que até então vinham se estabelecendo pela linha da repressão e do controle. No cerne desse debate está o reconhecimento do indivíduo em suas necessidades, considerando sua singularidade, o direito à liberdade e à vida social digna. Leal (2017) afirma que o avanço desse movimento estava direcionado ao campo do reconhecimento dos direitos sociais, o que nos indica que esta causa possui sintonia com o movimento de reforma sanitária e de luta antimanicomial.

Num cenário em que os casos de pessoas infectadas pelo vírus HIV aumentavam (muitas delas pelo manuseio errado de seringas na utilização para o uso de drogas), a Estratégia de Redução de Danos ganha notoriedade e se põe como uma proposta de reduzir, de forma gradativa, o uso de drogas sem ser pelo viés da abstinência. Os *Consultórios de Rua* foram equipamentos criados nesse período e em suas ações desenvolveram intervenções de redução de danos para pessoas em situação de rua, tendo em vista minimizar os danos ocasionados pelo uso abusivo de drogas. Conforme Brites (2017, p. 148): “As primeiras experiências de redução de danos para prevenção do HIV/AIDS entre usuários de cocaína injetável no Brasil ocorreram no governo municipal da cidade de Santos, no estado de São Paulo, em 1989”¹⁸.

¹⁸ Conforme Brites (2017), a nível internacional, as primeiras experiências de Redução de Danos surgiram na Holanda em 1984, por meio de iniciativas de associações locais para conter a transmissão de hepatites virais e o HIV.

As ações direcionadas à redução de danos começaram a ser desenvolvidas tendo em vista minimizar a transmissão do vírus, especialmente pela via da utilização da cocaína injetável. Para o contexto da época, as ações foram vistas de forma negativa e reprimidas pelos órgãos da justiça e da segurança pública. Por outro lado, o proibicionismo predominante nas legislações sofreu pouco impacto do movimento antiproibicionista.

Com o enfraquecimento do governo dos militares e com a transição gradativa à redemocratização do país, o movimento sanitarista e o movimento de luta antimanicomial começaram a ter expressões de mudanças em direção às reformas sanitária e psiquiátrica. Como fruto dos embates políticos travados durante a década de 1980, podemos perceber, ao final desta década, expressões de mudanças na saúde e na saúde mental. A aprovação da Constituição Cidadã de 1988 se apresentou como uma significativa conquista para o campo dos direitos sociais, ao elencar, no Título VIII *Da Ordem Social*, direitos que até então não eram reconhecidos. O direito integral e universal à saúde foi proposto dentro da seguridade social juntamente com a assistência social e a previdência social. Esse reconhecimento teve impacto direto para o conjunto da sociedade e para as propostas de reestruturação da política de saúde mental que anos mais tarde se estabeleceria.

Em 1989, o Projeto de Lei (PL) n. 3.657, do Deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores (PT) foi criado, representando um primeiro passo para as mudanças nas legislações brasileiras em direção à reforma psiquiátrica. O PL teve inspiração na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição de 1988, e se põe como uma proposta inovadora para a atenção em saúde mental, pressupondo um tratamento de saúde mental em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Em alguns estados do Brasil, serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico foram criados ainda no final da década de 1980, impulsionados pela defesa do serviço aberto, de base comunitária, que preservasse os vínculos sociais e familiares.

Cabe mencionar que se assiste entre as décadas de 1980-1990 à construção de dois projetos antagônicos na sociedade brasileira que repercutiram de forma direta na área da saúde e, consequentemente, na saúde mental. Bravo (2009) denominou de projeto da Reforma Sanitária o processo de mudanças liderado pelo movimento sanitarista durante a década de 1980. Esse projeto teve como pauta o direito universal à saúde, a responsabilização do Estado na oferta dos serviços de saúde, tendo o poder público o papel de regulamentar, normatizar, fiscalizar e garantir a participação da sociedade por meio do controle social. Esse projeto de cunho democrático e com ampla participação da sociedade, impactou em significativas mudanças nas legislações, especialmente com a promulgação da Constituição de 1988 e com a

criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em que previu que a saúde era um *direito de todos e dever do Estado*.

A década de 1990, por sua vez, trouxe profundos entraves para a consolidação e efetivação dos ganhos instituídos no âmbito legal. Bravo (2009) considera que nesse período se consolida um projeto privatista voltado para o mercado, com um “redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal”. (Bravo, 2009, p. 99). Esse período marcado pelos governos de Fernando Collor (1990-1992), Itamar Franco (1992-1995) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) consagrou a hegemonia neoliberal na sociedade brasileira, com a redução dos direitos sociais, precarização dos serviços públicos, aumento das terceirizações e privatizações, aumento do desemprego e consequentemente da pobreza e da miséria.

Behring e Boschetti (2011) avaliaram que se estabeleceu uma contrarreforma do Estado e Bravo (2009), comungando com esse pensamento, afirma que houve uma contrarreforma na saúde. A expressão “contrarreforma” advém do entendimento de que as ideias de reformas e mudanças cunhadas na década de 1980, em prol de uma saúde pública e universal, foram apropriadas em seu sentido contrário, pela via do mercado, repercutindo em dificuldades para a efetivação do texto constitucional, que por sua vez, deixou brechas para a participação do setor privado¹⁹.

A Reforma do Estado ou a Contra-Reforma(sic) é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em xeque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deixa de ser o resultado direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. (Bravo, 2009, p. 100).

Os projetos em disputa acima mencionados repercutiram diretamente na área da saúde mental, uma vez que a política de saúde mental e a política sobre drogas foram construídas num terreno de tensões que perpassa um âmbito econômico, político e ideológico, ora favorecendo ao grande capital, ora cedendo concessões na perspectiva da saúde enquanto direito. Até os dias

¹⁹ O art. 199 prevê que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, o parágrafo 1º desse art. afirma “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde”. (Brasil, 1988). Correia (2015, p. 74) considera que na realidade se estabeleceu uma “complementariedade invertida no SUS”, uma vez que os serviços privados, filantrópicos e terceirizados têm ocupado grandes espaços nos serviços públicos e não de forma complementar.

atuais, as políticas, programas, projetos, os serviços e até os profissionais que atuam nessas políticas carregam posicionamentos que favorecem e fortalecem um ou outro projeto.

Podemos afirmar que a lógica proibitiva e punitiva das drogas, a institucionalização manicomial, o sucateamento dos serviços públicos de saúde mental e o fortalecimento do terceiro setor privado e filantrópico favorecem ao grande capital e fortalecem o projeto privatista. Por sua vez, o movimento em defesa dos serviços substitutivos de saúde mental, com sua plena efetivação e ampliação, favorece o entendimento da saúde mental enquanto direito e dever do Estado e fortalece a proposta originária defendida pelo movimento de reforma sanitária e psiquiátrica. De forma direta, as pessoas que acessam os serviços de saúde mental sentem os efeitos dos projetos em disputa e pagam os custos dos interesses capitalistas.

Essa revisão histórica e teórica acerca da institucionalização de intervenções do Estado sobre as drogas e sobre a loucura nos indica que as contradições do sistema capitalista agudizaram as expressões da questão social, fazendo com que a pobreza e a miséria particularizassem a longa história dos internamentos de pessoas com transtorno mental e pessoas que usam drogas. A consagração dos chamados *direitos de todos* na *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão* teve pouco impacto para os internamentos da época, de modo que as mudanças começaram a ser fomentadas com a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* em 1948 e com a *Constituição Federal de 1988*, ainda assim, perpassando impasses e avanços.

Foi possível constatar em toda a história o forte protagonismo da intervenção *do Estado*, *Igreja* e o *Direito* na condução de estratégias para lidar com os problemas: pobreza, transtorno mental e drogas. A articulação dessas três instâncias corrobora ideologicamente para mistificar os reais problemas que estão como pano de fundo do adoecimento mental e do uso abusivo de drogas, contribuindo para se difundir uma racionalidade que atende aos interesses da burguesia. É possível perceber que, na cena mais contemporânea, essas três instâncias permanecem a penetrar no âmbito das ações de intervenção do Estado, na formulação de legislações, na condução de instituições que ofertam serviços para um tratamento pelo viés religioso.

Percebe-se que as pautas dos movimentos antimanicomial e antiproibicionista têm em seu cerne a contestação das contradições do capitalismo, pois, por vezes, a necessidade de se institucionalizar perpassa a necessidade de conter uma expressão da questão social. Ainda que reconheçamos que existem situações em que necessitem de uma atenção especializada em saúde mental, ao que a história nos indica, os meios utilizados acabaram por mascarar os indivíduos que de fato necessitavam de atenção, pois muitas vezes estavam “misturados” com outros

indivíduos que não apresentavam um adoecimento psicopatológico. A ampliação e o reconhecimento dos direitos sociais e humanos se colocam como o elemento basilar das lutas.

Esse percurso histórico e teórico permite-nos refletir que a organização dos direitos ao final do século XX trouxe no âmbito legal uma perspectiva mais humanizada para o tratamento da saúde mental e da dependência química. Na entrada do novo século, as políticas sociais, dentre elas a de saúde mental e de álcool e drogas, serão regulamentadas por leis específicas.

A seção que segue apresentará o processo de construção dessas políticas ao nível nacional e na realidade alagoana. Explicitaremos os serviços e programas que foram instituídos entre os anos de 2001 a 2023, considerando o direcionamento dos governos que foram assumidos nesse recorte temporal. Analisaremos o processo histórico de construção dos serviços e sua relação com a garantia (ou violação) de direitos na cena contemporânea.

SEÇÃO III

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL E OS DESAFIOS PARA AFIRMAÇÃO DE DIREITOS NA REALIDADE ALAGOANA (2001-2023)

Esta seção apresentará uma caracterização da Política Nacional de Saúde Mental e da Política sobre Drogas e sua configuração na realidade alagoana. A elucidação dessas políticas objetiva contribuir para a análise sobre os desafios da afirmação de direitos quando consideramos a realidade atual dos que são usuários dos serviços oferecidos pela política de saúde mental e pela política sobre drogas. As sistematizações dos dados apresentados se deram por meio da pesquisa documental e de campo, considerando os anos de ampliação e implantação dessas políticas, que perpassam os anos de 2001 a 2023.

Os dados apresentados nesta seção foram coletados por três meios, são eles: 1) pesquisa documental, com fontes primárias e secundárias, através da revisão de portarias, leis, cartilhas, relatórios e documentos que sistematizam a existência dos dispositivos de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil e em Alagoas; 2) pesquisa bibliográfica, através da leitura de teses e relatórios de pesquisas sobre a realidade brasileira e alagoana, trazendo dados retrospectivos; 3) pesquisa de campo com gestores e técnico da gestão nos seguintes cenários: Supervisão de Atenção Psicossocial (SUAP-SESAU), a Gerência de Atenção Psicossocial (GAP-SMS) e o Centro de Acolhimento (ACOLHE-SEPREV). As entrevistas ocorreram no período de 2021-2022, com um formulário semiestruturado previamente organizado. Para além de identificar os dispositivos existentes, fechamentos e propostas de ampliação, a pesquisa de campo também possibilitou conhecer as percepções dos gestores acerca dos serviços oferecidos e inter-relacionar com a garantia e/ou violação de direitos.

O mapeamento dos dispositivos ofertados pelas políticas citadas, tornou-se importante para esse estudo, pois nos deu um parâmetro para reconhecer em que medida os serviços públicos e privados (financiados com recursos públicos) se ampliaram nos últimos anos e conseguiram atender (ou não) a demanda do adoecimento mental e dos problemas que ocorrem em decorrência do uso abusivo de drogas. É importante destacar que Trindade (2007), Ribeiro (2012), Moura (2016) realizaram estudos sobre as políticas de saúde mental e álcool e outras

drogas considerando a realidade alagoana, de modo que em alguns momentos recorreremos aos dados dessas pesquisas para traçar um comparativo.

Ressaltamos que os dados e as reflexões propiciadas nesta seção permitem-nos reiterar a tese que está sendo defendida neste trabalho, isto é, a unidade dialética entre as múltiplas manifestações da questão social, uso de drogas e pessoas com transtornos mentais que acessam (ou não) seus direitos a partir do serviço ofertado. Consideramos que os dados empíricos corroboram para a defesa desta articulação e nos mostram de maneira inovadora a configuração da política de saúde mental, álcool e drogas no estado de Alagoas e suas tendências na atualidade.

Considerando que o contexto nacional repercute diretamente nas políticas ao nível estadual e municipal, e, considerando também que na entrada do novo século a política de saúde mental e a política sobre drogas tiveram mudanças significativas, com avanços, desafios e retrocessos marcados por governos ora de cunho democrático, ora de cariz reacionário e conservador, iniciaremos essa seção apresentando os avanços e recuos das políticas de saúde mental e da política sobre drogas entre os anos de 2001 a 2023 no Brasil e, posteriormente, abordaremos a realidade alagoana.

3.1 A Política Nacional de Saúde Mental e a Política sobre Drogas no Brasil entre os anos de 2001-2023

Realizada as reflexões históricas e teóricas que fundamentam a construção dos serviços de saúde mental explicitadas na seção anterior, apresentaremos a organização desses serviços ao nível nacional no período de 2001-2023 no cenário brasileiro, portanto, período posterior à promulgação da lei federal sobre saúde mental (n. 10.2016/2001) e a lei sobre drogas (Lei 11.343/2006). É incontestável que as instituições sociais e os serviços ofertados nas instituições materializam potencialmente o acesso aos direitos e viabilizam políticas sociais direcionadas a esse segmento. Por outro lado, quando não oferecidos ou quando precariamente ofertados, esses serviços podem corroborar com violações de direitos sociais e humanos, acarretando e produzindo ainda mais sofrimento e adoecimento mental.

A organização da Política Nacional de Saúde Mental e da Política sobre Drogas no Brasil no período de 2001-2023 perpassou por momentos de avanços, recuos e retrocessos. Isto porque, os governos que assumiram a condução do país nesse período, ora se afinavam com os

princípios mais democráticos defendidos pelos militantes da saúde mental, ora estavam vinculados com o modelo tradicional de assistência psiquiátrica. De modo que, as regulamentações, legislações, resoluções e normatizações desse período expressaram o posicionamento e os embates que aconteceram na política. Sendo assim, os dois projetos societários já em disputa (sanitarista e privatista) foram potencializados e expressos nas legislações e documentos da saúde e da saúde mental.

Outro fator que é inerente ao contexto de instituição dessas políticas são as condições econômicas e sociais do nosso país nos últimos vinte anos, que expressaram o aumento do agravamento das expressões da questão social em decorrência da crise econômica capitalista. Essa agudização das manifestações da questão social potencialmente é propiciadora de adoecimento mental, de modo que nos últimos anos foi perceptível de forma mais intensa uma busca por tratamento psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência do adoecimento mental. Há ainda uma maior recorrência para o aumento do uso de substâncias psicoativas e os problemas ocasionados pelo uso abusivo. Um cenário que impõe ao poder público a necessidade de se organizar para intervir de forma mais sistemática e dar respostas a essas problemáticas que penetram em vários segmentos da sociedade, causando tensões e preocupações.

Como vimos, os serviços alternativos à internação hospitalar psiquiátrica foram se instituindo no Brasil motivados pela mobilização do *Movimento de Luta Antimanicomial*, de modo que antes da aprovação da Lei que institui os direitos da pessoa com transtorno mental, já existiam modelos de serviços substitutivos, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram criados ainda na década de 1990 em alguns estados do Brasil, e serviram de inspiração para abertura desse modelo em outros estados. As conquistas no âmbito legal na área da saúde mental foram se processando lentamente, principalmente quando comparado ao período em que foi instituída a *Declaração dos Direitos Humanos de 1948* e a *Constituição de 1988*, isto porque, os governos de cunho neoliberal obstaculizaram a implementação dos direitos consagrados.

Podemos afirmar que as primeiras expressões de reforma psiquiátrica brasileira se consolidaram numa arena política de tensões em que os interesses mercadológicos estavam em sintonia com a política de governo no início do século XXI. Isto porque, a era do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) foi marcada por reformas orientadas para o mercado, uma prática que se consolidou com a aprovação do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), elaborado pelo Ministério de Administração e da Reforma do Estado (MARE) em 1995. (Behring, 2008).

Sobre esse documento, Behring (2008, p.177) pondera:

Já na apresentação do documento, Fernando Henrique Cardoso reitera os argumentos de que a crise brasileira da última década foi uma crise do Estado, que se desviou de suas funções básicas, do que decorre a deterioração dos serviços públicos, mais o agravamento da crise fiscal e da inflação. Trata-se, para ele, de fortalecer a ação reguladora do Estado numa economia de mercado, especialmente os serviços básicos e de cunho social. O Estado brasileiro é caracterizado como rígido, lento, ineficiente e sem memória administrativa. O salto adiante é a proposição da reforma gerencial voltada para o controle dos resultados e baseada na descentralização, visando qualidade e produtividade no serviço público.

Pelo teor e direcionamento desse Plano, as políticas de saúde recém-instituídas com as Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 (Lei Orgânica da Saúde) em 1990, foram diretamente afetadas, especialmente para a operacionalização e instituição dos serviços de saúde, isto porque, o governo de Fernando Henrique reiterou uma tendência privatizante que já vinha se processando no Brasil desde o governo de Fernando Collor (1990-1992).

Foi no Governo Cardoso que houve a aprovação da Lei n. 10.216 de 2001, que institui a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Essa lei foi considerada a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil no âmbito legal, promulgada com algumas alterações do PL n. 3.657 de 1989, principalmente nos termos que se referiam à *extinção progressiva dos manicômios*. Essas alterações do projeto inicial já nos indicam a manutenção de um diálogo com as tendências mais tradicionais da institucionalização manicomial, ainda no início da implementação da política no Brasil.

Em seu art. 1º, a Lei afirma que os direitos das pessoas com transtorno mental são “[...] assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra”. (Brasil, 2001). A Lei foi considerada uma conquista para a história da saúde mental no Brasil, por incorporar os pontos de reivindicação do movimento de luta antimanicomial. Os direitos foram descritos no parágrafo único do art. 2º:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (Brasil, 2001).

Os direitos instituídos serviram de diretrizes para a *Política Nacional de Saúde Mental* e para a *Política sobre Drogas* no Brasil, que se constroem de forma paralela e articulada a partir dos anos 2000. Até os dias atuais, esses direitos servem de parâmetros para a condução dessas políticas e estão em consonância com a *Declaração dos Direitos Humanos*. A enumeração dos direitos representa um divisor de águas para a saúde mental, visto que até então eram débeis as legislações voltadas para a assistência psiquiátrica, que, como vimos, predominantemente voltavam-se ao modelo asilar, segregador e consequentemente repressor.

No âmbito das questões voltadas a intervenção do Estado na problemática das drogas, verifica-se que essa intervenção acontece de forma mais sistemática e repressora, associada a um contexto social de grande tumulto que a sociedade brasileira vivenciara no início dos anos 2000, principalmente com o exibicionismo estigmatizante da mídia nas chamadas *cracolândias*. Conforme Brites (2013), crescem as notícias em jornais, muitos de cunho sensacionalista, expondo as situações das *cracolândias* predominantemente situadas em São Paulo e no Rio de Janeiro. Um cenário que favoreceu a disseminação da ideia de *epidemia* das drogas, com ênfase para o *crack*. Brites (2013) retrata um recorte desse cenário:

Imagens chocantes e degradantes que suscitam nos telespectadores sentimentos de revolta, medo, insegurança e impotência. Desperta-se de um imediato impulso desejoso por uma solução eficiente, rápida e definitiva para eliminar a presença aterrorizante do crack em nossa realidade. Imagens fortes, como alertam alguns âncoras jornalísticos, acompanhadas por relatos de tragédias familiares, números sobre o consumo de crack e fracassadas tentativas de interrupção do uso moldam uma visão fatalista sobre esse fenômeno. Visão que, por sua vez, nutre o apelo uníssono pela repressão e pela cura. (Brites, 2013, p. 47).

Ainda conforme a autora:

A exploração midiática sobre o consumo de crack na realidade brasileira é emblemática, pois revela o modo dominante tradicionalmente utilizado para veicular informações sobre o consumo real de psicoativos entre nós. [...]. O modo como são produzidas e veiculadas as reportagens sobre o tipo e a quantidade de psicoativos empreendidos pela Polícia Federal também influi sobre o imaginário social, que não corresponde à realidade do consumo de psicoativos de fato na sociedade brasileira. (Brites, 2017, p. 122-123).

As *cracolândias* expressam o mais alto nível de vulnerabilidade econômica e social de pessoas que vivem na miséria e na mendicância. O uso abusivo de substâncias psicoativas

representa apenas um de tantos outros problemas que perpassam a história de vida das pessoas que vivem em situação de rua. Historicamente, são pessoas que não tiveram acesso a condições dignas de vida, moradia, educação, saúde, acesso ao trabalho, além de possuírem frágeis ou nenhum vínculo familiar, em outras palavras, são indivíduos que pela sua condição econômica e social vivem na marginalidade com dificuldades de serem reconhecidos como detentores de direitos sociais. Como se vê, a exposição midiática muitas vezes canaliza o foco do problema para a droga, nesse caso com ênfase para o crack, reiterando a ideia de *epidemia do crack* e de *combate* ao uso, deixando por vezes de reportar outros complexos sociais igualmente problemáticos na vida de pessoas que vivem nas ruas.

Considerando que os serviços de atenção psicossocial do SUS nesse período eram limitados, pois ainda se encontravam no processo de normatização e regulação, percebe-se um protagonismo das instituições filantrópicas, do voluntariado e de entidades religiosas intervindo nessa problemática pelo viés da cura, por meio da abstinência. De forma tendenciosa, a Política Nacional sobre Drogas vai se constituindo sob o fundamento da repressão e do combate ao uso das drogas, e a intervenção policial, muito presente nas abordagens higienistas, consagrava as respostas autoritárias e violadoras de direitos humanos. Nas palavras de Brites (2017, p. 132), “a regulação social brasileira sobre os psicoativos acompanha a tendência internacional do proibicionismo conduzido pela hegemonia estadunidense”.

No ano de 2002, foi instituída a Lei n. 10.409 que dispõe “sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências”. (Brasil, 2002a). Essa Lei reproduziu a linha da repressão e prevenção ao tráfico ilícito de substâncias psicoativas que estavam presentes na Lei n. 6.368 de 1976. A Lei de 2002 vigorou até o ano de 2006, quando foi alterada pela Lei n. 11.343 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD.

Ainda no ano de 2002, como expressão das mudanças conduzidas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, legislações e regulamentações paulatinamente vão sendo aprovadas. Dentre essas regulamentações, tem-se a instituição da Portaria n. 336, que instituiu no âmbito do SUS as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, II, CAPSi e o CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD) voltados para a reabilitação psicossocial de usuários em crise e transtornos psiquiátricos severos²⁰. Esse modelo se põe como uma alternativa de

²⁰ O primeiro modelo de CAPS foi criado em Santos, no estado de São Paulo, em 1987, e reproduziu em sua forma organizativa a defesa do atendimento digno e humanizado, propiciadores dos direitos humanos. (Venâncio, 2003).

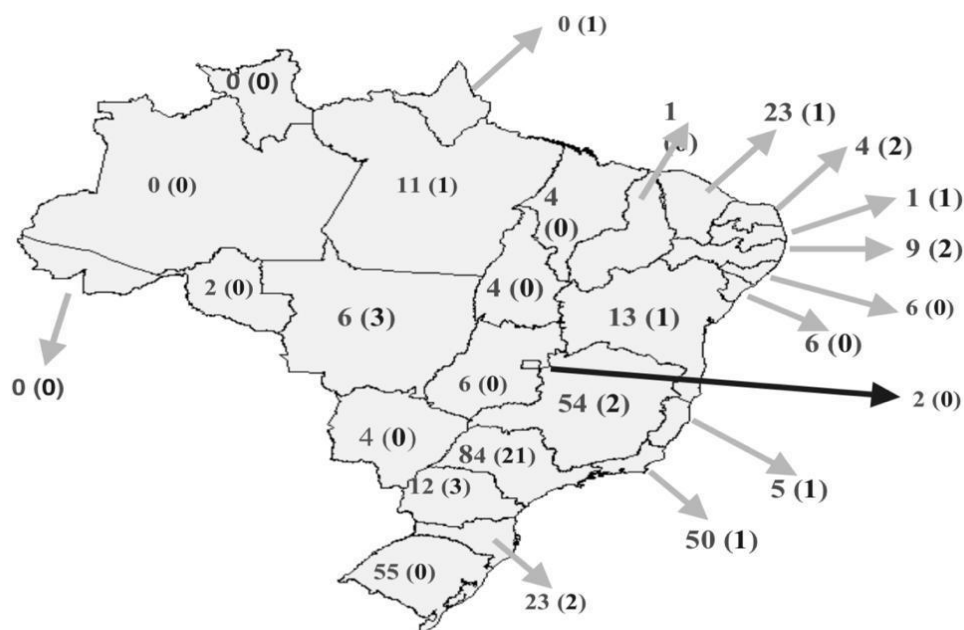
tratamento e cuidado à pessoa em sofrimento mental de base comunitária, objetivando recuperar ou preservar vínculos familiares e sociais de seus usuários.

Um fator inovador incluído na regulamentação dos CAPS é o acompanhamento multiprofissional, que deve ser ofertado por esse serviço, entendendo que as demandas que envolvem o adoecimento mental devem ser apreendidas pelas múltiplas áreas do conhecimento em sua integralidade. A equipe multiprofissional que atua nos Centros de Atenção Psicossocial é composta por: médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Os profissionais de nível médio previstos são: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Brasil, 2002b). O número de profissionais que integram cada serviço é determinado, conforme a portaria, pela modalidade de CAPS e pela quantidade de habitantes do território de abrangência²¹.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2003), ao final do ano de 2002, havia um total de 424 serviços de CAPS implantados e em funcionamento em todo território nacional, sendo que 42 eram CAPS álcool e drogas e 382 eram CAPS transtorno mental não associado ao uso abusivo de álcool e outras drogas. A figura abaixo (figura 2) apresenta a distribuição desses serviços em 2003 nos estados brasileiros. Os números que aparecem fora dos parênteses referem-se ao quantitativo de CAPS I e II voltados ao transtorno mental de modo geral, já os números que aparecem entre parênteses representam o quantitativo de CAPS AD, existentes em alguns estados.

²¹ Em 2012 e em 2017 houve alterações na composição dos CAPS, com a criação do CAPS AD tipo III e o CAPS tipo IV, que será apresentado mais adiante.

Figura 2 – Distribuição territorial dos CAPS I, II e CAPS AD em 2002



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Articulando as primeiras mudanças nas novas legislações e a instituição dos novos serviços de saúde mental e de álcool e drogas com a noção de garantia de direitos, é possível afirmar que as mudanças apresentaram um misto de avanços no âmbito dos direitos sociais e humanos e de manutenção do retrocesso, uma vez que a hegemonia de instituições filantrópicas, privadas e a manutenção dos hospitais psiquiátricos (esse último, historicamente violador de direitos) se processaram de forma análoga às novas legislações e serviços. Esse fato nos indica que, ainda que a nova perspectiva mais humanizada se expresse como novidade nas legislações brasileiras, o novo vai se constituir em meio à forte perspectiva atrasada manicomial, punitiva e proibitiva.

Vasconcelos (2010, p. 29), assim avaliou a política de saúde mental durante o período do Governo Cardoso:

Tendo em vista o conservadorismo do bloco do poder e a consolidação de uma política neoliberal pelo governo de FHC, principalmente após a saída do ministro da Saúde (sic) Adib Janet, tivemos no plano federal um verdadeiro bloqueio às tentativas de avanço da reforma através de novas portarias de serviços e programas (tais como o Programa de Apoio à Desospitalização – PAD) e um relativo esvaziamento do papel de liderança política da Coordenação de Saúde Mental, no ministério da Saúde.

Em 2003, a perspectiva de um novo momento se estabelece no Brasil com a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva, do PT, para presidente da República. Em suas campanhas de governo,

Lula da Silva se apresentou vinculado à luta dos trabalhadores e pelas causas sociais. A expectativa no início de seu governo era de que o projeto social-democrático fosse fortalecido. A vitória em 2007 para a reeleição e a sucessão da Presidenta Dilma Rousseff (2011-2016) também do PT, nos indica que Lula e seu partido souberam dialogar com as duas camadas da sociedade (trabalhadores e empresários), isso porque, os acontecimentos que se processaram durante a governança petista, explicitaram o acirramento dos dois projetos em disputa. Bravo (2009, p. 102), escrevendo ainda no período do governo de Lula, considerou:

A análise que se faz do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. [...]. O atual governo, entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária pelas suas ações, tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições, procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento.

A polarização entre os dois projetos foi sendo – ao longo do processo de instituição das reformas sanitária e psiquiátrica – tensionada e denunciada pelos movimentos contra-hegemônicos vinculados à saúde e à saúde mental. De modo que, ao longo do período que vigoraram os governos liderados pelo PT é possível ver a instituição de serviços e a promulgação de legislações que ora apresentavam sintonia com os princípios dos movimentos sociais, ora indicavam a manutenção de tendências mais tradicionais, representada pelo setor empresarial vinculado aos hospitais psiquiátricos e a perspectiva manicomial e proibicionista.

No primeiro ano do Governo Lula, houve a aprovação da Lei n. 10.708, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, destinado a pessoas com transtornos mentais egressos de hospitais psiquiátricos ou unidades psiquiátricas. (Brasil, 2003). Esse auxílio viria para incentivar a desospitalização de moradores dos hospitais psiquiátricos, pois, um dos grandes desafios para a desinstitucionalização psiquiátrica, consiste no processo de recuperação dos vínculos sociais e familiares, que por diversas vezes foram rompidos com os longos anos de internação. O auxílio instituído pela Lei integrou o *Programa de Volta Para Casa (PVC)*, coordenado pelo Ministério da Saúde, e tinha como objetivo a reabilitação psicossocial. (Brasil, 2003). Esse programa corrobora com o acesso ao direito à liberdade e à dignidade, ainda que seja uma liberdade limitada, direcionada ao retorno à vida em sociedade e à habitação com características de moradia.

Como vimos, nas décadas que antecederam os anos 2000, era comum a internação indiscriminada de pessoas com transtorno mental ou com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas em hospitais psiquiátricos. Muitos desses internos foram esquecidos e abandonados

por seus familiares. No início dos anos 2000 o número de residentes em hospitais era significativo; conforme dados do Ministério da Saúde, em 2002 havia um total de 56.258 leitos em hospitais psiquiátricos distribuídos nacionalmente, um alto número, mas que comparado aos anos anteriores estava decaindo, considerando que em 1996 haviam um total de 72.514 leitos. (Ministério da Saúde, 2003). A redução se justificava pelo novo redirecionamento da política de saúde mental e pelas estratégias de desinstitucionalização que paulatinamente estavam sendo efetivadas. O quadro abaixo apresenta a redução dos leitos entre os anos de 1996 a 2002.

Quadro 4 – Redução de leitos em hospitais psiquiátricos (1996-2002)

ANO	N. LEITOS
1996	72.514
1997	71.041
1998	70.323
1999	66.393
2000	60.868
2001	56.258
2002	56.258

Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) responsáveis por acolher e desinstitucionalizar os egressos dos hospitais psiquiátricos foram se organizando gradativamente, sendo por vezes estimulados pelo fechamento de hospitais psiquiátricos, como foi o caso de Maceió, que será apresentado adiante. O que nos leva a refletir que a abertura desses espaços de desinstitucionalização, em determinadas regiões, foi motivada pelo desinteresse da gestão hospitalar psiquiátrica privada, e não movida pela organização política em prol do fim do modelo manicomial.

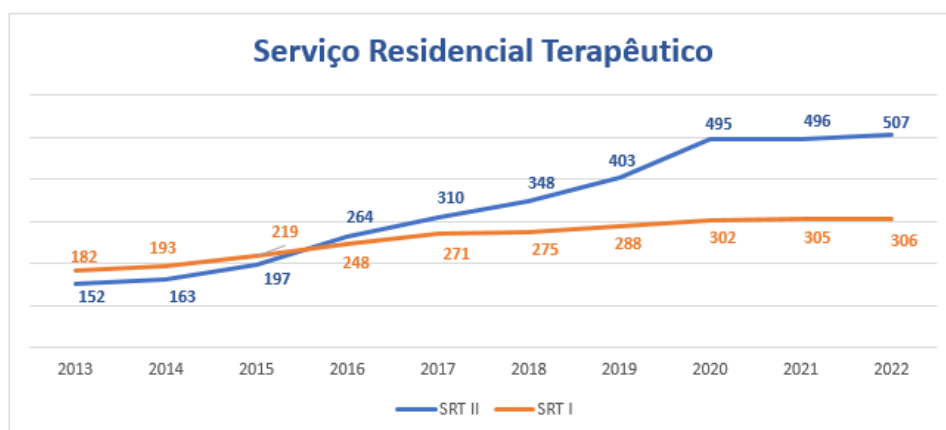
Conforme dados da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizados pela Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde, no ano de 2013 existiam 182 SRT tipo I e 152 SRT tipo II²²,

²² A Lei n. 3.090 de 2011 estabelece que o SRT tipo I consiste numa “modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. O SRT tipo I deve acolher no mínimo 4 (quatro) moradores e no máximo 8 (oito) moradores, não podendo exceder esse número”. (Brasil, 2011a). O SRT tipo II, por sua vez, foi previsto como uma

somando um total de 334 SRT em todo território brasileiro. Uma baixa cobertura, considerando que em 2013 já havia dez anos de aprovação do auxílio reabilitação psicossocial, que incentivava o modelo dos SRT, e considerando também o número de hospitais psiquiátricos públicos e privados existentes nesse período. No ano de 2022, tem-se um aumento desses serviços, sendo 306 SRT tipo I e 507 SRT tipo II, somando um total de 813 SRT em todo território brasileiro. (Ministério da Saúde, 2022).

O gráfico abaixo (gráfico 2), apresenta o processo de ampliação desse serviço no período de 2013-2022:

Gráfico 2 – Quantitativo de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Tipo I e II no período de 2013-2022



Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

No que concerne a distribuição dos SRT por regiões e estados do Brasil, verifica-se que até o ano de 2022 estavam assim distribuídos:

“modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Este tipo de SRT deve acolher no mínimo 4 (quatro) e no máximo 10 (dez) moradores”. (Brasil, 2011a). Nota-se, com isso, que as modalidades de SRT I e SRT II diferenciam-se como forme sua função e objetivos, uma vez que uma tem como proposta fortalecer a autonomia para reinserção social, enquanto outra acolhe indivíduos com transtornos mais crônicos e por isso necessitam de cuidados intensivos.

Quadro 5 – Distribuição de SRT por regiões e estados do Brasil em 2022

REGIÃO	UF	SRT I	SRT II	Total Geral
Centro-Oeste	GO	3	18	21
Centro-Oeste	MS		2	2
Nordeste	AL		7	7
Nordeste	BA	5	9	14
Nordeste	CE	3	1	4
Nordeste	MA	3	2	5
Nordeste	PB	8	2	10
Nordeste	PE	81	15	96
Nordeste	PI	5	1	6
Nordeste	RN		3	3
Nordeste	SE	3	8	11
Norte	AM	1	7	8
Norte	PA		1	1
Norte	TO	1		1
Sudeste	ES	1		1
Sudeste	MG	36	99	135
Sudeste	RJ	80	119	199
Sudeste	SP	53	185	238
Sul	PR	11	6	17
Sul	RS	11	19	30
Sul	SC	1	3	4
Brasil		306	507	813

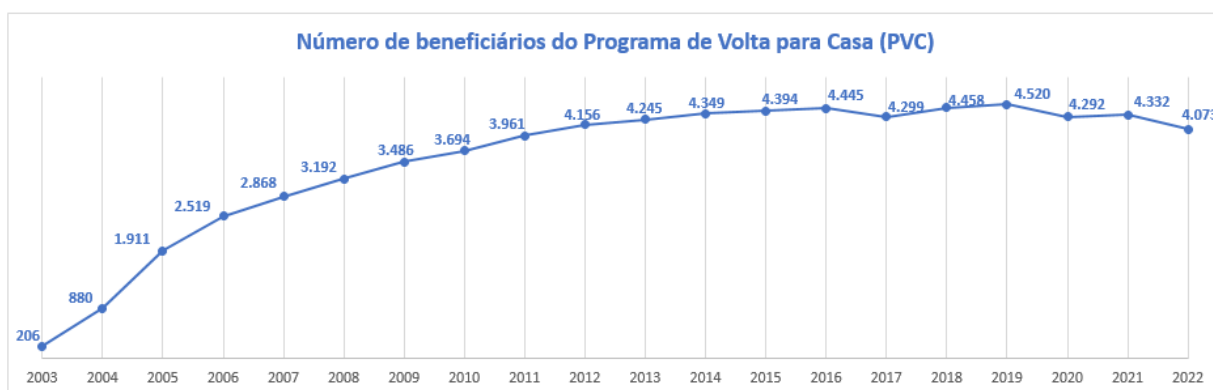
Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

As informações que constam no quadro 5 nos mostram que a região sudeste representa a que possui o maior quantitativo desse serviço, totalizando 573 SRT. Na sequência, a região nordeste ocupa a segunda posição com 156 SRT. A terceira posição está com a região sul, totalizando 51 SRT, seguido da região centro-oeste com 23 SRT. E, na última posição, está a região norte, com apenas 10 SRT. Conforme os dados disponibilizados pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, o incentivo para o custeio anual para o funcionamento das SRT em 2013 era de R\$ 43.653.00,00 (quarenta e três milhões, seiscentos e cinquenta e três mil reais), em decorrência do crescimento desses serviços, o custeio anual dos SRT em 2022 foi de R\$ 130.665.000,00 (cento e trinta milhões, seiscentos e sessenta e cinco mil reais). (Ministério da Saúde, 2022).

Ainda conforme os dados do Ministério da Saúde, em 2003, quando foi instituída a Lei que regulamenta os SRT havia 206 usuários beneficiados pelo *Programa De Volta para Casa*. Em 2013, esse número aumentou consideravelmente e passou para 4.245 usuários cadastrados. No ano de 2022, há uma pequena redução, com um número de 4.073 de usuários cadastrados, em 341 municípios dos estados brasileiros. (Ministério da Saúde, 2022). Chama-nos atenção a não ampliação dos espaços de desinstitucionalização nos últimos dez anos, considerando que o número de cadastrados reduziu e não aumentou.

Até o mês de junho de 2022, foram destinados R\$ 12.503.500,00 (doze milhões, quinhentos e três mil e quinhentos reais) de investimentos para o *Programa de Volta para Casa*. O gráfico abaixo (gráfico 3) apresenta a evolução no número de beneficiários cadastrados nesse programa no período de 2003 a 2022.

Gráfico 3 – Beneficiários do Programa *De Volta Para Casa* (2003-2022)



Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Conforme os dados acima, em 2003 apenas 206 usuários eram beneficiados pelo PVC. Comparando essa informação com os dados apresentados no quadro 4, em que mostra que o número de leitos em hospitais psiquiátricos em 2002 era de 56.258, constata-se o quanto era reduzido o número de beneficiários em relação ao número de leitos psiquiátricos.

É possível perceber nos gráficos 2 e 3 que há uma tendência de crescimento dos serviços e no número de beneficiários durante os governos do PT com Lula e Dilma (2003-2016), o que nos indica que houve incentivo financeiro do Governo Federal para a ampliação e manutenção desses serviços. Já no período dos governos Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022) é possível ver certa oscilação e a tendência de não crescimento, de modo que em 2022 o número de beneficiários decaiu.

Cabe mencionar que no Governo Dilma Roulseff expressões de apoio às privatizações e ao modelo manicomial foram percebidas. Em 2011, a então Presidenta instituiu a Lei n. 12.550 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSHER), uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado destinada à gestão de Hospitais Universitários, marcando o incentivo do governo às privatizações. Foi também no governo de Dilma que tivemos a nomeação, em 2015, para o cargo de Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, de Valencius Wurch Duarte, médico psiquiatra ligado ao setor empresarial dos hospitais psiquiátricos.

A nomeação de Valencius gerou grandes mobilizações com as palavras de ordem “Fora Valencius”, apontando o repúdio e a indignação entre os militantes e representantes dos movimentos sociais da saúde e da saúde mental, tais como: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) além de movimentos de categorias profissionais vinculados com as causas da saúde mental. Em momentos anteriores, Valencius já havia declarado seu desprestígio com a legislação da saúde mental brasileira da reforma psiquiátrica, afirmando que a legislação possuía caráter ideológico e não técnico. Sua posição de Coordenador, com sua histórica vinculação com os hospitais psiquiátricos, representou uma ameaça para as mudanças na política na perspectiva da garantia de direitos humanos e da atenção em saúde de base territorial. (ABRASCO, 2015).

Mesmo buscando articular os dois projetos antagônicos, o Governo de Dilma Rousseff passou a não agradar ao setor empresarial, de modo que em 2016 sofreu um golpe e foi deposta. Seu *impeachment* não foi um acidente de percurso, tratou-se de uma estratégia da burguesia brasileira para retomar o poder e estabelecer ou aprofundar seus interesses econômicos que favorecem ao grande capital. Braz (2017, p. 87) assim avaliou:

Dilma, mesmo tendo feito um governo (como fizeram os governos petistas desde 2003) *predominantemente* voltado para os interesses do grande capital e de seus sócios brasileiros e, a partir de 2015, tendo adotado um programa de governo muito semelhante ao que foi apresentado (e derrotado) pelo candidato do PSDB em 2014, foi arrancada da presidência da República porque foi considerada incapaz de permanecer à frente dos interesses capitalistas que tanto serviu. Estes agora precisavam de um governo *genuinamente* burguês, capaz de não ceder o mínimo aos trabalhadores, de lhes retirar o pouco que conquistaram e de servir inteiramente, sem concessões, ao grande capital. O pacto de classes já não mais prestava. (Braz, 2017, p.87).

Os interesses econômicos, políticos e ideológicos na transição do governo Dilma para o governo golpista de Michel Temer e, na sequência, para o governo Bolsonaro, repercutiram de forma imediata em várias políticas públicas, dentre elas a política de saúde mental e a política sobre drogas. Restrições, seletividade e cortes nos gastos sociais se agudizam e foram pregadas como necessárias para recuperar a economia brasileira.

Ao passo que os Serviços Residenciais Terapêuticos foram se estruturando, a Política Nacional sobre Drogas também se instituiu, especialmente com regulamentações nos anos de 2003, 2005 e 2006, ainda no Governo Lula. Essa política se organiza em articulação com a política de saúde mental, considerando-se os princípios e diretrizes de direitos consagrados em

2001. Em suas normatizações algumas mudanças e novas perspectivas serviram para a estruturação das ações de intervenção na questão das drogas no que se refere ao uso, uso abusivo, tráfico, prevenção, recuperação e reinserção social.

A Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003 articulou velhas e novas propostas para o tratamento e recuperação da pessoa usuária e dependente de substâncias psicoativas. Isto porque, essa política, ao passo que reiterou a lógica proibicionista e de discriminação das drogas, trouxe em sua redação a política de redução de danos, que representa um avanço na área da saúde pública, pois contribui para a redução do consumo sem necessariamente a retirada total da droga. Conforme Brites (2017, p. 161), “a partir de 2003, a Redução de Danos é incorporada oficialmente como medida de saúde pública pelo Ministério da Saúde, que passa a regulamentar sua incorporação nos dispositivos de Saúde Mental e na Atenção Básica”.

Em 2005, o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) aprovou a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), por meio da Resolução n. 3. Essa política continuou a reiterar a lógica proibicionista que pode ser vista nos seguintes pressupostos descritos na PNAD de 2005:

- Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
- Elaborar planejamento que permita a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, a fim de impedir a utilização do território nacional para o cultivo, a produção, a armazenagem, o trânsito e o tráfico de drogas ilícitas.
- Garantir ações para reduzir a oferta de drogas, por intermédio de atuação coordenada e integrada dos órgãos responsáveis pela persecução criminal, em níveis federal e estadual, visando realizar ações repressivas e processos criminais contra os responsáveis pela produção e tráfico de substâncias proscritas, de acordo com o previsto na legislação.
- Reconhecer o uso irracional das drogas lícitas como fator importante na indução de dependência, devendo, por esse motivo, ser objeto de um adequado controle social, especialmente nos aspectos relacionados à propaganda, comercialização e acessibilidade de populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes.
- Fundamentar, no princípio da responsabilidade compartilhada, a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do governo e da sociedade, em todos os níveis, buscando efetividade e sinergia no resultado das ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a elas relacionado e das consequências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas. (Brasil, 2005).

