



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca

ENSP

Hugo Leonardo Rodrigues Soares

**Barreiras de Acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos CAPS:**

revisão da literatura

Rio de Janeiro

2022

Hugo Leonardo Rodrigues Soares

**Barreiras de Acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos CAPS:**  
revisão da literatura

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante.

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Mônica Silva Martins.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Access barriers to users of alcohol and other drugs to CAPS:  
literature review.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S676b Soares, Hugo Leonardo Rodrigues.  
Barreiras de Acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos  
CAPS: revisão da literatura / Hugo Leonardo Rodrigues Soares. -- 2022.  
183 f. : il. color.

Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante.  
Coorientadora: Mônica Silva Martins.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional  
de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde. 2. Serviços de Saúde  
Mental. 3. Drogas Ilícitas. 4. Álcool. 5. Estigma. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Hugo Leonardo Rodrigues Soares

**Barreiras de Acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos CAPS:**

revisão da literatura

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 13 de abril de 2022.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eroy Aparecida da Silva  
Universidade Federal de São Paulo

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Freitas Guljor  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Silva Martins (Coorientador)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

*Para minha esposa e amada filha.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido me formar médico e ter chegado até aqui. Quando não é possível curar, que, pelo menos, eu tenha sabedoria para escutar e aliviar o sofrimento daqueles que me procuram.

Agradeço a minha amada filha Mia que esteve comigo durante o período da pesquisa. Aparecia nas aulas remotas, trazendo momentos de equilíbrio e harmonia, fazendo lembrar o que realmente importa. Meu amor de pai imensurável.

Agradeço a minha amada esposa Hérica Gonçalves pelo seu amor e compreensão nos meus momentos de ausência. Esposa cuidadosa e conselheira nos momentos de dificuldades. Muito obrigado minha amada.

Aos meus pais Vanildo Soares e Vera Lúcia que me presentearam com a vida e com seus ensinamentos.

Aos meus avós Antonio Rodrigues de Farias (*in memoriam*) que sempre me incentivou na leitura e avó Lindinalva Silva de Farias com sua imensa compreensão. Minha avó Creuza Soares (*in memoriam*).

Aos meus sogros: Hélio Gonçalves e Sonia Rosa Batista por imenso seu apoio e sustentação.

Aos meus familiares, tios e primos da família Farias, lembrança em especial para minha tia Maria Cecília Silva de Farias (*in memoriam*) que nos deixou no caminhar da pesquisa. Sempre esteve em oração a Deus por mim. Minha gratidão.

A família Soares, tios e primos, minha gratidão.

Aos meus orientadores Paulo Amarante e Monica Martins, pela leveza na orientação, tranquilidade e serenidade. Conselhos assertivos. Sem dúvida, a amizade foi um presente. Apesar de tempos de pandemia, me conduziram na chegada do porto tranquilo.

As equipes de profissionais e instituições que trabalhei: Hospital Municipal Rocha Faria, Centro Municipal de Saúde Alvimar de Carvalho, Clínica da Família Alkindar Soares Pereira Filho, Clínica da Família Hans Jurgen Fernando Dohmann, Centro Municipal de Saúde Carlos Alberto Nascimento, Clínica da Família Agenor de Miranda Araújo Neto 'Cazuza' e a equipe do CAPS Pedro Pellegrino.

A turma do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública 2020.

A Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ que me recebeu na instituição e possibilitou abertura ao debate a temática das Barreiras de Acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos CAPS.

Aos usuários do SUS, pela luta pelo controle social, pelo debate participativo. Pela sustentação do Estado Democrático de Direito, pela diminuição das desigualdades e o cuidado sempre da vida principalmente da população mais vulnerável.

*A primeira tarefa do médico é, portanto, política: a luta contra a doença deve começar por uma guerra contra os maus governos; o homem só será total e definitivamente curado se for primeiramente liberto. Se souber ser politicamente eficaz, a medicina não será mais medicamente indispensável.*

FOUCAULT, 2006, 37.

## RESUMO

A pesquisa consiste fundamentalmente em uma revisão bibliográfica narrativa da literatura científica sobre as barreiras de acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por parte dos usuários de álcool e outras drogas. O uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento. Neste sentido, torna-se importante o estudo das barreiras de acesso na saúde e em especial, aos usuários de álcool e outras drogas ao serviço especializado, pois o uso problemático é rodeado pelo preconceito, estigma, dificuldade na formação profissional, pouco interesse ou até mesmo desinteresse e dificuldade no manejo por parte dos profissionais de saúde que lidam com estes usuários. As questões da pesquisa foram: identificar e analisar quais são as barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos CAPS, numa proposta de revisão bibliográfica; com a definição do que são barreiras de acesso; Como se deu a construção dos modelos de cuidado em saúde mental no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica e quais são as principais políticas públicas sobre o uso de álcool e outras drogas. Com objetivo de compreender quais os elementos e entidades ligadas às barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos CAPS, especificadamente, com a descrição das demandas, utilização e barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas e a discussão das principais políticas públicas sobre o uso de álcool e outras drogas. Nesta perspectiva, a hipótese inicial apontada por esta pesquisa, é de que as barreiras de acesso reorientam e/ou reordenam intervenções no âmbito da saúde mental, o que pode impedir a possibilidade de qualificação do próprio SUS e produzir desassistência a um grupo importante de usuários do serviço de saúde, principalmente aos usuários que fazem uso problemático de álcool e outras drogas e que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Barreiras de Acesso; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Estigma; Álcool e Outras Drogas.

## ABSTRACT

The research essentially consists of a narrative bibliographic review of the scientific literature on the barriers to accessing Psychosocial Care Centers (CAPS) by users of alcohol and other drugs. The use of alcohol and other drugs is a serious public health problem, recognizing the need to overcome the historical delay in assuming this responsibility by the SUS, and seeking to subsidize the collective construction of its confrontation. In this sense, it is important to study the barriers to access in health and, in particular, for users of alcohol and other drugs to the specialized service, since problematic use is surrounded by prejudice, stigma, difficulty in professional training, little interest or even lack of interest and difficulty in management on the part of health professionals who deal with these users. The research questions were: to identify and analyze the barriers to access for users of alcohol and other drugs to CAPS, in a proposal for a literature review; with the definition of what are access barriers; How was the construction of mental health care models in Brazil based on the Psychiatric Reform and what are the main public policies on the use of alcohol and other drugs. In order to understand which elements and entities are linked to barriers to access for users of alcohol and other drugs to CAPS, specifically, with a description of the demands, use and barriers of access to users of alcohol and other drugs and the discussion of the main public policies on the use of alcohol and other drugs. In this perspective, the initial hypothesis pointed out by this research is that access barriers redirect and/or reorder interventions in the field of mental health, which can prevent the possibility of qualifying the SUS itself and produce lack of assistance to an important group of users. of the health service, especially to users who make problematic use of alcohol and other drugs and who are in a situation of vulnerability.

Keywords: Access Barriers; Psychosocial Care Centers (CAPS); Stigma. Alcohol and Other drugs.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Marcos da Reforma Psiquiátrica brasileira .....	38
Quadro 2	Dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira .....	41
Quadro 3	Componentes e Dispositivos da RAPS .....	58
Quadro 4	Retrocessos na RAPS .....	64
Quadro 5	Definições de acesso e autores .....	73
Quadro 6	Barreiras de acesso - Curso de Extensão .....	75
Quadro 7	Populações vulnerabilizadas e barreiras de acesso .....	117
Quadro 8	Políticas sobre drogas .....	125
Figura 1	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) .....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AP	Área Programática
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Coordenação de área programática
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBD	Cannabidiol
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPPA	Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool
CISM	Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIMSM	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde Mental
CMS	Centro Municipal de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONTRAN	Conselho Nacional de Trânsito
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CS	Centro de Saúde