Outro elemento considerado na PNAD refere-se ao reconhecimento dos direitos humanos e sociais, bem como as diferenças existentes entre os usuários da política. Essas novas concepções foram citadas nos seguintes pressupostos:

- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Garantir, incentivar e articular, por intermédio do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas.
- Garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos.
- Pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações, de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados. (Brasil, 2005).

É possível constatar que a nova regulamentação da política sobre drogas começou a reconhecer direitos sociais e humanos. Ao prever estratégias de planejamento que considerem as políticas de educação, saúde, assistência social e segurança pública, os legisladores ampliaram as possibilidades de administrar os problemas ocasionados pelo uso abusivo pelo viés do acesso a políticas públicas. Outro fator novo das legislações de drogas de 2003 e 2005 consistiu no aparente rompimento com o preconceito que existia com a estratégia de redução de danos, de modo que essa estratégia passou a ser considerada como um indicador de avaliação da qualidade de vida e a fazer parte da política de governo.

Assim, a redução de danos foi compreendida como uma estratégia importante para a redução dos riscos sociais. Vista preventivamente, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, vislumbrando a promoção da saúde pública e dos direitos humanos, objetivando reduzir os riscos e situações adversas associadas ao uso de álcool e outras drogas. Em seus pressupostos, a PNAD de 2005 fez a ressalva de que essa estratégia não deve ser confundida com o incentivo ao uso indevido de drogas, pois compreende uma lógica de tratamento que objetiva a prevenção. (Brasil, 2005).

O reconhecimento da estratégia de redução de danos na política de drogas nos anos 2000 representou um avanço para a luta antiproibicionista das drogas. Como vimos, durante a década de 1990 essa estratégia foi duramente questionada, vista com preconceito e repúdio pela sociedade, mídia, autoridades policiais, judiciais e médicas, sendo por vezes embargada e criminalizada pelo Ministério Público, como uma prática que incitava o uso de drogas. Num cenário em que se crescia a contaminação pelo vírus do HIV entre os usuários de drogas, devido ao manuseio errado de seringas, a redução de danos aparece como uma estratégia para

minimizar e conscientizar sobre a contaminação em decorrência das trocas de seringas. O fornecimento de *kits* com seringas novas, agulhas, material de higiene e para o preparo adequado da droga, preservativos e outros produtos, recebeu críticas, muitas delas de cunho moralista e discriminatório, sugerindo o uso indevido do dinheiro público com pessoas que escolhiam usar drogas. (Brites, 2017).

Brites (2017, p. 150-151) retrata esse embate em seus estudos:

A oposição aos PTS [programas de trocas de agulhas e seringas], e às abordagens de Redução de Danos em geral, era feita sob a égide da legislação, que dava margem à interpretação de que o fornecimento de equipamentos estéreis de injeção às(aos) usuárias(os) de psicoativos injetáveis para prevenir a Aids incentivava o consumo de psicoativos e, portanto, deveria ser considerado prática criminosa. Esses argumentos eram constantemente refutados pelas pesquisas internacionais que comprovavam que a distribuição de agulhas e seringas não aumentavam o consumo de psicoativo entre as(os) usuárias(os) que participavam dos programas, não faziam com que usuários que privilegiavam outras vias de administração de psicoativos migrassem para o uso injetável nem estimulava o interesse das pessoas que não usavam psicoativos ilícitos.

A autora pontua que em decorrência desses dilemas, a estratégia de redução de danos no Brasil conviveu e se legitimou em meio às dificuldades financeiras, perpassando em fragilizações para a obtenção de recursos materiais e humanos capacitados para atuar como redutores de danos, dificuldades de espaços adequados para o trabalho, transportes, equipamentos, dentre outros obstáculos. “Conviveram com a obstinada desconfiança de autoridades médicas, jurídicas, policiais e da opinião pública. Foram insistentemente cobrados a comprovar a assertividade e a eficácia das estratégias de Redução de Danos adotadas”. (Brites, 2017, p.158).

No que se refere aos serviços de saúde disponíveis para tratar a pessoa dependente de substâncias psicoativas nesse período, a PNAD de 2005 menciona os serviços em uma de suas diretrizes:

Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatorios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, *comunidades terapêuticas*, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, *hospitais gerais e psiquiátricos*, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros. (Brasil, 2005, grifos nossos).

É possível constatar um *mix* de serviços envolvendo modelos tradicionais e renovados, que foram descritos na PNAD de 2005. Considerando que o contexto dos anos 2000 é de

implantação da reforma psiquiátrica, que tem como pauta de reivindicação a denúncia da violação dos direitos humanos nas instituições asilares, verifica-se que na área da política sobre drogas as legislações não incorporaram integralmente aos reclamos feitos pelos militantes da saúde mental. Como vimos na segunda sessão deste trabalho, hospitais psiquiátricos historicamente carregaram características violadoras de direitos, ainda assim, foram convivendo e por vezes reaparecendo como instituições aceitáveis para coadjuvar o tratamento psicossocial. Chama-nos a atenção também a presença das comunidades terapêuticas, citadas como instituição referência para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Discorreremos mais adiante sobre a presença desse modelo na política de saúde mental e na política sobre drogas.

Em 2006, a Lei 11.343 foi aprovada e substituiu as leis n. 6.368 de 1976 e a Lei n. 10.409 de 2005. A nova Lei, vigente até os dias atuais, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, e reproduziu tendências que já vinham se estabelecendo na área da política sobre drogas. De certa forma, continuou a articular o proibicionismo e a redução de danos. Conforme o art. 1º, a Lei “prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes”. (Brasil, 2006). O reconhecimento dos direitos humanos foi considerado dentre os princípios do SISNAD, dentre eles:

- I – o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;
- II – o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;
- III – a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados; (Brasil, 2006).

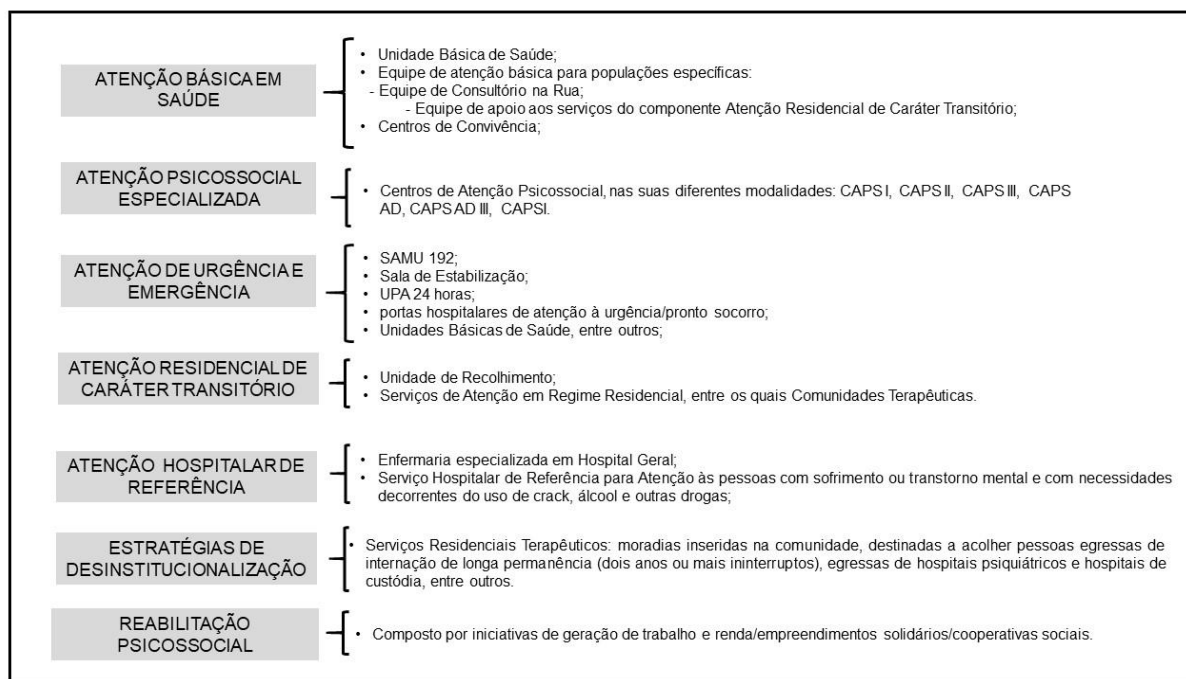
O reconhecimento dos direitos humanos no âmbito dos marcos legais permanece se pondo como uma importante consideração, uma vez que a realidade objetiva das pessoas que se encontram marginalizadas pela sua condição de pobreza e potencializada pelo uso da droga é de violação de direitos. Nesse período em que se crescem as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias em instituições de acolhimento – que, como vimos, perpassam modelos tradicionais e renovados (este último aberto e de base comunitária) – a depender das condições da oferta desses serviços, podemos considerar que existe o acesso ou violação dos direitos. Isto porque, quando há um baixo investimento nessa política, o serviço passa a ser

oferecido precariamente para a população, não ofertando condições dignas para o exercício da cidadania e não reconhecendo o indivíduo em sua singularidade.

Como mencionado no início desse item, as políticas de saúde mental e a política sobre drogas vão se organizando de forma articulada. Uma expressão dessa articulação foi a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada através da Portaria n. 3.088 de 2011. A descrição da RAPS teve como finalidade “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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)”. (Brasil, 2011b).

Considerada um avanço para a política de saúde mental, a portaria 3.088 de 2011 trouxe a descrição dos pontos de atenção que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ampliando o modelo assistencial para além dos Centros de Atenção Psicossocial (modelo substitutivo muito difundido com a reforma psiquiátrica brasileira). Conforme a portaria, a RAPS é composta por sete pontos de atenção, são eles: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; estratégias de desinstitucionalização; atenção residencial de caráter transitório; serviço Hospitalar de Referência; reabilitação psicossocial. (Brasil, 2011b). Cada ponto de atenção integra serviços que vão desde a atenção primária em saúde até a alta complexidade, objetivando atender às necessidades dos usuários em sua integralidade. A figura abaixo (figura 3) sistematiza os serviços previstos pela portaria.

Figura 3 – Rede de Atenção Psicossocial – RAPS



FONTE: Brasil, 2011b.

Essa regulamentação, contendo a descrição dos serviços da RAPS, colaborou para a difusão do entendimento da atenção à saúde em sua integralidade, desvinculando a ideia de que o paciente psiquiátrico deveria ser atendido apenas nos CAPS ou em hospitais psiquiátricos. Inicialmente, após a aprovação dessa regulamentação, houve resistência de segmentos de profissionais da área da saúde, que não se viam capacitados ou não avaliavam alguns desses serviços aptos a receber paciente psiquiátrico, reiterando que representavam certo perigo para determinadas instituições de saúde.

A implantação da RAPS perpassou entre resistências de profissionais, especialmente em serviços como: SAMU, Unidade Básica de Saúde, Hospital Geral, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e outros. Isto porque, como vimos na segunda sessão desse trabalho, ideologicamente a cultura manicomial transcende as estruturas físicas do manicômio, impera no imaginário da sociedade que reitera o estigma aterrorizante de pessoas com transtornos mentais. Há que se considerar, ainda, que os serviços de saúde do SUS, nesse período, já vinham convivendo com os grandes desafios impostos pela privatização, precarização e enxugamento de investimentos financeiros.

Os direitos das pessoas com transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas foram reconhecidos na RAPS em suas diretrizes:

- I – *respeito aos direitos humanos*, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II – *promoção da equidade*, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III – *combate a estigmas e preconceitos*;
- IV – *garantia do acesso e da qualidade dos serviços*, ofertando cuidado integral e *assistência multiprofissional*, sob a lógica interdisciplinar;
- V – *atenção humanizada* e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI – *diversificação das estratégias de cuidado*;
- VII – *desenvolvimento de atividades no território*, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII – *desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos*;
- IX – *ênfase em serviços de base territorial e comunitária*, com *participação e controle social* dos usuários e de seus familiares;
- X – *organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada*, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI – *promoção de estratégias de educação permanente*; e
- XII – *desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas*, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (Brasil, 2011b, grifos nossos).

As diretrizes incorporaram princípios importantes defendidos pelo movimento de reforma psiquiátrica e pelo movimento de luta contra o modelo manicomial. Questões que perpassam a garantia da defesa dos direitos humanos, combate ao preconceito, assistência multiprofissional, serviços regionalizados de base territorial, bem como a participação dos usuários e familiares nas instâncias de controle social, foram pactuados nas diretrizes da RAPS. No âmbito da normatização, esses parâmetros são importantes para o controle social e a fiscalização dos serviços que têm sido ofertados à população usuária.

Diante da histórica e cultural relação que a área da atenção em saúde mental teve com as violações dos direitos humanos nos modelos segregadores, foi de suma importância, ter o reconhecimento do *respeito aos direitos humanos*, a *promoção da equidade*, o *combate aos estigmas e preconceitos*, a *garantia de acesso à qualidade dos serviços*, a *atenção humanizada e multiprofissional*, o *desenvolvimento da estratégia de Redução de Danos*, a *ênfase no serviço de base territorial*, a *educação permanente* e a *construção do projeto terapêutico singular*. Expressivamente, a portaria n.º 3.088, em seus princípios, reitera os ideais previstos na Lei 10.216/2001. Cabe-nos refletir se, após 22 anos de aprovação da Lei e 12 anos de instituição da RAPS, os serviços ofertados têm garantido esses princípios. Ou, avaliar como os governos incentivaram ou não os serviços das políticas de saúde mental e da política sobre drogas.

No que se refere aos objetivos, gerais e específicos da RAPS, a Portaria n. 3.088 em seus art. 4º e 5º delinea:

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011b).

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- 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 intersetoriais 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, 2011b).

Os objetivos gerais descritos no art. 4º perpassam ações de responsabilidade da gestão nacional, estadual e municipal, que devem fortalecer os serviços existentes, a articulação entre eles e apresentar propostas de ampliações a depender das necessidades locais e regionais. Evidentemente, a depender dos governos, há maior ou menor incentivo financeiro para a materialização do que está posto na regulamentação. Os objetivos específicos, por sua vez, são desenvolvidos e potencializados diretamente dentro dos serviços que são ofertados. Esses objetivos só podem ser concretizados quando há incentivo e o apoio da gestão nacional, estadual e municipal no cumprimento dos objetivos gerais da Rede.

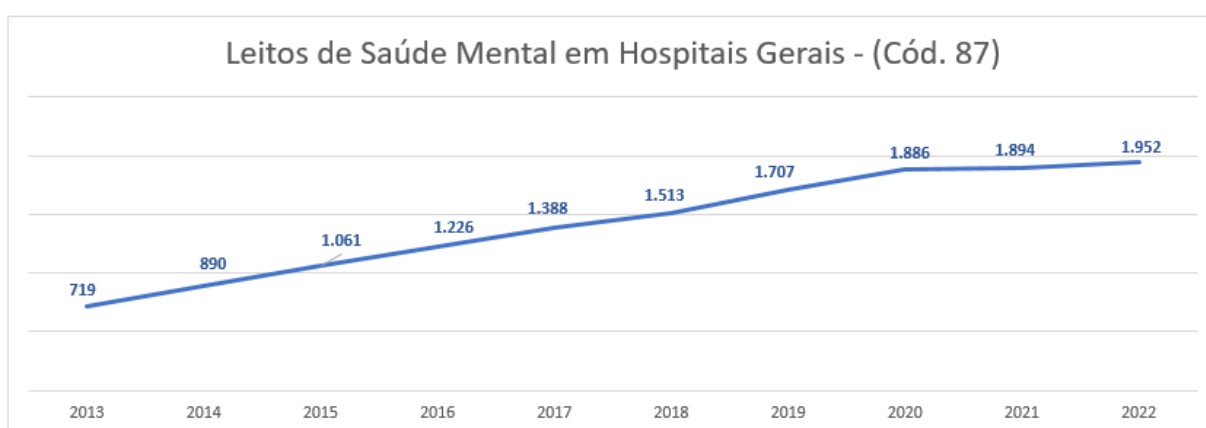
Um fator importante é que, nesse período em que a RAPS foi instituída, o modelo manicomial, *hospitalocêntrico* não integrou os serviços previstos pela portaria n. 3.088²³. De modo que, no ponto *Atenção Hospitalar de Referência* e na *Atenção à Urgência e Emergência*, leitos especializados em hospitais gerais foram indicados como referência na alta complexidade para administrar situações de crises, surtos psiquiátricos, além de desintoxicação por substâncias psicoativas. Assim, o Ministério da Saúde reconhece os leitos em hospitais gerais dentro da RAPS da seguinte forma:

²³ Mesmo não sendo previsto pela portaria, os hospitais psiquiátricos permaneceram na cena contemporânea absorvendo as internações psiquiátricas, pois a fragilização da rede impõe necessidades imediatas que sustentam esse modelo. O item 3.2.2 dessa seção apresentará os hospitais psiquiátricos na cena contemporânea.

São leitos de saúde mental em enfermaria especializada em hospitais gerais (HG) que ofertam cuidado hospitalar para situações de crise decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como para pessoas com outros transtornos mentais agudizados, com e sem comorbidades clínicas, advindos da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Urgências e Emergências (RUE). O processo terapêutico deve prever a avaliação diagnóstica e discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas, manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que representem risco de vida para o usuário e/ou a outrem. O tratamento é focado no manejo da crise aguda, pelo tempo mínimo necessário, sempre atentando para oferta do melhor cuidado, com segurança e proteção do paciente. (Ministério da Saúde, 2022).

Percebe-se que a consideração dos leitos especializados em hospitais mencionados na portaria n. 3.088 de 2011, gerou certo desconforto num primeiro momento na rotina, organização e entre os profissionais dos hospitais gerais, que posicionaram muitas vezes estigmatizando o usuário psiquiátrico, ressaltando que eram perigosos e traziam riscos para o ambiente hospitalar. A abertura desses leitos de hospitais gerais se deu de forma gradativa, e ainda hoje consiste num ponto que merece maior atenção e carece de ampliação. O gráfico a seguir demonstra o crescimento no número desses leitos entre os anos de 2013-2022.

Gráfico 4 – Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais



Fonte: Ministérios da Saúde, 2022.

O gráfico 4, apresenta a evolução do número de leitos em hospitais gerais distribuídos em todo território nacional. No ano de 2013 somava-se um total de 719 leitos, percebe-se que o crescimento nos anos que se sucedem é gradativo. Em 2022 soma-se um total de 1.952 leitos, distribuídos em 322 hospitais gerais, localizados em 22 Estados e no Distrito Federal. O custeio anual para a manutenção desses leitos em 2022 foi de R\$ 131.411.216,64 (cento e trinta e um

milhões, quatrocentos e onze mil, duzentos e dezesseis reais e sessenta e quatro centavos). (Ministério da Saúde, 2022).

Outro serviço mencionado na portaria n. 3.088, foram as Comunidades Terapêuticas (CTs), que integram o terceiro setor filantrópico, previstas dentro do ponto *Atenção Residencial de Caráter Transitório*. Se apresenta como um modelo bastante controverso dentro da política de saúde mental e da política sobre drogas, por ter uma forma de organização para o acolhimento aos dependentes químicos que já foi questionado por órgãos de fiscalização dos direitos humanos. Há que se considerar que a previsão desse modelo, que articula a relação público e privado, não se põe como algo novo na política de saúde mental e na política de drogas, uma vez que, como vimos, as CTs já eram previstas na regulamentação da PNAD de 2005 e antes disso já protagonizavam significativos espaços na cena política.

Conforme nossa pesquisa anterior, Moura (2016), no ano de 2013 existia um total de 105 Comunidades Terapêuticas em todo território nacional. Nesse ano, foi destinado R\$ 4.731.063,60 (quatro mil setecentos e trinta e mil sessenta e três reais e sessenta centavos) para o investimento nesse modelo. Em 2014, foi constatado um significativo aumento no número dessas Comunidades, somando um total de 345 unidades, que receberam um incentivo financeiro de R\$ 57.191.318,27 (cinquenta e sete milhões, cento e noventa e mil trezentos e dezoito reais e vinte sete centavos). (MOURA, 2016). Como vimos, essas comunidades em sua grande maioria associam o tratamento da dependência química pelo viés da religiosidade/espiritualidade e utilizam a abstinência para separar o indivíduo de sua problemática e tratar a dependência.

Em 2012, uma nova modalidade de CAPS foi instituída através da Portaria n. 130 e integrou a *Atenção Psicossocial Especializada* da RAPS. A portaria redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, prevendo a modalidade tipo III, que funciona por 24 horas todos os dias da semana, incluindo finais de semana. Os respectivos incentivos financeiros também foram alterados para o funcionamento desse serviço por 24 horas. A criação do CAPS AD III representou um significativo avanço para a política de saúde mental, visto que dentre as características de funcionamento é previsto que o local deve “ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em crises e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc)” (BRASIL, 2012a), bem como “ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, das 07 às 19 horas” (Brasil, 2012a). Vale mencionar que demandas como essas, por vezes, eram direcionadas ao

Hospital Psiquiátrico, pois era visto como local de referência para crises psiquiátricas, mesmo as que eram ocasionadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas.

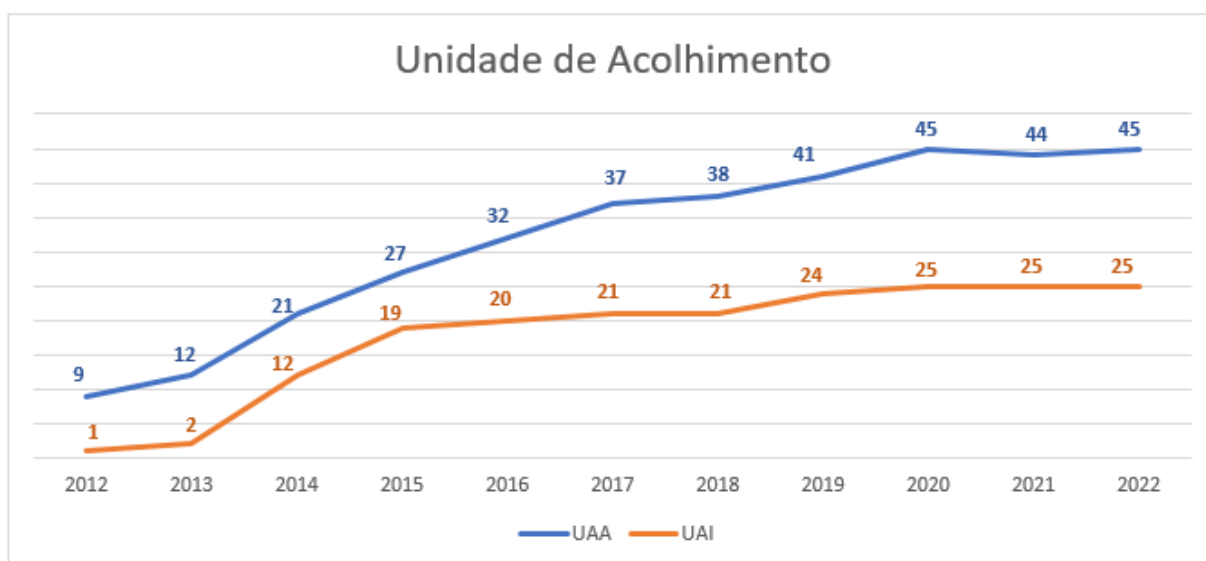
No ano de 2012, também foram regulamentadas as Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Infanto-Juvenil (UAI), um serviço voltado aos usuários com necessidades decorrentes do uso de drogas. Esse serviço integra a RAPS dentro do componente *Atenção residencial de caráter transitório*. As Unidades de Acolhimento funcionam 24 horas, os sete dias da semana e tem por objetivo “[...] oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo”. (Brasil, 2012b). É um serviço que está diretamente articulado ao CAPSAD, como porta de entrada e no pós-tratamento, pois, com a finalização, o usuário deve ser acompanhado pelo CAPS AD.

O acesso às Unidades de Acolhimento só deve ocorrer por meio dos Caps, e necessariamente o usuário deve estar e se manter sob os cuidados desses Caps. É um serviço que deve estar inserido na comunidade para favorecer a interlocução com os recursos comunitários imprescindíveis para que as pessoas com problemas em decorrência do uso nocivo e dependência de drogas possam desenvolver outros projetos de vida, mediados pelos profissionais de referência do Caps e da Unidade de Acolhimento. A previsão é que as pessoas estejam nesse espaço por até 6 meses, a depender do projeto terapêutico singular (PTS). (Ministério da Saude, 2022, p. 11).

O acolhimento na UAA e na UAI é voluntário e pode durar até seis meses, sendo resguardados durante o período de acolhimento o direito à moradia, educação, convívio familiar e social. As UAA devem comportar até quinze pessoas acima de 18 anos, e as UAI comporta até quinze crianças e adolescentes de até 18 anos. Uma característica desse serviço é que ele é composto por uma equipe multiprofissional, que, conforme a portaria, podem integrar as seguintes categorias: assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e médico. Essa organização institucional é um dos fatores que difere esse serviço do modelo das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras (CTAs).

O gráfico abaixo nos mostra o processo de ampliação da UAA e UAI no período de 2013-2022.

Gráfico 5 – Ampliação das UAA e UAI no período de 2012-2022



Fonte: Ministérios da Saúde, 2022.

É possível perceber que o modelo das UAs tem um crescimento lento e ainda se apresenta como um dispositivo da rede pouco difundido e investido, visto que em 2012 existiam dez unidades desse serviço, e, após dez anos, somam-se um total de 75 Unidades de Acolhimento, sendo 45 adulto e 25 infanto-juvenil. Considerando que a problemática do uso de drogas cresceu nos últimos anos, a tendência deveria ser para uma significativa ampliação desse dispositivo da rede. Como vimos com os dados trazidos por Moura (2016), no ano de 2014 existia um total de 345 Comunidades Terapêuticas, quando comparados com a quantidade de UAA e UAI existentes nesse mesmo ano, vemos a disparidade, com apenas 33 Unidades de Acolhimento em todo território nacional. Esse fato explicita o favorecimento que o setor privado e filantrópico recebeu durante a implantação da reforma psiquiátrica.

O quadro abaixo apresenta o quantitativo de UAA e UAI nas regiões e Estados do Brasil em 2022.

Quadro 6 – Número de UAA e UAI no território brasileiro em 2022

Região	UF	UAA	UAI	Total
Centro-Oeste	DF	1	0	1
Centro-Oeste	GO	0	1	1
Centro-Oeste	MS	1	0	1
Nordeste	AL	0	1	1
Nordeste	BA	0	1	1
Nordeste	CE	5	4	9
Nordeste	PB	2	1	3
Nordeste	PE	3	0	3
Nordeste	SE	3	0	3
Norte	AC	1	0	1
Norte	RR	1	0	1
Sudeste	MG	6	7	13
Sudeste	SP	14	5	19
Sul	PR	4	2	6
Sul	RS	3	3	6
Sul	SC	1	0	1
Brasil		45	25	70

Fonte: Ministérios da Saúde, 2022.

Os dados da tabela acima apontam que a região sudeste foi a região que mais apresentou UAs, com 32 unidades desse serviço. O nordeste ocupa a segunda posição com um total de 20 unidades. A região sul foi contemplada com 13 UAs, ocupando a terceira posição. O centro-oeste possui três unidades de UAs. E por fim, a região norte possui apenas duas unidades desse dispositivo, ficando na última posição. O quadro nos mostra o quanto esse dispositivo ainda precisa avançar, pois, embora não tenha ocorrido a redução, o crescimento é ínfimo.

Os embates que ocorreram na política entre os anos de 2016-2017, que como já assinalamos, culminou com o *impeachment* de Dilma Rousseff e com o golpe capitaneado por Michel Temer, trouxe grandes incidências para a política de saúde mental e mudanças radicais e imediatas foram implantadas nos primeiros meses do mandato de Michel Temer. Entre os anos de 2016-2020, foi amplamente difundida no meio político e social a *reorganização de uma nova política de saúde mental*. Os documentos e posicionamentos de legisladores e coordenadores de saúde mental, divulgados como notas técnicas, demonstraram o afinamento da gestão federal com o modelo tradicional de assistência psiquiátrica.

Nesse período, de forma explícita, o Governo Federal se mostra abertamente interessado

em investir na rede privada e filantrópica, bem como nos leitos em hospitais psiquiátricos e na criação de novos serviços e estratégias que dialogam com as práticas da assistência psiquiátrica tradicional. Ainda no ano de 2016 foi lançada a portaria n. 1.482, que “inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde”, em seus §1º do art. 1º a portaria considera elegíveis “o cadastramento no CNES as entidades de promoção à saúde e as comunidades terapêuticas” (Brasil, 2016). O cadastramento das Comunidades Terapêuticas no CNES facilitou o recebimento de recursos financeiros advindos da saúde.

Meses depois, em 15 de setembro de 2017, o CNES divulgou a Recomendação n. 043, solicitando uma revisão da portaria 1.482/2016, revogando a previsão das CTs na lista de cadastramento do CNES, pois conforme a recomendação, as CTs “não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde e nem tampouco incluídas no cadastro do CNES, visto que não atendem aos critérios exigidos pela legislação vigente, sob risco de incorrer em ilegalidade”. (Brasil, 2017).

Em dezembro de 2017, durante o governo de Michel Temer, estabelecem-se normatizações para a regulamentação da chamada *nova política de saúde mental*. A Resolução de n.º 32, aprovada em 14 de dezembro de 2017, e a Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017, alteraram a composição originária da RAPS, marcaram o retorno das instituições tradicionais psiquiátricas e instituíram novos serviços para compor a Rede de Atenção Psicossocial. A figura abaixo apresenta os pontos de atenção descritos na Resolução n.º 32.

Figura 4 – Resolução n.º 32 de 2017 nova composição da Rede de Atenção Psicossocial

- Atenção Básica;
- Consultório na Rua;
- Centros de Convivência;
- Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil);
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II;
- Hospital Dia;
- Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais;
- Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades;
- Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental;
- Hospitais Psiquiátricos.

FONTE: Brasil, 2017a.

É possível perceber, com a nova configuração, serviços que já haviam sido previstos na portaria 3.088/2011, como: as Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua, Centros de

Convivência, Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos. Desde sua previsão em 2011, esses serviços foram considerados importantes para o atendimento integral à saúde para pessoas com transtorno mental ou em uso abusivo de drogas. Alguns desses serviços ainda carecem de ampliação e plena efetivação. Quanto aos novos serviços que foram integrados à política, temos: Hospital Dia, Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico, e, dentre as modalidades de CAPS, a Resolução n.º 32 instituiu o CAPS AD IV, descrito no art. 7º.

Os “novos” serviços, regulamentados em 2017, trouxeram o retorno dos velhos e ultrapassados modelos de assistência psiquiátrica tradicional, associados a novos discursos de investimentos e de inovação, pressupondo que a saúde mental representava uma área importante para o governo. Cruz, Gonçalves e Delgado (2019) chamaram a atenção na contrariedade do discurso difundido pelo Ministério da Saúde, no período de divulgação dessa nova política. Conforme os autores, no site do Ministério, as mudanças da “nova política” foram associadas a não ampliação de leitos psiquiátricos, fortalecimento e ampliação da RAPS e dos serviços de base comunitária. (Cruz, Gonçalves, Delgado, 2019). Contudo, as mudanças da nova política expressaram os rumos que a política de saúde mental estava tomando a partir do governo Temer e foram continuadas com o governo de Bolsonaro, em 2019. Esses governos, nitidamente, se vincularam e fortaleceram o modelo tradicional asilar, que desde a década de 1990, como consequência do movimento de luta antimanicomial, havia saído da cena política como instituição necessária de investimento e ampliação.

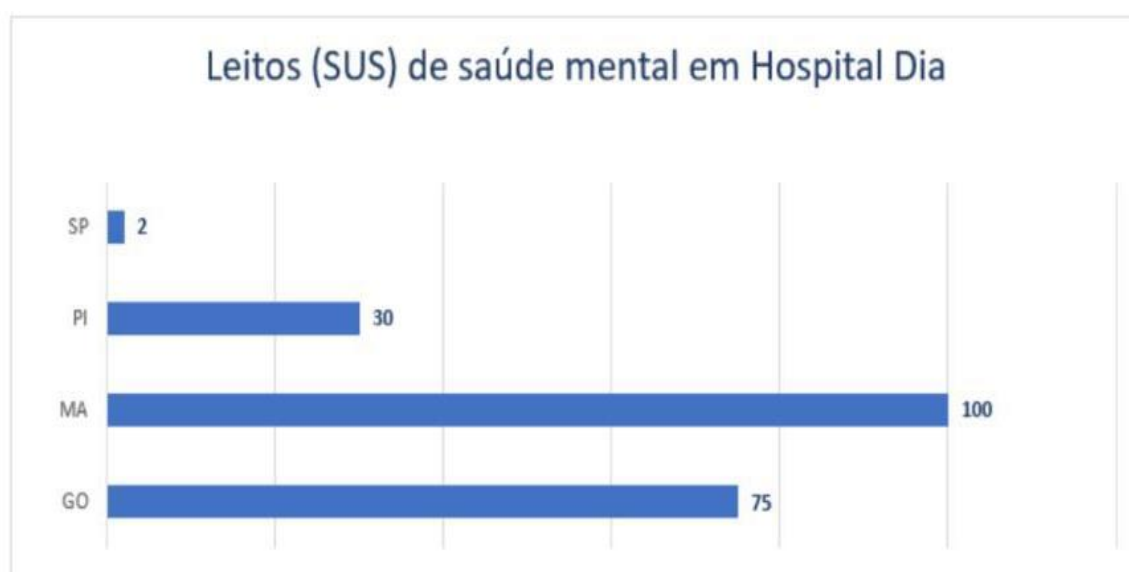
A Resolução n.º 32 também trouxe o retorno do modelo do Hospital-Dia, um serviço instituído em 2001, com a Portaria n.º 4. Esse serviço comumente se vincula a uma unidade hospitalar e não tem características de serviços de base comunitária. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 6) assim descreveram o Hospital-Dia e refletiram acerca das incoerências desse serviço na Política de Saúde Mental:

[...] funcionam de modo algo parecido com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), mas sem a lógica do território, comprometendo alguns dos mais importantes princípios norteadores da clínica da atenção psicossocial. A restauração do hospital-dia, um dispositivo não territorial, usualmente anexo a um hospital psiquiátrico, só é compreensível como estratégia de fortalecimento da centralidade do modelo hospitalar.

Embora esse serviço tenha regulamentação desde 2001, sua previsão na *nova política de saúde mental* foi reforçada com a resolução n.º 32 de 2017. Desde sua origem, o modelo de Hospital Dia ainda não se apresenta como um serviço amplamente difundido e incorporado nos

municípios no âmbito da saúde pública. Conforme os dados do Ministério da Saúde (2022), até junho de 2022, registravam-se no CNES cinco Hospitais-Dias, localizados em quatro municípios em todo território brasileiro. Nesse período, existia um total de 207 leitos distribuídos nessas cinco instituições, localizadas em quatro municípios. O gráfico abaixo mostra a localização desses hospitais e o quantitativo desses leitos.

Gráfico 6 – Leitos do SUS em Hospital Dia – 2022



Fonte: Ministérios da Saúde, 2022.

Como se vê, a resolução n.º 32, ao passo que considerou alguns serviços renovados e de base territorial, os associou com serviços arcaicos e tradicionais. Esse *mix* é perceptível no art. 1º, quando, ao elencar os serviços da nova política, se considera unidades de referência especializada em hospital geral e hospitais psiquiátricos, hospital-dia e CAPS, dentre outras estratégias que foram incorporadas. Nitidamente, as decisões de mudanças andaram na contramão da defesa de uma sociedade livre de manicômios.

A instituição do CAPSAD tipo IV também se apresentou como uma inovação da resolução n.º 32. Até então, os CAPS foram modelos amplamente difundidos com as modalidades I, II, CAPSi (infanto-juvenil), CAPSAD II (instituídos com a portaria n.º 336/2002) e o CAPS AD III (instituído com a Portaria n.º 130 de 2012). A resolução n.º 32 assim descreve o CAPS AD IV:

Art. 7º - Aprovar a criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV), com funcionamento 24 horas, prestando assistência de urgência e emergência, para ofertar linhas de cuidado em situações de cenas de uso de drogas, especialmente o crack ("cracolândias"), de forma multiprofissional e intersetorial. (Brasil, 2017a).

À primeira vista, esse novo modelo aparenta se assemelhar com o tipo de serviço que já era ofertado no CAPSAD III, que funciona por 24 horas, todos os dias da semana e é direcionado aos casos graves e de urgência e emergência em situações que decorrem do uso abusivo de drogas. Contudo, a Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (lançada dias após a Resolução n.º 32), trouxe mais elementos de caracterização desse novo modelo de CAPSAD, apresentando algumas peculiaridades desse serviço que difere dos modelos já instituídos. Conforme o inciso VII do art. 7º:

CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação. (Brasil, 2017b).

Um dos pontos que diferencia o CAPS AD III do CAPS AD IV está em sua abrangência territorial, uma vez que o CAPS AD III é implantado em territórios de 200 a 300 mil habitantes, e o CAPS AD IV é destinado a municípios e capitais com mais 500 mil habitantes. Existe ainda uma diferença funcional e estrutural entre ambos, especialmente na forma em que esses dois serviços recebem os usuários e o modo pelo qual os usuários são mantidos na instituição. Conforme o art. 8º, da Portaria n.º 130, que institui o CAPS AD III, este serviço deve ofertar no mínimo oito no máximo *doze leitos de acolhimento noturno*. Já o art. 57, da Portaria n.º 3.588, que institui o CAPS AD IV, pondera a possibilidade de existir *enfermarias* com capacidades de até *trinta leitos*. As nuances que marcam os *leitos de acolhimento noturno* para *enfermarias com capacidade para trinta leitos* transitam numa linha tênue da oferta do cuidado que pode descaracterizar a ideia originária do CAPS, perpassando um novo formato de hospitalização.

O art. 50-B, § 3º, indica que esse serviço deverá funcionar “junto a cenas abertas de uso de drogas” (Brasil, 2017b), apontando que a localização de sua implantação levaria em conta os locais com maior incidência do uso de drogas, citando as “cracolândias” como referência, desconsiderando dessa forma, o acolhimento do usuário pelo critério do serviço regionalizado.

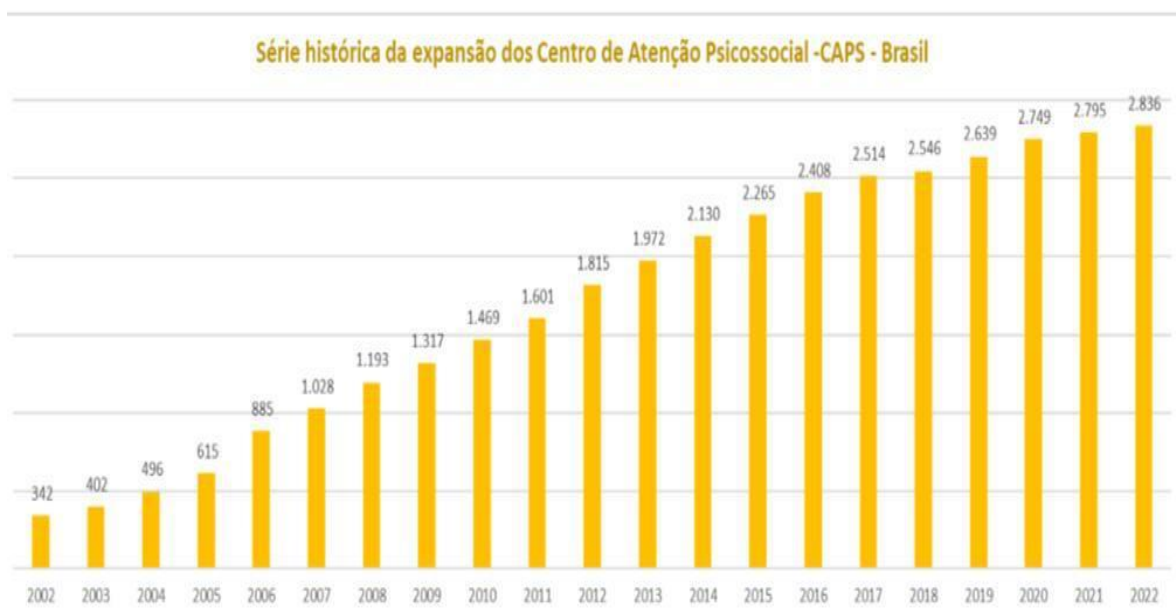
Essas mudanças descaracterizaram a proposta inicial de acolhimento singularizado do CAPS, podendo-o tornar num equipamento em que a quantidade predomine sobre as formas de oferta de cuidado. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 6) realizam as seguintes reflexões sobre o modelo do CAPS AD IV:

O CAPSad IV desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPSs ao se apresentar como um serviço capaz de prestar “assistência a urgências e emergências”, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, como até então. Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem “enfermarias” (e não “acolhimento noturno”, como nos CAPSs III) de até 30 leitos! Uma estrutura com estas características não condiz com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados. A indicação de construção dessas unidades “junto a cenas de uso” afronta o princípio do território, apontando que o sujeito seria cuidado (ou receberia uma intervenção) no local onde faz uso das substâncias, ignorando o local de moradia, trabalho, lazer, vínculos familiares etc., como se o território, e, portanto, a própria existência do usuário de álcool e outras drogas, só se desse no local de uso. Ainda, como se estas pessoas não fossem mais nada na vida além de usuários de drogas. Esta indicação ainda pode apontar para um projeto de intervenção por meio do recolhimento compulsório destas pessoas, capaz de servir como grande porta de entrada para internações compulsórias em comunidades terapêuticas.

Percebe-se que as novas mudanças trazidas no modelo de CAPS AD IV não foram pensadas pelo mero acaso ou de modo despretensioso, mostram-se como um reflexo de medidas que desconsideram e negam princípios importantes da reforma psiquiátrica. Os CAPS em sua trajetória histórica conseguiram manter a ideia original de acolhimento e tratamento no território, tendo em vista manter e fortalecer os vínculos sociais e familiares. Contudo, a regulamentação n. 3.588, ao desconsiderar a territorialização e o impacto dela no processo de tratamento e reinserção social, acaba por corroborar com possibilidades de distanciamento e rompimento de vínculos desses indivíduos.

Dentre os dispositivos da RAPS, podemos considerar que o modelo dos CAPS foi um dos que mais se desenvolveu, sendo um serviço bem aceito por usuários e familiares. Com uma proposta inovadora de desinstitucionalização e oferta de grupos terapêuticos, o CAPS passou a ser referência para o acolhimento e acompanhamento de transtornos severos, seja em municípios de pequeno porte ou em grandes capitais. Desde a sua regulamentação em 2002, a tendência foi de crescimento, com a instituição de CAPS tipo I, II e posteriormente para requalificação de CAPS tipo III. O gráfico abaixo mostra a evolução dos CAPS no período de 2001 a 2022 em todo território brasileiro.

Gráfico 7 – Evolução dos CAPS no período de 2002-2022



FONTE: Ministério da Saúde, 2022.

É importante considerar que o processo de expansão dos CAPS se deve também aos grandes debates que o movimento social de luta antimanicomial promoveu durante esse período, pressionando a gestão para a abertura desse modelo. Ainda assim, esse quantitativo está longe de representar um dado satisfatório, pois a realidade nos mostra que há fragilizações e carências de recursos materiais e humanos para a plena efetivação desses serviços. Os últimos vinte anos também nos mostram que ainda é necessário a ampliação de CAPS Infanto-Juvenil, CAPS III e CAPS AD III, pois, ao passo que se cresce o adoecimento mental da população em geral, cresce a necessidade de ampliar e qualificar esses serviços. O quadro abaixo apresenta o quantitativo de CAPS por tipo, entre os anos de 2010-2022.

Quadro 7 – Evolução dos CAPS por tipo de serviço

Série histórica do número de Caps habilitados no Brasil por Tipo (Brasil, dez/2010 a junho/2022)								
ANO	Caps AD	Caps ADIII	Caps AD IV	Caps I	Caps II	Caps III	Caps infanto-juvenil	Total Geral
2010	190	1	-	712	383	57	126	1.469
2011	201	6	-	779	403	65	147	1.601
2012	231	29	-	873	437	73	172	1.815
2013	256	47	-	953	447	81	188	1.972
2014	274	68	-	1.044	456	88	200	2.130
2015	289	85	-	1.118	470	94	209	2.265
2016	304	104	-	1.184	490	100	226	2.408
2017	316	110	-	1.240	502	106	240	2.514
2018	316	111	-	1.257	507	107	248	2.546
2019	319	121	3	1.313	515	112	256	2.639
2020	331	128	3	1.366	526	121	274	2.749
2021	330	132	3	1.402	524	122	282	2.795
2022	331	135	3	1.428	528	126	285	2.836

FONTE: Ministério da Saúde, 2022.