CTB	Código de Trânsito Brasileiro
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i>
DCTM	Delegacia de Costumes, Tóxicos e Mistificações
DEA	<i>Drug Enforcement Administration</i>
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
EMAESM	Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental
ECR	Equipe de Consultório da Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
GS/PR	Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e a pluralidade de orientações sexuais e variações de gênero
LSD	Dietilamida do ácido lisérgico
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNH	Programa Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Emergência
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SMD	Saúde Mental em Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
THC	Tetrahidrocannabinol
UA	Unidade de Acolhimento
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	21
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
3.1	OBJETIVO GERAL .....	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
4	<b>POSTURA METODOLÓGICA</b> .....	26
5	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	28
6	<b>ANÁLISES</b> .....	29
6.1	A CONSTRUÇÃO DOS MODELOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	30
6.2	A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	44
6.2.1	<b>Estratégia de Saúde da Família (ESF)</b> .....	50
6.2.2	<b>O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)</b> .....	51
6.2.3	<b>A Equipe de Consultório de Rua</b> .....	54
6.2.4	<b>Centro de Convivência e Cultura</b> .....	55
6.2.5	<b>Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPDad)</b> .....	57
6.2.6	<b>As Unidades de Acolhimento</b> .....	57
6.2.7	<b>Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas)</b> .....	58
6.2.8	<b>Serviço de Atendimento Móvel de Emergência (SAMU)</b> .....	59
6.2.9	<b>Unidade de Pronto Atendimento (UPA)</b> .....	59
6.2.10	<b>Enfermaria especializada em Hospital Geral</b> .....	59
6.2.11	<b>Serviço Residencial Terapêutico (SRT)</b> .....	59
6.2.12	<b>Programa de Volta para Casa</b> .....	60
6.2.13	<b>Estratégias de reabilitação psicossocial</b> .....	60
6.2.14	<b>Retrocessos na RAPS</b> .....	61
6.3	CONCEITOS DE ACESSO E BARREIRAS DE ACESSO AOS CAPS .....	67

6.3.1	<b>O Sistema Único de Saúde e a garantia do acesso universal</b> .....	67
6.3.2	<b>Acesso</b> .....	71
6.3.3	<b>Barreiras de acesso</b> .....	75
6.3.4	<b>Abrangência do acesso: domínio amplo ou abrangente</b> .....	81
6.3.5	<b>A utilização de serviços de saúde</b> .....	82
6.3.6	<b>A pandemia de COVID-19 como barreira de acesso e o agravamento das barreiras de acesso preexistentes</b> .....	83
6.3.7	<b>A atenção aos usuários de álcool e outras drogas no contexto da pandemia de COVID-19</b> .....	88
6.4	<b>ESTIGMA, DISCRIMINAÇÃO E PRECONCEITO COMO BARREIRAS DE ACESSO</b> .....	91
6.4.1	<b>Gênero, classe, sexo, raça e uso de drogas</b> .....	96
6.4.2	<b>Mulheres</b> .....	97
6.4.3	<b>População negra</b> .....	105
6.4.4	<b>Grupo LGBTQIA+</b> .....	111
6.4.5	<b>Migrantes</b> .....	114
6.4.6	<b>População em situação de rua</b> .....	116
6.5	<b>PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O USO PREJUDICIAL DE DROGAS</b> .....	118
6.5.1	<b>A Política Nacional sobre Drogas</b> .....	119
7	<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÕES</b> .....	160
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	165

## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação surge a partir do desenho de uma proposta de traduzir o meu trabalho como Psiquiatra no território da Zona Oeste do Rio de Janeiro, como uma premissa importante e necessária para o entendimento de pontos de um país desigual, onde o olhar colonizador dominante, foi se montando a partir de uma sociedade igualmente desigual. Os efeitos desse modo hierarquizado da formação do território foram possíveis perceber, nos oito anos atuando no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre de 2011 a 2019 e no momento, como médico psiquiatra do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Os NASFs foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de consolidar a Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, os núcleos são elaborados por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011).

As modalidades de CAPS, pela portaria 336 de 2002, são serviços de saúde mental, abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS) e foram concebidos como a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica. Configura-se como lugar de referência e tratamento para pessoas com grave sofrimento psíquico, cuja severidade e/ou persistência demandem um cuidado intensivo, incluindo, no caso da pesquisa, os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Dividem-se em CAPS I, II, III, CAPSad e CAPSi (para infância e adolescência).

Ao fazer uma análise da minha trajetória, identifiquei que a ideia de estudar o tema das barreiras de acesso, surgiu no período de fevereiro de 2008 a agosto de 2009, época em que fiz parte do Serviço de Saúde Mental do Hospital Estadual Rocha Faria.

Neste período, percebi como a população era carente de serviços de cuidado em saúde mental, tendo como efeitos um grande número de pessoas procurando a emergência do serviço, para cuidados ambulatoriais em saúde mental.

No período de atuação com as equipes da atenção básica, percebia que a efetivação do apoio matricial não se desenvolvia tal como preconizada a portaria de 2008, como modo de cuidado em saúde, num processo de construção compartilhada, ajudando na integração da equipe da atenção básica com a lógica de atuar da saúde mental. Nem após inúmeros esforços

meus e diferentes estratégias como, por exemplo, o apoio da Coordenação da Área Programática (CAP) do território para o desenvolvimento de ações de matriciamento.

Percebia que vários atravessamentos, no modo como o trabalho se organizava, foram fundamentais para o ‘travamento’ do processo, dentre eles, a falta de profissionais na atuação do NASF (outros psiquiatras, equipe multidisciplinar) e o alto número de demanda da atenção básica, o que me empurrava para uma agenda lotada, com números exorbitantes de atendimentos.

Vale ressaltar que a região da Zona Oeste do Rio de Janeiro é carente de investimentos por parte das políticas públicas voltadas a cidadania, apresenta baixo nível de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a região apresenta grandes bolsões de pobreza e ainda percebe-se muito ‘clientelismo político’<sup>1</sup>, característico da área. A partir de 01 de julho de 2017 fui transferido, a pedido, para o NASF Carlos Alberto Nascimento, cuja Unidade mãe é o Centro Municipal de Saúde Carlos Alberto Nascimento que também prestava o apoio à Clínica da Família Agenor de Miranda Araújo Neto “Cazuza”. Curiosamente o CMS Carlos Alberto Nascimento fica no Bairro de Campo Grande e a Clínica da Família Agenor de Miranda fica no Bairro de Guaratiba. Estive neste NASF até julho de 2019, quando a Organização de Saúde foi desqualificada pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro que culminou com a minha demissão e a de outros vários trabalhadores da Saúde Pública do Município. Optei, naquela ocasião, de ‘deixar a poeira baixar’. Mantive a observação do cenário político. Em agosto de 2019 recebi o convite para trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Pedro Pellegrino, 2º Centro de Atenção Psicossocial do Rio de Janeiro, inaugurado em janeiro de 1997, um dos primeiros do Brasil.

É importante notar que a inauguração do CAPS Pedro Pellegrino ocorreu antes da promulgação da Lei 10.216 de 2001, a denominada Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, cuja tramitação ocorreu por cerca de 12 anos no Congresso Nacional, do período de 1989 até a sua sanção em 06 de abril de 2001.

Atualmente sou o único médico psiquiatra do CAPS Pedro Pellegrino, da área Programática 5.2, atendendo todo o território. Esta área programática, não disponibiliza de um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD). Sendo assim, boa parte

---

<sup>1</sup> Defino, o clientelismo é a troca de bens e serviços por apoio político, sendo a troca algo implícito ou não. No território da Zona Oeste do município Rio de Janeiro é um processo relativamente comum.

da demanda dos casos de álcool e outras drogas chegam ao CAPS Pedro Pellegrino que tem função estratégica na Reforma Psiquiátrica.

A implementação de políticas públicas na região, quase sempre, desconectadas das necessidades reais da população, onde atuei e atuo neste momento da pesquisa, foram pontos da base que considerei como ponto de partida para o desenvolvimento da revisão bibliográfica da temática de barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste sentido, ao fazer uma retrospectiva, de minha trajetória profissional na Zona Oeste do Rio de Janeiro, percebo que ideia de estudar o tema da barreira de acesso está permeado pelo reconhecimento dos estudos do campo das ciências do comportamento, da psicologia, da psiquiatria, da atenção básica e do uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Essa dissertação nasceu sob muitas inquietações e reflexões da necessidade de se ampliar a oferta e cuidado em contextos específicos, uma proposta inicial da realização de um estudo qualitativo e quantitativo com a aplicação de questionários no Centro de Atenção Psicossocial Pedro Pellegrino, como o Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST – OMS) com adaptação e validação para o Brasil por Henrique *et al.* (2004) e teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT) com adaptação e validação para o Brasil por Mendez (1999).