Os dados acima nos mostram que o modelo de CAPS I e II aparecem como os mais difundidos. É provável que isso tenha explicação pelo fato de terem sido os primeiros modelos de CAPS a existirem. Na sequência, nota-se que o CAPS AD se apresenta na terceira posição em quantitativo, no período destacado é possível considerar que esse serviço acabou por disputar espaços e recursos com as Comunidades Terapêuticas. Como apresentamos anteriormente, as Comunidades Terapêuticas numericamente sempre se apresentaram em maior quantidade, e por vezes foram priorizadas pelos governos. É importante ressaltar que, entre os anos de 2012-2022, alguns CAPS AD foram qualificados para CAPS AD III, de modo que, em algumas regiões não houve a abertura do serviço, mas sua transformação, adequando-o para funcionar por 24 horas. Em menor proporção, o quadro nos mostra o quantitativo de CAPS AD IV, sendo criadas três unidades desse serviço entre 2019-2022.

O CAPSi (infanto-juvenil) é um dos tipos que aparecem em menor quantidade, quando comparado aos modelos de CAPS I, II e CAPS AD, uma desproporção que acompanha o cenário de 2010 a 2022. A criação do CAPSi se apresentou com uma proposta ambiciosa e com certa potência para seu desenvolvimento de ações voltadas à saúde mental e deficiência intelectual de crianças e adolescentes, sendo uma das primeiras ações concretas voltada a Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA) desde a Lei n. 10.216. Contudo, após dez anos, é

possível reconhecer que o número desse serviço ainda se apresenta de modo insuficiente para atender à demanda. Além disso, existem problemas estruturais, que requerem ações e investimentos para a efetivação desse serviço. (Couto; Delgado, 2015).

Outro tipo de serviço previsto na Resolução n.º 32 e na Portaria n.º 3.588 refere-se às *Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental*. Essas equipes não apareceram na composição da RAPS de 2011. Conforme o art. 6º da Resolução n.º 32, essas equipes visam “prestar atenção multiprofissional no nível secundário, apoiando de forma articulada a atenção básica e demais serviços das redes de atenção à saúde”. (Brasil, 2017a). A portaria n.º 3.588, no art. 50-k, caracterizou que essas equipes se destinam a intervir por meio de ações em saúde a usuários com transtornos moderados (diferenciando da atenção ofertada no CAPS, em que são voltados a transtornos severos), em unidades ambulatoriais encaminhados pela atenção primária. As *Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental* podem ser do tipo 1, 2 ou 3, composta por: médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria, psicólogo, assistente social e/ou um profissional de nível superior da área de saúde mental. Os três tipos de equipes se diferenciam pela carga horária e pela quantidade dos profissionais. (Brasil, 2017b). Na concepção de Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 6), essas equipes “são nada menos do que os antigos e pouco resolutivos ambulatorios psiquiátricos”. No nosso entendimento, as equipes seriam desnecessárias se houvesse o fortalecimento da atenção primária, um ponto de atenção que já foi previsto na portaria da RAPS de 2011. O quadro abaixo apresenta o quantitativo dessas equipes em todo território brasileiro no ano de 2022.

Quadro 8 – Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental – 2022

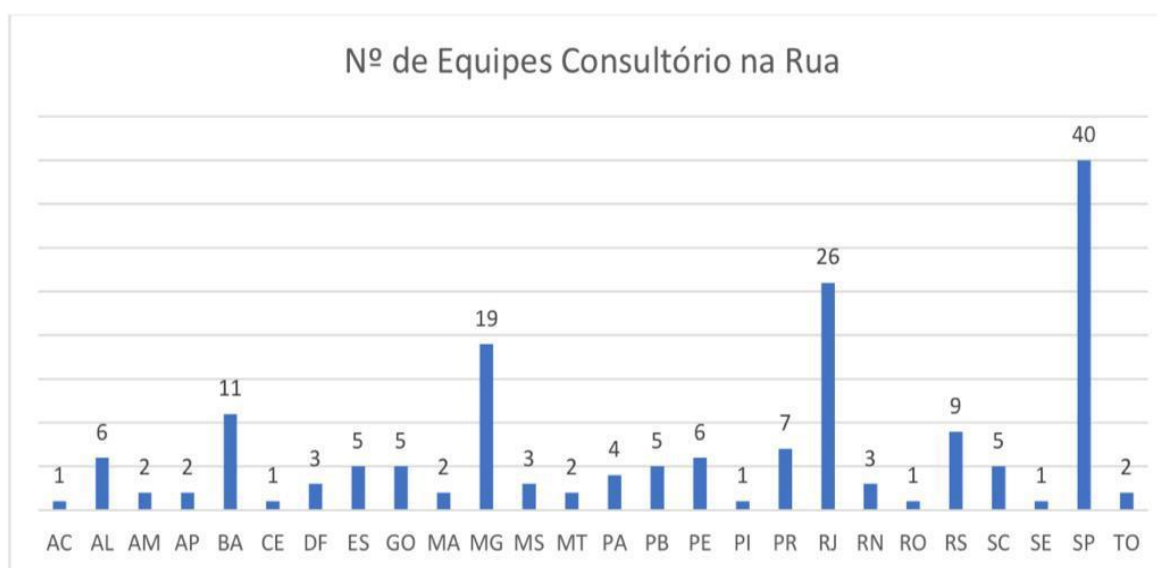
Região	UF	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Total Geral
Centro-oeste	GO	7	5	6	18
Centro-oeste	MS			2	2
Nordeste	AL		1	1	2
Nordeste	BA	6	8	4	18
Nordeste	MA	1	4	2	7
Nordeste	PB	4	3	1	8
Nordeste	PE	1			1
Nordeste	PI		1	1	2
Nordeste	SE		5	3	8
Norte	PA			1	1
Sudeste	ES	5	1	1	7
Sudeste	MG	6	22	10	38
Sudeste	RJ		2	10	12
Sudeste	SP	7	5	4	16
Sul	PR	30	6	5	41
Sul	RS	16	6	18	40
Sul	SC	1	1	1	3
Brasil		84	70	70	224

FONTE: Ministério da Saúde, 2022.

Conforme os dados, a Região Sudeste apresentou 73 Equipes; a Região Sul possui 84 equipes; o Nordeste possui 46 equipes; o Centro-Oeste possui 20 equipes; e, na última posição, está a região norte com apenas uma equipe. No ano de 2022, totalizaram 224 equipes em todo território nacional, sendo que equipes de tipo 1 se apresentam numericamente em maior proporção (80), e equipes do tipo 2 e 3 com a mesma quantidade (70).

As equipes de Consultório na Rua também foram mencionadas na composição da *nova política de saúde mental*, o que nos leva a reafirmar que as mudanças intercalaram um *mix* de serviços tradicionais (com teor mais sofisticado) e serviços renovados que já haviam sido previstos na portaria da RAPS de 2011. Os Consultórios na Rua se apresentam como importantes dispositivos da rede, que atuam na linha da redução de danos. Esse serviço passou a integrar a Atenção Primária e atuar de modo vinculado às Unidades Básicas de Saúde. O gráfico abaixo apresenta o quantitativo de Equipes de Consultório na Rua no Brasil, no ano de 2022.

Gráfico 8 – Equipes de Consultório na Rua - 2022



FONTE: Ministério da Saúde, 2022.

Ao todo, são 172 equipes de Consultório na Rua, distribuídas em 117 municípios. No gráfico acima, é possível ver que São Paulo é o estado que mais possui equipes, seguido do Rio de Janeiro e Minas Gerais, de modo que a região sudeste é a região que mais possui esse modelo. As demais regiões aparecem com proporções equivalentes, exceto a região norte, que menos possui equipes de Consultório na Rua. Reiteramos que esse modelo, dentro da RAPS, desenvolve ações de redução de danos, atuam de forma direta com pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social que se encontram na rua. Devem atuar de forma articulada aos CAPS e a outros dispositivos da RAPS, como a atenção primária, prevenindo doenças e promovendo saúde. Contudo, em decorrência da fragilização dessa rede, as equipes têm direcionado casos graves e crônicos identificados nas ruas para Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas. Essa articulação acabou por ser fortalecida na transição entre o governo Temer e o governo Bolsonaro.

A Resolução n.º 1 de 9 de março de 2018, trouxe pontos problemáticos que indicavam a vinculação do governo com formas mais rígidas de intervenção na questão das drogas. A Resolução foi sancionada pelo Presidente do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e apontava para mudanças tendo em vista realinhar a política de drogas no Brasil. Dentre os pontos mais problemáticos, estavam:

II - A orientação central da Política Nacional sobre Drogas deve considerar aspectos legais, culturais e científicos, em especial *a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas*; [...].

III - Os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar, em sua estruturação, iniciativas de ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, *promoção da abstinência*, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes; [...].

VII- §2º - A União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, *inclusive em comunidades terapêuticas*, acompanhamento, mútua ajuda, apoio e reinserção social, definindo parâmetros e protocolos técnicos com critérios objetivos para orientação das parcerias com a União. (BRASIL, 2018).

A resolução explicita de forma clara o posicionamento e direcionamento que o realinhamento da política de drogas estava tomando. A legalização (descriminalização) das drogas sempre foi uma pauta que fomenta muitos debates, sendo fortemente contestada pelo segmento conservador presente no Congresso Nacional. Num cenário em que as forças políticas de direita protagonizaram grandes espaços no Congresso Nacional, era de se esperar a “posição contrária às iniciativas de legalização das drogas”. Atrelado a essa ideia, fortalece-se o discurso de tratamento pelo viés da abstinência, sendo o modelo de Comunidades Terapêuticas citados como referência para o tratamento. Na avaliação de Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p.9): “Este talvez seja o primeiro registro formal de que existe um ‘realinhamento’ da política nacional de saúde mental, e não apenas ‘diretrizes para o fortalecimento da RAPS’, como o texto da resolução 32 da CIT expressava”.

Seguindo a tendência do governo Temer, no primeiro ano do governo de Jair Messias Bolsonaro, uma nova alteração na Lei de Drogas foi realizada. A Lei n.º 13.840, de 5 de junho de 2019, foi instituída e dispõe sobre “o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas”. (Brasil, 2019). A nova legislação, ao passo que reconhece a internação em leitos de hospitais gerais nos casos de intoxicação pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, propõe, em um capítulo específico, o acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora (CTA). O art. 23-A da Lei afirma que o tratamento de usuário ou dependente de drogas deve ser prioritariamente na modalidade ambulatorial, de forma excepcional, por meio de internação em unidades de saúde e hospitais gerais. Esse mesmo artigo veda a *internação* em comunidades terapêuticas, uma vez que a forma de inserção do usuário na comunidade deve ser no formato de *acolhimento*. A legislação reforça a lógica proibicionista e punitiva para o uso das drogas, bem como prevê que o tratamento do usuário de drogas deve se estabelecer por meio da abstinência.

O viés ideológico de guerra às drogas foi reforçado no governo de Bolsonaro. O então

presidente buscou nomear representantes vinculados à bancada evangélica, como a nomeação do Ministro da Cidadania Onyx Lorenzoni, consolidando uma base ideológica favorável à manutenção e fortalecimento das CTAs. Assim, o governo manteve vínculos com representantes das CTAs, reforçou o tratamento pelo viés da abstinência, e enfraqueceu a estratégia de redução de danos dentro da nova política, uma vez que ela deixou de ser mencionada.

Clemente (2020, p. 185), analisando o incentivo de CTAs no governo de Temer e Bolsonaro, assim considerou:

No governo Temer e no primeiro ano do governo Bolsonaro, em termos de financiamento das Comunidades Terapêuticas, o acesso ao fundo público do governo federal quase que triplicou para essas entidades, indo na contramão da PEC do congelamento dos investimentos sociais por 20 anos. A atual gestão federal faz uma opção aberta pelo proibicionismo, pela abstinência e pelo mascaramento da realidade pela via da ideologia.

Em 2020, durante o governo de Bolsonaro, o movimento contra hegemônico da reforma psiquiátrica foi surpreendido com o prenúncio da revogação de mais de cem Atos Normativos que concretizaram a reforma psiquiátrica brasileira desde 1990, anunciando novos retrocessos para a saúde mental brasileira. O movimento ficou conhecido como “revogaço” e teve apoio do Ministério da Saúde, do Governo Federal e da Associação Brasileira de Psiquiatria, que possui forte diálogo em defesa de práticas caracteristicamente manicomiais. À época, percebeu-se um forte discurso que reforçava a centralidade do saber médico em detrimento dos demais saberes profissionais da saúde mental, e um apoio ao tratamento hospitalocêntrico propondo o fim do Programa de Volta para Casa, suspensão de mecanismos que fiscalizam os leitos e abertura de leitos em hospitais psiquiátricos, descontinuação da estratégia de redução de danos e sua sobreposição pelo tratamento pelo viés da abstinência.

A proposta de revogação de mais de cem Atos Normativos encontrou nos movimentos sociais da Reforma Psiquiátrica entraves para sua concretização. Destaca-se nesse período o protagonismo da Comissão Intersectorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde (CISM-CNS), associações de usuários, familiares e profissionais, ONGs, Fórum, órgãos de classes, sindicatos e pesquisadores comprometidos com a luta antimanicomial.

Ao final do governo de Jair Messias Bolsonaro, um cenário caótico pode ser visto na economia, na política e na sociedade de modo geral. O discurso opressor de Bolsonaro em vários momentos de seu governo imperou em relações sociais conflituosas em toda a sociedade, um país nitidamente dividido por um discurso de ódio e de criminalização dos movimentos

sociais. Bolsonaro não conseguiu a reeleição, e em 01 de janeiro de 2023, Luiz Inácio Lula da Silva volta à presidência da República.

Embora ainda seja recente para se refletir sobre o novo governo de Lula diante do cenário econômico e político encontrado pela pandemia da Covid-19 e as decisões tomadas por Bolsonaro durante seu governo, a política de saúde mental teve uma expressiva vitória em seu primeiro ano de governo com a revogação da Portaria 3.588 de 2017, por meio da Portaria GM/MS n.º 757, de 21 de junho de 2023. Como apresentado anteriormente, a portaria n. 3.588, sancionada ainda no Governo de Temer, retrocedia em vários pontos da reforma psiquiátrica e se colocava como uma expressão da contrarreforma na saúde mental.

Apresentaremos no próximo item o processo de constituição da Política de Saúde Mental e da Política sobre Drogas na realidade alagoana, demonstrando como a tendência nacional repercutiu em Alagoas.

3.2 A constituição da Política de Saúde Mental e da Política sobre Drogas na realidade alagoana (2001-2023)

Apresentadas as tendências do cenário nacional, trataremos nesse item de elucidar a configuração da política de saúde mental e da política sobre drogas no cenário alagoano no período 2001 a 2023. Buscamos dados históricos em pesquisas anteriores – Trindade et al. (2007) e Ribeiro (2012) – sobre a reforma psiquiátrica em Alagoas, bem como sobre a origem dos hospitais psiquiátricos alagoanos e a criação dos primeiros serviços substitutivos de saúde mental. Os dados mais recentes da pesquisa consideraram o recorte temporal de 2001-2023 e a geolocalização dos 102 municípios de Alagoas, com ênfase para a capital Maceió, por ser o município com maior cobertura da RAPS. O mapeamento dos dispositivos foi possibilitado por dois meios: consulta ao Plano Estadual de Saúde de Alagoas (2020-2023) e ao Relatório de Análise da Situação de Saúde de Maceió – 2021, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, pela Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde e pela Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde de Maceió, publicado em 2022; e, entrevista semiestruturada com os gestores e técnicos dos setores ligados às secretarias. As informações obtidas através dos participantes da pesquisa de campo serão mencionadas conforme os códigos do quadro 1 apresentado na introdução deste trabalho.

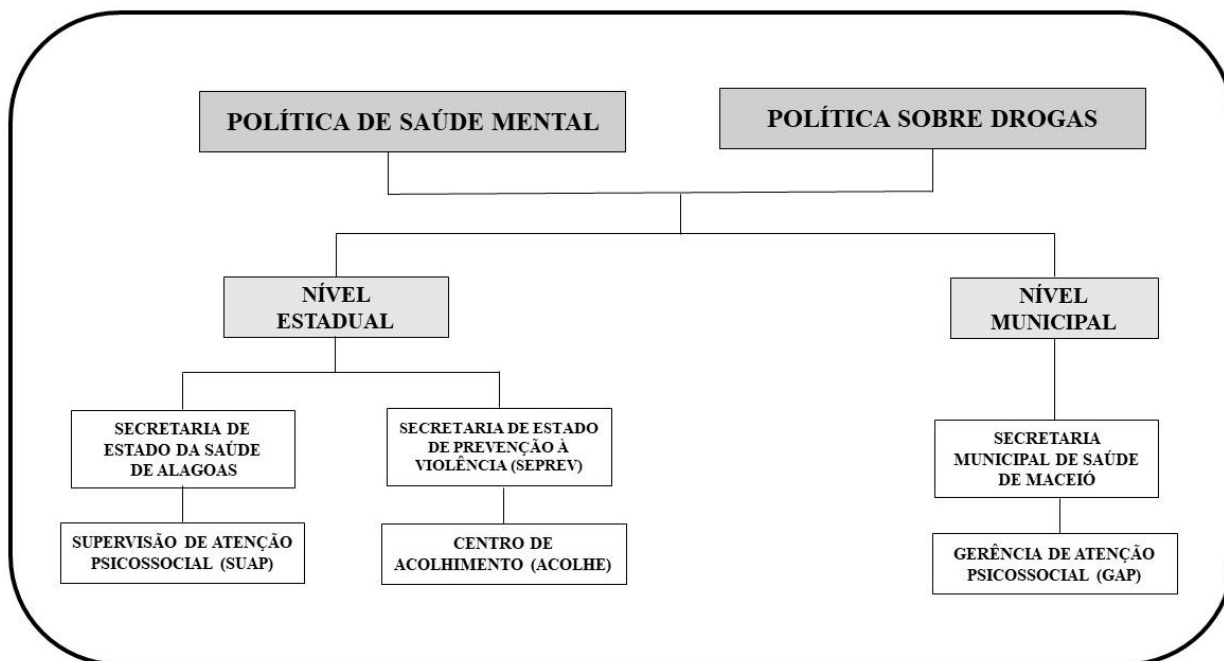
Ao longo desta tese, foi demonstrado o processo de criação de leis, portarias, decretos e

normatizações que resultam na criação de serviços e instituições. Consideramos que esses serviços se colocam como a porta de entrada para que os indivíduos acessem seus direitos. Deste modo, realizar o mapeamento dos dispositivos na realidade de Alagoas, bem como conhecer as tendências de ampliação ou não, por meio da percepção de gestores, corrobora com nosso objeto de tese por nos aproximar da realidade da gestão e da operacionalização da política. Acreditamos que os desafios postos pela tendência nacional de segregação e proibição, assim como as condições socioeconômicas da população usuária, também estão intrinsecamente imbricadas nesse processo de busca e permanência no serviço de saúde mental, álcool e drogas em Alagoas.

Considerando o contexto populacional contemporâneo, segundo o IBGE, no ano de 2020 o estado de Alagoas possuía uma população estimada de 3.351.543 (três milhões, trezentos e cinquenta e um mil, quinhentos e quarenta e três) habitantes, no município de Maceió, a população estimada era de 1.025.360 (um milhão, vinte e cinco mil, trezentos e sessenta) habitantes nesse mesmo ano. (IBGE, 2021). Conforme os dados epidemiológicos da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, no período de 2017-2021, ocorreram 276 óbitos em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas, representando uma taxa média para o período de 5,2 óbitos para cada 100 mil habitantes ao ano. (Maceió, 2022). Nesse mesmo período, foram também registrados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 323 óbitos por transtornos mentais e comportamentais. Esse quantitativo representa a variação de aumento para a taxa de mortalidade, que foi de 62,8%, passando de 5,4 para 8,9 óbitos por 100 mil habitantes. (Maceió, 2022). O relatório epidemiológico de Maceió também indicou que os bairros do Centro e de Jaraguá foram os locais onde houve os maiores índices de óbitos por uso abusivo de álcool e outras drogas e por transtornos mentais e comportamentais. (Maceió, 2022).

Para atender às demandas relacionadas à política de Saúde Mental e à Política sobre Drogas em Alagoas, três secretarias organizam os serviços de atenção em saúde mental e de acolhimento a usuários de drogas. Essas secretarias estão ao nível estadual e municipal, conforme demonstra a figura 5.

Figura 5 – Fluxograma da Política de Saúde Mental e da Política sobre Drogas em Alagoas



FONTE: elaboração própria, 2024.

Com base nas informações disponíveis no portal *online* da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU), é possível afirmar que esse órgão encontra-se vinculado ao Poder Executivo Estadual. Suas atribuições abrangem o planejamento, a execução e a prestação de assistência técnica nas iniciativas relacionadas à saúde no âmbito do estado de Alagoas. Desde maio de 2022, o médico Gustavo Pontes de Miranda Oliveira assumiu o cargo de secretário de estado da Saúde. (Alagoas, SESAU [portal *online*], 2024a).

A Secretaria de Estado de Prevenção à Violência (SEPREV) teve sua origem com a Lei Estadual n.º 7.074 de 2009, que instituiu a Secretaria Especial de Promoção da Paz (SEPAZ). Em 2015, a Lei Delegada n.º 044/2011 reformulou a estrutura da antiga SEPAZ, que passou a se chamar SEPREV. Segundo as informações do portal *online* da instituição, a SEPREV passou a ter no rol de suas responsabilidades um foco mais ampliado voltado à proteção da sociedade e prevenção da criminalidade. Deste modo, o órgão passou a atuar com maior ênfase na política de álcool e drogas em Alagoas, tendo em vista a prevenção, recuperação, tratamento e reinserção social de dependentes químicos. Além disso, passou a desenvolver ações de redução da oferta e repressão em parceria com os órgãos da segurança pública. É importante mencionar que os serviços de referência dessa secretaria para o tratamento da dependência química são as

Comunidades Terapêuticas Acolhedoras (CTAs). (Alagoas, SEPREV [portal online], 2024b).

Conforme o portal *online* da Prefeitura de Maceió, a Secretaria Municipal de Saúde é parte integrante da estrutura da Prefeitura Municipal de Maceió, tem como missão atender às necessidades da população por meio da implementação de políticas públicas de saúde no âmbito municipal. Seu foco reside na promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, visando assegurar um acesso humanizado dos usuários aos serviços de saúde. A secretaria desempenha um papel ativo no desenvolvimento de ações e serviços integrados ao sistema, em colaboração com outras esferas do Poder Público e entidades privadas conveniadas. (Maceió, Prefeitura Municipal [portal online], 2024).

Para obter as informações sobre os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e Hospitais Psiquiátricos em Alagoas, realizamos a coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada aplicadas com gestores e um técnico vinculados aos setores dessas secretarias que organizam os serviços de saúde mental. Assim sendo, a pesquisa de campo foi realizada na Gerência de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió; na Supervisão de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas; e no Centro de Acolhimento (ACOLHE) da Secretaria de Prevenção à Violência de Alagoas. Participaram da entrevista dois gestores e um técnico que possuía familiaridade com as informações sobre os serviços. De forma complementar, documentos oficiais que trazem dados dessas políticas no município de Maceió e no estado de Alagoas foram consultados.

É importante situar que a escolha na realização da pesquisa de campo com entrevista semiestruturada se deu pela falta de registro sobre alguns dos serviços (abertura e desligamento) em documentos. Consideramos, pois, que a vivência dos gestores e técnicos no processo de acompanhamento da ampliação da RAPS em Alagoas e os desafios postos cotidianamente, poderiam ser consolidados em falas e transformados em dados para análise. As secretarias visitadas são responsáveis por gerir todos os serviços da RAPS, Hospitais Psiquiátricos, bem como formalizar a prestação de contratos com as CTA e as Clínicas Involuntárias, que integram o terceiro setor filantrópico. Considerando isso, utilizamos os seguintes indicadores de pesquisa nesses espaços:

Figura 6 – Indicadores da pesquisa / gestão

- Caracterização dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial: quantidade, tipo e localização.
- Proposta de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial.
- Fechamento de Hospitais Psiquiátricos em Alagoas nos últimos 10 anos e o processo de desinstitucionalização.
- Comunidades Acolhedoras Terapêuticas: caracterização, localidades e tipos de acolhimento.
- Clínicas Involuntárias: caracterização, localidades e tipos de acolhimento.

FONTE: elaboração própria, 2024.

Apresentaremos e analisaremos os atuais dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, as CTAs, Clínicas Involuntárias e os Hospitais Psiquiátricos. Em alguns momentos será possível realizar um comparativo com os dados da pesquisa de Ribeiro (2012) e de Moura (2016), que apresentaram dados sobre a rede que nos propomos a estudar.

3.2.1 A Rede de Atenção Psicossocial em Alagoas e os desafios para a consolidação da reforma psiquiátrica

Preliminarmente, situaremos brevemente aspectos históricos de origem do modelo asilar em Alagoas, seu questionamento e as mudanças na direção da reforma no contexto alagoano. Seguindo a tendência nacional, o território de Alagoas teve certo protagonismo com as internações psiquiátricas, com o clássico modelo tradicional, simbolizado na estrutura do hospital psiquiátrico. Os asilos e manicômios criados em Alagoas reproduziram a sua clássica funcionalidade: segregar loucos e pobres do convívio em sociedade. Ao longo dos anos, houve mudanças no padrão da oferta desses serviços em Alagoas, que achamos pertinente apresentar nesse item.

Ribeiro (2012) registra que o primeiro hospital psiquiátrico de Alagoas foi denominado Asilo de Alienados, criado em 1887, nele não se praticava nenhuma intervenção médica. Em 1891 foi criado o Asilo Santa Leopoldina, os registros indicam que nesse asilo já havia expressões da intervenção da medicina. Na sequência, entre 1947-1948, foi criada a Casa de Saúde Miguel Couto. E em 1956, no âmbito do setor público, o Hospital Colônia Portugal

Ramalho, posteriormente denominado de Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR). Em 1961, foi instituída a Casa de Repouso Dr. José Lopes Mendonça, e em 1968 a Clínica de Repouso Ulysses Pernambucana. Todos esses hospitais eram localizados no município de Maceió e serviram de referência para todo estado de Alagoas. Essa realidade foi mudada com a criação do Hospital Psiquiátrico Teodora de Albuquerque, criado em Arapiraca em 1989, sendo um hospital de referência para a região do Agreste. (Ribeiro, 2012).

Os hospitais psiquiátricos de Alagoas eram predominantemente pertencentes ao setor privado, tendo apenas o Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR) no âmbito público. Ainda assim, a parceria do setor público com os hospitais privados possibilitou a internação de pacientes psiquiátricos com recursos públicos. Na realidade alagoana, o debate da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial adentraram no universo hospitalar, mas não repercutiu no fechamento desses serviços. É possível identificar, por exemplo, que os trabalhadores do HEPR refletiram sobre a necessidade de humanização do hospital psiquiátrico, sem necessariamente ocorrer seu fechamento. Essa ideia é vista no histórico que consta na plataforma *online* do HEPR.

Em outubro de 1987, um grupo de funcionários do Hospital Escola Portugal Ramalho (único hospital psiquiátrico público de Alagoas), resolveu se reunir e refletir sobre a situação do Hospital. Animados pelo processo de redemocratização do país, pelo fortalecimento das instituições democráticas e pelo movimento da reforma psiquiátrica, que saíra das discussões acadêmicas e associativas e invadira todas as camadas sociais, graças ao apoio/denúncia dos meios de comunicação. A primeira e mais forte decisão foi o *não fechamento do HEPR*. Sentiram a viabilidade desta decisão e optaram – por que não? – *pelo aproveitamento de seu espaço*, de sua localização estratégica em bairro de classe média, cercado de vizinhança por todos os lados. Importou também sua trajetória histórica como instituição psiquiátrica, sua clientela, as famílias dos pacientes, a comunidade e, principalmente, a decisão de seu corpo técnico que se mostrava sensível a uma proposta de trabalho mais digno. A *recuperação e adequação do Hospital*, segundo os anseios/reclamos da sociedade, sua *modernização/humanização* e a criação de serviços alternativos para atendimento/tratamento do doente mental, contemplados em propostas de reforma psiquiátrica, seriam as metas a serem atingidas. (HEPR; UNCISAL [portal *online*], 2023 grifos nosso).

Como expressão das mudanças empreendidas dentro do aparato hospitalar, a plataforma *online* do HEPR aponta:

Abriram-se as portas às famílias dos pacientes e à comunidade, peças-chave no novo modelo assistencial ao indivíduo portador de transtorno mental, visando seu retorno à sociedade. [...]. A comunidade, grupos filantrópicos e religiosos, desenvolvem trabalhos com os pacientes. O museu “O Espaço do Inconsciente”, com material produzido na terapia ocupacional e nas oficinas terapêuticas. [...]. O espaço intramuros para o desenvolvimento das atividades e metas a serem atingidas tornou-se pequeno. Era preciso ousar mais, buscar o espaço extramuros. O bloco “Maluco

Beleza”, composto por pacientes e funcionários, desde 1991 invade as ruas vizinhas na quinta-feira que antecede o carnaval, resgatando o nosso folclore, trazendo a nega maluca, o boi, a burrinha, os bonecos-de-Olinda etc. [...]. O “Arraiá Portugal Ramalho”, montado na rua em frente ao HEPR, com suas músicas juninas, comidas típicas e com sua quadrilha dançada por pacientes e funcionários trajados tipicamente e o casamento matuto, desfilando com os noivos em carroça pelas ruas, é esperado com ansiedade pela comunidade. (HEPR; UNCISAL [portal *online*], 2023).

Acreditamos que a proposta de humanização do hospital psiquiátrico não resolve as questões mais problemáticas relacionadas à institucionalização. A restauração dos muros hospitalares, os eventos empreendidos, embora aparente boa intencionalidade, não resolvem a histórica problemática da segregação do adoecimento mental. A dinâmica do manicômio é incompatível com a vida social e familiar, sua estrutura, normas e rotinas expressam seu objetivo principal: isolar indivíduos que ameaçam o convívio em sociedade. De acordo com Goffman (2008), as barreiras que as instituições impõem entre o mundo externo e o internado representam a primeira mutilação do eu. (Goffman, 2008). Sendo assim, percebemos que as mudanças empreendidas condizem em melhorias tímidas que não atingem o cerne do problema.

Pesquisas históricas como as de Trindade et al. (2007) e Ribeiro (2012) contribuíram para o resgate da reforma psiquiátrica em Alagoas. Conforme as pesquisas supramencionadas, a reforma psiquiátrica em Alagoas foi iniciada entre as décadas de 1980 e 1990, com profissionais dos hospitais psiquiátricos como Miguel Couto e o HEPR. Esses profissionais começaram a questionar os métodos invasivos, o uso excessivo de aparelhos como o eletrochoque e a situação precária do hospital psiquiátrico. O engajamento desses profissionais com o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial gerou, na década de 1990, impactos positivos em direção a uma nova condução da política e na criação de serviços substitutivos. (Trindade et al., 2007). Como expressão dessas mudanças, Alagoas chegou a ter, ainda na década de 1980, dois Núcleos de Apoio Psicossocial, mas foram fechados anos depois por falta de incentivo financeiro. (Ribeiro, 2012).

Trindade et al. (2007) e Ribeiro (2012) registraram a abertura dos primeiros CAPS em Alagoas durante a década de 1990, sendo eles:

Quadro 9 – Evolução dos CAPS em Alagoas

INSTITUIÇÃO	ANO	LOCALIZAÇÃO
CAPS Casa Verde	1996	Maceió
CAPS Enfermeira Noraci Pedrosa	1997	Maceió
CAPS Sadi de Carvalho	1998	Maceió
CAPS infantil Luiz da Rocha Cerqueira	1998	Maceió
CAPS Dr. Oswaldo Silva	1998	Palmeira do Índios
CAPS Nise da Silveira	1988	Arapiraca
CAPS Esperança	1999	Anadia

Fonte: Trindade et al. (2007); Ribeiro (2012).

Dentre a criação desses serviços, o CAPS Casa Verde, foi resultado do empreendimento dos trabalhadores do HEPR e se apresentou como um modelo contraditório, por ser criado dentro do próprio hospital, não se configurando em um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Trindade et al. (2007) avaliou que a criação desse serviço, embora pudesse ter sido relevante para aquele momento, acabou por contribuir com a ideia de reforma hospitalar, corroborando com a permanência do hospital psiquiátrico. Ribeiro (2012, p.71) assim avaliou esse início: “os primeiros CAPS de Alagoas padeceram com improvisos e falta de apoio, o que só pôde ser reordenado a partir de 2002”.

Paulatinamente, trabalhadores, usuários e familiares, influenciados pelo movimento de Luta Antimanicomial, promoveram debates nas conferências estaduais e municipais sobre o modelo manicomial em Alagoas. Em 1998, a Lei municipal n.º 4.768, criada pelo vereador Paulão, do Partido dos Trabalhadores (PT), dispunha sobre a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção comunitária. Em 1999, a Lei foi revogada como resultado das disputas de interesses de conservação do modelo asilar. Em seu lugar, uma nova legislação foi instituída, favorecendo a manutenção dos hospitais psiquiátricos. Foi a Lei Nacional n. 10.216 de 2001, que fortaleceu o coletivo de trabalhadores, usuários e familiares para a criação de mais serviços substitutivos em Alagoas. (Ribeiro, 2012).

Desde a Lei 10.216 e da promulgação da Portaria n. 3088/2011, o estado de Alagoas e o município de Maceió buscaram construir e fortalecer uma rede de serviços em saúde mental. Seguindo a tendência nacional, a implantação e efetivação desses serviços perpassa avanços e recuos, sobre o qual trataremos adiante. Em 2015, a Portaria n. 1.066 aprovou o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do estado de Alagoas e Municípios, que assim considerou a importância da organização da RAPS em Alagoas.

Em 2015 a Secretaria Estadual de Saúde considerando a reorganização das Redes de Atenção à Saúde a partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico e o compromisso do Gestor Estadual em melhorar o acesso da população aos serviços de saúde em parceria com os municípios realizou oficinas regionais para estabelecimento de “Pacto entre Estado- Municípios que contemplou uma série de compromissos firmados entre os gestores municipais da saúde e, entre estes e a gestão estadual, Nessa ocasião o Plano da Rede de Atenção Psicossocial passa a ser discutido e reavaliado juntos aos municípios e aprovados na CIRs. (Alagoas, 2016, p. 04).

O Plano da Rede de Atenção Psicossocial, criado em 2016, foi o último e único plano instituído pelo estado de Alagoas que detalhou a RAPS, conforme informações fornecidas pela gestão de Alagoas. No momento desta pesquisa, verificou-se que o referido plano estava desatualizado e a caracterização da RAPS, além da proposta de ampliação, não refletiam mais a realidade do período em que a pesquisa foi realizada. O Plano Estadual de Saúde de Alagoas (2020-2023) abordou de forma sucinta e genérica²⁴ a caracterização da RAPS no estado, concentrando-se nos modelos de CAPS, leitos em hospitais gerais e UAs. Portanto, para esta análise, consideramos os dados contidos no Plano Estadual de Saúde (2020-2023) e as informações obtidas durante a pesquisa de campo realizada na SUAP/SESAU, sendo este último responsável pelo detalhamento da localização dos serviços.

Conforme dados da Supervisão de Atenção Psicossocial da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, o estado é dividido em dez distritos que conformam *Regiões de Saúde*. A organização dos dispositivos da RAPS são pensados e planejadas considerando essas regiões de saúde, suas necessidades e analisado pela gestão as propostas de ampliação. O mapa abaixo apresenta as regiões de saúde (RS) e os respectivos municípios que integram essas regiões. O mapa também apresenta as localidades com dispositivos componentes da RAPS até o ano de 2022.

²⁴ O documento não apresenta quantitativo de CAPS I e II e CAPS AD por município. O quantitativo de CAPS aparece de forma genérica, ferindo-se ao total de todas as modalidades de CAPS. Quantitativamente, os CAPS assim foram descritos no Plano “No primeiro quadrimestre de 2019 dos 63 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS habilitados, 20 CAPS apresentaram os registros de Matriciamento esperado e 07 CAPS apresentaram registros de matriciamento incompletos perfazendo um percentual de 31,74%”. (Alagoas, 2020-2023, p.174).

Figura 7 – Regiões de Saúde do Estado de Alagoas / Serviços da RAPS em funcionamento



Fonte: Elaboração do setor de planejamento da SUAP, disponibilizado em entrevista com G1.

O mapa acima, fornecido pelo técnico da gestão da SUAP durante a entrevista, demonstra o quantitativo de CAPS, Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), leitos especializados em hospitais gerais e Serviço Residencial Transitório, distribuídos nas dez regiões de saúde (RS) que compreendem os 102 municípios do estado de Alagoas. É possível perceber que em todas as dez regiões de saúde existem CAPS, e, na sua grande maioria, são CAPS tipo I, adequados para o número de habitantes de municípios menores. Numa menor proporção, vemos as outras modalidades de serviços (UAA, UAI, leitos e SRT) que aparecerem no mapa.

O quadro abaixo mostra os 56 municípios do estado que possuem CAPS tipo I.

Quadro 10 – Distribuição de CAPS tipo I em Alagoas

DISTRIBUIÇÃO DE CAPS TIPO I EM ALAGOAS									
1ª Região de Saúde	2ª Região de Saúde	3ª Região de Saúde	4ª Região de Saúde	5ª Região de Saúde	6ª Região de Saúde	7ª Região de Saúde	8ª Região de Saúde	9ª Região de Saúde	10ª Região de Saúde
Pilar	Matriz de Camaragibe	União dos Palmares	Cajueiro	Anadia	Coruripe	Batalha	Estrela	Canapi	Água Branca
Marechal Deodoro	Porto Calvo	Murici	Atalaia	Boca da Mata	Igreja Nova	São Sebastião	Igaci	Olho D'Água das Flores	Delmiro Gouveia
Messias	Maragogi	São José da Laje	Capela	Campo Alegre	Penedo	Lagoa da Canoa		Ouro Branco	Mata Grande
Satuba	São Luís do Quitunde	Joaquim Gomes	Viçosa	Junqueiro	Porto Real do Colégio	Girau do Ponciano		Pão de Açúcar	Piranhas
	Porto de Pedras	Ibateguara	Quebrangulo	São Miguel dos Campos	Piaçabuçu	Taquarana		Santana do Ipanema	Inhapi
	Passo de Camaragibe	Colônia Leopodina	Paulo Jacinto	Teotônio Vilela		Craibas		São José da Tapera	
						Feira Grande			
						Major Isidoro			
						Limoeiro de Anadia			
						Traipu			

FONTE: Elaboração do setor de planejamento da SUAP, disponibilizado em entrevista com G1.

O Centro de Atenção Psicossocial tipo I possui uma capacidade operacional para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona entre 8 horas às 18 horas durante os cinco dias úteis da semana. As atividades desenvolvidas nesse serviço são: atendimento individual, em grupos terapêuticos e de suporte social, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias. Os usuários, a depender de suas necessidades, podem permanecer no serviço por um ou dois turnos, recebendo refeições diárias durante o período que permanecer no serviço. A equipe multiprofissional mínima desse serviço é composta por: um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e quatro profissionais de nível médio, podendo ser técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Brasil, 2002).

Sobre a avaliação da cobertura de CAPS I, o técnico da Supervisão de Atenção Psicossocial (SUAP) entrevistado avalia:

“Dentro dessas regiões de saúde, a distribuição da rede ela é muito boa em termos quantitativos, sempre foi, desde o início da implantação. O que precisa melhorar é a diversidade desses pontos, porque, por esses números que aparecem, [...], você percebe que a gente tem uma cobertura muito boa em relação a Caps, de todos os serviços, é a melhor que a gente tem. Mas, que essa cobertura significa muito boa se a gente for levar em consideração o Caps tipo 1, que é daqueles municípios menores. Então, esse o Estado praticamente não precisa mais implantar, mais nenhum tipo de Caps tipo 1. Precisa investir nos outros tipos de equipamentos”. (G1).

Ao total são 56 municípios do estado de Alagoas que possuem a modalidade de CAPS tipo I, sendo considerada pela gestão uma boa cobertura, de modo que a proposta de implantação de CAPS tipo I no município pactuado em 2015, foi de criar apenas mais duas unidades, sendo um no município de Barra de Santo Antônio (1ª RS) e outro em Piaçabuçu (6ª RS). Vale registrar que a pesquisa realizada por Ribeiro (2012) constatou que no ano de 2011 existiam 46 CAPS tipo I em Alagoas, o que nos indica que em onze anos houve uma ampliação de 10 unidades desse serviço.

Uma das dificuldades que existem para os CAPS tipo I, localizados no interior, é a instabilidade na manutenção desse serviço, que muitas vezes é composto majoritariamente por profissionais contratados com vínculos precários. Essa dificuldade foi registrada na fala de G1, quando retratou a situação do CAPS de Piaçabuçu, que aparece grifado no quadro 10.

“Piaçabuçu, em uma época, estava fechado [...]. Eu ainda estou aguardando. Eu já soube que ele voltou a funcionar normalmente, mas eu ainda enquanto planejamento, estou esperando da área um relatório oficial que está ok. [...]. E isso é uma coisa muito relativa, porque às vezes acontece isso com os serviços, ele está habilitado, ele está ali contabilizado, mas, por algum motivo de gestão, às vezes ele fecha. A gente chega junto, porque se ficar mais de um mês ou dois meses fechados, a gente pode suspender o recurso. [...]. Muitas vezes fecha inclusive por conta dos profissionais, porque são profissionais contratados, mudam a gestão, muda o prefeito, afastam todo mundo... Daqui que contrate todo mundo... Às vezes, é até esse o motivo. (G1).

Percebe-se que embora o serviço esteja habilitado, diversas situações podem levar a um fechamento temporário ou permanente daquela unidade, trazendo impactos para os usuários e profissionais que são assistidos naquela região. A fala de G1 reflete que por vezes, o grande desafio para o funcionamento do serviço e o acesso ao direito, não está puramente na criação da instituição, mas nas variantes que perpassam na manutenção desse serviço. Os vínculos frágeis de trabalhos consequentes das estratégias neoliberais, historicamente, se põem como um entrave para as políticas públicas e incidem diretamente no não acesso ao direito. A situação do município de Piaçabuçu nos demonstra que usuários tiveram seus tratamentos interrompidos ou descontinuados por uma questão puramente política.

Quanto à cobertura de CAPS em Alagoas, até 2022, dos 102 municípios alagoanos, 60 possuíam CAPS (tipo I, II ou III), o que equivale a 57,84% de cobertura desse serviço no estado de Alagoas. Na avaliação do técnico da SUAP:

“Tem que se pensar melhor esses Caps regionalizados, [...], esse é o grande desafio da rede na atualidade, porque cada região dessa precisa ter um Capsi, que é para tratar a questão da criança e adolescente. No estado todo, a gente só tem um Capsi. CapsAD III a gente também só tem um que é em Maceió. A gente tem CAPSad em Arapiraca e Palmeira, mas esses Caps precisam se qualificar para ser Caps III, precisam discutir se esses Caps vão atender só Arapiraca e vai se construir mais um Caps para as outras regiões, como Maceió faz essa discussão. Então, hoje tá nesse pé de discussão. Mas o que a gente tem hoje é isso: são dois CAPS AD um em Arapiraca e outro Palmeira, um CAPSADIII em Maceió, um CAPSi em Maceió e o resto é tudo CAPS I e tipo II”. (G1).

É possível perceber, com a fala acima, que Alagoas reproduz uma tendência nacional, especialmente com um número ínfimo de CAPSi. Até o ano de 2022, existia apenas um CAPS Infante-Juvenil que não atendia toda a demanda de Alagoas, sendo um serviço de referência apenas para crianças e adolescentes residentes no município de Maceió. Esse fato nos leva a refletir e constatar que a política de saúde mental voltada à criança e ao adolescente em Alagoas está muito distante de comportar uma atenção em saúde e promover uma linha de cuidado em sua integralidade. Desde 2015 existe uma proposta de ampliação de CAPSi, porém, passados nove anos, não foram implantados. O quadro abaixo apresenta a proposta de ampliação de CAPSi pactuada em 2015:

Quadro 11 – Proposta de ampliação CAPS Infante-Juvenil

1ª RS	2ª RS	3ª RS	4ª RS	5ª RS	6ª RS	7ª RS	8ª RS	9ª RS	10ª RS
Maceió (3 unid.)	São Luís do Quitunde (1 unid.)	Colônia Leopoldina (1 unid.)	Viçosa (1 unid.)	Campo Alegre (1 unid.)	Coruripe (1 unid.)	Arapiraca (1 unid.)	Palmeira dos Índios (1 unid.)	São José da Tapera (1 unid.)	Piranhas (1 unid.)
Marechal Deodoro (1 unid.)						Girau o Ponciano (1 unid.)			

FONTE: Elaboração do setor de planejamento da SUAP, disponibilizado em entrevista com G1.

Ao todo, deveriam ter sido implantados 14 CAPSi, porém, até o ano de 2022, a proposta de ampliar esse serviço não se concretizou. Na entrevista realizada com a gestão da política de saúde mental de Maceió, foi perceptível a necessidade de urgência da implantação de mais CAPS no município, dentre eles, o CAPS Infante-Juvenil:

“[...] nós repactuamos tudo aquilo que não foi feito, que seriam as construções que ainda estão em andamento. Nós temos duas construções, porque uma perdeu o prazo, duas construções, que é um CAPSAD e um infante na parte alta, que estão ainda em processo de construção. [...]. Isso tudo é de determinação. Nós temos uma ACP [Ação Civil Pública] hoje que é da Vara da Infância, que ela vem pedindo para reestruturar a rede, [...], provavelmente vai vir um ‘faça-se cumprir’, porque o mês passado o Ministério Público e Vara da Infância me pediu como é que estava se dando a organização após a determinação e não foi cumprida. (G2).

Percebe-se com a fala acima que existe certa morosidade na construção desses serviços e o pressionamento para ampliação e estruturação dessa rede, especialmente voltado à criança e ao adolescente, tem vindo do âmbito da justiça por meio da Vara da Infância. Conforme Ribeiro (2012), o CAPS Infantil Luiz da Rocha Cerqueira (primeiro e único CAPSi de Maceió) foi criado no ano de 1998, ofertando um serviço de grande importância para Maceió, contudo, subsiste com uma rede frágil. Após 25 anos de sua criação, esse serviço funciona em meio às dificuldades estruturais e de recursos materiais e humanos, consequência do baixo investimento e interesse dos governos nesse longo período. A falta da oferta desse tipo de serviço para crianças e adolescentes residentes no interior também condiz com descaso, nega o direito à saúde e fere uma série de direitos sociais e humanos que já foram pactuados. Crianças e adolescentes sem acompanhamento psicossocial possuem limitações para socialização, lazer e a convivência escolar e familiar.

No que se refere ao quantitativo de CAPS II, uma modalidade destinada a municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, o estado de Alagoas apresentou, até 2022, seis unidades dessa modalidade, localizadas em quatro municípios. O quadro abaixo apresenta a distribuição de CAPS tipo II por Região de Saúde em Alagoas:

Quadro 12 – Distribuição de CAPS II EM Alagoas - 2022

DISTRIBUIÇÃO DE CAPS TIPO II EM ALAGOAS					
1ª Região de Saúde		7ª Região de Saúde		8ª Região de Saúde	
Maceió	Qty.	Arapiraca	Qty.	Palmeira dos Índios	Qty.
	03				
Rio Largo	Qty.		01		01
	01				
TOTAL: 06					

FONTE: Elaboração do setor de planejamento da SUAP, disponibilizado em entrevista com G1.

Na entrevista realizada com a gestão estadual, foi possível perceber que não há mais interesse em se ampliar essa modalidade de CAPS, um fato que transparece no plano pactuado em 2015, onde não foi proposta nenhuma criação de CAPS II. Cabe registrar que a pesquisa realizada por Ribeiro (2012) já nos mostrava a existência de seis CAPS tipo II, em todo território alagoano desde 2011, indicando para nós que nos últimos 13 anos não houve abertura desse modelo de CAPS. Conforme avaliação da gestão estadual, a carência maior apresentada no estado é a necessidade de transformação dos CAPS II para CAPS III, visto que até 2022 não

havia nenhum CAPS III (voltado para transtorno mental não associado ao uso abusivo de drogas). Podemos verificar essa avaliação da gestão estadual com a seguinte fala:

“CAPS tipo II, na verdade, nem tem muito mais importância, no sentido de organização de rede, a qual a gente dá mais para o CAPS tipo I mesmo por conta da questão do território ou para o CAPS III. A grande tendência também é que esses que são II no estado, que são seis, eles se qualifiquem para III, porque aí eles seriam 24 horas, então eles teriam uma funcionalidade maior dentro das regiões”. (G1).

“Tem o CAPS II que a gente vai ter em Maceió, que são aqueles três: Rostan, Sadi e Noraci. Tem um em Arapiraca, tem em Palmeira e um em Rio Largo. A tendência é pegar esses municípios, pegar todos esses CAPS II e tentar qualificar para III, porque aí eles passariam a acompanhar 24 horas, tendo uma funcionalidade maior dentro do território. E CAPS AD tem em Arapiraca e tem Palmeira e é a mesma lógica do CAPS II. A questão do CAPS AD para o CAPS AD III é basicamente o funcionamento 24 horas. Então é muito melhor que esses serviços eles se qualifiquem para ser CAPS AD III, vão receber mais recursos e vão ter uma funcionalidade muito maior dentro do território por funcionarem 24 horas”. (G1).

Por sua vez, a gestão municipal de Maceió também fez avaliações sobre a necessidade de qualificação dos serviços no município.

“A rede toda [...] já era para ter tido ampliação, o último CAPS já tem 14 anos da última inauguração e da última qualificação. [...]. A nossa proposta é que houvesse uma qualificação até dezembro, foi isso que eu tinha pactuado, [...]”. (G2).

Sendo assim, não existem grandes expectativas da abertura de CAPS II em Alagoas. As pretensões da gestão estadual e municipal estão canalizadas em transformar os CAPS II para CAPS III, o que nos parece um importante investimento, uma vez que em situações de crises e surtos psiquiátricos, os leitos em hospitais gerais ainda são insuficientes e o Hospital Psiquiátrico acaba sendo referência para atender essa demanda. No plano pactuado em 2015, havia uma proposta de criação de cinco CAPS III, sendo quatro localizados em Maceió e um em Arapiraca. A pretensão da gestão era qualificar os CAPS II existentes para CAPS III, contudo, essas qualificações não ocorreram até o ano de 2023.

No que se refere à distribuição de CAPS AD em Alagoas, até o ano de 2022, existiam dois desse modelo, conforme explicita o quadro abaixo.

Quadro 13 - Distribuição de CAPSAD em Alagoas

DISTRIBUIÇÃO DE CAPS AD EM ALAGOAS			
Arapiraca	Qt.	Palmeira dos Índios	Qt.
	01		01
TOTAL: 02			

FONTE: Elaboração do setor de planejamento da SUAP, disponibilizado em entrevista com G1.

A pesquisa de Ribeiro (2012) nos mostra que desde 2011 já havia dois CAPS AD em todo território alagoano, sendo um em Maceió e outro em Palmeira dos Índios. Nos últimos doze anos, foi criado em 2012 mais um CAPSAD no município de Arapiraca e a qualificação do CAPSAD de Maceió para CAPSAD III. O plano estadual pactuado em 2015 também não previu a criação dessa modalidade de CAPSAD, mas previu a instituição de mais 15 CAPSAD III. Contudo, até o ano de 2023 não houve a criação desses serviços. O quadro abaixo apresenta a proposta de ampliação do modelo de CAPS AD III para o estado de Alagoas por Região de Saúde (RS).

Quadro 14 – Proposta de ampliação de CAPSAD III

1ª RS	2ª RS	3ª RS	4ª RS	5ª RS	6ª RS	7ª RS	8ª RS	9ª RS	10ª RS
Maceió (3 unid.)	Porto Calvo (1 unid.)	União dos Palmares (1 unid.)	Cajueiro (1 unid.)	São Miguel dos Campos (1 unid.)	Penedo (1 unid.)	Arapiraca (1 unid.)	Palmeira dos Índios (1 unid.)	Santana do Ipanema (1 unid.)	Delmiro Gouveia (1 unid.)
Rio Largo (1 unid.)						Girau ou Ponciano (1 unid.)			
Pilar (1 unid.)									

FONTE: Elaboração do setor de planejamento da SUAP, disponibilizado em entrevista com G1.

É possível perceber com os dados apresentados que, nos últimos 20 anos, o estado de Alagoas apresentou uma boa evolução numérica de CAPS. Ainda assim, existem fragilidades e necessidades imediatas de abertura de serviços que ainda são inexistentes, como no CAPS III. A existência de apenas um CAPSi e um CAPS AD III também representa um dado que demonstra a insuficiência desse dispositivo para dar conta das demandas da saúde mental. A estagnação da ampliação nos últimos 10 anos de alguns desses serviços também se apresenta como um dado preocupante, pois indica a não priorização dos governos em implantar e efetivar esses serviços. O quadro abaixo mostra o total de CAPS em Alagoas por tipo de serviço.

Quadro 15 – Total de CAPS em Alagoas habilitados em 2022

EQUIPAMENTOS HABILITADOS	
CAPS I	56
CAPS II	06
CAPS AD	02
CAPS AD III	01
CAPSi	01
TOTAL: 65 CAPS	

Fonte: Elaboração do setor de planejamento da SUAP, disponibilizado em entrevista com G1.

Somam-se a esse total de CAPS mais duas unidades localizadas em Maceió que estão em funcionamento, mas são consideradas “não habilitadas”. Refere-se ao CAPS Casa Verde e o CEAD que estão na estrutura do HEPR. Contabilizando os CAPS habilitados e não habilitados, soma-se um total de 67 CAPS em funcionamento. Quanto à modalidade de CAPS tipo IV, instituído em 2017, o estado de Alagoas não possui nenhum serviço nessa modalidade, nem a pretensão de criar. Conforme a gestão municipal de Maceió:

“O CAPS IV a gente não tem, não tem o III avalie o IV. O III que a gente tem é o AD. O CAPS IV tem um valor financeiro, um retorno financeiro do Governo Federal grandioso. Ele é 400 mil mensais de financiamento. [...]. Esse CAPS IV, [...], durante o dia ele é CAPS IV e a parte da noite ele funciona como base territorial hospitalar. Agora tem que ter toda uma estrutura hospitalar, coisas que o CAPS não tem. [...]. Durante o dia é base territorial, mas de 17 às 21 horas ele vai ser urgência e emergência”. [...] Todos os serviços nossos CAPS a porta de entrada é até às 19 [horas], [...], depois disso só os acolhidos, 24 horas para os acolhidos que ali estão”. (G2).

“A gente não se ateuve a portaria, porque a gente só ia destrinchá-la se a gente tivesse alguma pretensão, mas, na verdade não há pretensão agora de colocar o CAPS IV, uma vez que nós não temos nem CAPS III. A gente precisa ter, pensar agora no CAPS III e se realmente o CAPS IV começar a funcionar, a gente vai ter que se adaptar à realidade, os estados e aí vai ver se é ou não válido. Porque nem tudo que se aplica para a região sul se aplica para a região nordeste e a gente tem que ter ciência disso. [...] A gente precisa primeiro efetivar a rede, que ficou há anos desassistida”. (G2).

“O CAPS IV a gente não tem ainda dialogado nesse sentido, porque a gente não vê como necessário para um momento. Porque, diante de todos os desmontes que a gente vem sofrendo, a gente precisa fortalecer a nossa rede. Com isso, a gente pensou realmente, que a gente precisa fazer: qualificar. Existem três CAPS a serem qualificados: Rostan Silvestre, Noraci Pedrosa e o Sadi de Carvalho”. (G2).

É perceptível que o posicionamento da gestão transparece a urgente necessidade de qualificação dos CAPS II existentes para o CAPS III. Diante das fragilizações que a RAPS precisa superar, a portaria dos CAPS IV teve pouco ou nenhum efeito no planejamento da saúde

mental em Alagoas. Cabe o registro de que os CAPS de Maceió atuam com o horário estendido, até às 19 horas. Uma estratégia adotada nos últimos anos para minimizar o fato de não haver CAPS III. Ainda assim, as estruturas dos CAPS existentes não comportam as necessidades de usuários com necessidade de acolhimento intensivo.

Uma informação relevante que surgiu durante a entrevista com a gestão da GAP, refere-se a natureza das internações e acolhimentos de usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas, que por vezes não está associado ao problema com o uso abusivo, mas à problemática de cunho social.

“Hoje a gente vê que os riscos sociais eles estão mais agravados do que a situação da droga em si. [...]. Eu digo isso pelo CAPS AD, a maior parte dos nossos usuários do CAPS hoje ele não seria na parte de álcool e outras drogas, a situação dele é social. Ele precisa mais de abrigo, mais de um acolhimento, que seria na parte social, [...], do que de um acolhimento em termos de álcool e drogas. A gente está se impactando muito com isso, a gente até conversou que precisa fazer um diálogo com a assistência, [...], porque tá chegando muitos casos lá no CAPS AD e que [...] é visível, a gente passou dois anos com o usuário dentro do CAPS AD, porque a gente não tinha aonde botar. E a gente tem outros casos assim e é muito complexo”. (G2).

Esse dado é de suma importância, reflete que de forma recorrente os riscos sociais se sobressaem e justificam a necessidade de acolhimento. Isso nos indica que, por vezes, o aparato institucional de saúde mental, ainda que seja renovado, é insuficiente para dar conta das múltiplas expressões que perpassam o uso abusivo de drogas. Podemos considerar também que existe, de certa forma, uma *patologização* da questão social, uma medicalização da pobreza e da miséria. Como vimos na segunda seção desse trabalho, as expressões da questão social desde a origem da institucionalização são predominantes quando se trata de intervenções sobre o adoecimento mental e sobre as pessoas que usam drogas, passando em geral pela necessidade de internação institucionalizada. Na cena contemporânea, podemos constatar que esse fato se repete: a pobreza, a falta de recursos justifica o interesse no acolhimento em instituições como os CAPS e instituições residenciais de caráter transitório. Tal fato aponta para a urgente necessidade de se pensar a política de saúde mental em articulação com as políticas setoriais e de assistência social, bem como a necessidade de ampliar o debate sobre direitos sociais para pessoas com transtorno mental e em uso abusivo de drogas.

A Unidade de Acolhimento também é um importante dispositivo da rede voltada a atender as demandas de álcool e drogas para adultos, crianças e adolescentes, viabilizando direito à saúde, educação, moradia, convivência social e familiar. Esse serviço, que deve ser referenciado por um CAPS, funciona por 24 horas, todos os dias da semana e possui um caráter residencial e transitório. A equipe técnica, composta por assistente social, educador físico,

enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e médico, presta acolhimento voluntário e cuidados contínuos a pessoas em situação de vulnerabilidade social e familiar. (Brasil, 2012b). Esse modelo de equipamento não se desenvolveu no estado de Alagoas, pois, até o ano de 2022, só havia uma UAI habilitada funcionando, localizada no município de Campo Alegre. Em Maceió também existe uma UAI, porém é um serviço que até o ano de 2022 não estava habilitado. Já o modelo para adultos (UAA) não existe em Alagoas.

“UAI é em Campo Alegre é a única que está habilitada. Porque também tem isso, na rede a gente tem alguns serviços que estão funcionando, mas a gente só considera mesmo, para fazer esses cálculos, os serviços habilitados. É mais uma questão de decisão de organização, porque tanto esses serviços têm mais dificuldade de posteriormente fechar, como significa dizer que eles passaram por todos os parâmetros que estão em portaria para poder estar funcionando. Então, a gente tem uma UAI que já está funcionando em Maceió, mas ela ainda não está habilitada, então ainda não entra no cálculo”. (G1).

“A UAA é a de adulto, a gente não tem nenhuma habilitada ainda dela, [...], já tem muitas em estágios avançados de implantação, mas não está habilitado”. (G1).

O baixo quantitativo de UAI e a inexistência de UAA habilitada é um dado significativo, visto que para atender as demandas de álcool e drogas, o número de CAPSAD também é ínfimo. Essa lacuna abre espaços para o protagonismo das CTAs, que acabam recebendo esses usuários que poderiam ser usuários acolhidos nas Unidades de Acolhimento. Em 2015, foi pactuada a ampliação desses serviços, contudo, até 2022 essa ampliação não foi concretizada. O quadro abaixo apresenta a proposta de implantação de UAA e UAI, por Região de Saúde, pactuada em 2015.

Quadro 16 – Proposta de ampliação de UAA E UAI em Alagoas

1ª RS	2ª RS	3ª RS	4ª RS	5ª RS	6ª RS	7ª RS	8ª RS	9ª RS	10ª RS
Maceió 3 UAA 2 UAI	Porto Calvo 2 UAA	União dos Palmares 2 UAA	Viçosa 1 UAI	São Miguel dos Campos 2 UAA	Penedo 2 UAA	Arapiraca 2 UAA 1 UAI	Palmeira dos Índios 2 UAA 1 UAI	Santana do Ipanema 2 UAA	Delmiro Gouveia 2 UAA
Rio Largo 2 UAA	São Luís do Quitunde 1 UAI	Colônia Leopoldina 1 UAI	Cajueiro 2 UAA		Coruripe 1 UAI	Girau o Ponciano 2 UAA 1 UAI		São José da Tapera 01 UAI	Piranhas 1 UAI
Pilar 2 UAA									
Marechal Deodoro 1 UAI									

FONTE: Elaboração do setor de planejamento da SUAP, disponibilizado em entrevista com G1.

Ao todo, foram previstas a criação de 39 Unidades de Acolhimento, distribuídas nas dez regiões de saúde, sendo 27 para adultos e 12 infanto-juvenil. A não implantação desses serviços reverbera negativamente no fluxo da atenção psicossocial, visto que cresce uma demanda reprimida que recai para os CAPS ou para as internações hospitalares. Na entrevista realizada com a gestão municipal de Maceió, reconhece-se a UAI que está em funcionamento, mas que não se encontra habilitada: “[...] temos uma UAI que é Unidade de Acolhimento Infantil-Juvenil, [...], foi inaugurada o ano passado, em dezembro”. (G2).

Os leitos em Hospitais Gerais previstos desde 2011 com a Portaria 3.088, e em 2017 com a Resolução n.º 32 e a Portaria 3.588, configuram-se como dispositivos em fase de expansão e consolidação na realidade alagoana. Mais de uma década após a sua previsão nas regulamentações, esse dispositivo ainda representa uma baixa cobertura, considerando a população de Alagoas. Até 2022, existiam 31 leitos, distribuídos em quatro Hospitais Gerais, conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 17 – Distribuição dos leitos em Hospitais Gerais em Alagoas - 2022

DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS EM HOSPITAIS HABILITADOS							
1ª Região de Saúde		3ª Região de Saúde		4ª Região de Saúde		5ª Região de Saúde	
Rio Largo	Qt.	Murici	Qt.	Capela	Qt.	Teotônio Vilela	Qt.
	06		09		08		08
TOTAL: 31 LEITOS							

FONTE: Elaboração do setor de planejamento da SUAP, disponibilizado em entrevista com G1.

Embora os trinta e um leitos representem uma baixa cobertura, foi possível constatar que houve uma ampliação. A pesquisa de Ribeiro (2012) já havia avaliado a necessidade da criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais em Alagoas. Moura (2016) constatou que, até 2016, Alagoas possuía 15 leitos psiquiátricos distribuídos em dois hospitais gerais localizados no interior do estado. Sendo assim, podemos considerar que houve uma pequena ampliação. Na avaliação da gestão estadual:

“Os leitos, [...], os trinta e um, esses foram os que têm avançado mais. Esses dois últimos anos, [...], em virtude já do número de Caps, da gente considerar uma boa cobertura, a gente preferiu investir estrategicamente agora no crescimento e abertura de leitos. [...]. Dentro desse ritmo do governo federal, de tudo, eu ainda considero que foi um grande avanço”. (G1).

“Quando a rede diz assim ‘ah não está crescendo, as coisas estão... ruim’, [...], na verdade está andando, não é que esteja tudo tão ruim assim. Para você ver, a gente tinha praticamente só seis leitos há dois anos atrás e funcionando muito precariamente, funcionando com muitas polêmicas em relação a isso. Hoje, na verdade, a gente já consegue contar habilitados com trinta e um”. (G1).

Os leitos especializados em Hospitais Gerais são de suma importância para descaracterizar a necessidade de internação em hospital psiquiátrico, nos casos de urgência e emergência por surto ou de intoxicação pelo uso abusivo de drogas. Até o momento, os dados da realidade que caracterizam a RAPS em Alagoas nos indica que a cultura manicomial tem se mantido sendo sustentada pela fragilização da RAPS. O baixo número de leitos em Hospitais Gerais, a inexistência de CAPS III (sendo registrado apenas um único CAPSAD III), implica na manutenção das internações em hospitais psiquiátricos, fazendo com que a reforma psiquiátrica em Alagoas perpassasse por avanços importantes, mas ainda insuficientes para romper com o modelo hospitalar. Embora tenha sido pactuado em 2015 a ampliação para 101 leitos em hospitais gerais, até o ano de 2022 não houve a criação desse número de leitos. O quadro abaixo mostra essa proposta por Região de Saúde.

Quadro 18 – Ampliação de leitos em Hospitais Gerais

1ª RS	2ª RS	3ª RS	4ª RS	5ª RS	6ª RS	7ª RS	8ª RS	9ª RS	10ª RS
Maceió 40 leitos	Matriz de Camaragibe 7 leitos	-	Paulo Jacinto 6 leitos	-	Coruripe 4 leitos	Arapiraca 10 leitos	Palmeira dos Índios 7 leitos	Santana do Ipanema 10 leitos	Delmiro Gouveia 7 leitos
Pilar 5 leitos	-	-	-	-	-	Girau o Ponciano 5 leitos	-	-	-

FONTE: Elaboração do setor de planejamento da SUAP, disponibilizado em entrevista com G1.

Conforme a entrevista realizada com a gestão estadual, entre 2015-2022 houve uma repactuação desses leitos, e foi previsto:

- 20 leitos em Rio Largo, sendo. 11 primeira região de saúde e 09 para Maceió.
- 08 leitos em Maceió, mas teria uma necessidade de mais 24 leitos;
- 08 leitos em Porto Calvo (está esperando a conclusão do projeto arquitetônico);
- 02 leitos em Teotônio Vilela;
- 08 leitos na sexta região de saúde;
- 24 leitos em Arapiraca (em processo de construção);
- 08 leitos em Palmeira dos Índios;
- 10 leitos em Pão de Açúcar;
- 08 leitos em Piranhas. (G1).

Ainda conforme a gestão estadual:

“Em relação aos leitos, [...], esse plano ele precisa ser revisto, o que está planejado e o que realmente precisa ser feito por região, ele precisa ser atualizado. Não é só a questão das residências, os leitos são mais urgentes ainda porque o governo federal mudou as portarias e o estado já veio trabalhando junto com os territórios em cima das necessidades e em cima das portarias novas sem o plano mudar, olha a confusão. A gente já tem minimamente uma proposta, a gente conseguiu reformular uma proposta junto com os municípios mesmo nesse contexto da pandemia, [...], para gente tentar ano que vem essa atualização em relação a esses leitos”. (G1).

Foi possível perceber durante a entrevista o esforço empreendido pela gestão estadual em ampliar os leitos especializados em hospitais gerais; em identificar os hospitais existentes nos interiores e o estudo territorial para a abertura de mais leitos em hospitais gerais. Contudo, existem entraves que são decorrentes da própria política nacional e da dificuldade de investimento dos últimos governos estaduais para implantar esses serviços.

Outro ponto de atenção construído recentemente foram os sete Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Até as pesquisas de Ribeiro (2012) e de Moura (2016), esse serviço ainda não havia sido criado, contudo, o fechamento do hospital psiquiátrico José Lopes, no âmbito do setor privado, localizado em Maceió, impôs ao poder público a necessidade da criação de SRT. Em 2022, haviam sido construídas sete Residências Terapêuticas. Esses sete SRT apareceram na pactuação de 2015, de modo que as implantações dos serviços propostos foram concretizadas.

É importante registrar que é de competência da gestão municipal a gerência das Residências Terapêuticas de Maceió, contudo, até 2023 essas residências eram administradas por uma Organização Social (OS) chamada ASSUMA. Quando questionada sobre a responsabilidade da administração dos SRT, a gestão municipal pontuou:

“Somos nós, só que essas sete residências elas são operacionalizadas por um contrato que é da ASSUMA, uma organização. Elas recebem, hoje o valor de uma casa é de 30 mil mensal. É insuficiente porque aumentou tudo, na época foi em 2017, para cá mudou toda a realidade, todo o contexto econômico e aí são dez usuários em cada casa”. (G2).

“[...] Tem que ter profissional, não é nosso, é da ASSUMA, tem que ter os de nível médio básico, que são os que fazem os acompanhamentos, os cuidadores, e tem que ter os de nível superior, [...], psicólogo, enfermeiro, assistente social, [...], os técnicos de enfermagem, [...], educador físico. Eles são volantes, a empresa contrata e eles ficam fazendo o acompanhamento a partir da necessidade. [...]. São referenciados pelos CAPS, fazem o acompanhamento em cada CAPS de sua região”. (G2).

A parceria entre público e privado é percebida em vários segmentos da RAPS em Alagoas na atualidade. Desde a pesquisa de Moura (2016), foi possível identificar uma forte relação dessa articulação com as CTAs e com as Clínicas Involuntárias. Nos últimos anos, a reabertura de serviços como Residências Terapêuticas, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) foram colocadas como responsabilidade de OSs e de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). No ano de 2022, foi noticiado pela mídia, manifestações de trabalhadores da Atenção Primária de Saúde denunciando a tentativa do governo em privatizar as Unidades Básicas de Saúde. Conforme foi noticiado por Magalhães no portal *online*

Tribunahoje.com (2022), os trabalhadores denunciavam o lançamento de um edital para seleção de Organização da Sociedade Civil para gerir serviços como: Estratégia Saúde da Família, Equipes de Atenção Primária (eAP), Equipes de Consultório de Rua, Programa Saúde na Hora, Equipes de Saúde Bucal, Academia da Saúde, Equipes de Atenção Domiciliar, bem como a rede de Serviços Odontológicos. (Magalhães, Tribunahoje.com [portal *online*], 2022). Essas tensões que perpassam o interesse do governo em privatizar instâncias públicas, não é recente e de forma rotineira reaparecem ameaçando e privatizando o serviço público, como foi na Atenção Primária de Saúde alagoana.

As Equipes de Consultório na Rua (ECR) foram previstas na Portaria n.º 3.088/2011, na Resolução n.º 32 e na Portaria n.º 3.588 de 2017. Na realidade de Alagoas, foi possível constatar a existência desse dispositivo apenas em Maceió, sendo totalizadas seis ECR até 2022. No plano estadual pactuado em 2015, não foi prevista a criação dessas equipes para atuarem nos interiores do estado. A pesquisa realizada por Ribeiro (2012) constatou a existência de quatro Equipes de Consultório na Rua em Maceió. Por sua vez, o estudo desenvolvido por Moura (2016) apontou que até 2015, em Maceió, existiam seis Equipes de Consultório na Rua, modalidade II. Sendo assim, constata-se um tênue crescimento entre 2012-2022, com mais duas equipes, totalizando seis.

As equipes de Consultório na Rua exercem um importante trabalho direcionado as pessoas que se encontram em situação de rua e vulnerabilidade social. Atuam pelo viés da estratégia de redução de danos e, dentro da atenção psicossocial, viabilizam o acesso à saúde na perspectiva da prevenção e da promoção. As últimas alterações da política nacional, sancionadas por Bolsonaro em 2019, ameaçaram de forma direta o trabalho dos redutores de danos. Ao colocar a abstinência como método para tratar a dependência química, as medidas do governo acabaram por não incentivar o trabalho de redução de danos. Na realidade alagoana é comum que a fragilização da rede imponha que os profissionais das ECR se articulem com as chamadas Comunidades Acolhedora Terapêuticas, que tratam a dependência química num sentido contrário a lógica da redução de danos. É comum também a articulação com o hospital psiquiátrico para tratar situações de intoxicação e abstinência pelo uso de drogas. Isso acontece porque, como veremos na seção quatro dessa pesquisa, o único CAPS AD III, embora funcione por 24 horas, possui uma precária estrutura que não suporta administrar casos cronicados de dependência química.

Ainda no ponto da Atenção Primária, até o ano de 2022, Maceió contava com a seguinte cobertura:

Quadro 19 – Atenção Primária em Maceió - 2022

SERVIÇO	QUANT.
Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF)	33
Unidades Básicas de Saúde - modelo tradicional/demanda espontânea	16
Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e modelo tradicional)	04
Unidades Docentes Assistenciais – UDA	04
Equipes de Núcleo de Ampliado a Saúde da Família – eNASF	10

FONTE: Maceió, 2022.

O quantitativo desses serviços ainda não se apresenta como suficiente para atender a demanda de Maceió, pois há uma baixa cobertura de dispositivos como a Estratégia Saúde da Família. Consideramos que o investimento na Atenção Primária possui um significativo impacto para minimizar os agravos relacionados ao adoecimento físico, mental e o uso abusivo de drogas. Na realidade de Maceió, foi possível constatar que a busca por psicoterapia individual e atendimento psiquiátrico em UBS tem gestado uma demanda reprimida, uma vez que o quantitativo de profissionais é insuficiente. Esses dilemas se expressaram na entrevista realizada com a gestão municipal de Maceió:

“Esse ano foi crucial, por isso que também foi muito assim, bombástico! A gente entrou com excessos grandes e com muitas arestas. [...]. Veio a pandemia que agravou muito a saúde mental das pessoas, apesar de não ser comprovado cientificamente, que ainda não há estudos, então a gente não pode comprovar. Mas houve, isso é fato, de quantidade de pessoas em depressão e suicídio foram muito maiores. Condicionado a isso nós tivemos o fechamento dos hospitais, que foi positiva, mas, ao mesmo tempo, negativo. Porque a gente não estava estruturada para isso. Então, [...], as pessoas elas tiveram alta do hospital, foram encaminhadas para alguns familiares absorverem, e com isso a gente não teve serviços, dispositivos para recebê-los. Eu não tenho CAPS III para dar suporte numa crise, eu não tenho a quantidade de hospitais de urgência e emergência locais que possam atender à crise, como também não tenho hoje serviços ambulatoriais suficientes para acolher essas pessoas. Eu tenho unidade que eu tô sem psiquiatra, a unidade é Hamilton Falcão não tem nenhum psiquiatra que queira ir para lá. [...]. Na região de cima é a região mais prejudicada. Hoje eu já tô com a relação de quatro psiquiatras para a contratação, nenhum quer ir para lá. Eu já tenho autorização para duas contratações para lá, infelizmente os psiquiatras se recusam ir para essa região [Benedito Bentes]. [...]. A gente tem essa problemática, [...], a necessidade de abrir um CAPS ali é imensa, por isso que a prioridade nossa é lá”. (G2).

É importante ressaltar que a Atenção Primária prevista na RAPS, possui um grande impacto tanto para o matriciamento²⁵ de usuários atendidos pelos CAPS de Maceió, estando

²⁵ Conforme Chiaverini (2011, p. 13), “matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”. Na política de saúde mental, o matriciamento possibilita a articulação das equipes da

articulado com a atenção psicossocial estratégica de referência de cada distrito sanitário; como também, para o acompanhamento de usuários com transtornos mentais leves e moderados que não necessitem de acompanhamento do CAPS. A Atenção Primária potencialmente pode contribuir na área da promoção e prevenção, e, quando bem articulada e ofertada à população, pode reduzir os índices de adoecimento mental e de medicalização.

No que se refere ao ponto de atenção de Urgência e Emergência, conforme o Plano Estadual de Saúde de Alagoas (2020-2023) a Rede de Urgência e Emergência de Alagoas é composta por 10 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), 06 Portas de Entrada Hospitalares, 439 leitos de retaguarda, 75 leitos de cuidado prolongado e 229 leitos de UTI adulto. (Alagoas, 2020-2023). As fragilizações dos serviços existentes foram registradas no Plano da seguinte forma:

Na etapa de estruturação da Rede foram identificados alguns problemas, como por exemplo, ausência de regulação estadual estruturada; estrutura física precária das Centrais de Regulação do SAMU; Fórum da RUE desestruturado; Pronto Atendimento e Hospitais de Pequeno Porte incentivados, mas que não possuem o protocolo de Urgência e Emergência implantados. No entanto, para melhorar e qualificar o atendimento da RUE, o governo do Estado vem investindo na construção de novos Hospitais e novas UPA's. Neste sentido, a frota de ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU no ano de 2018 foi renovada 100%; em 2019, o Hospital da Mulher Dra Nise da Silveira foi entregue, e; em 2020 o Hospital Metropolitano. (Alagoas, 2020-2023).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) protagoniza um importante espaço no manuseio de situações de surtos psiquiátricos, para atender pessoas em situação de ideação suicida ou questões relacionadas ao uso abusivo de drogas. Moura (2016) sinalizou que em Maceió ainda era necessário ampliar o debate quanto às formas humanizadas dessa intervenção, pois esse serviço só atuava em articulação com a polícia militar. Em decorrência da fragilização da RAPS em Maceió, a articulação do SAMU se dá de forma predominante com o Hospital Psiquiátrico. Quanto às UPAs, foi perceptível a expansão desse serviço em Alagoas nos últimos anos. Ao todo, são 10 UPAs de responsabilidade do governo do estado e duas UPAs de responsabilidade do município de Maceió, totalizando 12 UPAs no território alagoano. (Alagoas, 2020-2023); (Maceió, 2022).

No ponto de atenção Estratégias de desinstitucionalização, foi possível identificar no relatório de análise da situação de saúde de Maceió um *Núcleo de Cultura e Reabilitação*

atenção primária com as equipes dos CAPS, criando um suporte de técnico pedagógico de retaguarda dos usuários matriciados.

Psicossocial. Esse Núcleo atua interligado aos CAPS de Maceió, viabilizando ações de geração de cultura e renda com exposições ao ar livre de artesanatos confeccionados por usuários do CAPS. As ações acontecem tendo em vista fomentar a economia solidária, além de proporcionar o protagonismo e a autonomia dos usuários. Nas pesquisas realizadas por Ribeiro (2012) e Moura (2016), ainda não havia sido constatada a existência desse dispositivo da RAPS, de modo que ambas as pesquisadoras avaliaram a importância da criação desse dispositivo.

De forma geral, a gestão estadual assim avaliou a atual configuração da RAPS:

“Poderia até a gente está numa situação bem melhor, mais serviços tal, mas dentro da conjuntura do país que eu tô analisando que tá tão ruim, só de a gente não ter fechado os serviços, ter conseguido manter minimamente os que estão funcionando e ainda assim conseguir ampliar alguns pontos, talvez seja uma coisa positiva. [...]. Uma coisa importante de se perceber, [...], você tem uma quinta região de saúde que está com uma cobertura muito boa de serviço da Raps”. (G1).

“A gente tem esse Plano da Raps, que foi aprovado em 2016, tem portaria dizendo que foi aprovado esse plano. Então, esses serviços que estão aí foram os pactuados em 2015, que entrou nessa portaria de 2016 aprovando. [...]. E a gente se segura um pouco nisso diante de todo contexto de desmonte que vem acontecendo, porque agora a gente ficou com medo, de 2016 mexer nisso e ficar no vácuo, nem consegui o que a gente batalhou lá atrás e nada[...]. Então existe essa proposta, o estado vem trabalhando em cima dela, é isso que a gente trabalha na projeção de complementar o quadro [...]. Existe ainda uma previsão de revisão do plano em 2022”. (G1).

Foi possível perceber a preocupação quanto às repercussões do cenário nacional na realidade alagoana, de modo que o fato de não ter ocorrido fechamento de dispositivos e, de forma eventual, ter tido a ampliação de alguns serviços contou positivamente na avaliação da gestão. Considerando as pesquisas já realizadas por Moura (2016) e Ribeiro (2012), e conforme os dados fornecidos pela gestão, foram possíveis notar que houve ampliação da RAPS em Alagoas entre os anos (2001-2023), contudo, o estado de Alagoas ainda carece da plena efetivação dos serviços e abertura de dispositivos que ainda não existem.

Os hospitais psiquiátricos de Alagoas também passaram por mudanças entre os anos de 2010-2023, especialmente os localizados em Maceió. Em 2010, Alagoas contava com cinco hospitais em funcionamento, eram eles: Hospital Psiquiátrico José Lopes (privado), Hospital Escola Portugal Ramalho (público), Casa de Saúde Miguel Couto (privado), Casa de Repouso Ulysses Pernambucano (privado) e o Hospital Psiquiátrico Teodora de Albuquerque (privado). Podemos afirmar que o modelo manicomial era bem fortalecido em Alagoas, especialmente pela parceria que o governo do estado estabelecia com os hospitais privados. De modo que, os hospitais psiquiátricos, mesmo no contexto da Reforma Psiquiátrica alagoana, eram referência

para as internações psiquiátricas. Os anos seguintes apontaram uma desestabilização desses hospitais por diversos fatores, boa parte alheio ao movimento político da reforma psiquiátrica.

Inicialmente, o Hospital Psiquiátrico José Lopes, entre os anos de 2016-2017, anunciou seu fechamento, colocando para o poder público a responsabilidade de resolver o destino dos pacientes moradores do hospital. Posteriormente, em decorrência do afundamento de solo ocasionado pela *Brasken*, que atingiu bairros como Farol, Pinheiro, Mutange, Bebedouro e Bom Parto, o Hospital Psiquiátrico Miguel Couto também passou a não ofertar o serviço. Tivemos, pois, o fechamento de dois hospitais psiquiátricos, que não foi necessariamente motivado pelo movimento antimanicomial e sim por questões externas e desinteresse da gestão hospitalar.

“José Lopes foi o primeiro que anunciou o encerramento das atividades. [...]. Encerrou, fez o processo na Secretaria de descredenciamento, passou pela SESA, passou pela municipal, passou por tudo. (G1).”

“A grande questão é a Miguel Couto, porque se encontra desabilitada no CNES, realmente está como se ela estivesse fechada. [...]. Ele é confuso porque não foi o mesmo processo do José Lopes, de dizer assim: ‘- A Miguel Couto fechou’. A gente tem documento que realmente, por conta do afundamento do solo, eles solicitaram encerrar e realmente está fechado. Não foi esse processo. Veio essa questão da Brasken, os hospitais precisaram ser realocados para outras áreas. Então seria o caso da Ulisses e da Miguel Couto, porque o José Lopes já tinha fechado oficialmente”. (G1).”

As gestões estadual e municipal tiveram que administrar a desinstitucionalização de pacientes com uma rede frágil, sem Residências Terapêuticas. Os pacientes que eram moradores do hospital psiquiátrico, com vínculos sociais e familiares rompidos, passaram por um processo de busca e resgate desses vínculos. Alguns conseguiram ser reinseridos para a sociedade e voltaram para suas famílias, outros foram direcionados para Residências Terapêuticas, que, no período em que foi anunciado fechamento, inexistiam. Sendo assim, a necessidade de criar Residências Terapêuticas se apresentou primeiramente com o fechamento do Hospital Psiquiátrico Dr. José Lopes.

“O primeiro a encerrar as atividades foi o Hospital José Lopes, antes da interdição da área pelo afundamento, alegou falta de interesse em continuar atuando na área e encerrou suas atividades. Os pacientes residentes foram transferidos para casa de familiares e outros hospitais, até que as residências terapêuticas ficassem prontas. Posteriormente foram os primeiros a serem transferidos para residenciais terapêuticas. (G1).”

Como apresentado na caracterização da RAPS em Alagoas, foram criadas sete Residências Terapêuticas localizadas em Maceió, destinadas a acolher os pacientes

institucionalizados no Hospital Psiquiátrico Dr. José Lopes. As Residências comportam até 10 usuários e são de responsabilidade da gestão municipal, que transferiu para uma OSs a gerência desse serviço. Conforme a entrevista realizada com a gestão estadual, o processo de fechamento desse hospital ocorreu na esfera municipal, mas foi acompanhado pela gestão estadual, pelo Ministério Público e pelo Ministério da Saúde. Na avaliação do técnico da gestão estadual: *“A DPU, o Ministério Público, esses órgãos assim, eles acompanharam também essa parte do fechamento dos hospitais, muito mais por uma via trabalhista, do que propriamente um setor de saúde mesmo”*. (G1).

O processo de desinstitucionalizar pacientes moradores de hospitais, bem como a instituição das Residências Terapêuticas – que nada mais são que moradias com características residenciais – nos mostra claramente que a problemática de cunho social por vezes antecede o problema do transtorno mental e justifica a internação. Uma característica que também perpassa as pessoas em uso abusivo de drogas, que, como vimos, por vezes procuram o acolhimento em um serviço para suprir suas necessidades humanas básicas. Assim como na história da origem da internação, podemos ver que na cena contemporânea a pobreza, a miséria, a falta de recursos e a negação de direitos sociais básicos sustentam o universo das internações e a busca por acolhimento em instituições de saúde mental. O contrassenso reside no fato dessa problemática persistir num contexto em que os direitos sociais são previstos no âmbito legal.

O desastre ocasionado pela mineração da Brasken, em março de 2018, repercutiu na instabilidade dos hospitais localizados nas regiões afetadas. Pelo menos três hospitais sentiram os efeitos do desastre: Casa de Saúde Miguel Couto, Casa de Repouso Ulysses Pernambucano e o Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR). Desses, a Casa de Saúde Miguel Couto fechou as portas e teve seus pacientes transferidos para dispositivos da rede e outros hospitais; o Hospital Ulysses Pernambucano foi para outra localidade, atualmente residindo num prédio onde funcionava uma faculdade; e, o HEPR permanece no mesmo local, mas existe previsão de mudança para outra região. A gestão estadual assim avaliou o fechamento desses hospitais: *“Na verdade, a desospitalização aqui no estado não foi só via movimento, ele foi muito mais uma questão de desastre natural”*. (G1).

Diante da necessidade de realocação dos hospitais atingido pela mineração, um plano de contingência foi criado direcionado inicialmente aos pacientes da Casa de Saúde Miguel Couto:

“Teve esse Plano, esse Plano de realocação. Então, todos os pacientes, [...], foram devidamente distribuídos na rede. Quem tinha algum residente ainda foi conversado com o Portugal Ramalho para ver se ficava no Portugal Ramalho. [...]. Os outros pacientes que eram atendidos mais sistematicamente, ou nos CAPS, ou nos seus municípios com seus CAPS de residência, ou no próprio Portugal Ramalho, que ficaria sendo o único. [...]. O pessoal da Miguel Couto foi que ficou redistribuído entre os três que ficaram: a Ulysses, o Portugal Ramalho e o de Arapiraca”. (G1).

“Na verdade, esse processo ele é mais realmente do âmbito municipal, porque os hospitais privados eles são conveniados com os municípios, no caso Arapiraca e Maceió. O estado ele entra mesmo como ordenador de rede, para poder entrar nessa discussão em relação a pensar o impacto disso como um todo. Agora, de todo jeito, ainda existe um hospital que é estadual, que é o Portugal Ramalho, então existe uma discussão no estado em relação a esses hospitais, como é que eles se dão, até o próprio Portugal Ramalho, a reformulação. [...]. A gente acompanhou isso porque a gente fazia parte (a estadual) de uma comissão para acompanhar essa situação de desastre do Pinheiro, porque podia desabar a qualquer hora e a saúde precisava estar organizada. [...]. Teve que fazer o plano de contingência, [...], o estado acompanhou na medida do apoio”. (G1).

Novamente, é perceptível que a desinstitucionalização na realidade de Maceió foi imposta por fatores externos, alheios ao movimento político que nega o manicômio. Como se vê, não houve a criação de Residências Terapêuticas para acolher os pacientes da Casa de Saúde Miguel Couto, de modo que alguns foram encaminhados para dispositivos da Rede e outros foram encaminhados para os Hospitais Psiquiátricos em funcionamento. Até 2022, três hospitais permaneciam ofertando esse tipo de assistência psiquiátrica em Alagoas, são eles: HEPR (único hospital público) e Clínica de Repouso Ulysses Pernambucano, em Maceió, e Hospital Psiquiátrico Teodora de Albuquerque, em Arapiraca. O quadro abaixo apresenta os leitos ofertados por esses hospitais até 2022, foi sistematizado com base nos dados fornecidos pela gestão estadual de Alagoas:

Quadro 20 – Leitos em Hospitais Psiquiátricos de Alagoas - 2022

HOSPITAL	LEITOS	LOCAL
Hospital Escola Portugal Ramalho	160 leitos	Maceió
Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque	120 leitos, sendo 104 leitos SUS	Arapiraca
Casa de Saúde e Clínica de Repouso Ulysses Pernambucano	200 leitos, sendo 160 leitos SUS	Maceió
TOTAL: 480 leitos		

FONTE: Elaboração própria a partir da entrevista realizada com G1.