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 ocorreu em 26 de fevereiro de 2020, no Estado de São Paulo. No dia 11 de março de 2020, a COVID-19 foi declarada como Pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Isso provocou uma necessidade de reorganização nos modos de vida pela necessidade das medidas sanitárias protetivas, como o distanciamento social. Com esta medida em especial, houve então uma reorganização nos fluxos de atendimento dos serviços de saúde, que passaram a trabalhar com escalas, o fechamento de escolas e serviços considerados como não essenciais. Em virtude do isolamento, do distanciamento social, na mudança dos fluxos internos e externos de acesso ao CAPS Pedro Pellegrino, a metodologia desta pesquisa foi mudada para uma revisão da literatura, pois o cenário epidemiológico em março de 2020 era completamente desfavorável. Nessa época não havia vacina. As medidas de mitigação da COVID-19 consistiam somente nas medidas não farmacológicas como o isolamento, o distanciamento social, o uso de máscaras, a lavagem das mãos, o uso de álcool em gel ou a 70% e a doença pouco conhecida.

Oriento minhas inquietações para o tema da pesquisa que pretendo desenvolver com objetivo de identificar as barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos Centros

de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como discutir as principais políticas públicas sobre o uso de álcool e outras drogas.

A pesquisa consiste fundamentalmente em uma revisão bibliográfica narrativa da literatura científica sobre as barreiras de acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aos usuários de álcool e outras drogas.

Barreiras de acesso são os obstáculos que dificultam a capacidade do indivíduo de utilizar os serviços de saúde. Essas barreiras podem ser: as atitudes, o preconceito denominando-se barreiras atitudinais; as barreiras estruturais, barreiras organizacionais, barreiras institucionais, as barreiras geográficas e de mobilidade urbana, barreiras de comunicação/informação, barreira provocada pela exclusão digital, barreiras administrativas/burocráticas; barreiras da política, planejamento e gestão; barreiras condicionadas à vulnerabilidade e as barreiras financeiras (TRAVASSOS e CASTRO, 2012; CURSO DE EXTENSÃO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E PANDEMIA: COMO ENFRENTAR AS BARREIRAS DE ACESSO AO CAPS, 2021).

Torna-se importante o estudo das barreiras de acesso na saúde e em especial, aos usuários de álcool e outras drogas ao serviço especializado, pois o uso prejudicial de drogas é rodeado pelo preconceito, estigma, dificuldade na formação profissional, pouco interesse ou até mesmo desinteresse e dificuldade no manejo por parte dos profissionais de saúde que lidam com estes usuários.

Vale ressaltar para manter a exposição, a importância do reconhecimento histórico na formação dos CAPS, segundo Rietra (1999):

A clientela do CAPS é constituída basicamente de pessoas de baixa renda, moradores da área e com várias internações anteriores. Embora a maioria dos pacientes apresente um diagnóstico de psicose ou neurose grave, este não é um critério para admissão. A equipe acredita que as pessoas que podem se beneficiar do tratamento são aquelas que passaram por um processo de adoecimento psíquico, com sofrimento intenso, comprometimento do seu dia a dia, baixo grau de autonomia e uma vida social empobrecida. Este é o perfil dos pacientes atendidos pelo CAPS, o que nem sempre é determinado por um diagnóstico. Não são atendidos pacientes alcoolistas e drogadictos, nem pacientes que residam fora da área. Este é o único critério de que não se abre mão porque o projeto CAPS é baseado no conceito de território. Além disso, como são pacientes graves, uma das modalidades de tratamento é a visita domiciliar e seria inviável visitar pacientes de fora da área (p.81).

Neste trecho, a autora reforça o atraso na inclusão da pauta ‘álcool e outras drogas’, nas políticas de saúde mental, deixando claro que os usuários de álcool e outras drogas não

eram contemplados com o atendimento. Observa-se então importante barreira de acesso, já no início da construção da política de saúde mental.

A ideia, neste sentido, é partir, do reconhecimento desses pressupostos históricos, ter um entendimento do contexto atual, levando em consideração a Pandemia de COVID-19, descrevendo as diversas produções de barreiras, principalmente na área de álcool e outras drogas.

- Desenho da Pesquisa

No momento da pesquisa, sou o único médico psiquiatra do CAPS Pedro Pellegrino, da área Programática 5.2 (a Área de Programática de Saúde 5.2 abrange 8 bairros do Rio de Janeiro: Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba), atendendo todo o território. Esta área programática, não disponibiliza de um Centro de Atenção de Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD). Sendo assim, boa parte da demanda dos casos de álcool e outras drogas chegam ao CAPS Pedro Pellegrino que tem função estratégica na Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, desde a minha chegada ao território como médico do hospital geral da área, em seguida como médico especialista da atenção básica e no atual momento da pesquisa, como profissional do CAPS II, a área carece de profissionais especializados para cuidado em saúde mental (psiquiatras), com a necessidade de explorar o tema das barreiras de acesso.

As questões da pesquisa foram: identificar e analisar como são as barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), numa proposta de revisão bibliográfica; com a definição do que são barreiras de acesso; Como se deu a construção dos modelos de cuidado em saúde mental no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica e quais são as principais políticas públicas sobre o uso de álcool e outras drogas.

Com objetivo de compreender quais os elementos e entidades ligadas às barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especificadamente, com a descrição das demandas, utilização e barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas e a discussão das principais políticas públicas sobre o uso de álcool e outras drogas.

Nesta perspectiva, a hipótese inicial apontada por esta pesquisa, é de que as barreiras de acesso reorientam e/ou reordenam intervenções no âmbito da saúde mental, o que pode impedir a possibilidade de qualificação do próprio SUS e produzir desassistência a um grupo importante

de usuários do serviço de saúde, principalmente aos usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e que se encontram em situação de vulnerabilidade.

É disso que se trata a dissertação: do estudo bibliográfico das barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os impactos destas nos serviços de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

A pesquisa visa descrever as barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de discutir as principais políticas públicas sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A área de Planejamento em Saúde 5.2 possui 3 CAPS, sendo 2 deles CAPS II adulto, o CAPS Pedro Pellegrino e o CAPS Profeta Gentileza e 1 CAPSI – João de Barro – Centro de Atenção Psicossocial Infantil. Esta área programática abrange 8 bairros: Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Pedra de Guaratiba e Barra de Guaratiba e possui uma população aproximada de 700 mil habitantes.

Por ser considerada uma região com baixos índices de desenvolvimento humano, as barreiras de acesso surgem e provocam inquietação e necessidade de investigação. Além de um território ser densamente habitado, este não dispõe de um dispositivo como o CAPS-AD, sendo então a clientela de usuários de álcool e outras drogas sendo efetivamente atendida nos CAPS-II, em minha experiência clínica no CAPS Pedro Pellegrino.

Neste sentido, interessa de início elucidar os aspectos das barreiras de acesso dos casos de usuários problemáticos de álcool e outras drogas, a partir do território descrito, relacionando com a minha experiência enquanto médico do serviço da Atenção Psicossocial. Para tanto, a pesquisa será baseada na revisão bibliográfica da literatura, com objetivo de identificar aspectos históricos da formação das barreiras, definindo quais são e quais são os discursos que permeiam o uso de álcool e outras drogas.

A Organização Mundial de Saúde tem como estimativa de que aproximadamente 10% das populações das cidades ao redor do mundo fazem o consumo de substâncias psicoativas de modo prejudicial, a despeito da idade, gênero, grau de escolaridade e situação financeira. Não há uma repercussão epidemiológica significativa, esta realidade apresenta equivalência no Brasil, segundo o Ministério da Saúde. O tratamento de usuários de drogas, a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001, que modificou a assistência em saúde mental e privilegiou o atendimento desses usuários em serviços de base comunitária. No ano de 2004, o Ministério da Saúde, assumindo que o uso prejudicial de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, com o reconhecimento da necessidade de superação do atraso histórico da assunção desta responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde, e com o objetivo de fundamentar a construção coletiva para o enfrentamento, apresentou as orientações para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2012).

No Brasil, desde a década de 70, deu-se marcha a uma grande reforma da assistência à saúde mental com a participação de profissionais de saúde, gestores das três esferas municipais, estaduais e federais e de usuários e familiares de usuários. Isso ocorreu, posto que as pessoas com transtornos mentais só podiam ser atendidas em serviços públicos quando internadas, da mesma forma que a população usuária de álcool e outras drogas só contava com o recurso da internação psiquiátrica. O tempo e a experiência demonstraram que a internação psiquiátrica não é adequada para a maioria destas pessoas por que: 1) pessoas usuárias de álcool e outras drogas demandam projetos terapêuticos específicos e diferentes dos projetos terapêuticos de outros transtornos mentais; 2) O tratamento hospitalar não prepara o paciente para lidar com as adversidades do seu dia a dia fora do hospital; 3) o modelo hospitalar (hospitalocêntrico) é muito mais caro do que os serviços extra-hospitalares; os transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas não tem origem organicista, na biologia (cérebro, genética), mas em sua história de vida, estrutura psicológica e no contexto sociocultural e econômico, modelo multicausal e multifatorial da etiologia dos transtornos (DELGADO, 2001; CRUZ e FERREIRA, 2014).