Percebe-se que os acontecimentos dos últimos anos levaram a uma significativa redução da oferta dos serviços psiquiátricos em Maceió. Os hospitais que fecharam de forma não esperada ou planejada pela gestão, impuseram a necessidade de articulação com a RAPS e se

depararam com as consequências de sua fragilização. Os hospitais prejudicados pela mineração da Braskem e que permaneceram em funcionamento puderam se reorganizar com a indenização recebida. A gestão estadual avalia inclusive um reordenamento do HEPR no sentido de reduzir leitos e investir nos serviços extra hospitalares.

Agora, o Portugal Ramalho entra também na área de afundamento da Braskem, entrou no mapa. E aí, por ele ter entrado no mapa, começa também uma nova lógica, agora de reorganização desse serviço. E agora existe possibilidade inclusive de financiamento via Braskem também, não é só municipal". (G1).

"A ideia era que, na verdade, Portugal Ramalho ele diminuísse essa quantidade de leitos. A ideia não, a proposta, digamos, uma proposta nesse viés de aumentar mais os serviços que não tivessem essa natureza internação hospitalar. Seria a própria UNCISAL absorver também leitos em hospital geral, diminuindo a oferta de leitos psiquiátricos. Dentro de 160 leitos, digamos, ficasse menos oferta nesse regime hospitalar mais tradicional, e também começasse a aderir dentro de um hospital da própria UNCISAL, clínicas que a UNCISAL não tem, tentasse projetar também um hospital que dentro dele se colocasse leitos de retaguarda. Só que parece que a coisa não está evoluindo muito nesse sentido, está evoluindo nesse sentido como a Ulisses, só de uma realocação de espaços. Tem esse conteúdo mais conceitual para a gente ver, que agora que é a oportunidade de o estado romper definitivamente com essa questão do modelo e escolher manter o modelo. Porque aí não é mais questão de financiamento". (G1).

Ao que nos parece, atualmente existe uma certa instabilidade nas decisões que perpassam entre a manutenção ou o fim do modelo psiquiátrico asilar. Um momento que até então não havia ocorrido na história dos hospitais psiquiátricos de Maceió. Como os impactos do desastre continuam em processo de análise e de decisões, existem possibilidades de outros rumos para a história desses hospitais em Maceió, que certamente vão refletir nos interesses políticos e na força de resistência do movimento antimanicomial em Alagoas. De forma geral, a gestão estadual pondera a seguinte avaliação:

"É importante pontuar o quanto foi importante Maceió ter colocado as sete residências. E o quanto é importante ainda o estado está insistindo nessa questão de aumentar, potencializar e investir nisso, como um processo de desinstitucionalização. Então, existem ainda esses hospitais, existem ainda residentes, porque no Portugal Ramalho ainda existem residentes e não tem mais residência pactuada na rede. As que a gente pactuou a gente conseguiu implantar, na época a gente pactuou sete e achou que nem ia conseguir as sete, mas só conseguiu implantar porque não foi o estado que fechou o hospital, foi o hospital que anunciou que ia fechar e aí o estado teve que realmente precipitar a implantação das residências. Então, o que estava planejado realmente foi alcançado, agora não tem nenhuma planejada, então precisa agora um esforço em relação a essa rede para que ainda os que estão residentes consigam ir para as suas residências, e até as próprias pessoas que vão cronificando, porque outras pessoas vão cronificando dentro desse processo". (G1).

Como pontuado na parte introdutória dessa pesquisa, nosso interesse era desenvolver a pesquisa de campo também no HEPR, tendo em vista ouvir e conhecer a realidade dos usuários, profissionais e da gestão quanto ao serviço ofertado. Contudo, os responsáveis negaram a proposta de nossa pesquisa e, posteriormente, voltaram na decisão, colocando alguns critérios éticos que dificultariam e atrasaria o andamento da pesquisa. Diante da situação, avaliamos suspender a pesquisa de campo nesse cenário de pesquisa, pois consideramos que as experiências relativas à internação em hospital psiquiátrico poderiam aparecer nas entrevistas realizadas com profissionais do CAPS e da CTA.

Cabe registrar que, em 2022, o HEPR foi alvo de denúncias de violações de direitos humanos por maus tratos. Só no mês de março desse ano, duas matérias foram noticiadas pelo portal de notícias G1 com dois casos diferentes de violações de direitos humanos:

A Polícia Civil de Alagoas investiga o estupro de um adolescente de 15 anos dentro do Hospital Escola Portugal Ramalho, em Maceió. O jovem é interior e está em tratamento psiquiátrico na unidade. Segundo um funcionário do hospital, ele foi abusado por quatro pessoas diferentes. Segundo o funcionário, que não quer se identificado, os abusos ocorreram na quarta-feira (10), dentro de uma das alas do hospital. "Três pacientes maiores de idade violentaram ele na Ala Nossa Vida. Quando o crime foi descoberto, transferiram ele para outra ala, e lá ele foi violentado por outro maior de idade", disse o funcionário. (Portal de notícias G1, 12/03/2022).

Semanas após ser divulgada a matéria acima, o mesmo portal de notícia online noticiou:

Famílias de uma paciente de 60 anos do Hospital Portugal Ramalho, em Maceió, denunciam que a idosa foi amarrada e agredida dentro da unidade psiquiátrica. A família fez um Boletim de Ocorrência para registrar a denúncia e aguarda a autorização para um exame de corpo de delito. [...]. Um servidor do hospital que pediu para não ser identificado, disse que o descaso faz parte da rotina da unidade hospitalar e que o problema é antigo. "A prática é a seguinte: libera da ala, fica nos corredores, depois vai para um lugar chamado recreação, depois retornam. Lancham e retornam para o banho e esses pacientes ficam ao Deus dará quando voltam para as alas porque eles têm o hábito de só entregar o remédio, dar o remédio. Mas tomar conta do paciente em si, isso não é feito", disse o funcionário. (Portal de notícias G1, 29/03/2022).

Consideramos que os casos lamentáveis demonstram que a estrutura manicomial permanece sendo reprodutora de desumanidade. O incentivo do governo federal nesses ultrapassados modelos representa um retrocesso irreparável às pessoas com transtorno mental. Avaliamos também que os obstáculos para a realização de nossa pesquisa no único hospital público expressam um dado da realidade, uma forma de manter fechado entre os muros as situações obscuras encobertas cotidianamente.

O Hospital Psiquiátrico Teodora de Albuquerque, localizado em Arapiraca, apareceu no Relatório de Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil, publicado em 2020, na sua segunda edição, pelo Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; e pelo Ministério Público do Trabalho. Conforme dados desse relatório, foi constatado durante a inspeção, situações de descaso e irregularidades que atentam contra a dignidade humana e os direitos humanos. O relatório registra as dificuldades de acesso ao hospital, pois está localizado às margens de uma rodovia distante da parte urbana do município de Arapiraca: “Nas entrevistas realizadas durante a inspeção, ficou confirmado a dificuldade de acesso ao Hospital, que deveria ser realizada por meio de transporte particular”. (Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho, 2020, p. 60).

Na parte da estrutura física desse hospital, o relatório descreve as péssimas condições dos banheiros e quartos utilizados pelos internos:

A maioria dos banheiros estava sem iluminação, sem chuveiros e com apenas cano por onde sai água. Um dos banheiros da ala visitada, a porta estava totalmente quebrada. Em nenhum a descarga dos vasos sanitários funcionava, usuários relatam que a higienização é feita com balde d’água. Foram encontradas baratas mortas nas enfermarias e havia também muitas moscas no ambiente. Entretanto, de acordo com os documentos coletados, a última dedetização tinha acontecido no segundo semestre de 2018. (Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho, 2020, p.76).

As camas de ferro estavam em sua maioria enferrujadas, cobertas apenas com lençol, sem travesseiro ou capa nos colchões. Estes eram bem velhos, alguns com a espuma rasgada. (Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho, 2020, p.96)

É perceptível a incompatibilidade na oferta desse serviço com a efetivação e promoção dos direitos humanos. Consideramos que a estrutura hospitalar psiquiátrica permanece ofertando um serviço de saúde questionável. É importante pontuar que com o processo de reforma psiquiátrica iniciou-se uma importante tendência de fiscalização dos leitos ofertados por esses hospitais, contudo, o estímulo à ampliação desses leitos nos governos de Temer e Bolsonaro demonstra o nítido retrocesso para saúde mental brasileira e alagoana.

Consideramos que o fechamento dos dois hospitais psiquiátricos localizados em Maceió foi positivo, por provocar ao governo do estado e ao município de Maceió a necessidade de fortalecimento da RAPS em nossa região. Como vimos, ainda é preciso fomentar o debate de

ampliação de leitos em hospitais gerais, CAPS III e abertura de mais SRT para concretizar a desinstitucionalização numa perspectiva humanizada e democrática. Sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos alagoanos na atualidade, é incontestável que ele permanece sendo um ambiente reprodutor de desumanidades.

A configuração da RAPS apresentada até o momento nos mostra os avanços que alguns dispositivos tiveram nos últimos anos, as fragilidades de alguns pontos e a necessidade de avançar na implantação de serviços que ainda são inexistentes. Consideramos que o atraso da instituição de alguns desses serviços expressa o descaso e o desinteresse público com questões que são cruciais, e impedem o acesso aos direitos, como, por exemplo, a saúde mental da criança e do adolescente, atenção psicossocial com CAPS III e a ampliação de Serviços Residenciais Terapêuticos. Há que se considerar, entretanto, que a rede apresentada até o momento não é a única que recebe investimento público, no cenário alagoano, seguindo a tendência nacional, temos os ultrapassados modelos hospitalares psiquiátricos, além das CTAs e as Clínicas Involuntárias para tratar dependência química. Por questões didáticas, trataremos de refletir sobre a rede privada voltada ao tratamento da dependência química em Alagoas no próximo subitem, com os modelos de Comunidades Terapêuticas Acolhedoras (CTAs) e Clínicas Involuntárias.

3.2.2 A rede privada e filantrópica para usuários de drogas em Alagoas: as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras e as Clínicas Involuntárias

O estado de Alagoas possui uma rede consolidada formada por Comunidades Terapêuticas Acolhedora (CTAs) e Clínicas Involuntárias que integram o terceiro setor filantrópico²⁶ para o tratamento da dependência química. Consideramos importante situar esse dispositivo tendo em vista a forte presença dessa rede de serviços privadas²⁷, coordenadas pela Secretaria de Prevenção à Violência (SEPREV) através dos Centros de Acolhimento (ACOLHE). No ano de 2022, havia três Centros de Acolhimentos em Alagoas localizados: um em Maceió, um em Santana do Ipanema e um em Arapiraca. Os Centros são compostos por

²⁶ Ressaltamos que os dados atuais apresentados neste item foram coletados por meio da entrevista semiestruturada com a gestão de um Centro de Acolhimento e da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, no período de dezembro de 2021 a janeiro de 2022.

²⁷ Em pesquisa realizada entre os anos de 2013-2014, (Moura, 2016), pude constatar a existências dessas Clínicas Involuntárias com vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. À época, no período estudado, somavam-se um total de oito clínicas.

uma equipe multiprofissional responsável por fazer a triagem e cadastrar os usuários para encaminhá-los para a CTA que melhor se adequa ao seu perfil. As Clínicas Involuntárias integram o setor privado e filantrópico e estão em parceria com o município de Maceió. A Gerência da Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió é o setor responsável pelas Clínicas Involuntárias e por ela ocorre o encaminhamento de usuários que não são absorvidos pela rede pública do SUS.

Desde 2011, de forma muito contraditória, a Portaria n.º 3.088, que regulamenta a RAPS, previu no art. 9º a participação das Comunidades Terapêuticas dentro da rede. Um serviço que, mediante as fragilidades da RAPS em Alagoas, encontrou espaço para expansão e fortalecimento. Esta discussão permeia o objeto desta tese e permite discutir sobre o acesso e a garantia de direitos no âmbito da saúde mental e da atenção ao usuário de drogas. As pesquisas indicam que a rede privada está relacionada com a rede pública do SUS, de maneira direta ou indireta, como mostraremos a seguir.

Seguindo a tendência nacional, tanto as CTAs quanto as Clínicas Involuntárias estão vinculadas, predominantemente, à religião cristã: evangélica ou católica. Elas atuam predominantemente na dependência química, adotando o princípio da abstinência, e possuem normas rigorosas para regular o comportamento dos internos ou acolhidos. Além disso, foi possível observar durante a pesquisa de campo que esse modelo apresenta uma proposta de trabalho baseada na ajuda mútua, em que os usuários se auxiliam por meio de diálogos nos momentos de crise. De acordo com Reis e Silva, citados por Moura (2016), em 2012 havia um total de 35 CTAs no estado de Alagoas. Em 2013, existiam oito Clínicas Involuntárias vinculadas à Secretaria municipal de Saúde de Maceió (Moura, 2016).

Conforme a gestão do Centro de Acolhimento (ACOLHE), entrevistada nesta pesquisa, todo ano ocorre o credenciamento e o descredenciamento de CTA. Um edital é lançado e as CTAs que possuem interesse se cadastram para participar desse edital. O estado de Alagoas, no ano de 2022, contava com 29 unidades de CTAs, todas estas vinculadas à Secretaria de Estado. O quadro abaixo apresenta as CTAs e suas respectivas localizações.

Quadro 21 – Comunidades Terapêuticas Acolhedoras em Alagoas – 2022

N.	INTITUIÇÃO	MUNICÍPIO
1.	Divina Misericórdia	Palmeira dos Índios
2.	Senhora Santana	Santana do Ipanema
3.	Aliança da Restauração	Maribondo
4.	Acej	Quebrangulo
5.	Santo Onésimo	Água Branca
6.	São Judas Tadeu	Joaquim Gomes
7.	Gênesis	Campo Alegre
8.	Dona Paula	Arapiraca
9.	Nova Vida	Arapiraca
10.	Lar Semear	Arapiraca
11.	Divino Pai Eterno	Feria Grande
12.	Nova Jericó	Marechal Deodoro
13.	Rancho São Francisco	Marechal Deodoro
14.	Mãe Rainha	Marechal Deodoro
15.	Shalom Adulto	São Miguel dos Campos
16.	Shalom Adolescente masculino	São Miguel dos Campos
17.	Paz em Cristo	Marechal Deodoro
18.	Kerygma (feminino adulto)	Craíbas
19.	Kerygma (masculino adulto)	Craíbas
20.	São Paulo Apóstulo	Coité do Noia
21.	Rancho São João Bosco	Teotônio Vilela
22.	Bom Samaritano	Penedo
23.	Projeto Sarar (fememinino adolescente)	Coruripe
24.	Juvenópolis	Maceió
25.	Inovi	Maceió
26.	Desafio Jovem	Rio Largo
27.	Instituto Lar da Vida	Maceió
28.	Casa Betânia (feminino adulto)	Maceió
29.	Projeto Sarar (masculino adulto)	Satuba

Fonte: Elaboração própria a partir de dados fornecidos na entrevista com G4.

É perceptível pelas nomeclaturas das instituições que de forma predominante a natureza das instituições estão vinculadas a religião cristã. Essas instituições por certo tempo prestaram serviços filantrópicos não vinculados à política de drogas no estado de Alagoas. Ao passo que se cresce as demandas relacionadas ao uso abusivo de drogas, a carência de serviços públicos e o aumento do incentivo financeiro nessas áreas, essas instituições paulatinamente vão se adequando para se submeter a um edital e se vincular ao governo do estado. Salientamos que o acesso ao recurso público das CTAs se dão por meio do credenciamento ao Centro de Acolhimento que formaliza o vínculo com a SEPREV.

“A maioria dessas instituições já existiam antes mesmo da criação da Secretaria. Só que elas trabalhavam com esse viés de assistencialismo, como as igrejas. Quando foi pensado que o estado dispusesse desse tratamento voluntário e gratuito, essas instituições se cadastraram, se credenciaram ao governo do estado e fizeram algumas alterações. Porque daí não seria mais a questão do assistencialismo nem mais a questão apenas desse viés religioso. Por isso que muitas são evangélicas, outas católicas, porque já existia isso antigamente”. (G4).

É possível ver que o histórico interesse da Igreja nas questões de cunho social aparece na cena contemporânea alagoana, se adequando ao novo contexto mediado pela perspectiva do direito. Ao passo que as instituições acessam os recursos públicos e integram uma política pública, a perspectiva assistencialista (presente nas protoformas dessas instituições) é confrontada com as regulamentações legais e, por isso, a necessidade de readequação. Ainda que se considere que tenham ocorrido mudanças na forma de prestar esse serviço, adequando-o suas estruturas e o corpo de profissionais para atender a perspectiva da política pública, enquanto um acesso ao direito, a natureza dessas instituições tem raízes com o viés assistencialistas, e, em suas formas de intervenções, considera-se o ajuste da moral dos indivíduos acolhidos.

A gestão do Centro de Acolhimento assim avalia as mudanças que ocorreram na oferta desses serviços e a importância de se cumprir as regras postas no edital:

Com a questão do credenciamento, as normas e as regras foram estabelecidas para que a gente ofertasse um trabalho que não fosse de assistência e nem envolvesse diretamente a religião, fosse realmente o trabalho técnico. Por isso que tem assistente social, por isso que tem psicólogo, por isso que nas de adolescentes tem um pedagogo. Então, as instituições ofertam mais do que isso, mais do que religião, mais do que a questão da assistência. É um trabalho técnico. Esses técnicos eles são obrigados a evoluírem no sistema o que está acontecendo com aquele usuário ou usuária lá na instituição e ofertar, caso seja necessário, em outros órgãos esse acompanhamento, seja psíquico, seja numa UPA, seja no hospital. Então, mudou aí a estrutura da instituição. Para se credenciar, tem todo um aparato, eles têm que seguir tudo que está no edital, com relação aos quartos, como é que funciona, o que a instituição deve ofertar, tudo isso". (G4).

Durante a pesquisa de campo no Centro de Acolhimento, foi possível perceber como é organizado o fluxo de atendimentos ofertados na instituição. Perpassando uma triagem realizada por profissionais como médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo que avaliam se o caso se adequa para ser encaminhado a uma CTA. Conforme a gestão, a CTA tem uma equipe mínima composta por assistente social e psicólogo. As CTAs voltadas para adolescentes, além de assistente social e psicólogo, obrigatoriamente, devem ter um pedagogo na equipe, sendo um requisito básico para se credenciar à secretaria.

O acolhimento nas comunidades é voluntário, pode durar até seis meses e todo período em que o usuário permanece na instituição é custeado pelo governo do estado. Mesmo com um acolhimento de seis meses, profissionais, que atuam em CTAs, baseados em suas vivências, afirmam que é comum haver readmissão. Conforme a gestão, em Alagoas existem CTAs católicas, evangélicas e outras não vinculadas ao viés religioso. Ainda assim, a gestão afirma

que os acolhidos não são obrigados a aderir à religião ofertada, e que normalmente são encaminhados para CTAs que tenham mais afinidade com seu perfil e credo.

O financiamento das CTAs de Alagoas advém de dois meios: do Fundo de Combate a Pobreza (FECOEP) e o do financiamento do Governo Federal. Sendo que, apenas o repasse do FECOEP é de responsabilidade do Centro de Acolhimento. No ano de 2021 foram em torno de 4.500 encaminhamentos para as CTAs, sendo que nesse quantitativo estão pessoas que foram encaminhadas, mas não se adaptaram e foram reencaminhadas para outra comunidade, de modo que a gestão ressaltou: “[...] eu nunca digo que são 4.504 pessoas, são 4.504 encaminhamentos”. (G4).

Após a finalização do tratamento na CTA existe um período de adaptação e reinserção social:

“Após o período de acolhimento, existe outro setor chamado de ‘reinserção social’ que não fica nesse prédio, fica em outro prédio da Seprev também. Na reinserção social, essas pessoas que saíram das instituições são acompanhadas por outros profissionais. Oferta de cursos, emprego, tem acompanhamento psicológico e de assistente social caso a pessoa queira também. Às vezes, fica inseguro de retornar, a família também fica insegura, então lá tem esse acompanhamento após esse período de seis meses”. (G4).

É importante situar que o uso abusivo de drogas possui uma intrínseca relação com as questões de riscos e vulnerabilidade social. Como vimos, por vezes o interesse de se inserir no serviço advém primeiramente pela necessidade de sair da situação de risco e vulnerabilidade social, da extrema pobreza e de situações que degradam a vida humana. Como as CTAs oferecem um acolhimento de longa duração (podendo chegar até seis meses), e como é comum haver readmissão, entendemos que a reinserção social desse indivíduo por vezes se caracteriza em um momento problemático, uma vez que ele retorna para seu local de vulnerabilidade social, por vezes marcada por vínculos familiares frágeis e com pouca perspectiva de inserção no mercado de trabalho.

O fato de as CTAs possuírem um número reduzido de profissionais, faz com que a triagem no Centro de Acolhimento demande em uma estrutura de profissionais mais ampla (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e médico psiquiatra), que avaliará na triagem as condições de saúde do usuário e se ele está apto ou não para se inserir numa CTA. Essa equipe acaba se tornando referência para as demandas de saúde de todas as CTAs do estado.

“Ele chega aqui com a queixa dele, a equipe ela vai fazer essa análise e de acordo com a necessidade dele, a gente vai fazer esse encaminhamento. Inclusive, não é todas as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, que são dependentes, que a gente vai encaminhar para a comunidade terapêutica acolhedora. Porque as pessoas podem ter outras comorbidades, que muitas vezes impedem dela ser, naquele momento, pelo menos, encaminhada para as instituições. Ora, se eu tenho um usuário aqui que ele chega, ele é dependente de álcool e outras drogas e ele está completamente desidratado, eu não vou encaminhar ele para a Comunidade Terapêutica, eu vou encaminhar primeiro para Unidade de Atendimento, porque naquele momento é aquela urgência ali, aí ele se hidrata e depois ele retorna e a gente caminha para Comunidade Terapêutica Acolhedora. [...]. Às vezes ele vem aqui e ele está em surto psicótico, mas também faz uso de álcool e outras drogas, mas aí a gente vai encaminhar ele, por exemplo, para o Portugal Ramalho primeiro, para que esse surto seja controlado e, em outro momento, ele pode ser encaminhado”. (G4).

“Quando as pessoas nos procuram, a gente faz uma ficha cadastral: nome, endereço, telefone, religião, tudo isso. É feito uma triagem com psicólogo, assistente social e enfermeiro e às vezes nessa entrevista a pessoa vai dizer que está ameaçada em determinada área, não pode retornar para determinada área. Então, o encaminhamento dela vai depender do consenso da equipe com o usuário ou usuária do serviço, qual o melhor local para ela fazer o tratamento. Porque algumas instituições são católicas, outras são evangélicas, outras não têm religião. Às vezes, as pessoas preferem ir para a católica... Ninguém é obrigado a participar a nenhum tipo de missa, nenhum tipo de culto, mas a instituição ela dispõe para quem queira”. (G4).

Como se vê, são um conjunto de variáveis que determinam em qual CTA o usuário será acolhido. Durante a entrevista com a gestão, foi ressaltado que embora as comunidades em sua maioria sejam de cunho religioso e utilizem a espiritualidade como meio para o tratamento e recuperação, o acolhido não é obrigado a participar e a ceder a religião da comunidade, sendo inclusive uma questão posta no edital de credenciamento de CTAs aos Centros de Acolhimento. Ainda assim, consideramos que se um acolhido é admitido em uma instituição e se compromete a cumprir suas normas, regras e atividades diárias, é possível afirmar que de forma indireta ele é obrigado a estar em momentos espiritualizados, até porque esse é o meio para a recuperação da dependência química ofertada na instituição.

O Centro de Acolhimento também está aberto a receber denúncias de pessoas que sentiram seus direitos violados em alguma CTA. Conforme a gestão, a estratégia utilizada para o recebimento e apuração de denúncias segue o seguinte fluxo:

“A gente tem uma equipe de fiscalização. Esses usuários, caso identifique alguma coisa irregular na instituição, eles comparecem até o Centro de Acolhimento, eles fazem uma denúncia, essa denúncia é encaminhada para a fiscalização e a fiscalização vai verificar lá o que é que está acontecendo de acordo com essa denúncia”. (G4).

De forma geral, as CTAs de todo o Brasil já foram alvo de denúncias e de constatação de violações de direitos humanos. O *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017*, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público (2018), demonstrou elementos de desrespeito a individualidade, a liberdade dos indivíduos possuindo características de instituições asilares com imposições de normas que cerceiam a opinião, orientação sexual e costumes dos acolhidos. Sendo assim, acreditamos que a fiscalização das CTAs de Alagoas deve possuir mecanismo de fiscalização permanente e continuada, inclusive, que transcenda as funções do Centro de Acolhimento. Sendo necessário um setor externo a esse serviço, que possa realizar essa inspeção de forma neutra.

As Clínicas Involuntárias também consistem num tipo de serviço privado e filantrópico custeado com recursos públicos. Elas se assemelham as CTAs por possuírem alguns pontos em comum, são eles: os aspectos religiosos são utilizados estrategicamente para a recuperação da dependência química; possuem uma internação/acolhimento de longa duração, que pode variar entre três meses, com uma prorrogação de mais três meses; não ofertam um serviço de base comunitária respeitando a preservação dos vínculos sociais familiares. As Clínicas Involuntárias se diferenciam das CTAs por possuírem: estrutura física que possibilite a estabilização de usuários em surtos, além de possuir farmácia e enfermarias; as Clínicas Involuntárias possuem corpo de profissionais mais amplo, enquanto as CTAs são reduzidas; as Clínicas Involuntárias só admitem usuário por meio da internação involuntária ou compulsória, enquanto na CTAs só acolhem usuário voluntariamente; a inserção do usuário na Clínica Involuntária é feita por meio de uma internação, enquanto nas CTAs os usuários não são internados, e sim acolhidos; ambas instituições, trabalham de forma predominante na perspectiva da abstinência.

Conforme a entrevista realizada com a gestão de Maceió, em dezembro de 2021 havia cinco clínicas involuntárias, são elas: Fé, Divina Misericórdia, Grin Mulher e Árvore da Vida. Na avaliação da gestão, “[...]. *Essas clínicas elas são uma situação melhorada das comunidades*”. (G2). O credenciamento das Clínicas Involuntárias é feito pela gestão municipal de Maceió e o financiamento é dividido entre estado e município.

“Desde 2017 houve uma ACP (uma Ação Civil Pública), em que ela foi junto com a Defensoria Pública, foi familiares que entraram na justiça pedindo para que tivesse uma solução dessa situação de internações involuntárias, tanto do município quanto do estado. Porque eles estavam alegando que às vezes entravam com o pedido de internação e era tão moroso a ponto de quando sair o usuário já ter morrido e tantas

outras situações. E aí o defensor público, nessa época, achou por bem juntar município e estado da seguinte forma: Maceió como abrange a maior parte ser dividido com o estado. Então todas as nossas internações elas são pagas 50% estado, 50% do município. Ficou pactuado que seria o gerenciamento do município”. (G2).

“Hoje a diária é R\$ 210,00, que eles fizeram tipo um cartel, essas cinco clínicas eles determinaram, era R\$ 190,00, então a partir de fevereiro todos eles passaram a R\$ 210,00. [...]. Quatro masculinas e uma feminina, e aí eles recebem R\$ 210,00 e a gente paga também o resgate quando é solicitado o resgate”. (G2).

Considerando um mês com trinta dias, e uma diária na clínica no valor de R\$ 210,00, constata-se que o custo em média de uma internação por mês é de R\$ 6.300,00 por usuário na clínica involuntária. Consiste num valor expressivo que demonstra a canalização do recurso público para as clínicas, que acabam por lucrar com as internações e reinternações. Durante a entrevista com a gestão municipal, foi avaliado: *“[...] a gente sabe que todas essas as clínicas elas têm essa particularidade capitalista, mercadológica em que é rentável a reinternação”.* (G2). O quantitativo de investimento público nas internações também foi citado em entrevista com a gestão municipal:

Chegou há anos um gasto de 7 milhões, para você ver a quantidade de internações. [...]. O ano passado foi um milhão e meio, mas por conta da pandemia também, porque a gente sabe que houve essa redução. Porque, de qualquer forma, a quantidade de pessoas elas ficaram mais reservadas em casa. Teve aquele toque que era proibido as pessoas ficarem depois das 10 horas circulando. Então, tudo isso eu acho que também deu uma diminuída e a procura diminuiu. E aí quando começou a voltar bares, começou a voltar todos os outros serviços, voltou o aumento das internações. [...]. O ano passado foi um milhão e meio só para município, então, ao todo, três milhões (estado e município). Maceió gastou 3 milhões com interações. [...]. Esse ano, eu acho que a gente vai passar disso daí, vai passar um pouco. Porque até o meio do ano, se eu não me engano, estava calculado 750,00 mil para a gente, e como teve um aumento um pouco maior agora, eu acredito que vai passar de um milhão e meio. [...]. Um gasto que, se houvesse, de fato, o interesse público de se reavaliar esse serviço biomédico que está sendo criado, a gente poderia dar outra significativa à parte de álcool e drogas. (G2).

Quando nos deparamos com o sucateamento e superlotação do serviço público nos deparamos de forma recorrente com o discurso “da falta de recursos”, ao constatar o quanto de recursos públicos é anualmente destinado ao terceiro setor privado e filantrópico confirmamos que, de fato, existe uma não priorização do serviço público e uma supervalorização do setor privado. Os valores citados pela G2 demonstram o desinteresse em aplicar o recurso público nos serviços públicos da RAPS em Maceió.

Em 2023, o *Relatório das Clínicas de Internação Involuntárias*, feito pela Gerência de Atenção Psicossocial, apontou para a abertura do convênio com novas clínicas. O quadro abaixo foi apresentado no relatório com as clínicas involuntárias prestadoras de serviço:

Quadro 22 – Clínicas Involuntárias conveniadas à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió – 2023

CLÍNICAS (Nome Fantasia)	ENDEREÇOS	QUANTIDADE DE LEITOS	FINANCIAMENTO
Divina Misericórdia	Rua Operário Ângelo Arruda, 1.517 – Residencial Campo dos Palmares. Rio Largo/AL	40 leitos	Diária Valor R\$ 210,00 Financiamento municipal (50% município e 50% estado)
Lar Nova Jornada	Marechal Deodoro (nova)		
Árvore da Vida	Rua Projetada, Alto da Boa Vista. Paripueira/AL.	80 leitos	
Villa Serenidade	Santa Amélia (nova)		
O Caminho	Avenida Valdemar Rufino dos Santos, s/n – Fêmão Velho. Maceió/AL.	40 leitos	
Green Mulher	Loteamento Porto dos Gregórios I, Lotes 14/15, QD F, s/n. Satuba/AL	28 leitos	

Fonte: Maceió, 2023.

Os usuários são encaminhados para as clínicas involuntárias, pela gestão municipal de saúde ou pela Comissão de Avaliação e Tratamento (CAT), que funciona dentro do CAPSAD III de Maceió. A CAT consiste num serviço contraditório dentro do CAPS AD III, por administrar as questões relativas à dependência química para fora do serviço. A CAT acaba por assumir uma demanda de encaminhar usuários para tratamento involuntário ou compulsório para as clínicas involuntárias, ou para o tratamento voluntário em CTAs. Em outras palavras, a CAT é um serviço que funciona dentro do serviço público, direcionando e fortalecendo o terceiro setor filantrópico, de modo que, em Alagoas, as clínicas involuntárias e as CTAs são reguladas dentro do serviço substitutivo. Na avaliação da gestão municipal:

“Foi criada uma Comissão de Avaliação de Tratamento que é a CAT, essa CAT hoje está dentro do CAPSAD, que foi uma negociação, que para mim também é contraditório, que eu também não concordei, continuo não concordando. Como é que eu tenho um CAPS que é um serviço aberto e dentro do CAPS eu tenho uma avaliação que é para colocar em serviço fechado? Se choca. Então, [...], essa equipe que vai avaliar se o usuário é caso de 24 horas, se é caso de acompanhamento na rede, ou se é caso de ir para involuntário. Para poder ir para as internações, tem que passar por eles, ou as emergenciais que hoje passam por mim aqui na gerência e, de qualquer forma, tem que ser encaminhado por eles”. (G2).

Constatam-se, pois, duas formas de inserção de usuários para as clínicas involuntárias, por meio da CAT, e, em casos emergenciais, pela gestão da Gerência de Atenção Psicossocial (GAP). Quanto à composição do corpo de profissionais necessário para uma Clínica Involuntária estar habilitada para o credenciamento, a gestão municipal descreveu:

“Psicólogo, assistente social, médico (é obrigatório ter psiquiatra, não todos os dias, mas tem que ter), educador físico, terapeuta ocupacional. Geralmente, tem que ter um quadro de nível superior e eles exigem que tem a questão da cozinha, que tem que ser diferenciada. Existem os dormitórios. Existe a parte de enfermagem (é obrigatório ter enfermeiro e técnico de enfermagem). [...] Nas clínicas, eles fazem esse acompanhamento, têm que ter um médico, têm que ter toda a medicação de responsabilidade deles e o usuário ele é tutelado pela clínica naquele período. Tudo que acontecer a ele é de responsabilidade da clínica de cuidados, uma dor de dente, [...], é obrigação dele garantir a saúde e a integridade física daquele usuário”. (G2).

“[...] Na clínica ele tem que ter um técnico diário de nível superior, para fazer evolução, acompanhamento daquele usuário. Então, quando não tem, [...], não paga diária. Por isso que eles têm que ter esse acompanhamento de um profissional de nível superior e apresentar na documentação, o PTS dele, o que foi feito no dia para aquele usuário. (G2).

Por ser uma clínica de internação involuntária, os profissionais e a estrutura física de uma clínica devem seguir parâmetros característicos de serviço de saúde, com consultórios, farmácia, enfermarias e salas de estabilização, por exemplo. Além de manter as áreas e ambientes com características residenciais, com quartos, áreas de lazer e convivência. Quanto às atividades que são desenvolvidas durante o período de internamento, os internos seguem uma rotina que perpassa o trabalho com a espiritualidade, com rezas, orações, laborterapia, atividades domésticas e momentos de lazer fornecidos dentro da própria clínica. As atividades realizadas possuem certa semelhança com as CTAs, contudo, o fato de ser uma internação involuntária ou compulsória, há uma atenção voltada à intervenção da área médica para situações de surtos e crises de abstinência com a administração de medicações.

Uma das preocupações que apareceu na fala da gestão municipal refere-se as questões de cunho social que se entrelaçam no processo de busca para a internação em clínicas ou do acolhimento no CAPS AD III e nas CTAs de Alagoas. Durante a entrevista, a gestão municipal de Maceió expôs como as manifestações da questão social tem antecedido e justificado o interesse por internação e acolhimento, como também a manutenção do usuário no serviço, sem necessariamente está com uma demanda clínica voltada a dependência química.

“Hoje a gente vê que os riscos sociais eles estão mais agravados do que a situação da droga em si. [...]. Eu digo isso pelo CAPS AD, a maior parte dos nossos usuários do CAPS hoje ele não seria na parte de álcool e outras drogas, a situação dele é social. Ele precisa mais de abrigo, mais de um acolhimento, que seria na parte social, [...], do que de um acolhimento em termos de álcool e drogas. A gente está se impactando muito com isso, a gente até conversou que precisa fazer um diálogo com a assistência, [...], porque tá chegando muitos casos lá no CAPS AD e que [...] é visível. A gente passou dois anos com o usuário dentro do CAPS AD, porque a gente não tinha aonde botar. E a gente tem outros casos assim e é muito complexo”. (G2).

“Os casos emergenciais, porque, por exemplo, às vezes eu tenho uma situação, [...], que não dá tempo de pedir para que a equipe avalie agora. Então, eu tenho situações críticas, em que, se eu não tomar essa decisão, o usuário ele pode vir a falecer. Então, quando tem um perigo eminente desse, a gente acolhe e a clínica leva para fazer avaliação. [...]. O próprio serviço lá ele diz ‘é uma emergência, não dá para esperar o processo correr’, [...], porque quando passa por eles, pelo serviço da CAT, eles dão o documento, a família vem aqui na secretaria, abre o processo. Esse processo demora de 10 a 14 dias no máximo para poder sair a internação do usuário, mas só que às vezes 10 a 14 dias é o suficiente para o usuário falecer, ele está exposto ao risco”. (G2).

Durante a fundamentação teórica desta tese, explicitamos como historicamente a questão social fez parte do processo de internamento, unindo pessoas empobrecidas, pessoas com transtorno mental e pessoas que usam drogas no mesmo ambiente de afastamento. Foi demonstrado como a institucionalização desses sujeitos foi administrada pelo Estado, Igreja e em articulação com o Direito. Os dados da realidade contemporânea, do cenário alagoano (que segue uma tendência nacional) demonstram que essa tríade permanece sendo uma articulação que perdura até os dias atuais. A fala de G2 demonstra certa preocupação, ao avaliar que a instituição não consegue dar conta de administrar questões de cunho social, sendo importante a articulação com a política de assistência social.

Reconhecendo que as Clínicas Involuntárias reproduzem as tendências problemáticas que se assemelham as CTAs, pela oferta de um tratamento de longa duração que não dialoga na perspectiva da preservação dos vínculos sociais e familiares, e, principalmente, pela internação involuntária privar o indivíduo de sua liberdade de ir e vir, questionamos durante a entrevista se reclamações e denúncias chegam à gestão municipal. Conforme G2:

“Nesse período, as reclamações maiores que os familiares colocam continua sendo alimentação. [...]. Quando chega alguma denúncia aqui, [...], eu peço para que ela seja formalizada, a gente pede para que ela vá lá embaixo no setor e faça a formalização. E com isso eu posso tá realmente chegando aqui documentada pra gente ir na clínica fazer essa fiscalização. Os quartos eles têm chaves, são fechados pelo lado de fora à noite, [...], pra não ter fuga. [...]. Mas eles têm os horários, as terapias... É proibido o quarto de contenção, que seria que ele fica preso”. (G2).

Após ter sido mencionado na fala de G2, que era proibido o quarto de contenção (utilizado como forma de castigo pelo mau comportamento), foi indagado para a gestão se nenhuma clínica possuía quarto de contenção, que respondeu da seguinte forma:

“Teoricamente, mas isso tem. É uma das coisas que me incomoda muito, ter que tá com essa particularidade aqui é isso. Eu tive um conhecido meu, [...], ficou em uma das mais renomadas, que dizem que é a melhor, e ele sofreu agressão. Pedi para entrar e não me permitiram. Ele ficou contido nesse quarto, e a gente sabe a contenção como é que se dá, a contenção ela se dá com o usuário só de cueca que é para não cometer suicídio. E isso para mim é extremamente violador. Eles negam ter isso aí. Todas elas negam, mas a gente sabe que existe. A verdade é essa”. [...]. A gente sabe que ainda ocorre, não tanto como antes, mas ainda ocorre. Principalmente com usuários, há sedação, é o que eles mais utilizam quando eles estão mais agressivos. [...]. A gente sempre pede que eles formalizem a denúncia. Porque com essa formalização, se for o caso, eu posso até além da suspensão total, eu posso ter respaldos para encaminhar para outras instâncias”. (G2).

Mas, infelizmente, ainda não é satisfatória a prestação de serviço por parte das clínicas, como também ainda não é satisfatória a situação do tratamento de álcool e outras drogas para a gente. Eu visualizo que é necessário romper com todo esse estigma, em que o usuário de drogas ele tem que ficar totalmente excluído e a gente também tem que romper com essas formas de tratamento que ainda são tão excludentes e arbitrárias”. (G2).

O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público (2018), retratou que a contenção mecânica ou química é caracterizada como tortura, tratamento cruel ou degradante e estão em desconformidade com as leis brasileiras. Essa prática foi citada no relatório por ser identificada em algumas CTAs visitadas. No caso das Clínicas Involuntárias, percebe-se que os mecanismos de fiscalização ainda carecem de estratégias mais eficazes para identificação, punição e descredenciamento do serviço, visto que, como foi relatado pela gestão, *“A gente sabe que ainda ocorre, não tanto como antes, mas ainda ocorre”*. (G2). Sobre a fiscalização, a gestão assim pontuou: *“A gente também faz a fiscalização, faz a visita, sempre que a gente identifica algo que tá errado, a gente cobra. [...]. A gente fez aqui uma escala agora, uma programação, para que fosse feita uma visita por mês em cada clínica por técnico nosso”*. (G2).

Durante a entrevista com a gestão municipal, foi possível notar que a gestão ora estabelece críticas acerca do modelo ofertado pelas clínicas involuntárias, ora se pensa estratégias de ampliação dos serviços por esse mesmo modelo. Essa polaridade foi percebida nas falas abaixo:

“[...] Eu não tenho nenhuma clínica infanto. A única que se tinha ela cometeu várias violações de direitos, o ano passado ela foi descredenciada, as crianças foram retiradas dessa clínica pela pelo poder judiciário, pela justiça, pelo Ministério Público por todas essas violações. [...]. Hoje a gente não tem nenhuma clínica que atende a criança e adolescente, tem algumas que recebem como a Divina Misericórdia, a Fé e a própria Árvore da Vida, elas recebem esses usuários crianças e adolescentes. Mas não é um público separado e não é a política voltada para criança e adolescente. Então, dentro de uma clínica que há adultos e crianças, a gente sabe que não vai haver um tratamento igual, não vai haver um tratamento eficaz como manda o ECA”. (G2).

“E aí eu penso que seria necessário ter sim uma clínica específica para criança e adolescente, uma clínica que fosse operacionalizada pelo serviço (por nós), vamos dizer gerenciado por nós, mas operacionalizada por uma terceirizada, seu fosse o caso. A terceirização também eu não sou a favor, mas diante dessa situação o que é que a gente faz? Se correr o bicho pega, se ficar o bicho come. Mas eu acho que seria o que é mais viável no presente. E aí a gente tem isso que seria essa prestação feminina, masculina e infanto. Teria que ter para poder absorver e a gente ter técnicos ali para trabalhar de forma técnica e não misturar a parte da religiosidade, da laborterapia, porque a gente sabe que existe outras formas de redução de danos que a gente precisa trabalhar. (G2).

Percebe-se como as estratégias buscadas caminham no sentido de ampliar serviços terceirizados, privados e filantrópicos, ainda que se reconheça a problemática inerente a esse vínculo. Vale lembrar que historicamente a atenção em saúde mental da criança e do adolescente foi defasada em todo o Brasil e Alagoas acompanhou essa tendência. Dentro da RAPS, a atenção em saúde mental para a criança e para o adolescente pode ser ofertada pelos CAPSi e pelas UAI, mas, como apresentado nos itens 3.1 e 3.2.2, o número de serviços ainda é mínimo, insuficiente para administrar a demanda de álcool e drogas para o público infanto-juvenil.

Até o momento, pudemos trazer a estruturação da RAPS em Alagoas, o protagonismo dos serviços privados e filantrópicos por meio das CTAs, das Clínicas involuntárias e a existência dos hospitais psiquiátricos para suprir demandas que não são absorvidas pela RAPS. Os dados trazidos, que apresentam os tipos de serviços e quantitativo numérico, já nos alertam que a perspectiva do direito à saúde por meio do acesso ao serviço de saúde se encontra ameaçada, pois, quando nos deparamos com a inexistência de serviços ou um número relativamente reduzido, é evidente que pessoas com demandas de saúde mental nem tem conseguido acessar seus direitos.

Na seção seguinte traremos uma reflexão sobre a possibilidade de articulação entre os serviços ofertados e a perspectiva do direito à saúde e dos direitos humanos, dando ênfase para trabalho desenvolvido por um CAPS AD III, uma CTA de Alagoas, além da percepção técnica de profissionais que participam da triagem de um Centro de Acolhimento de Alagoas.

SEÇÃO IV

OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS EM ALAGOAS E A GARANTIA DE DIREITOS: UMA ARTICULAÇÃO POSSÍVEL?

Como vimos na seção anterior, a política de saúde mental e a política sobre drogas estão polarizadas por projetos societários em disputas que representam, de um lado, interesses mercadológicos, reacionário, punitivo, proibitivo, e, por outro, os anseios dos movimentos sociais contra hegemônico de luta antimanicomial que defendem a garantia de direitos. Até o momento, descrevemos e demonstramos as tendências que a construção dessas políticas tomou, perpassando dois projetos societários em disputa ao longo dos anos de 2001-2023. Entendendo que o acesso, ou, o não acessos aos direitos se materializam de forma direta na população usuária dos serviços e nos profissionais que ali exercem seu trabalho, buscamos trazer dados empíricos da realidade alagoana, coletados através da pesquisa de campo com a gestão e profissionais que atuam na rede pública e privada de Alagoas que possui vínculo com o estado.

Nosso intuito é promover uma reflexão acerca da oferta desses serviços, tendo em vista apreender as questões que se entrelaçam no acesso ao direito a saúde ofertada para a população alagoana, como: as expressões da questão social, autonomia dos indivíduos na escolha do seu tratamento, garantia da inviolabilidade de sua integridade física, psíquica, emocional e espiritual no processo de tratamento. Delimitamos dois modelos de serviços para desenvolver o estudo e análise, são eles: um CAPS AD III de Alagoas e uma CTA, ambos localizados em Alagoas. As percepções de profissionais que atuam na triagem do Centro de Acolhimento (ACOLHE) de Alagoas também foram consideradas, uma vez que desempenham um papel crucial na seleção de usuários para o acolhimento nas CTAs do estado, como foi detalhado na Seção III, item 3.2.2.

Nesta seção, com os resultados apresentados buscaremos responder em que medida os serviços de saúde mental, álcool e outras drogas que predominam na atualidade e na realidade alagoana são garantidores ou violadores de direitos? Os dados corroboram também com a nossa tese, especialmente ao indicar que em Alagoas, a institucionalização das drogas foi potencializada por nossas particularidades socioeconômicas, desfavorecendo o modelo substitutivo e resultando em uma rede frágil que não atende de forma plena às demandas relacionadas a álcool e drogas. Por outro lado, favoreceu o terceiro setor filantrópico e privado,

consolidando e fortalecendo abordagens conservadoras para o tratamento dessa problemática. Os dados também indicam que a contemporaneidade reproduz marcas do passado, com regulações sociais pautadas em ideologias religiosas para o tratamento de questões fisiopatológicas.

Sendo assim, apresentaremos a pesquisa realizada com a gestão do serviço e com três especialidades profissionais, são elas: assistente social, médico psiquiatra e psicólogo que atuam em um CAPS AD III, uma CTA e em um ACOLE de Alagoas. Os dados coletados foram tratados e situados dentro do contexto das falas e nos possibilitam refletir sobre a articulação entre a oferta dos serviços prestados e a garantia dos direitos instituídos. Sendo assim, a partir das diferentes percepções que perpassam as opiniões de profissionais acerca da realidade dos serviços prestados, será possível perceber em que medida esses serviços têm contribuído ou articulado com a garantia de direitos.

A pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevista individual, com formulário semiestruturado, ocorreu no período de 2021-2023 e contou com a participação de dois médicos psiquiatras, três assistentes sociais, três psicólogos e dois gestores, que serão mencionados conforme os códigos do quadro 1, apresentado na introdução desta tese. Para melhor expor as questões que perpassam a oferta de serviços e a garantia de direitos, optamos por expor o conteúdo das falas por eixos temáticos, são eles: *direito à saúde e à saúde mental: direito de todos e dever do Estado; garantia de direitos na perspectiva da liberdade de ir e vir, expressão, orientação sexual, opinião e crença; e, o direito à saúde mental pelo viés da abstinência x redução de danos.*

4.1 Direito à saúde e à saúde mental: direito de todos e dever do Estado

“Art. 196 - A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

(Brasil, 1988).

“Art. 2º Parágrafo Único: São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; [...]”.

(Brasil, 2001).

“Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”. (Brasil, 2001).

Pelos parâmetros legais, não há dúvidas de que a oferta de serviços de saúde à população em geral é uma responsabilidade assumida pelo Estado há mais de três décadas. A caracterização das políticas de saúde mental e de álcool e drogas apresentada em momentos anteriores nos indicaram que as tendências dessas políticas acabaram por articular o modelo manicomial, punitivo e proibitivo de uso de drogas e o modelo de saúde na perspectiva da garantia de direitos. Essas tendências apresentaram nuances ao longo dos governos que foram sendo assumidos, ora favorecendo um projeto, ora outro projeto, como foi demonstrado na seção III, item 3.1 deste trabalho.

Partimos do entendimento que a inserção do usuário ao serviço de saúde consiste na porta de entrada para o acesso ao direito, contudo, nem sempre acessar o serviço garante que a demanda de saúde seja atendida em sua integralidade ou tenha tido resolatividade, e que este indivíduo tenha o direito garantido. Como vimos, a Rede de Atenção Psicossocial possui fragilidades, com um quantitativo de dispositivos, muitas vezes insuficientes, e por isso, os serviços existentes acabam superlotando e subsistindo de forma precária. Durante a pesquisa de campo realizada no CAPSAD III de Alagoas, essa situação predominou na fala dos profissionais que participaram da pesquisa, dentre as falas foi possível perceber que embora Alagoas possua um CAPS AD III, que deve funcionar por 24 horas, pela precária estrutura, esse serviço não tem funcionado tal qual orienta a portaria que o regulamenta. O profissional A2, assim avaliou as condições estruturais do serviço:

“Péssimas, totalmente defasadas! Até porque nós somos um CAPSAD para um milhão e tanto de habitantes e era para ter no mínimo cinco, nós temos um, não dá conta, a gente não tem pernas para atender a demanda crescente. [...]. Existem os grupos, todo dia na semana, [...], no entanto, esses grupos eles não estão funcionando no momento. Porque antes foi a pandemia, tinha um decreto, [...], que não permitia aglomeração. Agora a gente não tem mais o decreto, no entanto, o CAPSAD está sucateado, ele está acabado, a estrutura física não oferece segurança nem para os profissionais, imagine para os usuários, para entrar aqui e para ser assistido durante o dia todo. Aí a gente está com esse tipo de serviço suspenso, até que a gente seja atendido. [...]”. (A2).

“[...] Por exemplo, hoje a gente atendeu aqui (eu digo a gente a colega que tá no acolhimento hoje) chegou um usuário com várias tentativas de suicídio e muito triste porque não tinha obtido êxito no suicídio. Aí a gente não tem estrutura para deixar um paciente desse aqui. Aí encaminhou para o Portugal Ramalho, não foi possível porque ele não estava na crise, ele só estava com ideias. Aí a gente pediu para o médico atender e fazer o encaminhamento para Ulisses. Aí ele foi para Ulisses e voltou. A Ulisses alegando que não tem vaga, só que não é. A Ulisses tem o maior preconceito quando diz assim ‘cheirou um lolô, veio do CAPSAD’ eles não aceitam. Aí a gente vai ser obrigado a deixar esse paciente aqui, esse usuário aqui, redobrar os cuidados até que a equipe possa articular algum lugar. [...]. A gente não tem estrutura para isso”. (A2).

Percebe-se como o conteúdo das falas reflete o não investimento do dinheiro público na oferta desse serviço, e como esse fato degrada todos os atendimentos que poderiam ser ofertados na instituição. Como se vê, à época da realização da pesquisa, o serviço não estava funcionando plenamente por questões de segurança e estruturais. De forma direta, são centenas de usuários que deixaram de estar no serviço e acessar o atendimento ofertado, especialmente na realização dos grupos terapêuticos, por dificuldades físicas e materiais para a manutenção desse tipo de atendimento.

O caso citado pela profissional A2, do usuário com ideiação suicida, que não encontrou no CAPS AD III de Alagoas, suporte adequado e de forma imediata pelas dificuldades estruturais da instituição, é uma expressão concreta da negação e violação do direito à vida e à saúde, que nesse caso, independe do empenho e anseio dos profissionais envolvidos. A dificuldade de encaminhamento institucional para outro serviço que pudesse acolher essa demanda, demonstra os impactos direto para o usuário da fragilização da RAPS, inclusive, quando a referência para esse encaminhamento se faz para o modelo de assistência psiquiátrica tradicional, isto é, os hospitais psiquiátricos.

Como apresentado na caracterização da RAPS em Alagoas, o hospital psiquiátrico privado Ulisses (citado pelo profissional A2) possui leitos do SUS pela parceria estabelecida com o estado de Alagoas. Ainda assim, existem dificuldades para encontrar vagas para internação nesse hospital. O profissional A2 ainda ressaltou que usuários encaminhados pelo CAPSAD III para esse hospital psiquiátrico encontram resistências e certo preconceito por ser usuário de álcool e outras drogas. Um fato que demonstra a negação do acesso ao serviço de saúde de forma igualitária e sem discriminação. Cabe ressaltar os perigos iminentes da falta de atendimento de saúde imediato na rede para pessoas com ideiação suicida, que, potencialmente, pela dificuldade no acesso, podem voltar para casa sem atendimento e cometer o suicídio. Por outro lado, acolher esse tipo de demanda sem suporte humano e estrutura adequada, incorre em sérios problemas para a instituição e para os profissionais.

O profissional A1, ao ser perguntado sobre sua avaliação acerca da estrutura oferecida pelo CAPSAD III, ponderou: *“Se você me perguntar se ela precisa melhorar, ela precisa. [...] O CAPS foi crescendo. Hoje eu fui ver, acho que quatorze mil e duzentos prontuários, tem arquivo morto, mas aí você já vê que tem uma quantidade. [...] Poderia melhorar”*. (A1). É possível notar com a fala do profissional que o serviço não conseguiu acompanhar a demanda crescente de usuários, se tornando insuficiente. Cabe o registro observacional do período da entrevista, de cartazes espalhados na recepção do CAPS AD III visitado, com as palavras de ordem *“Maceió é massa para quem?”*²⁸ demonstrando a indignação de profissionais e usuários diante das condições da instituição.

Durante a entrevista, foi possível perceber que os atendimentos avaliados como mais essenciais foram mantidos e estavam em funcionamento, dentre os quais, atendimento médico e a farmácia. Isso foi percebido durante a fala do profissional A3, que também avaliou de forma negativa a estrutura do serviço e refletiu como essa precarização tem repercutido em seus atendimentos:

“Na verdade, o serviço está parado há um tempo já por conta da pandemia. Mas assim, o serviço do CAPS, por completo, realmente a gente não pode exercer, porque não tá tendo os grupos, o que tá funcionando atualmente aqui é só as consultas médicas e a farmácia. A parte do acolhimento 24 horas também não está funcionando e nem os grupos de terapia. [...] Nossa estrutura aqui é bem precária, no meu ponto de vista. Já trabalhei em alguns outros locais que têm uma estrutura melhor. Porque assim, de estrutura mesmo, por exemplo, o consultório, nós temos problemas no forro que é solto, se bater um vento aqui, ele sobe e desce no meio da consulta. Várias vezes já tivemos problemas de vazamentos. Então, assim, a maioria dos serviços públicos a gente tem bastantes problemas estruturais. Inclusive no acolhimento, porque aqui é um CAPS 24 horas que seria para tá acolhendo os pacientes por 14 dias para a desintoxicação. Esse serviço não está funcionando, parece que desde o ano passado, se eu não me engano, [...], porque os ar-condicionados não funcionam. Então, o serviço está paralisado, por um problema estrutural, só para você ter uma noção da gravidade da coisa”. (A3).

“Aqui em Alagoas tem uma coisa que eu nunca tinha visto em outros lugares, que aqui no CAPSAD tem a CAT, que é um serviço que aborda casos de internação involuntária. Em nenhum outro lugar eu vi isso, só aqui em Alagoas mesmo. E assim, quando tem emergência e urgência psiquiátrica, é Hospital Portugal Ramalho ou Ulisses Pernambucano. [...]. Infelizmente estão querendo acabar com os psiquiátricos de todo o Brasil, o que eu acho um tiro no pé, porque todo mundo precisa de um pronto-socorro psiquiátrico”. (A3).

Mais uma vez, foi reiterada a precarização do serviço e as implicações disso para o exercício do trabalho profissional e para o atendimento do usuário. Reforça-se, também com a

²⁸ A hashtag #maceioemassa foi amplamente utilizada no marketing de governo do atual prefeito de Maceió, João Henrique Caldas (JHC) do Partido Liberal (PL), especialmente associada aos seus investimentos turísticos na cidade com pontos *instagramáveis* (expressão utilizada para designar ambientes e locais com características que promovam ideias de publicações de fotos na rede social Instagram).

fala do profissional A3, o quão limitado é a rede para encaminhamentos externos, visto que, mais uma vez, os hospitais psiquiátricos em funcionamento são citados como referência para os casos cronicados. É contraditório termos um CAPSAD III que deveria ter a estrutura de funcionar por 24 horas, fazendo o movimento inverso de articulação com velhos modelos. Ressaltamos que essa prática retrógrada independe dos anseios e vontade dos profissionais, se põe como uma necessidade imediata imposta pela precarização do serviço e pela necessidade de internação psiquiátrica em alguns casos.

A Comissão de Avaliação e Tratamento (CAT), que funciona dentro do CAPSAD III pesquisado, chamou-nos a atenção. Ela foi citada durante a entrevista com a gestão municipal de Maceió (G2), e reapareceu nas falas dos profissionais A2 e A3. De fato, a atividade que essa comissão desenvolve não aparece nas regulamentações dos CAPS e caminha num sentido inverso à proposta originária do movimento de luta antimanicomial. Conforme o profissional entrevistado A2, essa comissão é composta por uma equipe multiprofissional que avalia o tratamento adequado para o usuário e o direciona para as clínicas involuntárias ou para as CTAs. Mais uma vez constatamos que a precarização e superlotação do serviço têm favorecido e fortalecido o terceiro setor privado e filantrópico dentro do próprio serviço público de saúde.

O profissional A3 também expôs sua opinião quanto ao debate sobre o fim dos hospitais psiquiátricos de todo o Brasil, se colocando contrário a essa ideia, pois avalia que um pronto-socorro psiquiátrico é um dispositivo necessário para todos. Como apresentado na caracterização da RAPS realizada no item 3.1, os leitos especializados em Hospitais Gerais devem suprir essa demanda de intervenção imediata em casos graves que necessitem de internação psiquiátrica. Contudo, o número limitado desses leitos e o baixo investimento do estado acabam corroborando para que essa prática se pareça utópica, tanto para profissionais da política pública quanto para a sociedade de forma geral. Além disso, consideramos também que a existência do hospital psiquiátrico faz parte do ideário cultural dos indivíduos (trouxemos esse entendimento na segunda seção desta tese, com a fundamentação histórica e teórica), sendo um tanto complexo a desconstrução dessa ideia, ou a substituição desse modelo por outro com características mais humanizadas.

Ainda refletindo sobre os atendimentos essenciais mantidos no CAPS AD III pesquisado mediante o cenário de precarização, foi observado durante a espera para a realização das entrevistas que a dispensação das refeições (lanche e almoço) estavam sendo mantidas, de modo que durante a espera foi possível ver usuários indo até o serviço para buscar a refeição. Chamamos a atenção a manutenção dessa atividade, visto que muitos usuários que são atendidos nesse serviço estão em situação de rua e contam com as refeições dispensadas para realizar suas

alimentações. Como vimos, as questões de cunho social muitas vezes antecedem o interesse pela busca do serviço ou motivam o usuário a se manter vinculado às atividades. Em momentos em que há a suspensão dos grupos terapêuticos, certamente, há preocupação entre os usuários que se habituaram a contar com alimento fornecido pela instituição. Durante as falas dos profissionais A2 e A3 pudemos perceber como as questões de cunho social e de cunho familiar se associam e até mesmo acirram o uso abusivo de drogas.

“Nós temos um número muito grande de usuários em situação de rua, a questão social é gritante da maioria, mas é o uso abusivo mesmo e a questão de não ter onde ficar, a família não conseguir ajudar nesse tratamento, ele não ter nem como tomar um remédio no dia a dia para fazer o tratamento. [...]. Pela experiência que a gente tem... A desagregação familiar, conflitos familiares, desestrutura familiar, [...], já vem de uma situação social muito complicada, o entorno que o usuário vive, a vulnerabilidade mesmo em si. Agora assim, a gente avalia também que existe uma predisposição genética, mas esse entorno dele, a situação familiar contribui muito para que aquela situação se desenvolva ou não”. (A2).

“Primeiro a gente tem que observar todo o histórico familiar dessa pessoa, desde o início da infância, da adolescência, as adversidades familiares, conflitos familiares e sociais também que a pessoa passa, dificuldade financeiras, contingência familiar, abusos, traumas que podem desencadear a pessoa a buscar as substâncias psicoativas como uma forma de alívio da dor. [...]. Existem alguns gatilhos principais que são a dificuldade financeira, ou saber lidar com os problemas do dia a dia. Problemas todo mundo vai ter, todos os dias, mas o adicto ele vê a droga como uma forma de esquecer o problema e isso acaba se tornando um vício. [...]”. (A3).

A carência de recursos, a violência, a desagregação e conflitos familiares que marcam a vida de usuários com problemas com o uso abusivo de drogas tem origem ou se justificam pelas manifestações da questão social, que pelas suas múltiplas formas perpassam a vida desses indivíduos e se põe como uma das demandas da política administradas por quem operacionaliza, isto é, os profissionais. Historicamente, percebemos que a agudização da questão social tem intrínseca relação com os problemas do adoecimento mental e o do uso abusivo de drogas, complexificando e dificultando o tratamento e a recuperação.

A pesquisa de campo com a gestão e profissionais de uma CTA de Alagoas possibilitou conhecer a percepção dos sujeitos envolvidos com o serviço prestado, podendo fazer uma articulação com a garantia de direitos e um comparativo com o serviço ofertado pelo CAPS AD III pesquisado. A CTA possui dezessete anos de existência, atende o público masculino, maiores de 18 anos, o acolhimento é voluntário e é vinculado à religião católica. A comunidade conta com uma rede de seis instituições localizadas em Alagoas e Pernambuco e recebe acolhidos de todos os municípios de Alagoas, podendo também receber de outros estados. Para

a manutenção financeira, o gestor relatou que a instituição recebe recursos do Governo Federal e do estado de Alagoas, através da SEPREV.

Embora seja uma instituição de acolhimento voluntário e de portas abertas, as normas e a localização da CTA acabam por ter algumas características de instituição total e fechada. Afastada do centro urbano, acolhendo indivíduos de qualquer localidade e região, perde-se a ideia do serviço em saúde de base comunitária e a territorialização. O fato de ter normas restritivas que impedem os acolhidos de terem contato com o mundo externo e com meios de comunicação, escasso contato familiar, corrobora com as características de instituição fechada. Além disso, a CTA trabalha na mudança de comportamentos e hábitos, sendo uma das estratégias adotadas para a recuperação do acolhido.

Durante a pesquisa de campo, pôde-se observar que, em sua estrutura, a CTA se assemelha a um sítio ou fazenda, é arborizada, possui quadra, dormitório, refeitório, cozinha, piscina, áreas de convivência e tem capacidade para até cem acolhidos. A instituição tem características que se assemelham mais a um acampamento religioso, com poucas características de serviço de saúde (com consultórios, enfermarias, farmácia, salas de estabilização, por exemplo). Em sua estrutura física, a CTA foi avaliada de forma positiva entre os sujeitos envolvidos na pesquisa. Em comparação aos profissionais entrevistados no CAPS AD III de Alagoas, percebe-se nas falas uma diferença na satisfação do trabalho desenvolvido na instituição, especificamente, pela questão de estrutura física.

Quanto ao corpo de profissionais, a CTA conta com uma equipe reduzida, composta por: um assistente social, um psicólogo, um coordenador e os monitores que atuam na parte da vigilância. Os monitores são pessoas que foram acolhidas na CTA, que após a finalização do tratamento decidiram permanecer na instituição, desenvolvendo o trabalho de monitorização dos demais acolhidos. O profissional B2 assim descreveu a função dos monitores:

“[...] Os monitores têm alguns que são acolhidos que já terminaram há muito tempo e doaram a vida, estão aqui como voluntários, moram aqui. Alguns são acolhidos, [...], porém, à medida que a pessoa vai mostrando uma responsabilidade, um comprometimento, a gente vai dando umas responsabilidades para estimular isso mesmo, essa questão de responsabilidade”. (B2).

“Os monitores o que fazem? Ajudam nessa parte de horários. Que a comunidade ela tem um cronograma: de manhã tem oração (seis horas da manhã), depois da oração tem a questão dos doze passos, depois vem o café da manhã... [...] Os meninos têm que estar seguindo esse cronograma”. (B2).

Percebe-se que o cargo voluntário de monitor mostra uma hierarquização das relações entre os próprios usuários acolhidos. O monitor é um acolhido em destaque que se comportou bem e decidiu não se reinserir na sociedade após completar o tempo de tratamento. O monitor

acaba exercendo um trabalho não remunerado e contribui de forma voluntária para o funcionamento do serviço, disciplinando e organizando a convivência entre os acolhidos. O gestor, que ocupa a posição de coordenador da CTA e responsável pela instituição, se apresentou como dependente químico e missionário, seu discurso seguiu essa tendência de “doar” a vida para o trabalho na comunidade. Narrando sua trajetória, ele relata:

“Eu comecei como um acolhido. [...]. E aí fiz um vocacional, que também a gente faz essa parte de vocação. A gente tem a parte terapêutica e a parte missionária. [...]. Eu vim para conhecer a comunidade, fazer o tratamento e depois dei o ‘sim’ e começou todo o processo, foi três anos de estudo, de formações para hoje ser coordenador”. (G3).

“Tem a parte também espiritual. [...]. Eu sou um usuário de drogas também, [...], porque a gente vive só o hoje, sempre vou ser usuário, porém, doze anos sem usar. [...]. Eu tenho que participar de grupos, de formações, não existe ex. Tem pessoas que usam esse termo de ‘ex’, mas eu me considero um dependente químico e um alcoólatra, porque é só hoje. Se eu sair da presença de Deus (porque eu tive um encontro com Deus), [...], a cura da droga vem do poder superior que é Deus. Quando você tem um encontro, o tratamento fica mais fácil pra você finalizar. Quando você busca realmente que quer ser um novo homem, mudar de vida fica mais fácil. (G3).

É importante destacar que durante a entrevista foi possível perceber um sincretismo nas falas dos sujeitos, que associava uma formação voltada para a espiritualidade de cunho cristão, como também a uma formação voltada a dependência química pelo viés de um tratamento abstinência, não medicamentoso, com pouca articulação técnico-científica. De modo que, o gestor e os profissionais citaram que uma das atividades desenvolvidas cotidianamente na CTA é a “formação”, um grupo terapêutico espiritualizado.

“Fiz alguns cursos no decorrer desse tempo, voltado à dependência química fornecido pela Comunidade. Inclusive, também fiz um curso de conselheira terapêutica, que é o ‘muralha de escudo’, que a própria comunidade possibilita, [...], que é muito interessante. Porque existem os conselheiros terapêuticos aqui, que é mais uma questão espiritual e de aconselhamento mesmo, não tem a ver com essa questão da psicologia. [...] é mais uma questão espiritual, de aconselhamento, de escutar o que eles têm a dizer”. (B2).

“É um tratamento de reflexão. Não vai usar medicação, e a questão da religiosidade eu acho que é um ponto essencial. Eu acho que conta positivo. Porque são histórias muito sofridas, tem coisas que acontecem na vida da pessoa que não têm explicação, só Deus”. (B2).

Nota-se com as falas que as formações direcionadas aos acolhidos expressam de forma predominante uma intervenção subjetivista que tem sua fundamentação na moral e no irracionalismo. Vale o registro de que a formação citada na fala do profissional B2 é desenvolvida por profissionais e pela gestão da CTA. Identificamos certa semelhança das

atividades desenvolvidas na CTA com as primeiras formas de internação psiquiátrica na origem da institucionalização, que não tinha relação com ação em saúde. Como vimos na seção II dessa tese, a Igreja Católica, desde os primórdios da institucionalização, já assumia uma intervenção voltada aos internos de hospitais psiquiátricos. Esse fato nos indica que a operacionalização das políticas públicas do século XXI não rompeu com o irracionalismo nem com o pragmatismo.

As atividades desenvolvidas, as normas e a rotina da instituição foram mencionadas pelos profissionais e pelo gestor da seguinte forma:

“Aqui a gente tem todo um cronograma. [...]. Tem o despertar logo cedo, às seis já começa com a oração, logo após o café da manhã tem a laborterapia, que é você fazer algo, é as pessoas capinando, a gente tem a horta, a gente tem uma baia de cavalo... Cada um tem a sua função de 9 até às 11 horas nessa função. Tem a parte também de formação, tem AA (Alcoólicos Anônimos), tem formação com assistente social, psicólogo...” (G3).

“De manhã, sete horas, tem os doze passos, que vem a questão da oração. Ai oito horas, café da manhã. Nove horas começa a laborterapia até onze horas. Tem a formação com a gente a partir das onze. Depois vem almoço, descansa até duas horas da tarde. A partir de duas e meia, três horas já têm formação de novo. [...] A formação é com os profissionais técnicos: ou comigo, ou com a psicóloga, ou então com o missionário [...] sobre determinado tema”. (B2).

“Aqui ele vai seguir uma série de regras. Que vai ter momento de formação, momento de espiritualidade, momento de oração, momento de lazer também, de laborterapia. Então, a gente passa tudo isso pra eles. [...] Alguns que vêm não são católicos, aqui é uma comunidade católica, aí tem a questão do respeito quando não é a mesma religião, mas aí eles participam do momento”. (B1).

Predomina-se, pois, uma rotina que perpassa em atividades domésticas, grupos terapêuticos, laborterapia e momentos de oração. Quando perguntados sobre como as demandas de saúde dos acolhidos são administradas pela CTA, objetivando conhecer como os acolhidos têm o acesso à saúde no período em que estão na instituição, foi relatado pelo profissional B2 e pela gestão:

“Qualquer um que apresentar qualquer demanda clínica, tem uma UBS aqui no município que atende à comunidade. A gente também tem o acompanhamento do Caps do município. [...] Quem vem encaminhado pelo Acolhe pode ser acompanhado pelo psiquiatra do Acolhe. Aí ele já vem até com as consultas agendadas e a gente leva ele lá”. [...]. Muita gente diz que quer um atendimento psiquiátrico, que não consegue dormir, [...], mas numa intenção de substituir a droga ilícita pela droga de medicamento, medicamento é droga, e às vezes para se anestesiarem. Então, muita gente, a maioria, fica querendo tomar... Digamos assim, clonazepam que é um remédio comum que os psiquiatras passam. (B2).

Se precisar de psiquiatra, a gente também tem esse convênio com o município que tem psiquiatra, tem o CAPS, tem o posto de saúde, todo apoio a gente tem”. (G3).

Evidentemente, no cotidiano da CTA, demandas de saúde associadas ou não associadas ao uso abusivo de drogas aparecem para serem atendidas fora da instituição, uma vez que os acolhidos estão em regime de tratamento de longa duração, podendo chegar até seis meses. Percebe-se nas falas que alguns pontos da RAPS aparecem em articulação com a CTA, especialmente a Unidade Básica de Saúde e o CAPS. Os usuários encaminhados pelo Acolhe também podem ter acesso ao atendimento médico psiquiatra do profissional do Acolhe. É possível perceber na fala do profissional B2 que a sintomatologia da abstinência da dependência química aparece como uma demanda de saúde trazida pelos acolhidos, mas é visto pelo corpo dirigente da instituição como uma manipulação do usuário para continuar utilizando droga “substituindo uma por outra”.

Durante a entrevista com a gestão, também foi possível notar os riscos sociais interferindo na permanência do acolhido na CTA, sendo um dos motivos de desistência. Conforme G3, muitos usuários desistem do tratamento por informações trazidas pela família nos momentos das visitas, por vezes essas informações se referem a dívidas com drogas deixadas pelo acolhido. Além disso, foi possível notar que os acolhidos revelam para seus familiares durante as visitas suas insatisfações com a instituição e os familiares são orientados a não “cair” na manipulação do acolhido.

“Sim, mas tem muitos que estragam as visitas, eles conseguem manipular, se faz de coitadinho e muitas vezes atrapalham. A gente tem que tá junto pra não ter perdas, a gente tem que tá atento para contornar para não ter perdas, mas sempre tem perdas”. (G3).

“[...] tem a questão do contato familiar, [...] isso é o que deixa mais eles ansiosos, o não contato com a família. É estipulado: chegou hoje, a gente vai informar a família, [...], com quinze dias [...] pode fazer a primeira ligação. A gente que faz e passa a ligação para eles. Estipula determinado tempo, dez minutos, quinze minutos... Não pode usar celular”. “Depois o contato fica regular, duas ligações por mês (a cada quinze dias) e uma visita. A primeira visita é com trinta dias, que antes da pandemia era uma visita coletiva. [...]. A gente diz: vem para a visita? Evite conversar problemas financeiros, problemas pessoais...”. (B2).

Percebe-se que o distanciamento familiar e as reduzidas formas de contato geram certa tensão e ansiedade entre os acolhidos. Os problemas financeiros e familiares também interferem na permanência dos internos. Quando a gestão da CTA pondera que “tem que estar junto para não ter perdas”, nos aponta que, se o momento da interação familiar não for supervisionado pela equipe dirigente, há chances de haver desistências do tratamento e a “perda” para a CTA.

Os dados da entrevista realizada com os profissionais do Centro de Acolhimento, que participam da triagem de usuários para as CTAs, também demonstram os limites e as estratégias

adotadas para viabilizar o acesso à saúde pública entre pessoas com problemas em decorrência do uso abusivo de drogas. Os usuários que chegam até o Centro de Acolhimento chegam com demandas diversas, que por vezes precisam ser administradas de forma imediata para acontecer a inserção do usuário na CTA. Ao retratar a articulação do Centro de Acolhimento com a rede pública de saúde, foi relatada pelos profissionais C1 e C2:

“Existe, mas também é defasado. Não sei se é só por parte da comunidade ou da superlotação do CAPS. Porque a maioria quando sai relata que não tem acesso a esse tipo de serviço, porque demora até dois meses para conseguir. A gente já tentou ligar para tentar consulta, e coisa de dois meses para agendar e a gente vendo que a pessoa está necessitando do negócio para agora. Eu acho que tem essa dificuldade bem grande. Tem o serviço, existe, levam, mas nem sempre a maioria é atendida. Por isso que teve psiquiatra aqui, porque é uma forma da gente conseguir atender a maioria. Aí normalmente a gente encaminha pra UDA, [...], para pegar medicação, já adianta um pouquinho o lado deles”. (C2).

“Eu sou da equipe itinerante, é onde a gente vai fazer as visitas domiciliares. Chega uma demanda através do call center, ou de um whatsapp, ou de algum conhecido e a gente (psicólogo, assistente social) vai até a residência, ou local (não local de uso específico), mas uma praça, municípios (a gente cobre todo o estado de Alagoas), então a gente sempre vai na residência fazer essa avaliação. [...]. Então, quando a gente faz essa entrevista, tem que direcionar para os tratamentos específicos. Utilizo muito os Caps, tanto os Caps transtornos, [...], como o Caps AD, que a maioria dos usuários são de álcool e drogas. [...]. Eu tento priorizar esses tratamentos de liberdade. A maioria das vezes que eu encaminho para as comunidades terapêuticas são quando realmente a pessoa quer, ela realmente quer se internar, se acolher pra sair um pouco do ambiente de uso e tal e eu direciono. [...]. É basicamente isso e na triagem. A gente pega essa demanda aberta de porta de entrada, mesmo onde o pessoal vem pra gente atender e a gente vai direcionar, orientar, dar orientações de redução de danos dentro da própria triagem, que é mais fechada, diferente da visita domiciliar”. (C1).

Nota-se, com as falas dos profissionais acima, que embora o Centro de Acolhimento organize a inserção de usuários para as CTAs, existe uma intencionalidade entre os profissionais entrevistados em oferecer ou articular com o serviço alternativo ao modelo das CTAs, isto é, com os CAPS. É um movimento inverso, quando comparado com as falas de profissionais do CAPS AD III, visto que o próprio CAPS AD III pesquisado organiza encaminhamentos para acolhimento em CTAs e nas Clínicas Involuntárias. Os profissionais do Centro de Acolhimento tentam articulação com o CAPS AD III de referência, mas com pouca ou nenhuma resolutividade. Foi possível perceber a intencionalidade de encaminhar usuários para o CAPS e a dificuldade, na fala do profissional C1 do Centro de Acolhimento.

“Quando eu tô na luta, na visita domiciliar, a minha primeira opção é sempre tentar referenciar a RAPS, seja CAPS, CAPSAD como é álcool e drogas. Eu já senti algumas dificuldades até em relação ao CapsAD também. Ir com o usuário e não se sentir acolhido, tudo que a gente vê diferente na prática que é pra ser. [...]. O acolhimento muitas vezes eu achei ruim e outras vezes foram boas. Sempre nesse primeiro momento eu tento fazer isso: ‘não vamos para a comunidade, vamos buscar esse tratamento dia, você não sai do contexto familiar, tenta reduzir danos e vivenciar, trabalhar e fazer de acordo com o que você quer fazer’. Mas eu sinto dificuldade em acolhimento. [...]”. (C1).

“O sucateamento das verbas públicas nesses governos, principalmente agora e nos outros também, era pra tá mais amplo e está bem resumido. Então não tem vaga. A gente tenta com um usuário de álcool, [...], quinze dias para dar uma estabilizada, seria massa no Caps, e não tem vaga, nunca tem. E nunca se ampliou, a quantidade de usuários aumentou, tudo aumentou, a demanda aumentou e o Caps continua o mesmo”. (C1).

Percebe-se certo nível de consciência do profissional em relação à política pública de álcool e drogas e à funcionalidade da RAPS, realizando uma crítica aos governos que sucatearam os serviços públicos por meio da apropriação indevida das verbas públicas. Mais uma vez, o CAPS AD III é reconhecido por sua precária estrutura e por ofertar um serviço que persiste em meio ao descaso. As demandas de saúde, como tuberculose, intoxicação por uso abusivo de drogas, testes positivos para sífilis e HIV, entre outras situações que demandem uma atenção especializada do SUS, também aparecem na triagem do Centro de Acolhimento para serem administradas e referenciadas. No caso de pacientes com HIV, foi relatado que a situação é assim direcionada:

“Encaminha para os serviços específicos. [...] A gente tenta seguir o edital que está muito longe da prática, isso que é a minha maior crítica. Então dentro do edital tem algumas especificações que o usuário que vem ao serviço de triagem, quando o diagnosticado como um caso de HIV e sífilis ou alguma coisa, referencia o encaminhamento a enfermeira e a comunidade tem a obrigação de levar essa pessoa para o tratamento. Então a comunidade teria que ser responsável para fazer esse acompanhamento, levar ele para o Pam Salgadinho, para fazer os testes mais específicos. O pessoal as vezes já vem com o diagnóstico já certo, já sabe que são, já fazem o uso dos coquetéis, da medicação, [...], já tem acesso ao serviço. Mas, quando é a primeira vez a gente faz o aconselhamento, a orientação e tenta referenciar para a comunidade. Sempre conversando com o usuário, [...], como eles já estão muito fragilizados, já andaram muito, já estão em situação de rua, eles preferem ir para a comunidade para depois buscar o tratamento, mas na prática isso é muito difícil isso acontecer”. (C1).

O direito à saúde em sua integralidade é um princípio do SUS e corresponde a atender as demandas de saúde em todas as suas necessidades. O dependente químico que possua outras comorbidades associadas ou não associadas à dependência química tem por direito a atenção integral e a oferta desse serviço no SUS. No caso deste indivíduo, que está em regime fechado

de acolhimento voluntário numa CTA, cabe aos profissionais na CTA garantir que a necessidade de saúde seja acompanhada pelo serviço de saúde.

Considerando que a inserção do acolhido na CTA acarretará inicialmente num período de abstinência por dependência química, pois na CTA é proibido o uso de qualquer droga, o Centro de Acolhimento direciona o usuário ao profissional médico psiquiatra que buscará minimizar os efeitos desse processo através das medicações. O profissional C3 assim relatou seu trabalho no Centro de Acolhimento:

“A minha contribuição é exatamente tentar sanar os problemas que os pacientes dependentes químicos, de uma maneira geral de álcool e outras drogas, necessitam, principalmente no momento em que eles saem do uso diário e vão para o acolhimento e que começa as fases da abstinência. É exatamente nessa parte que eu entro para tentar aliviar ou sanar os problemas que existem nesses pacientes psiquiátricos dependentes químicos, principalmente no período que eles param de usar e começam os sintomas, os sinais da chamada abstinência por substâncias químicas”. (C3).

“Essas medicações a gente usa exatamente para dar uma melhor qualidade de vida nesses pacientes e no acolhimento deles. Para diminuir a ansiedade, diminuir a insônia, diminuir tremores, alguns desses pacientes têm alucinações visuais e auditivas. A gente faz com que esses pacientes sanem esses problemas”. [...]. “Um dos maiores problemas que a gente vê aqui é exatamente isso, a fissura por não poder usar a droga, a fissura de querer sair da unidade de acolhimento para poder usar a droga. É exatamente isso que faz com que ele não conclua os seis meses de tratamento ou o tempo adequado para ele se sentir excluído das drogas”. (C3).

O tratamento pautado na abstinência, isto é, a retirada abrupta da droga, é uma imposição feita pela CTA como critério de permanência no serviço, se configurando uma das grandes diferenças entre CAPSAD III e CTA. No caso do CAPS AD III, se for desejo do usuário, de forma livre e voluntária, um tratamento pelo viés da abstinência, a equipe organizará um projeto terapêutico com essa finalidade, respeitando a autonomia e suas particularidades. Como relatado pelo profissional C3, a abstinência é um dos fatores que levam acolhidos a desistirem do tratamento e retornarem para a sociedade, isto é, para a sua realidade. Profissionais e gestores participantes da pesquisa relataram que é comum haver readmissão em CTAs, sendo um dado expressivo que demonstra as fragilidades do tratamento por meio da abstinência.

Os dados demonstrados até o momento nos indicaram que o direito à saúde tem subsistido de forma deficiente em Alagoas. O CAPS AD III pesquisado, em sua estrutura, tem subsistido de forma mínima, com uma organização interna que fortalece os encaminhamentos para CTAs, Clínicas Involuntárias e Hospitais Psiquiátricos. Os dados do Centro de Acolhimento mostram que existe uma intencionalidade entre os profissionais de considerar o modelo da RAPS e em especial o CAPS AD III, como uma alternativa antes de encaminhar o

usuário para a CTA, contudo, a precarização e superlotação do CAPSAD III impede que essa articulação tenha alguma resolutividade. Quanto a oferta de serviços oferecido pela CTA pesquisada, percebemos um nível de satisfação entre a gestão e os profissionais quanto a estrutura e serviço ofertado, ausência de crítica ao modelo da CTA, predomínio de atividades terapêuticas espiritualizadas e pouca articulação com os serviços da RAPS.

Consideramos que o modelo do CAPS nas suas diferentes modalidades, tal qual foi originalmente pensado e regulamentado, possui um potencial para contribuir na viabilização do direito à saúde mental e ao tratamento da dependência química sem violar os direitos, a integridade física, psíquica e emocional. No nosso entendimento, as dificuldades enfrentadas pelo CAPS AD III de Alagoas pesquisado expressam o desinteresse público no financiamento do serviço e não um fracasso do modelo dos CAPS.

4.2 Garantia de direitos na perspectiva da liberdade de ir e vir, expressão, orientação sexual, opinião e crença

Art. 2º - Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948).

Art. 1º – Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (Brasil, 2001).

Embora a CTA e o CAPSAD III possuam o mesmo perfil de usuário que acessam o serviço para o tratamento, isto é, pessoas com problemas em decorrência do uso abusivo de álcool e drogas, um importante diferencial entre as instituições é que no CAPSAD III os usuários podem acessar ao serviço sempre que quiser, entrar e sair da instituição sem necessariamente estar fazendo algo de errado que viole as normas institucionais. Isto porque o CAPS AD III,

assim como todas as outras modalidades de CAPS, atua sob o viés do serviço aberto e de base comunitária. A CTA, por sua vez, ainda que seja uma instituição de acolhimento voluntário, uma vez que o indivíduo acolhido é admitido no serviço, ele não pode mais sair da instituição, sob a penalidade de ser desligado do tratamento. Ainda que ambas as instituições ofereçam um serviço voluntário, existem nuances nas normas que implicam na liberdade dos indivíduos de ir e vir, durante o processo de tratamento. Não existindo possibilidade de tratamento na CTA com usuários em contato com o mundo externo. Em casos excepcionais, a saída de um acolhido da comunidade é feita sob vigilância de um funcionário da CTA, que o acompanha em todo o percurso.

Essa possibilidade (ou não) de contato com o mundo externo, durante o tratamento, consiste numa importante diferença entre as instituições e tem repercussão na quebra de vínculos sociais e familiares. Um usuário que está em tratamento e consegue fazê-lo mantendo vínculos de trabalho, ou aprendendo novas habilidades, buscando novas ocupações para geração de renda, mantendo contato familiar, se reinserindo no âmbito escolar ou em cursos profissionalizantes enquanto faz o tratamento, pode fortalecer os vínculos sociais e familiares. Por sua vez, a retirada total do usuário do convívio social e familiar pode gerar uma falsa ideia de que o isolamento traz segurança, pois o mantém afastado do que o leva ao uso das drogas. Contudo, o retorno para o local de origem (sua residência ou a própria rua, no caso de pessoas que moram na rua) é uma realidade que, uma hora ou outra, será enfrentada pelo usuário, seja num tratamento aberto, seja num tratamento voluntário que o mantenha afastado de sua realidade. Consideramos que a privação da liberdade voluntária não consiste numa estratégia eficaz que contribua de forma positiva para a reinserção social.

Foi perceptível durante a entrevista na CTA, o discurso altruísta de que muitos acolhidos “doaram a vida para a comunidade”, isto é, mesmo após a finalização do tratamento, o acolhido escolheu ficar trabalhando voluntariamente na instituição, no nosso entendimento, como uma forma de não retornar ao passado ou a realidade. A vida na CTA não reflete a vida em sociedade, os aspectos socioeconômicos são suprimidos em partes, com a ausência de manuseio com dinheiro pelo acolhido, e de responsabilidades impostas pelas relações sociais capitalistas. Acreditamos que essa prática (de permanecer na CTA) expressa as implicações do rompimento dos vínculos sociais e familiares, uma vez que o distanciamento do indivíduo do seu meio acaba interferindo no sentimento de pertencimento de determinado grupo social. Além disso, o discurso do trabalho voluntário não remunerado corrobora com a lógica capitalista e do trabalho não regulamentado e precarizado.

Durante a entrevista no CAPSAD III, foi possível constatar através da fala de

profissionais, como alguns usuários avaliam as CTAs. Conforme o profissional A2:

“Muitas vezes quando eles estão aqui no 24h, que eles vão ter alta, mas que ele tem uma situação social gritante que a gente sabe que ele voltando, ele vai recair naquele mesmo dia, até porque tem um transtorno associado (controlado, mas tem), a gente tenta mandar para uma comunidade para dar mais um tempo, para que a família se organize, ver como é que pode fazer alguma coisa, até encaminhamentos também, [...], a gente manda para uma comunidade, muitas vezes eles dizem que não querem, exatamente por conta disso, porque lá é trabalho e... Eles dizem ‘reza e trabalho, reza e trabalho’. Muitas vezes eles não querem”. (A2).

Foi possível notar que as CTAs se tornaram um ponto de apoio e referência para o CAPSAD III cenário do estudo, especialmente porque esse serviço acaba por suprir uma lacuna de demanda social, por oferecer elementos que, de forma imediata, retiram um indivíduo da situação de risco social. Ao oferecer um serviço com abrigo, alimentação e afastamento social, o trabalho ofertado pela CTA, de forma imediata e emergencial, retira o acolhido de sua situação de perigo. Percebe-se, com isso, que a CTA acaba por estar atendendo uma demanda que seria para política de assistência social e não necessariamente dos serviços de saúde mental. A fala do profissional A2 também nos demonstra a resistência de alguns usuários em se inserirem nas CTAs, pela questão da imposição de normas que perpassam “trabalho e reza”.

Quanto ao acolhimento ofertado no CAPSAD III, o profissional A2 assim descreveu:

“Quando ele vem para cá é porque ele quis vir, ele veio voluntário. E pode acontecer também de no momento ele aceitar ficar, mas que com dois dias, antes de completar uma semana, ele queira sair também, ele desista. [...]. Aqui é um serviço de portas abertas, ele chegou, ele vai passar pela avaliação de algum profissional e daí vão ser dados os encaminhamentos (A2).

Os grupos terapêuticos realizados também foram citados como meios estratégicos para a reinserção social. O profissional A1 assim citou um dos grupos: *“‘Resgatando a identidade através da cultura’, a gente bota filme, música, sempre sem apologia ao uso do álcool e da droga e com cuidado para que sejam um tratamento que eles estão fazendo aqui que sirva para fora, tanto a parte social e psicológica deles”. (A1).* É evidente que um grupo terapêutico, um serviço, profissionais não têm o poder de alterar a realidade socioeconômica de um usuário, ainda assim, esses grupos quando trabalhados de forma estratégica podem fortalecer os vínculos sociais e familiares para contribuir para autonomia do indivíduo, a prevenção de recaída e a promoção da saúde.