Segundo Delgado (2001) os problemas das drogas transcende uma dimensão estritamente clínica e os pacientes demandam uma abordagem multidisciplinar que contemple além do atendimento médico, atendimento psicológico, atendimento com o serviço social, enfermeiros entre outros profissionais. A inserção social destes pacientes depende não somente do médico, mas de diferentes profissionais. Hospitais psiquiátricos são construídos para conter e manter pessoas em espaços restritos, diferentes dos usuários de drogas que necessitam circular e realizar atividades terapêuticas. A internação reforça o estigma, preconceito e a discriminação com as pessoas usuárias de álcool e outras drogas, reforçando o comportamento de desrespeito à cidadania, além de dificultar a reinclusão social, familiar e no ambiente de trabalho. Este estigma constitui importante barreira de acesso atitudinal aos serviços de saúde. Este modelo assistencial, focado na internação psiquiátrica foi rejeitado por ser: 1) Hospitalocêntrico; 2) Médico centrado, modelo biomédico, 3) Inadequado aos projetos terapêuticos específicos; 4) Inadequado em virtude da estrutura fechada do hospital; 5) Incentivador ao preconceito, estigma e psicofobia (DELGADO, 2005; CRUZ e FERREIRA, 2014).

Segundo Delgado (2005) por tais motivos a reforma psiquiátrica brasileira vem substituindo os hospitais psiquiátricos por uma rede de assistência a saúde mental que busca garantir direitos e maior acesso à circulação social dos usuários. No caso, da assistência dos usuários de álcool e outras drogas, a construção dessa rede significa o enfrentar de diversos

desafios. Esses desafios são encontrados pela distribuição heterogênea, não uniforme e desigual, dos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, entre as pessoas que utilizam estas substâncias psicoativas.

De acordo com Carvalho e Delgado (2016) o atendimento às pessoas com transtornos mentais é regulamentado pela Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que versa sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e o encaminhamento do modelo de assistência em saúde mental no Brasil. A Reforma Psiquiátrica buscou superar o cenário de desassistência e maus tratos, gerado pelo modelo de asilamento, com a substituição dos serviços hospitalares por serviços de base comunitária além da mudança no paradigma do tratamento às pessoas com transtorno mental. Nas últimas décadas foram criados vários dispositivos de base comunitária, constituindo uma rede substitutiva de cuidados ao asilamento e fundamentada na defesa dos direitos humanos como principalmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os centros de convivência e os leitos de retaguarda nos hospitais gerais.

A Política Nacional de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS) objetiva a consolidação de um modelo de atenção mental aberto e de base comunitária estruturada em uma rede de serviços variados como os Centros de Atenção Psicossocial, os serviços residências terapêuticas, os centros de convivência e os leitos de atenção integral. Tem como sua diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Também, prioriza a implantação e a implementação de uma rede de serviços de saúde de base comunitária eficaz, capaz de atender com resolutividade aos pacientes que demandem cuidados (MINOZZO *et al.*, 2014).

A Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras drogas propõe a constituição de uma rede que articule a Atenção Primária a Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas – (CAPSad), os leitos de internação em Hospitais Gerais (para a desintoxicação e outros tratamentos), as estratégias de Redução de Danos, os Consultórios na Rua, para usuários que estejam em situação de rua e Unidades de Acolhimento. Os municípios que não possuem CAPS ou outros serviços de saúde mental poderão apoiar a Atenção Primária em Saúde/Estratégia de Saúde da Família no tocante a saúde mental, com a implantação do apoio matricial, através de profissionais da área de saúde mental. (MINOZZO *et al.*, 2014).

Segundo Horta *et al.* (2011) o consumo de substâncias psicoativas possui elevada prevalência no Brasil gerando, portanto demanda de atenção em Saúde. A referência no atendimento dos usuários de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) são os Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), que permitem o atendimento especializado nas proximidades da moradia do usuário. No entanto, tem sido relatadas dificuldades no acesso, além do estigma dos usuários quando vinculados aos CAPS.

A expansão da rede de assistência à saúde mental é preconizada em políticas e planos do governo federal. No entanto, apesar dos esforços empreendidos na implantação e na ampliação de dispositivos de tratamento de usuários de álcool e outras drogas, a cobertura da rede é considerada insuficiente, haja vista, a numerosa população e a ampla extensão territorial de nosso país. Quando consideramos a área de álcool e drogas o cenário ainda é mais crítico. Além da falta de profissionais, existe um desinteresse na prestação desse serviço específico. Um dos motivos citados é o preconceito em lidar com o paciente usuário de substâncias psicoativas. A falta de capacitação adequada desses profissionais é outro fator que inibe o interesse na disponibilização para prestar esse serviço (BRASIL, 2011).

A formação nas universidades também foi apontada por especialistas como limitador para expansão das ações de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. As grades curriculares dos cursos da área de saúde, como medicina, enfermagem, além de psicologia e assistência social não oferecem disciplinas que tratam com profundidade questões ligadas ao uso prejudicial de substâncias psicoativas. Segundo os especialistas, mesmo a residência em psiquiatria apenas trata de forma superficial essas questões. Baixo número de psiquiatras é outro fator que limita o aumento no número de equipamentos de saúde mental, incluindo os de tratamento de usuários de álcool e outras drogas. Como consequência da cobertura insuficiente, existe grande número de pacientes com demanda por tratamento do uso prejudicial de álcool e outras drogas sem acesso aos dispositivos públicos de saúde mental disponíveis (BRASIL, 2012).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar as barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever as demandas, utilização e barreiras de acesso aos usuários de álcool e outras drogas.
- Discutir as principais políticas públicas sobre o uso de álcool e outras drogas.



#### 4 POSTURA METODOLÓGICA

Vidal e Fukushima (2021) ressaltam a grande valia de artigos de revisão para os diversos campos da ciência, e sublinham que antes da preocupação com a Medicina Baseada em Evidências (MBE), na década de 1990, os trabalhos de revisão “eram quase que exclusivamente de natureza não sistemática”. Revisões da literatura têm papel importantíssimo da integração de novos conhecimentos e antigos, pois ao fornecer “contexto histórico”, referem “lacunas do conhecimento” e sevem a propor caminhos futuros. As revisões altamente qualificadas vêm sendo utilizadas não somente por pesquisadores e profissionais de saúde, mas também pelos formuladores de políticas de saúde e o público geral.

Rother (2007, p.2) assevera que os artigos de revisão “são uma forma de pesquisa que utilizam de fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado objetivo”.

Segundo a mesma autora:

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007, p.2).

Nessa perspectiva, o presente estudo trata-se de revisão narrativa da literatura científica, com busca bibliográfica, sobre as barreiras de acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por parte dos usuários de álcool e outras drogas. Este estudo fará uma revisão da literatura nas seguintes bases de dados bibliográficos: LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), SCOPUS, Web of Science e Google Scholar. Inicialmente serão explorados, em português e inglês, visando o refinamento da busca bibliográfica, os seguintes termos: (“Acesso aos Serviços de Saúde” OR “Health Services Accessibility”) AND (“serviços de saúde mental” OR “centro de atenção psicossocial” OR “Núcleo de atenção a saúde da família”) AND (“dependente químico” OR “dependência química” OR “transtornos relacionados ao uso de substâncias”) AND (db:(“MEDLINE” OR “LILACS”). Serão incluídos artigos científicos publicados, teses de doutorado, dissertações de

mestrado, trabalhos de conclusão de curso, relatórios de pesquisa e livros que abordem a temática de interesse. O período de tempo da busca tem como prioridade o período entre 2001 e 2021, privilegiar-se-á estudos voltados para o contexto nacional, mas estudos sobre experiências internacionais serão inseridos como pano de fundo para refletir sobre as barreiras de acesso e as principais políticas públicas sobre drogas. Em alguns momentos, textos consagrados, anteriores ao ano de 2001, também serão utilizados para a fundamentação do trabalho. O ano de 2001 foi escolhido, pois foi o ano da criação da denominada Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 e se trata de um importante marco que norteou a política de saúde mental no Brasil.