A atenção em saúde mental voltada para a dependência química ofertada em Alagoas também nos levou a refletir sobre a garantia que os usuários estão tendo quanto ao direito de

expressão, opinião, orientação sexual e crença. Quando identificamos um número expressivo de CTAs vinculadas a uma religião, acolhendo indivíduos que possuem singularidades e uma história de vida, é de grande relevância identificar se as instituições têm respeitado as singularidades dos sujeitos.

Durante a pesquisa no Centro de Acolhimento, instituição que realiza a triagem para as CTAs de Alagoas, foi possível ver a difícil articulação entre a garantia desses direitos. Por existirem apenas CTAs masculinas e femininas, em sua maioria de cunho religioso, o profissional C2 entrevistado relatou os desafios existentes para encaminhar indivíduos que não se identificam no gênero masculino ou feminino.

“A gente tem uma que sempre a gente atende. Tá praticamente toda semana aqui, não consegue se firmar nas comunidades e não consegue frequentar outros serviços porque sofre preconceito sobre a questão da transfobia. É muito complicado, porque a gente não tem uma comunidade direcionada apenas para eles. Algumas comunidades puxam um pouco essa questão da religião e cobram que eles se vistam como homens. E a gente não concorda, mas não tem outra forma, por enquanto não tem. Aí o que é que a gente faz quando chega esse público? Já tem algumas comunidades que são mais flexíveis, que têm quartos, locais mais separados, para não ficar com outros homens. [...]. Aí a gente já direciona para esses locais que são um pouco mais, [...], abertos, mesmo tendo a questão da religião forte, mas podem se vestir da forma que se identificam. Vai para a comunidade masculina, mas se veste como mulher. Tem algumas (comunidades) que não aceitam. Aí quando chega essa demanda, a gente encaminha para as que têm essa questão da aceitação, que já têm quartos separados, não têm essa imposição. Por que tem uma que impõe mesmo, que a pessoa corte o cabelo, que se vista como homem mesmo, então isso já é bem complicado. Já teve gente que se submeteu a cortar o cabelo, aí acaba fazendo aquela lavagem cerebral, né, que a religião, que tá errado... Mas quando chega aqui, a gente tenta reforçar que não tá, que não é algo errado”. (C2).

“Já teve caso de pegarem a pessoa cometendo algum ato sexual com outro acolhido, porque acontece, eles estão em abstinência, então os ânimos estão tudo aflorados. Aí acaba sendo desligado, os dois. O peso é maior para a travesti, que leva a culpa. O trans ou a travesti, como se fosse ela que estava seduzindo os outros, mas a gente sabe que não é assim, infelizmente”. (C2).

Situações como essa nitidamente expressam uma série de violações e negação de direitos. De modo que, por vezes, o acesso à saúde é negado por questões de cunho moral que não deveriam perpassar como critério de inserção no serviço de saúde financiado com recursos públicos. Embora tenha sido posto pela gestão do Centro de Acolhimento as normas impostas no edital, é perceptível que, na realidade cotidiana, há fragilizações na oferta desse serviço, que potencialmente ameaça a integridade física, psíquica e emocional dos usuários. Diante de situações como essa, a profissional entrevistada lamentou:

“É bem triste, assim, quando a gente vê. Porque fica muito limitado, sabe, a gente quer ajudar, mas a gente tem um limite. Então, tem certos limites que eu não tenho como ultrapassar, [...], o que eu posso fazer é orientar para evitar certas situações. Porque quem se prejudica, na maior parte, são elas que ficam fora da comunidade. Porque a maioria que vem aqui não consegue frequentar um Centro Pop, por exemplo, porque quando chega vira motivo de piada dos outros usuários e vai gerando aquela situação. [...]. Algumas ficam caladas, mas outras reagem, aí acaba sendo agredida. É uma situação bem chata”. (C2).

Atrelado à transfobia e às diversas formas de violência que daí decorrem (física, institucional, moral, psicológica e patrimonial) as normas e rotinas das CTAs, bem como questões que perpassam a imposição religiosa, aparecem como motivos de desistência das comunidades. Embora exista uma normatização que sinalize que os acolhidos não devem ser obrigados a participar das atividades religiosas, essa norma é descumprida, conforme é relatado por usuários para os profissionais do Centro de Acolhimento. Quando questionada sobre os motivos que levam o desligamento ou desistência do usuário na CTA, o profissional C2 pontuou:

“O que eu mais vejo é essa questão de adaptação. Porque, querendo ou não, eles estão na rua, eles têm os horários. E na comunidade tem normas e tem coisas que eles têm que seguir. Aí a maioria não se habitua a essa questão da religião, eles não são muito adeptos a religião, tem a questão do comportamento que é a principal, eu acho que depois acredito que vem a religião, questão de norma mesmo, porque algumas são católicas. Eles dizem que não, mas os acolhidos falam que tem a imposição, tipo ‘ah, você não vai assistir à missa não? Então vai perder tal atividade’. Só que quando a gente vai investigar isso, eles não dizem, na fiscalização a gente não chega a identificar, mas pelo número de relatos a gente sabe que existe, essa questão da imposição religiosa. Eu vejo que é um dos motivos, principalmente quando é católica, eles saindo muito por conta dessa questão. Quando são católicos, aí até ficam, mas tem esse choque de acontecer de uma pessoa se interessar, de ir para uma comunidade que ele é evangélico ou de outra religião... [...], e tem essa imposição não verbalizada,[...], é sutil. (C2).

“Não é todo mundo que chega nos seis meses, a maioria das pessoas aqui a gente conta no dedo que chega nos seis, não se firmam. [...]. Por vários fatores, às vezes falam da questão da alimentação, normalmente eles dizem que na rua eles conseguem ter uma variedade melhor de alimentação. Convivência é bem complicado. A convivência, acho que é um dos maiores motivos de evasão, é a convivência entre eles”. (C2).

Essa problemática também se expressou na fala do profissional C1, ao ser questionado como ele avaliava o serviço ofertado pelas CTAs, o profissional respondeu:

“Péssimas. Não cumpre o que é para ser cumprido em relação ao edital. [...]. Dentro do edital tem várias especificações que não são cumpridas e eu não sei porque não existe ou o rompimento de vínculo ou a questão de descredenciar. [...]. E não cumprem à risca o que é para ser cumprido. Das pessoas trans, tem comunidade que não aceita, porque tá se vestindo de mulher e para a religião isso não existe, então eu estou excluindo, está sendo excludente, não está sendo acolhedora. Questão de religião, de rezar e tal, porque no edital não é obrigado, mas tem pessoas que vão

para a comunidade e não querem rezar são botados para fora da comunidade. Cadê a galera que não fiscaliza isso para punir mesmo, descredenciar. Fora as denúncias que tem de violação de direitos humanos, tem tudo isso, é bem complexo. [...]. Eu peço que eles formalizem a denúncia, já tentei até viabilizar via Ministério Público, mas nunca tive resposta”. (C1).

Foi possível notar que existe um dilema quanto a utilização da questão religiosa e a espiritualidade no processo de tratamento da dependência química, especialmente, quando há expressões de obrigatoriedade (ainda que de forma sutil ou implícita) que o acolhido participe dos momentos religiosos oferecido pela instituição. Ficou claro entre as falas que existe uma linha tênue que leva à obrigatoriedade, pois o discurso comumente reforçou a ideia de que “não é obrigado a se tornar da religião”, mas, “é preciso participar dos momentos religiosos”. Essa ideia se reforçou na fala do profissional B2,

“Quando eles entram, a gente passa um regimento. [...]. Tem um regimento da comunidade dizendo o que pode e o que não pode, [...] horários. Em relação à religiosidade, a gente sempre deixa claro que ninguém é obrigado a ser católico, a gente só pede para que participe das atividades que estão no cronograma, que é a questão da oração. Tem a quarta-feira de oração, a missa na quinta-feira de manhã. Mas ninguém é obrigado a mudar, porém, tem alguns mais resistentes, mas é muito difícil alguém dizer que não vai, ou não quer. (B2)

A liberdade de crença e culto religioso é um direito inviolável posto no art. 5 inciso VI da Constituição Federal de 1988: “é inviolável a liberdade de consciência e de crença, assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias”. (Brasil,1988). Cada ser humano tem o direito de exercer, de forma individual ou coletiva, seu direito de consciência e de credo, sendo, por sua vez, livre o exercício do culto religioso. O texto constitucional, ao reiterar o “livre exercício” sinaliza que as pessoas não são obrigadas a exercerem e participarem do culto religioso. Essa questão, que ameaça o direito ao credo, se complexifica quando é estipulada a participação nos momentos religiosos para se manter no serviço financiado com recursos públicos.

A liberdade de expressão e opinião são cerceadas nessa relação de imposição, pois prevalecerão as determinações institucionais da CTA. O caso citado pelo profissional C2, que relata que uma pessoa acolhida precisou cortar os cabelos, adequar suas roupas para se inserir e permanecer na CTA é uma expressão concreta do cerceamento da liberdade de expressão e opinião, em que o julgamento moral institucional se sobrepõe a autonomia do sujeito. Os profissionais entrevistados da CTA, CAPSAD III e do Centro de Acolhimento, quando

perguntados sobre como avaliavam a inserção dos aspectos religiosos associados ao tratamento da dependência química, assim pontuaram:

Profissionais do CAPSAD III:

“Não sou a favor, porque não é que eu esteja dizendo que ele não vá procurar trabalhar o seu lado espiritual, mas eu acho que quando ele tá no tratamento, ele tá na instituição, ele tem que ter clareza que aquele momento vai depender muito dele para que ele possa estar comprometido com o tratamento dele. O problema da espiritualidade, ele pode procurar individualmente se ele quiser, como ele quiser, da forma que ele acredita que seja melhor para ele, não que a instituição vá forçar essa situação e ter isso como um tratamento”. (A2).

“Eu já tenho a minha opinião bem formada referente a isso, até da parte da psicologia. A psicologia ela não trabalha a religião, ela trabalha a fé. [...]. Tem indivíduos que têm perfil católico, ele tem uma religião e daí se ele for para aquele espaço, que se ele se sente bem com a religião, [...], contribui, vai depender... Por isso que eu digo, que a parte da psicologia e a parte de algumas questões é bem subjetiva para. [...]. Agora vamos colocar que se ele não tem fé (isso é bem minha opinião), ele não acredita num Deus Católico, num Deus protestante, não vai adiantar. Porque ele vai estar lá em oposição com o tratamento. Até ele pode aderir, mas ele poderia pôr uma necessidade ou porque está lá mesmo. [...]. Se você me pergunta: a fé? A fé é importante. O ser humano precisa de fé. Precisa acreditar em algo”. (A1).

“A religião eu vejo como uma faca de dois gumes, porque ela pode ser tanto benéfica quanto não ajudar tanto. Por exemplo, se você tem um paciente que tem já uma tendência à psicose, a gente tenta evitar temas religiosos, tanto na psiquiatria geral, a gente não costuma envolver nada que tenha a religiosidade. Agora, na dicção, se o paciente tiver lúcido, não tiver psicose, eu acho que pode ser sim uma ferramenta muito benéfica para o tratamento sim. Acho que as pessoas conseguem se beneficiar de uma forma bem bacana assim, vários pacientes meus que estão em comunidades terapêuticas se entregam mais nessa parte religiosa e têm bons resultados”. (A3).

A gestão e o profissional B2 da CTA, assim se posicionaram:

“Eu posso falar que é essencial. [...]. Eu sempre passo para eles que, sem espiritualidade, nunca vai deixar de usar droga. Eu tô aqui eu sou prova viva, todos nossos missionários, começando pelo fundador, tudo é usuário de drogas”. [...]. Se você conhecer, ter esse despertar espiritual mesmo, nunca mais você vai usar droga. Mas se você tá aqui só para tipo, ‘tô marcado pra morrer’ você sabe que tem muito disso, tem pessoas aqui que já tirou vidas, já matou pessoas, já foi preso várias vezes, e muitos vêm só para se esconder dos problemas lá fora. [...]. Para sair das drogas, necessita ter algo mais forte, tem que ter um encontro, uma entrega, para conseguir vencer as drogas, que não é fácil”. (G3).

“Mas muitos aqui têm esse despertar espiritual. Até os profissionais, porque não basta psicóloga e assistente social, têm que ter amor, têm que ter uma espiritualidade, têm que ter algo, não só o trabalho, mas ter dedicação. [...] Precisa até o profissional ter esse vínculo espiritual com Deus para seguir, porque não é fácil”. (G3).

“Eu sou uma pessoa católica, sempre fui católica. Porém, desde quando eu vim pra cá eu me aproximei muito mais da religiosidade. [...] A comunidade é de cunho católico, e eu acredito que esse seja um diferencial muito grande. Claro que não tenho essa a pretensão de dizer que resolve tudo, né? Mas assim, é um conjunto, é um trabalho em equipe. (B2).

Os profissionais e a gestão do Centro de Acolhimento assim responderam:

“Não seria como forma de tratamento em si, mas há essa oferta também. Se a pessoa, por exemplo, é católica e vai para uma instituição que é católica, que tem o viés católico, ela pode ir para a missa. Ou então vai existir lá alguma reunião entre eles para o terço, aí vai depender da programação também da instituição, do que ela tá ofertando. [...]. Mas ele não precisa participar, inclusive isso está no nosso edital, ele não é obrigado a participar”. (G4).

“Eu acho que é muito relativo essa questão da religião, porque de fato tem alguns usuários que se identificam muito e se apegam, é algo a mais para eles se apegarem. Mas não concordo em ser um fator determinante para a pessoa se manter numa comunidade. Eu acho que deveria seguir a questão do edital mesmo, de ser aquilo de cada um, de ser uma opção de cada um se vai seguir aquela determinada religião. Ser a livre escolha, que a gente sabe que nem sempre é dessa forma”. (C2).

“Positivo para alguns e negativo para outros. Eu tento sempre comparar nos contextos sociais, na verdade. Dentro do estado, hoje só existe comunidade católica e evangélica, aí eu fico questionando, ‘se tivesse uma de orientação africana será que seria o mesmo tratamento? Então, será que seria positivo? Tem pessoas que não acreditam, que são agnósticas, que não acreditam na existência de Deus... E essas pessoas são obrigadas a rezar e fazer tudo? [...]. Eu acho que pode ser positivo para alguns que queiram. Eu vejo de uma forma não tão boa a imposição religiosa como forma de tratamento para álcool e outras drogas. [...]”. (C1).

Hoje eu acho que atendi cerca de quinze pacientes e desses quinze, os que estão lá há mais tempo é o que mais falam que mudou de vida por causa da religião seja ela católica, seja ela evangélica, desde que seja cristão e que acredita em Deus. Todos eles a gente vê aí que saem melhores. É um suporte às vezes que até a própria família não dá e que na igreja eles se sentem acolhidos por conta disso. Então, na minha opinião, eu acho que hoje, para qualquer pessoa, não só quem usa drogas, eu acho que a religião é o melhor caminho, é um caminho excelente. E para eles a gente percebe o quanto a religião é importante para o tratamento deles”. (C3).

Percebe-se que há uma polarização nas respostas diante da pergunta: como você avalia a introdução dos aspectos religiosos para o tratamento da dependência química? Um grupo de profissionais (especialmente os vinculados à CTA) mostrou um discurso favorável, comentando que a religião traria um aspecto positivo, essencial, um diferencial no tratamento. Outro grupo de profissionais (vinculados ao CAPS AD III e ao Centro de Acolhimento) apresentou um discurso que essa articulação (tratamento e religião) é relativa, e vai depender da vontade do usuário e suas crenças. Numa menor proporção, identificamos o discurso de que essa relação não é favorável ao tratamento, especialmente na fala do profissional A2 do CAPS AD III.

Salientamos que o debate entorno do direito ao credo e ao culto religioso que estabelecemos nesse trabalho refere-se tão somente a problemática dessas questões estarem imbricadas num serviço de saúde que recebe recursos públicos, e que direta ou indiretamente obriga os usuários a participarem de momentos religiosos, mesmo contra sua vontade.

Consideramos que os serviços de saúde não devem violar a autonomia, a individualidade, nem a crença de seus usuários. Entendemos que, de forma individual ou coletivamente, todos são livres para manifestarem suas crenças e reunir-se para celebrar cultos religiosos e que essa prática não deveria estar necessariamente associada à política pública de saúde mental, álcool e outras drogas.

4.3 O direito ao tratamento de saúde para o uso abusivo de drogas: abstinência x redução de danos

Uma das características que diferenciam CTA e CAPS AD III é o viés do tratamento por meio da abstinência *versus* a redução de danos. Ambas as instituições buscam administrar o problema da dependência química, contudo, fazem por caminhos diferentes. O modelo das CTA (em sua grande maioria) tem sintonia com a perspectiva proibicionista, isto é, praticam uma intervenção proibitiva do uso de drogas, de modo que os usuários acolhidos acabam passando por um período de abstinência da droga. Já o modelo ofertado pelo CAPSAD, o tratamento pautado na abstinência, não se põe como primeiro recurso ou estratégia para a recuperação, sendo a estratégia de redução de danos um dos meios utilizados para o tratamento.

Trouxemos a reflexão da perspectiva de redução de danos *versus* abstinência na garantia do direito à saúde, pois um dos motivos de desistência do tratamento e de permanência na instituição consiste na não adaptação do usuário à estratégia de se abster do uso da droga. Durante a entrevista com a gestão e os profissionais do CAPSAD III, da CTA e do Centro de Acolhimento de Alagoas, conseguimos perceber como as questões que perpassam o tratamento nesses dois modelos são administradas pelo corpo de profissionais e dirigente.

O profissional A3 do CAPS AD III assim refletiu de forma comparativa o tratamento por meio da abstinência x redução de danos:

“Então, quando você tira totalmente a substância de uma pessoa, a repercussão clínica é muito maior, ela pode apresentar muito mais problema de abstinência, de irritabilidade, de comportamento, agressividade, que é um pouco mais difícil de manejar. Para diferenciar qual que é melhor, se é a redução de danos ou abstinência completa, depende de cada indivíduo, de cada organismo. Mas, o que dá mais problema é a abstinência completa. Quando você tem uma redução de danos, é mais fácil manejar um pouco comportamento, porque a pessoa não vai estar privada de tudo. [...]. Por exemplo, o tabaco, o tabaco ele gera prazer, se você tirar de uma vez isso aí, ele vai causar muita irritabilidade na pessoa. Mas, se ele já é dependente de outras drogas, ele tirou tudo, menos o tabaco, ele ainda vai ter aquela fonte de prazer.

Então fica um pouco mais fácil de lidar com o comportamento, agora saber qual que é a melhor aí depende realmente de cada pessoa”. (A3).

“Bom, aqui a gente faz as consultas médicas para os dependentes químicos visando sempre a redução de danos e também a cessação por completo da dependência química através de medicações. Então o profissional médico faz a primeira entrevista, ver quais são as substâncias que o usuário faz uso, com qual frequência, quais são os reflexos negativos que isso traz para o paciente e baseado nessas informações a gente faz um plano de tratamento medicamentoso, individualizado para cada paciente”. (A3).

Na opinião do entrevistado, o tratamento pelo viés da abstinência é mais difícil de ser administrado, especialmente pela repercussão clínica que a abstinência traz para o indivíduo, trazendo mais sofrimento psíquico. O tratamento com a redução de danos, por sua vez, por não privar totalmente o indivíduo do uso da droga, acaba sendo mais fácil de contornar os efeitos da redução gradativa do consumo. Foi possível perceber, no relato do profissional A3, que mesmo que o tratamento seja pelo viés da redução de danos, seu objetivo sempre será a cessação total do uso de drogas e que cada indivíduo reagirá de modo diferente.

Foi possível perceber, na opinião do profissional A1, que a escolha no tratamento por meio da redução de danos *versus* abstinência é relativa e que dependerá de algumas variáveis. O profissional relatou:

“Bem subjetivo, vai depender de cada caso. Se você é usuário de cocaína tá em uso abusivo frequente, daí você decide sair, e você tá vendo que o risco que você tá colocando sua vida é muito maior. E se você vai lá e fazer uma redução para uma maconha, que daí eu imagino que você sai de 100 para 10, é só fechar mais agora. Vai depender também, [...], se você tiver um suporte familiar, um suporte médico de tratamento, uma equipe profissional para essa abstinência, por que não também?”. (A1).

Uma questão a ser mencionada no relato acima é que ambas as possibilidades de tratamento são escolhidas considerando preservar a autonomia do sujeito enquanto protagonista no processo de tratamento e de escolha. Nos casos em que o usuário opte por se abster do uso de drogas, no modelo do CAPSAD III, isso ocorre sem obrigatoriedade e não se põe como condição para a manutenção do vínculo institucional. De forma que, dentro da própria rotina do CAPSAD III, existe um tempo reservado para os usuários que desejam fumar enquanto estiverem nas dependências da instituição.

O profissional A2, ao ser indagado qual forma de tratamento apresentava resultados satisfatórios, redução de danos ou abstinência, assim respondeu:

“A redução de danos. Porque veja o que é o choque de você tá atendendo um usuário que ele tá no uso abusivo, e você tira ele daquilo ali e deixa sem nada. Então, faz parte da conscientização do tratamento que você vá aos poucos, vá reduzindo, vá diminuindo até onde der. É tanto que aqui é permitido fumar, aqui são cinco cigarros por dia. Então, assim, depois do café da manhã eles fumam, tem um cantinho que ele vai com o agente social e fuma, depois do almoço ele fuma. Aí vai sendo distribuída ao longo do dia”. (A2).

De forma geral, identificamos que os profissionais vinculados ao CAPS AD III apresentaram um discurso mais favorável à utilização da estratégia de redução de danos no tratamento. Percebemos que a autonomia do sujeito na escolha do tratamento favorece a adesão do usuário ao CAPS AD III, uma vez que não são obrigados a deixar de usar a droga de forma abrupta. Foi possível notar, entre as opiniões dos profissionais A1 e A2, que o tratamento por meio da abstinência para ter sucesso depende de uma série de fatores, que envolve acompanhamento médico, medicações, apoio familiar e que cada indivíduo reage de forma distinta.

A pesquisa realizada com a gestão e os profissionais da CTA, por sua vez, apresentou um discurso favorável ao tratamento pelo viés da abstinência, embora os entrevistados tenham reconhecido as dificuldades de se administrar um usuário com a sintomatologia da abstinência. A gestão da CTA assim relatou:

“Tem muito casos que eles passam um dia, dois dias, três dias, [...], os quinze dias primeiros são mais difíceis. Aí a gente aconselha, passa pela assistência social, pela psicóloga e toda a equipe, missionário, e a gente faz todo trabalho. Qual o exemplo que a gente dá? A gente dá o testemunho. A gente junta um grupão, junta lá com eles e tá sempre partilhando, falando da Bíblia, dando testemunho. Tem alguns que precisam ser medicados, tem alguns que já vêm com a medicação, [...], eu prefiro não usar esse método de dar remédio na abstinência, é mais no diálogo da conversa e muitos conseguem. [...]. Eu sento, faço reuniões, boto as pessoas mais velhas para dar testemunho para ele ver que ele tem valor e a gente consegue segurar muitos”. (G3).

Os acolhidos que passaram pelo Centro de Acolhimento (ACOLHE), normalmente, vão para a comunidade medicado pelo médico psiquiatra, contudo, nem todos os acolhidos da CTA passam pelo ACOLHE, alguns são de demanda espontânea e são custeados com o recurso do Governo Federal, esses, não passam pela triagem do ACOLHE e não são avaliados pelo médico psiquiatra. Sendo assim, a CTA visitada possui usuários referenciados pela equipe multiprofissional do ACOLHE, e usuários sem essa referência. Pelo discurso da gestão, a tendência é administrar os momentos de abstinência com espiritualidade e ajuda mútua entre os acolhidos.

Os profissionais A1 e A2 assim relataram as situações de abstinência administradas na CTA:

“Aqui é abstinência total de drogas, não tem o trabalho da redução de danos, que tem algumas comunidades que ainda aceitam: cigarro, alguma coisa assim. Aqui não. [...]. Então eles ficam cientes que aqui eles não podem usar nenhum tipo de drogas... cigarro, nada, nada. [...]. Às vezes a gente tem que lidar com a própria experiência de passar sem fazer nada. No caso assim, vai ocupar a mente com laborterapia, com a espiritualidade, com as coisas que aqui tem, a parte de piscina também que eles podem se divertir, a sinuca. Mas a questão de dizer: ‘a gente vai lhe dar esse remédio para passar essa abstinência, não’. E alguns sentem de verdade isso, porque eram muito viciados, por exemplo, no álcool, aí eles ficam assim”. (B1).

“Tem um que ele já tá aqui vai fazer seis meses e ele ainda não parou de tremer. O uso do álcool era constante, era 24 horas, então ele ainda tá assim. É claro que quando a gente vê que é uma situação mais grave, a gente leva para um hospital, para uma UPA, para ver se alguma medicação vai ajudar, mas é a questão do dia a dia que vai fazer com que eles vençam isso. Porque às vezes o vício era tão grande que alguns do álcool ficam assim, outros, que é bem comum, começam a sonhar usando droga. Quem é viciado no cigarro fica ansioso querendo tomar café depois do almoço, porque usavam lá fora, aí relaxavam. [...]. No dia a dia, eles vão tentando vencer”. (B1).

O tratamento terapêutico ele requer mudança de hábitos. [...]. Tem o processo inicial que é o mais difícil, a questão da abstinência que é físico mesmo. [...]. As famílias elas ficam muito preocupadas em relação a essa questão da abstinência, a questão física mesmo, de saber que a pessoa não vai usar e como ela vai reagir dessa forma. Os primeiros dias realmente são mais difíceis [...] a grande maioria é dependente de álcool, a maioria, mas as outras drogas também”. (B2).

Os fatos narram as dificuldades que os acolhidos passam para se manterem no serviço em meio a uma crise de abstinência, que pode ser minimizada com a medicação ou não. Conforme relatado, grupos de ajuda mútua, momentos espirituais, além de conversas com os profissionais da CTA, são mecanismos utilizados para administração da crise. Em casos mais graves, como dito na fala do profissional B1, dispositivos da rede são acionados. Consideramos que o tratamento pelo viés da abstinência acaba potencializando ainda mais o sofrimento psíquico, que pode durar dias ou até meses. Mesmo em meio aos dilemas, de forma uníssona, gestão e profissionais avaliaram que o tratamento por meio da abstinência é mais eficaz para a recuperação do acolhido, conforme se vê nas falas:

“Eu acredito que essa questão da redução de danos não é positiva. [...]. Pela realidade que eu vejo aqui, [...], o cigarro ele desencadeia outras vontades... Que é uma das principais coisas mais difíceis. Tem gente que desiste, [...], passa um dia, porque não vai conseguir de deixar de usar o cigarro. [...]. Mesmo que a pessoa não esteja em recuperação, passar um mês sem colocar droga no seu organismo isso já é um fator muito positivo”. (B2).

“Eu acredito que a que trata com abstinência traga uma resposta melhor”. (B1)

“Essa redução de danos eu acho que não funciona assim para a gente, em termos de instituição que vive disso. Se eu tô aqui para libertar de uma droga. Porque o cigarro ele ativa, [...], pra quem usa crack, a gente precisava do cigarro, aí relembra”. [...]. O cigarro, se você tocar no cigarro, você vai para o álcool e aí termina complicando. Se você tá aqui para se tratar, tem que ser principalmente o cigarro”. (G3).

Embora exista uma aceitação entre o corpo de profissionais e a gestão da CTA em avaliar que a abstinência total do uso de drogas de forma positiva no tratamento, percebemos com o discurso dos profissionais que as desistências, fugas, evasões, acabam sendo um dado relevante que demonstra a insatisfação dos usuários com a CTA e as obrigações impostas.

“Tem muita evasão, tem muito desligamento. Muitas vezes acontece de a gente pegar eles fumando, [...], e quando acontece isso é desligado da comunidade. A gente dá uma oportunidade porque abstinência a gente sabe, já passou por esse processo e sabe que é difícil, mas muitos não conseguem mesmo”. [...]. Hoje eu tive duas evasões, acontece também fuga, eles fogem, mas é uma raridade. No caso de ontem e hoje, são aquelas pessoas que vêm só pra passar um dia, dois dias. [...] Tem dois dias que eu recebi três, que o Acolhe traz, mas só passaram dois dias, muitos só vêm pra tirar ressaca, é difícil. Então, a evasão é muita, esse que [...] o Acolhe traz. [...]. Muito que vem só por impulso, ainda vem drogado, na insanidade, depois que ele fica sã, que volta, que vê que está numa comunidade, vão embora”. (G3).

Sim, muitas vezes. Teve um que passou aqui, só com a minha pessoa aqui, mais de dez vezes. Tem outro também, acontece muito de ter a recaída e voltar. Alguns ficam envergonhados e não querem voltar para cá, voltam para outro lugar. Mas é bem comum a recaída”. (B1)

“Eu tenho aqui acolhido que já passou cinco vezes, seis vezes, sete vezes... Muitos não conseguem, já se tornou rotina na vida deles, [...], já conhece todas essas 45 comunidades. [...]. Tem acolhidos que já têm quatrocentas, quinhentas entradas em comunidades, chegam, passa dois dias, três dias, virou rotina. [...]. Ele quer dar só um tempo, mas não quer deixar de usar a droga. Aí fica fazendo esse rodízio em comunidades, que são muitas hoje em Alagoas”. (G3).

A alta rotatividade dos acolhidos demonstra as dificuldades de adesão e o abandono ao tratamento ofertado na CTA. Por ser uma instituição de acolhimento voluntário, há maior liberdade na desistência do tratamento por parte do usuário, que, nesse caso, não necessita de autorização judicial nem de profissionais para abandonar o serviço, como as Clínicas Involuntárias. Pela experiência dos profissionais entrevistados na CTA, há casos de usuários que já se habituaram a passar pelo acolhimento em CTAs, de modo que, já perpassou por várias comunidades (certamente não se adaptando a disciplina e a rotina da instituição), sem ter seu problema de saúde atendido em sua integralidade. É importante considerar que a vida institucional de uma CTA destoa da vida de um usuário de drogas, de modo que a mudança radical pode ser um dos fatores da não adaptação.

Desse modo, consideramos um dado expressivo as constantes readmissões, fugas, desistências que caracterizam os modelos das CTAs de forma geral, visto que os usuários que acessam e evadem desse tipo de serviço não tiveram o acesso ao tratamento de saúde adequado.

Os profissionais do ACOLHE, ao serem perguntados sobre qual tratamento produz resultados satisfatórios: abstinência ou redução de danos, assim demonstraram suas opiniões:

“Redução de danos total. Eu acredito nisso, porque eu acho que o processo de abstinência ele rompe muito com os vínculos. [...]. Muitos não vão querer parar, outros não vão conseguir, então a gente tenta: ‘ – Para quem não quer parar, o que a gente pode ajudar com essa pessoa a melhorar, para buscar aspectos que não levem à overdose em drogas mais pesadas, não levem a afastar do contexto social e tudo isso. Então, para mim, a redução de danos é a porta que a gente tem que defender e direcionar para o cuidado em relação a álcool e outras drogas. (C1).

“Eu acho que a redução de danos, porque é algo gradual, é muito complicado a gente tirar uma pessoa que tá naquele uso constante, mesmo ela querendo, a gente sabe que tem as dificuldades da questão da abstinência. Mas você levar uma pessoa que está em uso contínuo e diário e mandar para um local onde ela vai poder fumar um cigarro, pra pelo menos diminuir a questão da abstinência, da ansiedade... [...]. Tem algumas comunidades que elas estão se atualizando, elas estão propondo a questão da redução de danos em relação a cigarro. Não sei quanto eles liberam por dia, mas eu sei que está sendo um pouco mais flexível essa questão do uso do cigarro. São justamente essas que estão conseguindo que as pessoas tenham um tempo de permanência maior”. (C2).

“Redução de danos, eu sou totalmente contra, porque eu trabalho em hospital. Em alguns casos, é salutar. Quem faz muito redução de danos são os familiares porque eles às vezes são co-dependentes exatamente para a redução de danos, chegam até a comprar a droga ou dar o dinheiro para que o próprio paciente não venha a se estressar em casa, quebrar as coisas. Redução de danos eu sou a favor, vamos dizer assim, em torno de 10 a 15%. Eu sou a favor de um acolhimento voluntário ou do internamento desde que esse paciente esteja correndo risco de morte ou risco de homicídio”. (C3)

Percebe-se com as falas que dois dos profissionais entrevistados não avaliam que o tratamento por meio da abstinência seja o mais adequado para o tratamento, principalmente quando essa decisão é imposta e não uma escolha do usuário. O profissional C3 se posicionou inicialmente como totalmente contra a redução de danos, mas ponderou que poderia ser a favor em 10% ou 15% das situações. Consideramos que, após receber todas as explicações acerca de seu problema de saúde, cabe ao usuário escolher a forma de tratamento mais adequada para sua realidade. Cabe ao estado, ao poder público, assegurar que o acesso ao tratamento ocorra para não violar ou negar esse direito.

Os dados apresentados neste item nos levam a fazer algumas considerações sobre os serviços ofertados na CTA e no CAPS AD III de Alagoas:

- 1) As expressões da questão social na cena contemporânea ainda se põem como um dos principais elementos que leva os usuários a buscarem um serviço institucionalizado de álcool e drogas. De modo que, o abrigo, a alimentação e os recursos materiais oferecidos pelas instituições são motivadores para o acolhimento, por tirar o indivíduo de uma situação de risco social.
- 2) O CAPS AD III pesquisado persiste em meio à precarização do serviço e do trabalho dos profissionais, negando direitos à população alagoana ou concedendo de forma limitada, especialmente por não ofertar plenamente seus serviços.
- 3) Em decorrência das fragilidades estruturais do CAPS AD III, há uma forte articulação desse serviço com os hospitais psiquiátricos, CTAs e Clínicas Involuntárias, de modo que o serviço se auto-organizou para fortalecer o modelo privatista com a criação da CAT.
- 4) Profissionais atuantes na CTA pesquisada possuem uma baixa ou nenhuma crítica sobre o serviço. Diante dos dados expressivos de readmissões, fugas e desistências, ainda consideram o modelo da CTA com abstinência de álcool e outras drogas um método eficaz.
- 5) Os profissionais que atuam na linha de frente para triagem de usuários para as CTAs, em sua maioria, reconheceram as fragilidades do serviço ofertado nas CTAs, dos problemas associados ao tratamento abstêmio e as violações de direitos. Reconheceram também as dificuldades de articulação com a RAPS, especialmente com o CAPS AD III em decorrência da precarização.
- 6) Estado, Igreja e Direito permanecem protagonizando estratégias de regulação da problemática da dependência química em Alagoas.

Os dados empíricos apresentados durante a exposição desta pesquisa corroboram com a tese defendida de que as expressões da questão social no cenário brasileiro e na realidade alagoana, conformam a unidade dialética que une adoecimento mental e pessoas em uso abusivo de drogas, especialmente dos sujeitos das camadas mais vulnerabilizadas, que são alvo da política pública. Esse fato pode ser visto nas falas de gestores e profissionais que integram a política em Alagoas e participaram do estudo. De modo que, o crescimento da demanda por serviços de saúde mental, álcool e drogas possuem íntima relação com a agudização da questão social.

A pesquisa também demonstrou que o modelo de CTAs, Clínicas Involuntárias e hospital psiquiátrico cristalizam o viés da institucionalização, segregação e com tendências para o proibicionismo do uso de drogas, intervindo de forma superficial nas demandas dos usuários de saúde mental, álcool e outras drogas, dialogando de forma escassa com a perspectiva dos direitos. O mapeamento da RAPS no estado de Alagoas, permitiu-nos constatar as relações institucionalizadas na área álcool e drogas que foram potencializadas pelas particularidades da

política em Alagoas que favorecem o terceiro setor filantrópico e privado, se consolidando e fortalecendo formas conservadoras para o tratamento da problemática. Os dados da realidade também apontaram que a contemporaneidade reproduz marcas do passado, com regulações sociais pautadas em ideologias religiosas para o tratamento de questões fisiopatológicas.

SEÇÃO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese de doutorado, que se propôs a investigar teórico-metodologicamente uma questão central que perpassa as formas de regulação do Estado nas questões relativas ao adoecimento mental e ao uso abusivo de drogas pela via dos direitos, considerando a realidade alagoana, trouxe elementos para uma reflexão crítica de situações expressas cotidianamente na realidade dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas. As políticas e as instituições estão num campo conflituoso, onde se tem interferência da política partidária, dos movimentos sociais e da participação da sociedade. O produto final dessas políticas deve ser de forma direta o direito garantido, mediado por legislações, programas e instituições. Entra nesse contexto o protagonismo dos profissionais que atuam nos serviços e a importante participação do Estado no financiamento para ampliação e pleno funcionamento. Este enredo de oferta de serviços na cena contemporânea perpassa pela garantia (ou não) do direito instituído.

Consideramos inicialmente que para apreender os elementos que não estavam no plano aparente das instituições e nas formas de oferta de serviços de saúde mental e de álcool e outras drogas, era preciso partir dos fundamentos histórico-teóricos-culturais da institucionalização de intervenções do estado sobre o uso de drogas e sobre a loucura. A revisão histórica e teórica nos permitiu perceber que, no contexto europeu, a relação entre loucura, o uso de drogas e a sociedade foram alteradas no contexto das relações sociais opressoras e se intensificaram com o capitalismo na fase monopólica. A institucionalização da loucura, dos problemas sociais e de pessoas que usam drogas se expandem na fase do capitalismo industrializado sem necessariamente ter conexão com ações em saúde (tratamento e recuperação) e com a perspectiva do direito, que no século XVIII começou a ser consagrados sob o discurso do *direito de todos*. Assim como para a classe empobrecida, a noção de direitos para os loucos institucionalizados não passou de uma abstração. Desse modo, a raiz da segregação da loucura, dos problemas sociais e da proibição do uso de drogas tem intrínseca relação com as primeiras formas de regulação do Estado moderno e penetrou no ideário cultural da sociedade.

Os fundamentos teóricos-culturais também nos apontaram a intrínseca relação historicamente assumida pelo Estado, Igreja e Direito para regular a problemática apoiada pela psiquiatria, que na história de sua origem considerou a loucura como uma doença mental

relacionada a moral e consagrou os asilos e manicômios como espaços adequados para o tratamento e afastamentos dos insanos.

O modelo de segregação passou a ser questionado por médicos e trabalhadores da Europa apenas no século XX, especialmente pela influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Três correntes se destacaram e trouxeram possibilidades diferentes para a realidade dos manicômios: *Antipsiquiatria*, *Psicoterapia Institucional* e *Psiquiatria Democrática Italiana*. Embora existam diferenças entre as correntes, um ponto em comum consiste no reconhecimento de que as estruturas manicomiais oferecidas eram violadoras de direitos.

O Brasil, embora tenha reproduzido o modelo europeu de asilamento, as particularidades econômicas, políticas e sociais que caracterizam sua história marcam para a origem do manicômio antes mesmo que o modo de produção capitalista estivesse no Brasil. A origem dos primeiros manicômios remonta ao período imperial, onde se têm espaços institucionalizados com características semelhantes aos asilos europeus. A discussão dos direitos para pessoas com transtornos mentais se deu de modo atrasado, quando comparado ao contexto europeu. O debate foi introduzido pelos médicos psiquiatras Nise da Silveira, Marcelo Blaya, Wilson Suplício e Oswaldo Santos, contudo, com pouca repercussão para o período de ditadura militar que o Brasil vivenciara.

Foi apenas ao final da década de 1970 que identificamos uma organização dos movimentos sociais e a criação do Movimento de Luta Antimanicomial, questionando o modelo de assistência psiquiátrica oferecida no Brasil, defendendo serviços substitutivos ao manicômio e lutando para a criação de direito à saúde e para pessoas com transtornos mentais. O movimento de reforma psiquiátrica fez parte do movimento de reforma sanitária e entre as décadas de 1980-2000 conquistaram o reconhecimento do direito à saúde de caráter universal posto na Constituição de 1988, a Lei da Reforma Psiquiátrica n.º 10.216 de 2001 e a regulamentação dos CAPS e outros dispositivos alternativos a intenção psiquiátrica.

A terceira seção desta tese descreveu e refletiu como o Estado regulou o acesso aos direitos por meio da criação das instituições no período de 2001-2023. Constatamos que a ampliação e o recuo dos serviços refletiram os embates que ocorreram na política nesse período. Os governos ora favoreceram o projeto mercadológico, ideológico, conservador de segregação, repressão e proibição das drogas, ora apoiaram os serviços substitutivos defendidos pelo movimento de reforma psiquiátrica. Destacamos que durante os governos do PT com Lula e Dilma houve uma tendência de crescimento dos dispositivos da RAPS e com as estratégias de redução de danos, ainda que esses governos também tivessem dialogado com setores

empresariais privatistas. Contudo, a história nos aponta que o retrocesso da Política de Saúde Mental se deu em larga escala nos governos Temer e Bolsonaro, que adotaram medidas reacionárias e conservadoras como o incentivo aos leitos de hospitais psiquiátricos e as CTAs, apoio aos tratamentos da dependência química por meio da abstinência e da segregação e falta de incentivo aos serviços públicos da RAPS. Percebemos com a apresentação dos dispositivos da RAPS que ainda existe a carência de ampliação dos serviços e de incentivo para os dispositivos que de fato possuem uma proposta de substituir o modelo manicomial. Embora seja recente para avaliar o novo governo Lula, consideramos que seu primeiro ano de mandato trouxe uma importante vitória para a luta antimanicomial, com a revogação da Portaria n.º 3.588 de 2017.

A pesquisa histórica de Trindade et al. (2007) e Ribeiro (2012) foram importantes para a recuperação da origem dos hospitais psiquiátricos alagoanos e o início da reforma psiquiátrica alagoana. Com a atualização dos dados dos dispositivos da RAPS realizada na pesquisa de campo, foi possível comparar os pontos de ampliação e pontos estagnados na RAPS em Alagoas, como é caso do CAPSi, que permanece sendo uma unidade que atende apenas a realidade de Maceió, deixando crianças e adolescentes do território alagoano sem acesso à saúde mental. A pesquisa de campo também demonstrou uma importante redução de hospitais psiquiátricos alagoanos, tendo o fechamento de duas instituições. Ainda assim, refletimos que o fechamento desses serviços não foi resultado do movimento social de luta pelo fim do manicômio, e sim do desinteresse da gestão em ofertar o serviço em Alagoas.

A pesquisa de campo realizada com a gestão municipal de Maceió e estadual de Alagoas apontou para as dificuldades vivenciadas para a manutenção e ampliação da RAPS, especialmente no contexto de desmonte dos governos Temer e Bolsonaro, que sancionaram legislações e normatizações que fortaleciam o modelo manicomial. Os dados da realidade demonstram que os serviços financiados com recursos públicos da área de álcool e drogas pertencentes ao setor privado são numericamente maiores quando comparados aos serviços públicos, como os CAPS AD e as UAs. Apontando a não priorização do estado pelos serviços públicos de saúde mental.

Os dados coletados da realidade alagoana também explicitaram que as Clínicas Involuntárias e as CTAs de Alagoas são nutridas e fortalecidas pela precarização dos poucos CAPS AD que o estado possui. Chamou-nos a atenção a organização do CAPS AD III pesquisado, que diante de sua precária situação se autorregulou para fortalecer o encaminhamento para Clínicas Involuntárias e CTAs com a criação da CAT, uma comissão que

funciona dentro do serviço avaliando e encaminhando usuários para clínicas involuntárias e CTAs.

Ademais, a pesquisa de campo com profissionais de um CAPS AD III, uma CTA e um Centro de Acolhimento de Alagoas trouxe à baila nossa suspeita de desrespeito e violações de direitos nos dois modelos de atenção à população de álcool e drogas em Alagoas. Foi possível perceber violações quanto ao direito à saúde de qualidade, preservação da integridade física, psíquica, emocional dos usuários atendidos, autonomia e manutenção de vínculos familiares e sociais, trabalho não remunerado de acolhidos na CTA, violação ao direito de crença, opinião, orientação sexual e liberdade de ir e vir.

Quanto às percepções dos profissionais que atuam diretamente na viabilização desses direitos, foram possíveis perceber uma certa crítica à conjuntura atual nos profissionais do CAPS AD III e de parte dos profissionais do Centro de Acolhimento. Observamos que profissionais atuantes na CTA possui certo nível de satisfação quanto ao trabalho oferecido na CTA, faz pouca ou nenhuma análise de conjuntura, estão em acordo com as normas estabelecidas e acreditam ser importante a introdução dos aspectos religiosos no tratamento da dependência química. Identificamos que o edital que rege o cadastramento das CTAs sinaliza que os acolhidos não devem ser obrigados a aderir à religião da CTA, contudo, percebemos durante a entrevista que a participação de momentos espiritualizados é norma da instituição que deve ser cumprida pelo acolhido.