## **5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O presente projeto não apresenta potenciais conflitos de interesse. Em se tratando de pesquisa bibliográfica de revisão não sistemática, narrativa da literatura científica, essa pesquisa não foi submetida ao comitê de ética da ENSP/ FIOCRUZ, em função da utilização de base de dados públicos, de acesso irrestrito, disponíveis para consulta da população. Portanto, acarretando a dispensabilidade, de acordo com os requisitos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e da Resolução 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## 6 ANÁLISES

Embasado no tema das barreiras de acesso e os efeitos destas nos serviços de saúde mental, tipo CAPS, começarei a expor como os impactos na organização do SUS, bem como na clínica de álcool e outras drogas, influencia em toda estrutura de cuidado no âmbito da saúde.

Procurarei identificar situações históricas/conceituais, como forma de elucidar estratégias utilizadas para lidar com os desafios das barreiras de acesso. Para tanto, além da Introdução, a pesquisa foi dividida em cinco seções e conclusão, que se complementam debatendo a temática proposta.

- Na seção 6.1, **A construção dos modelos de cuidado em saúde mental no Brasil a partir da reforma psiquiátrica.** Realizamos um breve relato a partir do início da Reforma Psiquiátrica Brasileira em 1978, citando os principais marcos e encontros que permitiram a construção do modelo de cuidado em saúde mental no Brasil.
- Na seção 6.2, **A Rede de Atenção Psicossocial.** Realizamos a descrição de cada ponto da Rede de Atenção Psicossocial e a discussão dos atuais desafios frente a um conjunto de retrocessos.
- Na seção 6.3, **Conceitos de acesso e barreiras de acesso aos CAPS.** Realizamos a conceituação de acesso aos serviços de saúde bem como descrevemos as diversas barreiras encontradas pelos usuários de álcool e outras drogas.
- Na seção 6.4, **Estigma, discriminação e preconceito como barreiras de acesso.** Nessa seção serão discutidos o estigma, a discriminação e o preconceito como barreiras de acesso bem como as barreiras de acesso para populações como as mulheres, migrantes, população negra, população em situação de rua e população LGBTQIA+.
- Na seção 6.5, **Principais políticas públicas sobre o uso prejudicial de drogas.** Realizamos a discussão das principais políticas sobre o uso prejudicial de drogas apresentando as políticas proibicionistas e as políticas antiproibicionistas.

Vale ressaltar que um esboço do desenvolvimento dos temas enumerados acima, será relatado no decorrer do desenvolvimento das seções na dissertação, e neste me esforçarei para apontar as contradições históricas do tema de barreira de acesso. Não pretendemos fechar as temáticas desenvolvidas durante a pesquisa, mas, ao contrário, a ideia é ampliar o discurso, do

cuidado de sujeitos, que fazer o uso problemático de álcool e outras drogas, favorecendo o estímulo de ferramentas que instrumentalizem os profissionais de saúde, abrindo o campo das questões suscitadas para discussão e reflexão.

## 6.1 A CONSTRUÇÃO DOS MODELOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O objetivo desta seção é permitir a compreensão da construção dos modelos de cuidado em Saúde Mental no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica. Para isso, a fundamentação dessa seção foi feita a partir de dois livros do Professor Paulo Amarante: *Loucos pela Vida* de 1995 e o mais recente *Loucura e Transformação Social* de 2021.

Segundo Amarante (1995; 2021) entre os anos de 1978 a 1980 temos o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para a compreensão do movimento da Reforma Psiquiátrica é necessário tecer comentários sobre alguns marcos históricos que aqui elencamos. O marco inicial é a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela elaboração das políticas de saúde no âmbito da saúde mental. Profissionais de quatro Unidades da DINSAM, todas localizadas no Rio de Janeiro, Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Philippe Pinel, Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho deflagram uma greve em abril de 1978 com concomitante demissão de 260 estagiários e profissionais.

A partir de 1974 a DINSAM apresenta em seu quadro defasado, pois desde 1956/1957 não realizava concurso público e passou a contratar bolsistas através da Campanha Nacional de Saúde Mental. Estes graduados ou estudantes universitários que trabalham como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Trabalham em condições precárias, com ameaças e violências a eles mesmos e aos pacientes das instituições. Há inúmeras denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes.

A crise então eclode com a denúncia realizada por três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, com o registro no livro de ocorrências do pronto socorro, das inúmeras irregularidades daquela unidade hospitalar, trazendo a tona ao público, a trágica situação naquele hospital. Este ato recebe apoio do Movimento de Renovação Médica e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Ocorrem, então, reuniões periódicas entre grupos, assembleias com a ocupação de sindicatos e entes da sociedade civil. São criados o Núcleo de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos e o Núcleo de Saúde Mental do CEBES.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental faz denúncias sobre: a falta de recursos das unidades, a precariedade das condições de trabalho que se refletem no atendimento à população e a vinculação das políticas de saúde mental e trabalhistas nacionais. O caráter trabalhista e humanitário geram grande repercussão e destaque na imprensa. Nascia, então, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental com objetivo de tornar-se um espaço de luta não institucional, mas do debate e do encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que reúne informações, propõe encontros de trabalhadores de saúde, associações de classe e os mais diversos setores e entidades da sociedade. Tem como reivindicação inicial a regularização da situação de trabalho, uma vez que a situação dos bolsistas é ilegal, reajuste salarial, redução no número excessivo de consultas, crítica a cronificação do manicômio, ao uso do eletrochoque, melhores condições de atendimento à população e humanização dos serviços. Ainda um conjunto heterogêneo de denúncias e reivindicações oscilando entre um projeto de transformação psiquiátrica ora organização corporativa. As denúncias e reivindicações têm os seguintes aspectos: 1) Salariais – com uma série de reivindicação de adicionais, normas na formação da residência em saúde mental, regularização dos vínculos pela Consolidação das Leis do Trabalho; 2) Formação de recursos humanos com a criação de centros de estudos, supervisão aos bolsistas, supervisão diária aos setores, cursos de aperfeiçoamento em saúde mental, internato em psiquiatria; 3) Crítica ao autoritarismo nas relações institucionais, clientela e profissionais com estruturas administrativas hierarquizadas e verticalizadas, com ameaças de punição e demissão, críticas e questionamento as políticas de saúde e responsabilização de médicos e técnico ao mau atendimento realizado a população; 4) Crítica ao modelo médico assistencial com limites das atividades terapêuticas biológicas além da impossibilidade da medicina moderna utilizar todos os recursos para o tratamento das doenças mentais; 5) Condições de atendimento com a crítica ao número insuficiente de profissionais, falta de medicamentos; reduzido número de leitos, filas em ambulatórios e pronto socorros, falta de conforto aos pacientes internados e precárias condições de higiene. (AMARANTE, 1995).

A greve dos médicos residentes fortalece o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental em seus primeiros meses. Com o passar do tempo, o movimento dos residentes se torna mais importante, pelo fato de reunir um número maior de profissionais, como pela paralisação dos serviços e atividades mais essenciais, no que se refere à assistência médica. O impacto tinha um conteúdo político das características da assistência prestadas nas instituições psiquiátricas. No Rio de Janeiro, vai-se perdendo espaço na imprensa e prioridades de luta. Mesmo com

menor publicidade e pouca mobilização, as lideranças do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental continuavam atuando de modo que o movimento desaparece da imprensa. Organizaram-se vários eventos com a coparticipação do CEBES, do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. (IBASE), do Sindicato dos Médicos, da Ordem dos Advogados do Brasil, da Associação Brasileira de Imprensa, da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, da Associação de Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro e outras entidades.

O V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, apresentou a oportunidade de organização nacional dos movimentos que já ocorriam em alguns estados. Foi realizado em Camboriú e ficou conhecido como Congresso da Abertura, pois pela primeira vez movimentos em saúde mental participaram de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, com a formação de uma frente ampla favorável a mudanças que deu ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não somente em relação à política de saúde mental, mas como crítica ao regime político nacional. No mesmo ano de 1978, ocorreu ainda o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, com a vinda ao Brasil dos principais críticos internacionais do modelo psiquiátrico dominante citamos: Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman. A vinda de Basaglia foi fundamental neste momento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em que o mesmo aceitou realizar diversas reuniões, visitas e debates com os membros e demais interessados. Vale ressaltar, que neste mesmo ano de sua vinda ao Brasil, ocorreu a aprovação da Lei 180, Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, que ficou conhecida como Lei Basaglia suscitou interesse e relevantes discussões (AMARANTE, 2021).