Os dados apresentados são preocupantes, pois revelam que vivemos em um período no qual o uso abusivo de substâncias psicoativas e o adoecimento mental são exacerbados pelo aumento das desigualdades sociais. Ao nos aproximarmos e analisarmos as expressões fenomênicas presentes na realidade, voltamos nosso olhar para a história e encontramos importantes estratégias de luta e resistência contra a realidade instituída, refletidas na força dos movimentos sociais. Se o presente nos impõe novas formas das amarras do passado, é na história que podemos encontrar as raízes das estratégias de luta e resistência contra o poder instituído. Assim, apreender a totalidade social, considerando as lições do passado, pode ser essencial para enfrentar e superar os desafios contemporâneos.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Posicionamento ABRASCO**: Nota Pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS. 2015. Disponível em: <https://abrasco.org.br/nota-publica-cgmadms/> Acesso: 29 jan. 2024.

ALAGOAS. **Secretaria de Estado e Prevenção à Violência (SEPREV)**. 2022. Disponível em: <https://www.seprev.al.gov.br/noticia/em-alagoas-acolhimentos-a-dependentes-quimicos-cresce-mais-de-30-em-2021-12-01-2022-12-45-844> Acesso: 3 de nov. 2023.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE ALAGOAS. **Plano Estadual de Saúde De Alagoas (2020-2023)**. Maceió-AL. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/PES-2020-2023.pdf> Acesso: 20 jan. 2024.

_____. SECRETARIA DA SAÚDE; SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SUAS); ASSESSORIA DE SUPERINTENDÊNCIA PARA AÇÃO PRIMÁRIA E AÇÕES ESTRATÉGICAS; GERÊNCIA DE AÇÕES ESTRATÉGICAS; SUPERVISÃO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. **Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas**. Maceió-AL, 2016.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. **Institucional**. 2024. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/institucional/> Acesso: 15 fev. 2024a.

ALAGOAS. **Secretaria de Estado e Prevenção à Violência (SEPREV)**. Disponível em: <https://www.seprev.al.gov.br/a-seprev> Acesso: 27 de jan. 2024b.

ALBUQUERQUE, Cynthia Studart. **Drogas, “questão social” e Serviço Social: respostas teórico-políticas da profissão**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese. 302f. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro, 2018.

ALBUQUERQUE, Rossana Carla Rameh-de. **Da pessoa que recai a pessoa que se levanta: a recursividade das pessoas que usam drogas**. Universidade Federal de São Paulo. Tese. 227f. **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. São Paulo. 2017.

AMARANTE, Paulo Paulo Duarte de Carvalho (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (coord.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvT4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 13 fev. 2024.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2013.

ASSIS, Aislán Diego de. **Louca América: a luta por uma América Latina sem manicômios. Tese. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Tese. 210f. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. 2019.

BARDI, Giovanna. **Entre a “cruz” e a “caldeirinha”:** doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas. Tese. Universidade Federal do Espírito Santo. 343f. Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais. Espírito Santo. 2019.

BASAGLIA, Franco. et. al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social:** fundamentos e história. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em Contra-Reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental:** uma análise institucional. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Decreto nº 1.077, de 4 de Dezembro de 1852,** aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo. Brasília-DF, 1852.

_____. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, reorganiza a Assistencia a Alienados.** Brasília-DF, 1903.

_____. **Decreto n. 4.294, de 6 de julho de 1921.** Brasília-DF, 1921.

_____. **Lei n. 5.726, de 29 de outubro de 1971,** que dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Brasília-DF, 1971.

_____. **Lei n. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 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, e dá outras providências. Brasília-DF, 1976.

_____. **Constituição Federal de 1988.** Brasília-DF. 1988.

_____. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001,** que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2001.

_____. **Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002,** dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília-DF, 2002a.

_____. **Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**, que institui os CAPS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 2002b.

_____. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003** que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília-DF, 2003.

_____. **Resolução nº 03 de 27 de outubro de 2005**, que aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília-DF, 2005.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília-DF, 2006.

_____. **Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011**, que estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Brasília-DF, 2011a.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental 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 República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 2011b.

_____. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012a.

_____. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012**, que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília- DF, 2012b.

_____. **Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016**. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 043**, 15 de setembro de 2017. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco043.pdf>>. Acesso em: 03 de dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017a. **Diário Oficial da União**: seção 1 Brasília-DF, 2017a. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>> Acesso em: 03 dez. 2023

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 3.588**, de 21 de dezembro de 2017, que altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017b. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 03 dez. 2023.

_____. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018**. Brasília-DF, 2018. Ed.: 49, Seção: 1, P. 79, 2018. Disponível em:
https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/2972/2/RES_GM_2018_1.html Acesso: 15 fev. 2024.

_____. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, que** altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF, 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA Et. Al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAZ, Marcelo. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 128, p. 85-103, jan./abr. 2017.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/J74WJRdJH6sHMHC9MhSDc8Q/?format=pdf&lang=pt>
 Acesso: 03 nov. 2023.

BRITES, Maria Cristina. **Ética e o uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica. 148f. São Paulo, 2006.

BRITES, Cristina. **Internação Compulsória: um canto de sereias**. Revista Inscrita, Brasília: CFESS, n. 14, p. 46-53, 2013.

BRITES, Cristina. **Psicoativos (drogas) e Serviço Social: uma crítica ao proibicionismo**. São Paulo: Cortez, 2017.

BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médica, 1992.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org. et al.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde / Brasília-DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em:

https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf
Acesso: 14 fev. 2024.

CLEMENTE, Marcia da Silva. **Contrarreforma na política de saúde mental, álcool e outras drogas na contemporaneidade: o lugar das Comunidades Terapêuticas**. Tese. PPGSS/UFPE. 203 f. 2020.

COLEÇÃO DE LEIS DO IMPÉRIO DO BRASIL - 1852. **Lei n.º 1.077 de 04 de dezembro de 1852**. Página 442 Vol. 1 pt. II (Publicação Original). Disponível em:
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html#:~:text=Approva%20e%20manda%20executar%20os%20Estatutos%20do%20Hospicio%20de%20Pedro%20Segundo>. Acesso: 12 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional**. 2 ed. Impresso no Brasil: 2020. Disponível em:
https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf Acesso em: 05 nov. 2023.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M (Orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: Edufal, 2025.

COSTA, Tereza Cristina Ribeiro da. **A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo**. Universidade Federal de Pernambuco. Tese. 255f. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pernambuco. 2016.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Crianças e adolescentes na saúde mental**. Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17-40, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pc/a/R SQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 15 fev. 2024.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 4 Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**. V. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 15 fev. 2024.

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO DE 1789. Disponível em:
<https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/414/2018/10/1789.pdf> Acesso: 13 fev. 2024.

DENADAI, Mirian Catia Vieira Basilio. **O Legislativo Federal e os Projetos de Lei sobre Drogas no Brasil: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas?** Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese. 412f. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro. 2015.

DIAS, Aline Inglez de Souza. **Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da Agenda de Álcool e Outras Drogas: o caso do estado do Rio de Janeiro.** A Fundação Oswaldo Cruz. Tese. 185f. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2014.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** 3 ed. São Paulo: expressão popular, 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** 12 ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** 8 Ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. **Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880).** Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 60-77, jan-jun 2013.

G1. **Polícia Civil investiga estupro de adolescente de 15 anos dentro do Hospital Portugal Ramalho em Maceió.** Por g1 AL com TV Gazeta 12/03/2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2022/03/12/policia-civil-investiga-estupro-de-adolescente-de-15-anos-dentro-do-hospital-portugal-ramalho-em-maceio.ghtml> Acesso em: 05 nov. 2023.

G1. **Família denuncia que idosa foi espancada no Hospital Portugal Ramalho em Maceió.** Por g1 AL 29/03/2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2022/03/29/familia-denuncia-que-idosa-foi-espancada-no-hospital-portugal-ramalho-em-maceio.ghtml> Acesso em: 05 nov. 2023.

HOBBSAWM, E. J. **A era das revoluções: 1789-1848.** 19 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO. HEPR. (Portal *Online*). UNCISAL. Disponível em: <https://hepr.uncisal.edu.br/?pagenome=historico> Acesso em: 05 nov. 2023.

HUBERMAN, Leo. **A história da riqueza do Homem.** ZAHAR EDITORES, 1981.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço. Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. IBGE. 2020. Disponível em: <https://ibge.gov.br/> Acesso em: 13 abr. 2021.

JÚNIOR, João Francisco Duarte. **A política da loucura (a antipsiquiatria).** Campinas: Papirus. 1983.

LEAL, Fabiola Xavier. **Movimento Antiproibicionista no Brasil: discursos de Resistência.** Universidade Federal do Espírito Santo. Tese. 374f. Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais. Espírito Santo. 2017.

LIMA, Rita Cavalcante. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relação Brasil-Estados Unidos e os organismos internacionais.** Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese. 366f. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro. 2009.

LOPES, José Reinaldo de Lima. **O direito na história: lições introdutórias.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Análise da Situação de Saúde de Maceió, 2021.** Relatório. Maceió-AL, 2022.

MACEIÓ. **Prefeitura de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em: <https://maceio.al.gov.br/p/sms/institucional-2> Data de acesso: 27 de jan. 2024.

MACEIÓ. PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE; DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; GERÊNCIA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. **Relatório das Clínicas de Internação Involuntárias.** Maceió-AL, 2023.

MAGALHÃES, Thayanne. **Servidores municipais de Saúde denunciam a “privatização” das unidades básicas de saúde.** Tribunahoje.com [portal online]. 30/03/2022 10h06 - Atualizado em 31/03/2022 07h29. Disponível em: <https://tribunahoje.com/noticias/cidades/2022/03/30/100698-servidores-municipais-de-saude-denunciam-a-privatizacao-das-unidades-basicas-de-saude>. Acesso: 15 fev. 2024.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARINI, R.M. **Dialética da dependência.** Petrópolis: Vozes, 2000.

MARX, Karl. **O Capital.** São Paulo: Nova Cultura, 1996.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política.** Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MANZO, Abelardo J. **Manual para la preparacion de monografias: una guía para presentar informes y tesis.** Buenos Aires: Humanitas, 1971.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas Série B.** Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf Acesso: 15 fev. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Óbitos p/Residênc segundo Região Causa - CID-BR-10: 059 Rest transtornos mentais e comportamentais. Período: 2021. Disponível em:
tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> Acesso: 03 nov. 2023a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Óbitos p/Residênc segundo Região Causa - CID-BR-10: 058 Transt ment e comport uso subst psicoativas. Período: 2021. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> ;
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> Acesso: 20 dez. 2023b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Distrito Federal, 2022. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>/ Acesso em: 05 nov. 2023.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social**. 3ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOURA, Heline Caroline Eloi. **A relação entre público e privado na política de saúde mental em Maceió- AL no contexto da reforma psiquiátrica**. 154 f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas. 2016.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 14 out. 2023.

OLIVEIRA, William Vaz de. **A fabricação da loucura**: contracultura e psiquiatria. História, Ciência e Saúde, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 141-154, jan.-mar. 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/mCXjJg5g9LGWSDKmXjvKHcg/?format=pdf&lang=pt>
 Acesso: 13 fev. 2024.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa; GUTMAN, Guilherme. **Primitivo e loucura, ou o inconsciente e a psicopatologia segundo Arthur Ramos**. Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental. Psicopat. Fund., X, 3, 517-525, 2007. Disponívem em>
<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/Mfcqm7tJQbRFh5HJSRnffJy/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 13 fev. 2024.

PESSOTTI, Isaias. **O Século dos Manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PINO, Angel. **Política de promoção social e exercício da cidadania** – uma crítica às práticas de confinamento da pobreza. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano X, n.31,

p.141-159, dez.1989.

PRÉDES, Rosa Lúcia. Do louco “sem razão” ao sujeito “cheio de direitos”: Reconhecimento sócio histórico da loucura no Brasil. In: PRÉDES, Rosa Lúcia. **Crise contemporânea e Serviço Social**. Maceió: EDUFAL, 2010.

RIBEIRO, Mara Cristina. **A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado**. Universidade de São Paulo. Tese. 243 f. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo. 2012.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. Tese. Universidade de São Paulo. Faculdade de Direito. 273 f. São Paulo, 2006.

SANTOS, Joseane Soares. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, V. E; SOARES, C. B. O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 38-54, 2013.

SERAPIONI, Mauro. **Franco Basaglia**: biografia de um revolucionário. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.1169-1187, out.-dez. 2019.

SILVA, Débora Souza de. **Espiritualidade/religiosidade e acolhimento de usuários de drogas**: descrição das características, funcionamento e práticas religiosas em três instituições evangélicas no Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese. 159f. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro. 2018.

SILVA, Maura Lima Bezerra; CALDAS, Marcus Tulio. **Revisitando a Técnica de Eletroconvulsoterapia no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Psicologia Ciência e Profissão. 28 (2), 344-36. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/WQBvKmbSCVtwVZsrcZL4bPR/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 13 fev. 2024.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas; ORTEGA, Francisco. **A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(8): e 00168115, ago, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q4VVKLmfLvskqF6sHBFshhw/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 12 fev. 2024.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil**: da colônia à república. 371f. Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letra e Ciências Humanas. Departamento De História. Programa De Pós-Graduação Em História Social. 2016.

TRINDADE, J. Damião de L. **História Social dos Direitos Humanos**. São Paulo: Peirópolis, 2002.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes, et al. **Avaliação da organização da rede de atenção em saúde mental**. Relatório Final. Maceió: Fapeal, 2007.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Relatório Mundial sobre Drogas 2020**: consumo global de drogas aumenta, enquanto COVID-19 impacta mercados, aponta relatório. 2020. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2020/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2020_-consumo-global-de-drogas-aumenta--enquanto-covid-19-impacta-mercado.html Acesso em: 18 mai. 2021.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VENÂNCIO, Joaquim. **Textos de apoio: Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

WEISSHAUPT, Jean Robert. **As funções sócio-institucionais do Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1988.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com a gestão da Supervisão de Atenção Psicossocial (SESAU)

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Quantos e quais são Serviços da Rede de Atenção Psicossocial existentes em Alagoas?
2. Quantos e quais são os Hospitais Psiquiátricos do Estado de Alagoas (público e privado)?
3. Quais foram os Hospitais Psiquiátricos que fecharam nos últimos 10 anos no Estado de Alagoas?
4. Quais foram os motivos levaram o fechamento desses hospitais?
5. Como a Supervisão de Atenção Psicossocial administrou o fechamento desses hospitais?
6. Qual é a atual situação dos hospitais que se encontram em funcionamento em Alagoas (capacidade de internações, leitos)?
7. Como se deu o processo de desinstitucionalização das pessoas que se encontravam institucionalizada nos hospitais que foram fechados?
8. Existe a proposta de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial em Alagoas?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com a gestão da Gerência de Atenção Psicossocial (SMS)

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Quantos e quais são Serviços da Rede de Atenção Psicossocial existentes em Maceió?
2. Existe alguma proposta de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial em Maceió?
3. Quantas, quais são e onde estão localizadas as Clínicas Involuntárias que são cadastradas à Gerência de Atenção Psicossocial?
4. Qual é o tempo de existência dessas Clínicas Involuntárias e há quanto tempo elas estão vinculadas à Gerência de Atenção Psicossocial?
5. Quais são as profissões que trabalham nas Clínicas Involuntárias?
6. No período de 2015-2020 quantas internações foram encaminhadas para as Clínicas Involuntárias?
7. Como funciona a reabilitação de pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas numa Clínica Involuntária?
8. As Clínicas Involuntárias utilizam a religião ou a espiritualidade para o tratamento dos internos?
9. Como se dá o financiamento das internações nas Clínicas Involuntárias?
10. As pessoas que são internas nas Clínicas Involuntárias, são moradoras de quais municípios?
11. Quanto tempo dura a internação nas Clínicas Involuntárias?
12. O que acontece quando termina o período da internação numa Clínica Involuntária?
13. É comum haver reinternação?
14. A solicitação para a internação numa Clínica Involuntária é feita normalmente por quem?
15. Como a Gerência de Atenção Psicossocial avalia essa parceria com o setor privado?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com a gestão do Centro de Acolhimento (SEPREV)**FORMULÁRIO DE ENTREVISTA**

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Quantas, quais e onde estão localizadas as Comunidades Acolhedoras vinculadas ao Centro de Acolhimento (ACOLHE)?
2. Qual é o tempo de existência dessas Comunidades Acolhedoras e há quanto tempo elas estão vinculadas ao Centro de Acolhimento?
3. Quais são as profissões que trabalham na Comunidade Acolhedora?
4. No período de 2015-2020 quantas internações foram encaminhadas para as Comunidades Acolhedoras?
5. Como se dá o financiamento das Comunidades Acolhedoras?
6. As pessoas que são internas nas Comunidades Acolhedoras, são moradoras de quais municípios? Normalmente, são encaminhadas para comunidades próximas a seu município de origem?
7. Quanto tempo dura a internação nas Comunidades Acolhedoras?
8. O que acontece quando termina o período da internação numa Comunidade Acolhedora?
9. É comum haver reinternação?
10. A solicitação para a internação numa Comunidade Acolhedora é feita normalmente por quem?
11. Existe, durante o período de internação, interações com os serviços de saúde e saúde mental do Sistema Único de Saúde? Se sim, quais? Se não, por quais motivos?
12. Como funciona a reabilitação de pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas numa Comunidade Acolhedora?
13. As Comunidades Acolhedoras utilizam a religião ou a espiritualidade para o tratamento dos internos?

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com o profissional Psicólogo do Centro de Acolhimento

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Qual é o seu tempo de atuação na instituição?
2. Sua inserção na instituição, necessitou de algum tipo de formação específica ou qualificação?
3. Qual a contribuição da sua profissão para o serviço?
4. Como funciona o trabalho em equipe?
5. Na sua opinião, quais fatores levam uma pessoa ter problemas com o consumo de drogas?
6. Existe articulação desse serviço com algum dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial?
7. Qual é a sua opinião sobre as internações de longa e curta duração para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?
8. As Comunidades Acolhedoras oferecem uma internação longa ou breve?
9. Como você avalia as internações: voluntárias, involuntárias e compulsórias? Qual delas possibilitam resultado satisfatório para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes o uso de drogas?
10. Quais são os critérios de admissão no serviço e permanência na Comunidade Acolhedora?
11. Quais são os critérios de alta?
12. Qual é a sua opinião sobre os aspectos religiosos associados ao tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?
13. Sobre o tratamento pautado na abstinência e o tratamento pautado na redução de danos, na sua opinião, qual propicia um resultado mais satisfatório?

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com o profissional Assistente Social do Centro de Acolhimento

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Qual é o seu tempo de atuação na instituição?
2. Sua inserção na instituição, necessitou de algum tipo de formação específica ou qualificação?
3. Qual a contribuição da sua profissão para o serviço?
4. Como funciona o trabalho em equipe?
5. Na sua opinião, quais fatores levam uma pessoa ter problemas com o consumo de drogas?
6. Existe articulação desse serviço com algum dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial?
7. Qual é a sua opinião sobre as internações de longa e curta duração para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?
8. As Comunidades Acolhedoras oferecem uma internação longa ou breve?
9. Como você avalia as internações: voluntárias, involuntárias e compulsórias? Qual delas possibilitam resultado satisfatório para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes o uso de drogas?
10. Quais são os critérios de admissão no serviço e permanência na Comunidade Acolhedora?
11. Quais são os critérios de alta?
12. Qual é a sua opinião sobre os aspectos religiosos associados ao tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?
13. Sobre o tratamento pautado na abstinência e o tratamento pautado na redução de danos, na sua opinião, qual propicia um resultado mais satisfatório?

APÊNDICE F – Roteiro de entrevista com o profissional Médico Psiquiatra do Centro de Acolhimento

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Qual é o seu tempo de atuação na instituição?
2. Sua inserção na instituição, necessitou de algum tipo de formação específica ou qualificação?
3. Qual a contribuição da sua profissão para o serviço?
4. Como funciona o trabalho em equipe?
5. Na sua opinião, quais fatores levam uma pessoa ter problemas com o consumo de drogas?
6. Existe articulação desse serviço com algum dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial?
7. Qual é a sua opinião sobre as internações de longa e curta duração para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?
8. As Comunidades Acolhedoras oferecem uma internação longa ou breve?
9. Como você avalia as internações: voluntárias, involuntárias e compulsórias? Qual delas possibilitam resultado satisfatório para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes o uso de drogas?
10. Quais são os critérios de admissão no serviço e permanência na Comunidade Acolhedora?
11. Quais são os critérios de alta?
12. Qual é a sua opinião sobre os aspectos religiosos associados ao tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?
13. Sobre o tratamento pautado na abstinência e o tratamento pautado na redução de danos, na sua opinião, qual propicia um resultado mais satisfatório?

APÊNDICE G – Roteiro de entrevista com o profissional médico psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Qual é o seu tempo de atuação na instituição?
2. Sua inserção na instituição, necessitou de algum tipo de formação específica ou qualificação?
3. Qual a contribuição da sua profissão para o serviço?
4. Como funciona o trabalho em equipe?
5. Na sua opinião, quais são os fatores que levam uma pessoa ter problemas com o consumo de drogas?
6. Como você avalia a estrutura física da instituição para atender as necessidades da população usuária.
7. Qual é a sua visão sobre as internações de longa duração para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?
8. Esse serviço oferece uma internação longo ou breve?
9. Como você avalia as internações: voluntárias, involuntárias e compulsórias? Qual delas possibilitam um resultado satisfatório para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes o uso de drogas?
10. Quais são os critérios de admissão no serviço e permanência no serviço?
11. Quais são os critérios de alta?
12. Na sua opinião, quais são os fatores que levam uma pessoa ter problemas com o consumo de drogas?
13. Qual é a sua opinião sobre os aspectos religiosos associados ao tratamento de pessoas com problemas decorrente do uso de drogas?
14. Sobre o tratamento pautado na abstinência e o tratamento pautado na redução de danos, na sua opinião, qual propicia um resultado mais satisfatório?
15. Existe articulação desse serviço com as Comunidades Acolhedoras, Clínicas Involuntárias ou com Hospital Psiquiátrico?

APÊNDICE H – Roteiro de entrevista com o profissional assistente social do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Qual é o seu tempo de atuação na instituição?
2. Sua inserção na instituição, necessitou de algum tipo de formação específica ou qualificação?
3. Qual a contribuição da sua profissão para o serviço?
4. Como funciona o trabalho em equipe?
5. Na sua opinião, quais são os fatores que levam uma pessoa ter problemas com o consumo de drogas?
6. Como você avalia a estrutura física da instituição para atender as necessidades da população usuária.
7. Qual é a sua visão sobre as internações de longa duração para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?
8. Esse serviço oferece uma internação longo ou breve?
9. Como você avalia as internações: voluntárias, involuntárias e compulsórias? Qual delas possibilitam um resultado satisfatório para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes o uso de drogas?
10. Quais são os critérios de admissão no serviço e permanência no serviço?
11. Quais são os critérios de alta?
12. Na sua opinião, quais fatores levam uma pessoa ter problemas com o consumo de drogas?
13. Qual é a sua opinião sobre os aspectos religiosos associados ao tratamento de pessoas com problemas decorrente do uso de drogas?
14. Sobre o tratamento pautado na abstinência e o tratamento pautado na redução de danos, na sua opinião, qual propicia um resultado mais satisfatório?
15. Existe articulação desse serviço com as Comunidades Acolhedoras, Clínicas Involuntárias ou com Hospital Psiquiátrico?

APÊNDICE I – Roteiro de entrevista com o profissional psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Qual é o seu tempo de atuação na instituição?
2. Sua inserção na instituição, necessitou de algum tipo de formação específica ou qualificação?
3. Qual a contribuição da sua profissão para o serviço?
4. Como funciona o trabalho em equipe?
5. Na sua opinião, quais são os fatores que levam uma pessoa ter problemas com o consumo de drogas?
6. Como você avalia a estrutura física da instituição para atender as necessidades da população usuária.
7. Qual é a sua visão sobre as internações de longa duração para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?
8. Esse serviço oferece uma internação longo ou breve?
9. Como você avalia as internações: voluntárias, involuntárias e compulsórias? Qual delas possibilitam um resultado satisfatório para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes o uso de drogas?
10. Quais são os critérios de admissão no serviço e permanência no serviço?
11. Quais são os critérios de alta?
12. Na sua opinião, quais fatores levam uma pessoa ter problemas com o consumo de drogas?
13. Qual é a sua opinião sobre os aspectos religiosos associados ao tratamento de pessoas com problemas decorrente do uso de drogas?
14. Sobre o tratamento pautado na abstinência e o tratamento pautado na redução de danos, na sua opinião, qual propicia um resultado mais satisfatório?
15. Existe articulação desse serviço com as Comunidades Acolhedoras, Clínicas Involuntárias ou com Hospital Psiquiátrico?

APÊNDICE J – Roteiro de entrevista com a gestão da Comunidade Terapêutica Acolhedora (CTA)

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Quando surgiu a Comunidade Acolhedora Nova Jericó, e quais instituições que se vinculam a ela?
2. Há quanto tempo você é coordenador/a dessa instituição? Sua inserção na instituição, necessitou de algum tipo de formação específica ou qualificação?
3. Descreva a estrutura física dessa Comunidade acolhedora.
4. Quais são as profissões que trabalham nessa Comunidade Acolhedora? Como funciona o trabalho em equipe?
5. Quantos usuários comportam essa instituição? Atualmente quantos estão internos?
6. Quais são os municípios de origem dos usuários atualmente internos?
7. Quem financia essa Comunidade Acolhedora?
8. Quanto tempo dura a internação nessa Comunidade Acolhedora?
9. Como funciona a reabilitação de pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas nessa Comunidade Acolhedora?
10. Na sua opinião, quais são os fatores que levam uma pessoa ter problemas com o uso de drogas?
11. Os usuários ficam voluntariamente nessa Comunidade Acolhedora?
12. Existe, durante o período de internação, interações com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial? Se sim, quais? Se não, por quais motivos?
13. Existe evasão, fuga ou desistência? Se, sim, quais são os principais motivos?
14. O que acontece quando termina o período da internação na Comunidade Acolhedora? É comum haver reinternação?
15. Como se dá o contato com o mundo externo e o contato com a família?
16. A solicitação para a internação numa Comunidade Acolhedora é feita normalmente por quem?
17. Qual é a sua opinião sobre os aspectos religiosos e espiritualidade associados ao tratamento de pessoas com problemas decorrente do uso de drogas?
18. Quais são as normas estabelecidas para a permanência dos internos? O que acontece quando o usuário descumpra a norma?
19. Como você avalia a introdução dos aspectos religiosos no tratamento da dependência química? É tolerado o consumo de drogas dentro da instituição?

APÊNDICE K – Roteiro de entrevista com o profissional psicólogo da Comunidade Terapêutica Acolhedora (CTA)

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Qual é o seu tempo de atuação na instituição?
2. Qual a contribuição da sua profissão para o serviço?
3. Sua inserção na instituição, necessitou de algum tipo de formação específica ou qualificação?
4. Como funciona o trabalho em equipe? Existe algum tipo de assistência médica que os internos tenham acesso fora da instituição?
5. Como você avalia a estrutura física da instituição para atender as necessidades da população usuária.
6. Qual é a sua opinião sobre as internações de longa duração para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?
7. Como você avalia as internações: voluntárias, involuntárias e compulsórias? Qual delas possibilitam um resultado satisfatório para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes o uso de drogas?
8. Quais são os critérios de admissão e permanência no serviço?
9. Quais são os critérios de alta?
10. Na sua opinião, quais fatores levam uma pessoa ter problemas com o consumo de drogas?
11. Como você avalia a introdução dos aspectos religiosos no tratamento da dependência química?
12. Sobre o tratamento pautado na abstinência e o tratamento pautado na redução de danos, na sua opinião, qual propicia um resultado mais satisfatório?

APÊNDICE L – Roteiro de entrevista com o profissional assistente social da Comunidade Terapêutica Acolhedora (CTA)

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Observação: É garantido a liberdade aos participantes em não responder a entrevista.

1. Qual é o seu tempo de atuação na instituição?
2. Qual a contribuição da sua profissão para o serviço?
3. Sua inserção na instituição, necessitou de algum tipo de formação específica ou qualificação?
4. Como funciona o trabalho em equipe? Existe algum tipo de assistência médica que os internos tenham acesso fora da instituição?
5. Como você avalia a estrutura física da instituição para atender as necessidades da população usuária.
6. Qual é a sua opinião sobre as internações de longa duração para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas?
7. Como você avalia as internações: voluntárias, involuntárias e compulsórias? Qual delas possibilitam um resultado satisfatório para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes o uso de drogas?
8. Quais são os critérios de admissão e permanência no serviço?
9. Quais são os critérios de alta?
10. Na sua opinião, quais fatores levam uma pessoa ter problemas com o consumo de drogas?
11. Como você avalia a introdução dos aspectos religiosos no tratamento da dependência química?
12. Sobre o tratamento pautado na abstinência e o tratamento pautado na redução de danos, na sua opinião, qual propicia um resultado mais satisfatório?

APÊNDICE M – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Assinado em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável).

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução nº 466/12 – IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa *Atenção Psicossocial na Política de Saúde Mental e na Políticas sobre Drogas no Município de Maceió-Al e a Garantia de Direitos de Usuários de Drogas e/ou Pessoas em Sofrimento Psíquico*, recebi da pesquisadora responsável Ma. Heline Caroline Eloí Moura, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1. O estudo tem como objetivo investigar as formas de atenção psicossocial na Política de Saúde Mental e na Política sobre Drogas no município de Maceió-Al e a garantia de direitos de usuários de drogas e/ou pessoas em sofrimento psíquico.
2. A importância da pesquisa consiste em identificar as formas de acesso aos direitos que pessoas que usam drogas e/ou em sofrimento psíquico acessam no processo de internação em instituição de acolhimento e atenção psicossocial que são financiadas com recursos públicos. A pesquisa também explicitará como a política de saúde mental e a política sobre drogas configuram-se na realidade de Maceió-Al, sendo um importante dado para a sociedade e para a comunidade acadêmico-científica por possibilitar o conhecimento de questões que repercutem em seus avanços e entraves. A análise de como as profissões (médico ou médico psiquiatra, assistente social, enfermeiro e psicólogo), gestores e usuários avaliam as formas de internações, também representa um importante dado da realidade, pois demonstram como esses atores sociais percebem e contribuem com as políticas e no acesso aos direitos.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: identificar e analisar a configuração da Rede de Atenção Psicossocial, Hospitais Psiquiátricos, Comunidades Acolhedoras e Clínicas Involuntárias em Maceió-AL. Constatar expressões que demonstrem o acesso aos direitos que pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas e/ou em sofrimento psíquico acessam no processo de internamento, bem como os aspectos sociais que levaram a internação. Examinar as avaliações e opiniões de gestores, profissionais e usuários sobre o processo de internamento, identificando em que medida esse processo é propiciador de direitos.
4. A coleta de dados começará em novembro de 2021 e finalizará em janeiro de 2022.

5. Essa pesquisa possui três etapas, são elas: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e a pesquisa de campo.
6. A pesquisa de campo será feita da seguinte maneira: entrevista individual, com formulários semiestruturados direcionados aos gestores, técnicos e profissionais: médico ou médico psiquiatra, assistente social, enfermeiro e psicólogo. A entrevista individual, aberta e em profundidade, utilizando a técnica de *história de vida*, com formulário não estruturado, será realizada com dois usuários de instituições que ofertam serviços de internação (voluntário, involuntário e compulsório), a saber: Hospital Psiquiátrico, Comunidade Acolhedora e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD).
7. A sua participação será na etapa da pesquisa de campo, e se dará por meio da entrevista individual, semiestruturada ou aberta e em profundidade (a depender do participante da pesquisa). A entrevista será realizada em um único momento, com duração média de 40 minutos a 1 hora e será gravada.
8. No momento da entrevista individual, será seguido o protocolo de cuidados contra a COVID-19, com distanciamento de no mínimo 1,5m entre a pesquisadora e o participante da pesquisa, a disposição de álcool 70° para a higienização das mãos e a obrigatoriedade do uso da máscara de proteção.
9. Os incômodos e possíveis riscos são mínimos e podem estar relacionados a desconfortos ao responder a entrevista individual por acessar subjetivamente seus sentimentos, percepções e opiniões.
10. Os benefícios esperados com a sua participação na pesquisa, mesmo que não diretamente, e, a longo prazo, são os de aprimoramento nas formas de atenção ofertadas na rede de serviços de saúde mental e de acolhimento a usuários de álcool e outras drogas que propiciem a efetivação dos direitos.
11. Aos participantes da pesquisa que se sintam desconfortáveis em algum momento da entrevista, será dado como assistência, o direito a não responder a qualquer pergunta realizada, bem como suspender a entrevista a pedido do participante.
12. Os participantes da pesquisa e as instituições envolvidas serão informadas do resultado final da pesquisa e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
13. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
14. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação do participante da pesquisa, exceto para a equipe de pesquisa (pesquisadora e orientadora). A divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
15. O estudo não acarretará nenhuma despesa para o participante da pesquisa, que não receberá nenhum valor monetário pela participação.
16. O participante da pesquisa receberá e assinará duas vias do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido de igual teor assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

Endereço da pesquisadora responsável pela pesquisa:

Pesquisadora: Heline Caroline Eloi Moura Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n. Tabuleiro do Martins. **Complemento:** Campus A. C. Simões **Cidade/CEP:** Maceió/AL 57072-900 Ponto de referência: Bloco 16 da Faculdade de Serviço Social.

Endereço da orientadora da pesquisa:

Pesquisadora: Rosa Lúcia Prêdes Trindade **Instituição:** Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n. Tabuleiro do Martins. **Complemento:** Campus A. C. Simões **Cidade/CEP:** Maceió/AL 57072-900 Ponto de referência: Bloco 16 da Faculdade de Serviço Social

Contato de urgência: Sra. Heline Caroline Eloi Moura **Instituição:** Universidade Federal de Alagoas **Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n. Tabuleiro do Martins. **Complemento:** Cam A. C. Simões **Cidade/CEP:** Maceió/AL 57072-900 Ponto de referência: Bloco 16 da Faculdade de Serviço Social.

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com Website: <https://ufal.br/ufal/pesquisa-e-inovacao/etica/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa>

Maceió, _____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica do/a voluntário/a ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE N - Termo de Retirada do Consentimento**Termo de Retirada do Consentimento**

É garantida a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, deixando o indivíduo de participar do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo.

Revogo o consentimento prestado no dia _____ e afirmo que não desejo prosseguir no estudo *Atenção Psicossocial na Política de Saúde Mental e na Políticas sobre Drogas no Município de Maceió-Al e a Garantia de Direitos de Usuários de Drogas e/ou Pessoas em Sofrimento Psíquico* que me foi proposto pela pesquisadora HELINE CAORLINE ELOI MOURA, que dou como finalizado nesta data.

Cidade: _____ Data: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Helene Caroline Eloi Moura

Assinatura do participante: _____

Testemunha: _____

Testemunha: _____

APÊNDICE J – Parecer Consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E NA POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL E A GARANTIA DE DIREITOS DE USUÁRIOS DE DROGAS E/OU PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Pesquisador: HELINE CAROLINE ELOI MOURA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51326921.5.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.172.948

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa refere-se a um projeto de Tese, submetido e aprovado no processo de seleção de Doutorado do Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (PPGSS/UFAL). Tem como objetivo principal, investigar as formas de atenção psicossocial na Política de Saúde Mental e na Política sobre Drogas no município de Maceió-Al e a garantia de direitos de usuários de drogas e/ou pessoas em sofrimento psíquico. As mudanças recentes nas políticas de saúde mental e na política sobre drogas repercutem diretamente na oferta dos serviços destinados aos usuários dessas políticas. Formas distintas de atenção em saúde mental e de acolhimento se estabelecem por meio das internações voluntárias, involuntárias e compulsórias, particularizando as instituições. Essa pesquisa se propõe a investigar como estão sendo ofertados esses serviços financiados com recursos públicos e como tem se dado o acesso aos direitos da população atendida. O método dialético materialista fundamentará esse estudo, por meio dele, pretende-se ultrapassar a mera exposição, e compreender os nexos causais envolvidos no desenvolvimento da atenção em saúde mental. Para apreensão do objeto de estudo, será utilizada três processos de pesquisa: a pesquisa bibliográfica, documental, e, num terceiro momento a pesquisa de campo. A pesquisa de campo terá uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório, sendo utilizado o método hermenêutico-dialético para análise dos dados coletados. Por meio da entrevista individual, semiestruturada, e da entrevista individual aberta e

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

em profundidade, não estruturada, utilizando a técnica de história de vida, buscaremos informações pertinentes ao objeto de estudo que se expressam no cotidiano das instituições que prestam atendimento direto para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas e/ou em sofrimento psíquico. Essa pesquisa terá como participantes: gestores, técnicos, profissional médico ou médico psiquiatra, assistente social, enfermeiro, psicólogo e usuários das instituições. Serão cenários da pesquisa de campo: a Gerência de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, a Supervisão de Atenção Psicossocial da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas e o Centro de Acolhimento vinculado à Secretaria de Estado Prevenção a Violência de Alagoas. Será ainda cenário da pesquisa de campo: uma Comunidade Acolhedora, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e um Hospital Psiquiátrico. Os resultados do estudo estarão sistematizados na tese, que será apresentada ao PPGSS/UFAL e serão também divulgados para as instituições participantes da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as formas de atenção psicossocial na Política de Saúde Mental e na Política sobre drogas no município de Maceió-Al e a garantia de direitos de usuários de drogas e/ou pessoas em sofrimento psíquico.

Objetivo Secundário:

- Aprofundar o estudo teórico sobre as relações sociais capitalistas, os desdobramentos da questão social e a intervenção estatal;
- Identificar os serviços de atenção em saúde mental e de acolhimento a usuários de drogas em Maceió-Al, observando as formas de internações, financiamento e organização dos serviços;
- Realizar um estudo exploratório, por meio da pesquisa de campo, para analisar as opiniões e avaliações de gestores, profissionais e usuários, sobre as instituições de atenção e acolhimento para pessoas que usam drogas, bem como apreender as particularidades das diferentes formas de internações.
- Analisar os dados da realidade numa perspectiva histórico-crítica, identificando em que medida essa realidade é propiciadora do direito à cidadania.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Sobre os riscos da pesquisa, os profissionais participantes, podem sentir-se desconfortáveis durante a entrevista por exporem suas visões de mundo e filosofia que norteia sua ação profissional. Caso isso ocorra, será deixado claro a confidencialidade da pesquisa e a opção de não responder a qualquer pergunta, como forma de deixá-los mais confortáveis com a entrevista.

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Os riscos da pesquisa para os usuários são mínimos e podem estar relacionados ao momento da entrevista que os levem a rememorar os momentos de sua vida durante à internação, podendo trazer algum desconforto emocional ligados a ansiedade ou tristeza. Nesse caso, respeitaremos os limites dos envolvidos, esclareceremos a opção de não responder a qualquer pergunta e ressaltaremos a confidencialidade da pesquisa. Vale ressaltar que não serão utilizados procedimentos que causem dor ou sofrimento físico aos participantes da pesquisa. Considerando o contexto de pandemia por Sars-Cov-2, todo protocolo de segurança recomendado pela Organização Mundial de Saúde será adotado nas visitas de campo e no momento da entrevista como: distanciamento entre os envolvidos (participante e pesquisadora), com um espaço de no mínimo 1,50m, o uso de máscara obrigatório e a disposição de álcool 70° para higienização das mãos.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, a pesquisa irá trazer dados concreto da realidade objetiva que se expressam as políticas de saúde mental e a políticas sobre drogas no contexto nacional e na realidade local, demonstrando em que medida os serviços que integram essas políticas têm possibilitado a efetivação dos direitos. Sendo assim, gestores, profissionais, usuários, a sociedade em geral, bem como a comunidade acadêmico-científica poderá conhecer a funcionalidade das instituições e o impacto das internações para a vida dos internados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de tese de doutorado. O projeto detalhado apresenta, de forma clara e fundamentada, todas as etapas do estudo, evidenciando atenção aos aspectos éticos de pesquisas com seres humanos.

Trata-se de pesquisa qualitativa com etapa de estudo de campo, onde participarão gestores, profissionais e usuários de serviços de assistência e atenção psicossocial em saúde mental. Serão realizadas entrevistas semi- estruturadas, utilizando questionários e técnica de história de vida. As entrevistas serão gravadas e transcritas para análise. As entrevistas serão presenciais, seguindo protocolos de segurança sanitária em relação à pandemia da COVID-19. O procedimento de seleção e convite aos participantes da pesquisa é apresentado no Projeto Detalhado.

Os roteiros de entrevista são apresentados na íntegra ao final do Projeto Detalhado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os documentos e termos obrigatórios.

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 5.172.948

A pesquisadora enviou carta resposta ao parecer anterior do CEP, atendendo as solicitações. Foi anexado TCLE para usuários reformulado, conforme parecer do CEP.

Recomendações:

Atendendo à pendência anterior, a pesquisadora acrescentou um parágrafo no Projeto Detalhado, informando sobre procedimento de composição da amostra e número de participantes. Recomenda-se acrescentar esse parágrafo também no texto do Projeto - Informações Básicas, alterando o número de participantes no quadro próprio (p.5), mantendo a consistência com o projeto detalhado.

Nos textos dos TCLEs (geral e usuários) consta endereço do CEP UNCISAL. Recomenda-se a retirada dessa informação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências, ver recomendações no quadro acima.

AS PENDÊNCIAS ABAIXO FORAM RESPONDIDAS ADEQUADAMENTE.

1. Metodologia: Informar como foi calculado o número de participantes por grupo (gestores, profissionais, usuários).

Acrescentou-se na página 23 do projeto detalhado o seguinte parágrafo:

“Para esse estudo, foi avaliado pertinente uma amostragem mínima no número de participantes nas categorias de (1) gestor, (1) técnicos e profissionais: (1) psicólogo, (1) médico, (1) assistente social e (1) enfermeiro. Esse quantitativo foi considerado após uma investigação prévia do universo de profissionais nas instituições cenários do estudo, em que se identificou que a maior parte possui apenas um profissional para cada categoria. Para o número de usuários foi avaliado que uma amostragem de dois usuários por instituição, atenderá nossas expectativas de conhecer de forma qualitativa a história de vida desses usuários, de modo que, a pesquisa propõe que por instituição seja avaliado um usuário recém inserido na instituição e o segundo com o maior tempo de internamento na instituição”.

2. TCLE. É apresentado um único modelo de TCLE para participantes de todos os grupos.

Necessário reformular o texto, usando linguagem mais acessível aos participantes, principalmente o grupo de usuários, para garantir o consentimento informado. Observar a clareza do conteúdo do TCLE, especialmente dos itens sobre procedimentos e riscos (2, 3, 6, 7 e 9). Descrever, em linguagem clara para os usuários, em que consiste a técnica de "história de vida". Uma alternativa seria elaborar um TCLE específico para os usuários dos serviços,

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 5.172.948

considerando as características dessa população e as peculiaridades do procedimento da entrevista com esse grupo. Solicita-se reformular TCLE.

Foi acrescentado ao projeto detalhado um TCLE específico para o grupo de participantes da pesquisa para a categoria de usuários, adequando a linguagem para esse público. O TCLE específico para os usuários foi incluído no anexo 9.13 (pág. 89).

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.172.948

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1813044.pdf	12/11/2021 18:45:43		Aceito
Outros	PROJETOREVISADO.pdf	12/11/2021 18:45:16	HELINE CAROLINE ELOI MOURA	Aceito
Outros	TCLEUSUARIO.pdf	12/11/2021 18:44:02	HELINE CAROLINE ELOI MOURA	Aceito
Outros	CARTARESPOSTAAOCEP.pdf	12/11/2021 18:42:20	HELINE CAROLINE ELOI MOURA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/08/2021 12:28:46	HELINE CAROLINE ELOI MOURA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/08/2021 12:26:18	HELINE CAROLINE ELOI MOURA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODERESPONSABILIDADEDOPEQUISADOR.pdf	30/08/2021 12:23:11	HELINE CAROLINE ELOI MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/08/2021 12:21:23	HELINE CAROLINE ELOI MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINAL.pdf	30/08/2021 12:17:54	HELINE CAROLINE ELOI MOURA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOCEPpreenchida.pdf	27/08/2021 13:43:32	HELINE CAROLINE ELOI MOURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 16 de Dezembro de 2021

Assinado por:
CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br