No Congresso de Camboriú, ficou definida pelo MTSM, a necessidade de organização de um encontro exclusivo que ocorreu em janeiro de 1979 no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo. No I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental foi discutido que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde mental estaria vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da plena democracia e de uma organização mais justa da sociedade, com o fortalecimento dos sindicatos e demais associações articuladas com os movimentos sociais. Destacou, nesse Congresso, a crítica ao modelo dos hospitais psiquiátricos. Em novembro de 1979, em Belo Horizonte ocorreu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel. Após o congresso, Franco Basaglia realizou uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena e o comparou a um campo de

concentração nazista. Em maio de 1980, ocorre o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, onde foram discutidos: os problemas sociais relacionados à doença mental, a política nacional de saúde mental, alternativas para os profissionais da área, as condições de trabalho, à privatização da medicina, a realidade política e social da população brasileira, e as denúncias dos maus tratos ocorridos nas instituições psiquiátricas. Em Salvador, no mesmo ano, é realizado o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em agosto (AMARANTE, 1995).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e a Associação Brasileira de Psiquiatria, que haviam se aproximado no Congresso de Abertura se distanciam em virtude de uma postura considerada politizada, radical e crítica que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental vem assumindo em sua trajetória. Como preocupações surgem às questões em defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos. É instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito no Congresso Nacional, com o objetivo de apurar discrepâncias na assistência psiquiátrica no Brasil e rever a legislação civil e penal dos pacientes psiquiátricos. Realiza-se a crítica ao modelo assistencial ineficiente, cronificante e que produz estigmas em relação ao sofrimento mental. São também debatidos nesse congresso: as políticas de saúde mental, a mercantilização da loucura, a privatização da saúde, o ensino médico e a psiquiatrização. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental tem como características um perfil que não possui estruturas institucionais solidificadas. Isso tem a ver com um processo da desinstitucionalização do saber e da prática psiquiátrica. Trata-se de um movimento múltiplo e plural, ou seja, profissionais das mais diversas categorias, simpatizantes não profissionais e diversas entidades e movimentos. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental é considerado o primeiro movimento em saúde com participação popular (AMARANTE, 2021).

É importante realizar comentários sobre os encontros: 1) I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste que ocorreu entre os dias 26 e 28 de setembro de 1985, na cidade de Vitória, no Espírito Santo cujo tema oficial foi política de saúde mental para a região sudeste. Tem como origem a necessidade de se repensar a assistência em saúde mental da região. Seus atores são provenientes do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental e nesse momento são gestores de instituições oficiais com o objetivo de traçar estratégias no desenvolvimento e fortalecimento de ações no âmbito da saúde mental. O relatório dos estados mostra o caráter hospitalocêntrico e privado das internações. Criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (CISM), a serem criadas nos estados e dentro do possível a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde Mental (CIMSMM) (AMARANTE, 1995).

O I Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro que ocorreu em 4 e 5 de outubro de 1986 no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro teve como objetivo realizar debates para a I Conferência Estadual de Saúde Mental. O evento é um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no período de 17 a 21 de março de 1986, com a incorporação das decisões desta conferência como a implantação da Reforma Sanitária, a criação de um sistema único e público de saúde. Defende ainda a conceituação global de saúde como uma conquista de um bem-estar para todos (AMARANTE, 1995).

A I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro foi realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro no período de 12 a 14 de março de 1987. Seu tema central foi a política nacional de saúde mental na reforma sanitária; Realizou-se a eleição dos delegados para a I Conferência Nacional e Saúde Mental. São discutidos três grupos de trabalho: 1º Tema: Cidadania, Sociedade e Qualidade de Vida – com o reconhecimento de que a doença mental é fruto de marginalização e exclusão social. Importância do resgate a cidadania. 2º Tema: Direitos Humanos e Qualidade de Vida – que seja assegurado o direito de acesso a todos os recursos disponíveis, entre eles o atendimento multidisciplinar, liberdade de escolha em ser tratado e a escolha do terapeuta. Tem como conclusão a necessidade da participação da comunidade na elaboração e aplicação das normas. Lança-se a necessidade de revisão do código civil no tocante à doença mental. (Código Civil a época de 1916 cuja atualização ocorreu em 2002). 3º Tema: Política Nacional de Saúde Mental na Reforma Sanitária. Considera saúde como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer acesso e posse de terras e acesso a serviços de saúde.

O II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste que ocorreu no período de 02 a 04 de abril de 1987 realizado em Barbacena, Minas Gerais. Tem como temas propostos a saúde mental na rede pública, a situação atual e a avaliação das propostas e desdobramentos do I encontro de Coordenadores e a saúde mental na reforma sanitária. Tem como propostas a expansão da rede básica e dos ambulatórios especializados, a criação dos leitos psiquiátricos em hospital geral, a possibilidade de que todo pronto socorro público seja capacitado a realizar atendimento às emergências psiquiátricas (Trata-se de um importante marco, pois veremos mais a frente que foram criados, posteriormente leitos psiquiátricos em hospitais gerais compondo a então Rede de Atenção Psicossocial - RAPS) (AMARANTE, 2021).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental que foi realizada no período de 25 a 28 de junho de 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Tem três temas básicos: A economia, Sociedade e Estado: os impactos sobre a saúde e doença; A Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental; A cidadania e a doença mental – os direitos, deveres e a legislação para o doente mental. Teve como encaminhamentos: que os trabalhadores de saúde mental realizassem esforços em conjunto com a sociedade civil, com o objetivo no combate a psiquiatrização social, com a democratização das instituições e unidades de saúde; A necessidade da participação popular, na elaboração como na implantação das decisões das políticas de saúde mental; Que o Estado reconhecesse os espaços não profissionais criados pelas comunidades, com o objetivo de promover saúde mental; A prioridade dos investimentos nos serviços de caráter extra-hospitalar e multidisciplinar em oposição ao modelo hospitalocêntrico psiquiátrico. Sob a égide da desinstitucionalização iniciada na segunda metade da década de 80, marcado por um contexto político de extrema importância para a sociedade brasileira acontecem vários eventos e acontecimentos como: A 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em Brasília no período de 17 a 21 de março de 1986 que pela primeira vez na história contou com diversos representantes dos setores da comunidade, com caráter de consulta e participação social. Nessa conferência uma nova concepção de saúde surge que é a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e permitiu a definição de alguns dos princípios básicos como à universalização do acesso à saúde e se fará presente na Constituição Cidadã de 1988 em seu artigo 196.

O II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, conhecido como Congresso de Bauru, ocorrido em Bauru, no Estado de São Paulo, entre os dias 03 a 06 de dezembro de 1987. Este Congresso apresentou três eixos de discussão: por uma sociedade sem manicômios, ou seja, a discussão da loucura além da assistência; A organização dos trabalhadores de Saúde Mental, ou seja, a relação do Estado e a condição de trabalhadores da rede pública; A análise e reflexão das práticas concretas como instância de crítica, discussão e avaliação. O lema *Por uma Sociedade sem Manicômios* tem origem na Rede Alternativa à Psiquiatria, que no ano de 1986 havia realizados dois encontros internacionais com este lema, um na Espanha o outro na Argentina. O III Encontro Latino Americano da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria que ocorreu em Buenos Aires, Argentina, no período de 17 a 21 de dezembro de 1986, foi um importante marco de ruptura epistemológica e política; O Congresso de Bauru promoveu rupturas senão vejamos: antes um movimento composto por trabalhadores e técnicos passa a contar então com pacientes, usuários dos serviços, familiares e outros

militantes de diversos movimentos sociais a outra ruptura é a forma de pensar a loucura, o transtorno mental na sociedade (AMARANTE, 2021).

A criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, em março de 1987, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira (homenagem ao Professor Luiz da Rocha Cerqueira, ex-coordenador de saúde mental dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, um dos pioneiros a crítica do modelo hospitalocêntrico). De acordo com Amarante (1995), o CAPS foi criado sob o princípio da desinstitucionalização com a inspiração na desospitalização de influência do modelo dos Estados Unidos de saúde mental comunitária e a ideia de ruptura do modelo paradigmático biomédico de influência do movimento da psiquiatria democrática italiana. Tem como uma das idealizadoras no Brasil Ana Maria Pitta, coordenadora de saúde mental do Estado de São Paulo e depois coordenadora nacional de saúde mental.

A criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) ocorreu em Santos com a intervenção da prefeitura de Santos na Clínica Anchieta, em setembro de 1989. A Clínica Anchieta era uma clínica privada conveniada ao SUS, mas vinha sofrendo denúncias de maus-tratos e óbitos de internos. Sendo assim, em 03 de maio de 1989 ocorre, então, a intervenção pela Prefeitura de Santos sendo considerado um dos mais importantes acontecimentos da Reforma Psiquiátrica. Esta intervenção promoveu uma revolução sobre o tratamento da loucura no Brasil. À decisão de não retornar e não reformar o hospital, como corria anteriormente, melhorias reformas, quando ocorria em casos semelhantes. O hospital psiquiátrico era visto como uma instituição de violência e segregação de pessoas não passível de humanização. Como referência a experiência italiana de Franco Basaglia, o secretário Municipal de Saúde David Capistrano optou pela desconstrução do modelo manicomial, não somente em relação ao hospital psiquiátrico, mas a superação dos conceitos e ideologias do paradigma psiquiátrico até então vigente. O encerramento da Clínica Anchieta permitiu a criação de uma rede de serviços, estratégias e dispositivos, ditos como substitutivos, inspirados na experiência italiana. Esta rede de serviços substitutivos construída em Santos contou com 5 Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), abertos 24 horas, marcados pela regionalização na cidade de Santos, um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral, um projeto cultural – O Projeto TAM TAM, com rádio e TV comunitária, uma residência para os ex-internos, chamada República Manequinho, uma cooperativa de trabalho, a Cooperativa Paratodos, com objetivo de geração de renda para os usuários. Faz-se importante mencionar que esta experiência em Santos tornou-se a mais importante da Reforma Psiquiátrica, como grande repercussão não apenas no setor saúde, mas na imprensa falada, escrita e televisiva com o debate e divulgação da experiência, com ênfase

a questão psiquiátrica de maneira pública nunca antes vista. O NAPS tem como objetivo a desconstrução do manicômio e produz um novo projeto em Saúde Mental constituindo uma instituição não segregadora, não excludente e não cronificante (AMARANTE, 2021).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em Brasília, no período de 01 a 04 de dezembro de 1992. Apresentou-se em três fases: municipal, estadual e nacional com a participação de cerca de 20 mil pessoas, que apesar de não ter acatado as decisões e os encaminhamentos da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, seja pela conjuntura política nacional e a total desvinculação da anterior e uma temática influenciada pela Declaração de Caracas: A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica Brasileira foram renovados e reafirmados no sentido da desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em Brasília, no período de 11 a 15 de dezembro de 2001, quase 10 anos depois da II Conferência, acatando a reivindicação do movimento da reforma psiquiátrica. Teve como tema: Cuidar sim, excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social. Houve a reafirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e contou com ampla participação social nas etapas preparatórias municipais e estaduais e a Nacional em Brasília com cerca de duas mil pessoas, na maioria delegados e observadores eleitos na etapa estadual. É interessante frisar que da III para IV Conferência se passaram 9 anos e que no ano de 2004 foi realizado um Congresso Nacional de CAPS, ao invés da IV Conferência, que representaria uma participação democrática e ampliada. Num momento em que era defendida a participação, o controle social e a construção de redes, não somente de redes de serviços e dispositivos de saúde e saúde mental, mas de equipamentos e recursos sociais, culturais, políticos, econômicos, jurídicos. O Congresso Nacional dos CAPS teve participação quase que exclusiva de profissionais que atuavam nos CAPS e com a contribuição de um ou outro profissional que atuavam em outros setores ou dispositivos, sem os profissionais da atenção básica, dos centros de convivência, das residências assistidas, bem como outros equipamentos e dispositivos. A participação dos usuários e familiares foi restrita, ao contrário das demais conferências cuja participação contava com a construção coletiva da política nacional de saúde mental. Como desdobramento da III Conferência, o Ministério da Saúde promulgou no início de 2002 as portarias 251/2002 e 333/2002.

A primeira estabeleceu as diretrizes e normas para a assistência hospitalar psiquiátrica, além de oferecer parâmetros para a gradual substituição do modelo hospitalar psiquiátrico. Já a portaria 336/2002 em revisão da Portaria 224 de 1992, regulamentou o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS passam então a ser os dispositivos ordenadores e a porta de entrada da rede territorial de assistência em saúde mental. Esta portaria regulamenta cinco tipos de CAPS e o horário de funcionamento dos mesmos. Veremos na seção que versa sobre a Rede de Atenção Psicossocial os tipos e funcionamento dos CAPS. A Portaria 189/91 do Ministério da Saúde possibilitou o financiamento de estruturas assistenciais do tipo NAPS, CAPS, hospitais dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais. A inovação desta portaria foi a possibilidade de financiamento de estruturas não manicomial.

A Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região, realizada em Caracas, em novembro de 1990, com o patrocínio da Organização Mundial de Saúde (OMS), convocada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como resultado da repercussão da experiência de Santos e do Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica, chamando a atenção dos organismos internacionais para a questão das instituições psiquiátricas. Marcada pela participação de Ministros da Saúde, Seguridade Social, Justiça, Paramentos e outras forças políticas de países da América Latina e Europa. A Declaração de Caracas, como se tornou conhecida, e da qual o Brasil se tornou um dos países signatários, com forte inspiração na experiência brasileira, no entanto, na questão psiquiátrica manteve-se tímida e conservadora, com o discurso da reestruturação da assistência psiquiátrica num momento em que no Brasil já se pensava na superação do paradigma psiquiátrico e do modelo manicomial.

No ano 2000, foi elaborada a Portaria nº 106 de 2000 que criou e regulamentou as residências para os ex-moradores de hospitais psiquiátricos. Logo regulamentada pela Portaria 1220 de 2000. Foi criada como um programa específico para a viabilização de pacientes internados há mais de dois anos em hospitais psiquiátricos. Esta portaria que denomina as residências de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) promoveu a alta de milhares de pessoas que moravam nos hospitais psiquiátricos pelos mais diversos motivos: não tinham mais familiares, ou estas não eram localizadas, a não aceitação do retorno do paciente ao convívio familiar entre outras situações. Faz-se crítica à denominação oficial identificada como serviços sendo conduzidos como instituições, assim como terapêuticos como uma concepção de tecnologia do cuidado, ao invés de espaços de moradia.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, que ocorreu no período de 27 de junho a 1º de julho de 2010. Foi denominada Intersetorial, pois se pretendia reunir vários

segmentos relacionados ao campo da saúde mental, só foi realizado pelo lado executivo e não da sociedade civil. A sua convocação ocorreu após diversas manifestações de movimentos sociais da saúde. Culminou com a Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial realizada em 30 de setembro de 2009 (AMARANTE, 2021).

Entre os principais atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira temos: 1) O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que se trata de um amplo movimento e não deve ter sua compreensão restrita a um sindicato ou associação profissional, mas sim como uma mobilização política ao redor de uma temática social, que é saúde mental. O movimento não é uma organização homogênea. Formula críticas ao paradigma psiquiátrico e propõe a construção de um modelo alternativo; 2) A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que foi constituída a partir de 1970 e organizou o I Congresso de Psiquiatria. É composta por profissionais que atuam em seus consultórios particulares, universidades e na rede privada. Tem como objetivos científicos e corporativos como as demais categorias de especialidades médicas. É uma entidade que propõe aprimoramento, intercâmbio científico e a concessão do título de especialista em Psiquiatria, além das diversas áreas de atuação. Ganha destaque nas políticas de saúde mental em 1978, ocasião do IV Congresso, que foi realizado em Camboriú e assumiu uma importante posição política, marcada pelo processo de redemocratização do Brasil e pelo movimento de renovação psiquiátrica. Naquela ocasião o MTSM opta por realizar seu encontro no IV Congresso. O IV Congresso é denominado de Congresso de abertura em virtude do processo nacional de redemocratização e luta contra o autoritarismo. A plenária final do Congresso, com forte pressão exercida pelo MTSM, aprovou moções e palavras de cunho político que ocorrerão, em parte, no Governo Figueiredo como a anistia ampla, geral e irrestrita e a campanha por eleições diretas, eleições estas que só ocorrerão em 1989, no Governo de José Sarney. No V Congresso, realizado em Salvador a ABP e O MTSM se distanciam em clima de confronto político. O MTSM não se incorpora a ABP, mas procura a sua transformação, desejando que a ABP assuma as lutas mais radicais na transformação pela assistência psiquiátrica. Isso não ocorre, pois a ABP não deseja se indispor com os setores mais conservadores como membros da universidade, da burocracia do Estado, dos empresários da saúde, membros da ABP com uma visão mais tradicional da Psiquiatria. 3) O setor privado de prestação de serviços em Psiquiatria, marcadamente a Federação Brasileira de Hospitais criada em 1966 assumindo a denominação atual em 1973. A criação da FBH está contextualizada no golpe de 1964, período marcado por intensa privatização do setor saúde. Este domínio da FBH começa a ser ameaçado no final da década de 70 e início dos anos 80 pelas seguintes razões: o processo de

redemocratização com a ascensão dos movimentos populares e sociais como o CEBES e o MTSM; o modelo da privatização provoca graves problemas financeiros ao Estado e assim o Estado passa a ter maior controle do setor privado; o projeto da privatização da saúde apresenta novos objetivos com a medicina de grupo e os seguros de saúde. No final da década de 80, a FBH será uma entidade quase restrita aos empresários da loucura expressão criada por Carlos Gentile Mello, com referência aos investidores dos hospitais psiquiátricos privados. A FBH foi por um longo tempo o principal inimigo do movimento de reforma psiquiátrica e do movimento sanitário brasileiro. 4) A indústria farmacêutica atua sobre a classe médica através de sua intensa propaganda. Nos congressos médicos a presença da indústria farmacêutica é importante. Elas determinam os temas, a experiência, e o lançamento de novos medicamentos. Financiam os congressos e os médicos para que participem dos mesmos, com o pagamento das passagens aéreas e hospedagens. Durante os congressos há sorteios de brindes e filas de espera para livros, canetas, blocos de receituário e carimbos, tratando-se de uma estratégia de aculturação para os técnicos. A ABP se constitui como braço social da indústria farmacêutica, dando a legitimidade aos medicamentos e a sua ideologia; 5) As associações de usuários e familiares e o próprio usuário passam a ter o protagonismo na saúde mental brasileira. O usuário dito como louco/doente mental passa a ser o sujeito, o agente construtor da transformação da realidade. Atua nos espaços das associações, em trabalhos culturais, em expressões políticas, ideológicas, sociais, de lazer e participação na edificação da cidadania. As expressões louco/loucura passam a ser objeto de abordagem pública, com a utilização na comunidade como denúncia a sua expressão pejorativa visando a neutralização do caráter estigmatizante e preconceituoso (AMARANTE, 1995; 2021).

Quadro 1 - Marcos da Reforma Psiquiátrica Brasileira

<b>Evento</b>	<b>Data/Ano</b>
Crise da DINSAM-greve deflagrada	Abril de 1978
I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições	19 a 22 de outubro de 1978
V Congresso Brasileiro de Psiquiatria	27 de outubro a 01 de novembro de 1978
I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental	20 e 21 de janeiro de 1979
III Congresso Mineiro de Psiquiatria	15 a 21 de novembro de 1979

I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental	23 a 25 de maio de 1980
II Encontro Nacional dos Trabalhadores	22 a 27 de agosto de 1980
VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria	22 a 27 de agosto de 1980
I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste	26 e 28 de setembro de 1985
8ª Conferência Nacional de Saúde	17 a 21 de março de 1986
I Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro	4 e 5 de outubro de 1986
I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro	12 a 14 de março de 1987
II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste	02 a 04 de abril de 1987
I Conferência Nacional de Saúde Mental	25 a 28 de junho de 1987
II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental	03 a 06 de dezembro de 1987
O III Encontro Latino Americano da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria	17 a 21 de dezembro de 1986
Criação do 1º Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil Professor Luiz da Rocha Cerqueira	13 de março de 1987
Intervenção da Prefeitura de Santos na Clínica Anchieta	03 de maio de 1989
Primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)	Setembro de 1989
Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região – Declaração de Caracas	Novembro de 1990
II Conferência Nacional de Saúde Mental	01 a 04 de dezembro de 1992
A III Conferência Nacional de Saúde Mental	11 a 15 de dezembro de 2001
Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial	2004
IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial	27 de junho a 1º de julho de 2010

Fonte: Amarante *et al.* (1995, 2021).

Amarante (2021) denomina a Reforma Psiquiátrica Brasileira como processo social complexo. É um processo dinâmico, plural e articulado entre as várias dimensões que atuam de maneira simultânea, se comunicam, se retroalimentam e se complementam. Há um movimento permanente com as mudanças dos seus atores, conceitos, sujeitos e práticas. Além dos profissionais (técnicos); participam os familiares, lideranças comunitárias, formadores de opinião das áreas políticas, culturais e sociais numa proposta ética, social e política da Reforma na transformação das mentalidades e práticas.

O ator principal deste processo é o usuário. Este processo é constituído por 4 dimensões: A dimensão teórico-conceitual que discute o saber psiquiátrico, a noção da loucura, transtorno mental, doença mental, normalidade, periculosidade, cura. Há um questionamento sobre a função do hospital psiquiátrico como terapêutico bem como os profissionais de saúde, sociedade e as pessoas sob tratamento.

A dimensão técnico assistencial apresentam princípios, práticas e objetivos. Um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica é a substituição do modelo centrado na hospitalização e isolamento pela atenção integrada ao indivíduo no seu local de domicílio, por uma lógica territorial. Este território não está compreendido sob a lógica geográfica, mas compreendido como lugar social, onde são formadas as redes de relações sociais. A Reforma Psiquiátrica, com as políticas públicas de saúde, objetiva a consolidação de uma rede territorial de atenção em saúde mental diversificada, com o atendimento dos diversos tipos de sofrimento psíquico, desde os mais simples aos mais graves e complexos.

Essa rede oferece os mais diversos projetos assistenciais não se limitando ao tratamento do transtorno mental em si, mas o tratamento do sujeito em sua integralidade, evitando o afastamento da pessoa da sua família e comunidade, através do tratamento individual ou em grupo com a sua inserção social através do trabalho, da educação e de sua vida social. Esta rede territorial de saúde mental em sua diversidade significa a existência de dispositivos da atenção básica/primária em saúde como a Estratégia de Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde até os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os serviços substitutivos da atenção psicossocial. Os serviços considerados substitutivos são estratégicos na consolidação da transformação da assistência como na melhoria da qualidade de vida das pessoas assistidas, seja pelos tratamentos como por projetos relacionados ao trabalho, moradia, lazer, arte e cultura, com objetivo de inserção na sociedade. Por isso a incorporação de outros profissionais de saúde, além dos médicos, como educadores físicos, artistas de teatro, artistas plásticos, músicos e oficinairos, além de associações e movimentos sociais. Estas novas formas de atuação implicaram na redefinição do papel do profissional de saúde mental com uma nova relação entre si, a noção do trabalho em equipe, as pessoas não são mais pacientes nem usuários, mas sim sujeitos com o protagonismo de suas histórias. O modelo assistencial com bases no paradigma psiquiátrico tem uma concepção moral, de controle, da vigilância e da lógica disciplinar. O modelo assistencial baseado no paradigma da atenção psicossocial deve estar focado em serviços que atuem na mediação entre sujeitos e a sociedade na construção de novas possibilidades de socialização e subjetividade. Estes serviços devem ter como pressupostos os princípios dos

direitos humanos, com a importância do acolhimento, cuidado ampliado, responsabilização e o acesso irrestrito marcado pela ideia das portas abertas.

A dimensão jurídico-política – Um dos maiores avanços do processo brasileiro foi a aprovação da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais bem como redireciona o modelo de assistência em saúde mental. No paradigma da psiquiatria tradicional, a dimensão jurídico-política se refere aos pacientes como insanos, insensatos, perigosos, incapazes, irresponsáveis, destituídos de direitos. No paradigma da Reforma Psiquiátrica, a esta dimensão fala em sujeitos, cidadania, direitos, participação social e construção social

A dimensão sociocultural traz a proposta do deslocamento da loucura para além do espaço médico e psicológico para os mais diversos espaços sociais. Tem como seu principal objetivo a transformação do imaginário social em relação à loucura/doença mental construído pelo saber psiquiátrico ao longo dos últimos três séculos.

A noção da Reforma Psiquiátrica não se trata somente da superação do hospital psiquiátrico por um novo modelo, não se limitando a problematizar os modos de atendimento. Objetiva ir além, sair dos espaços do tratamento com a implicação de toda a sociedade com as questões que envolvem a loucura. A produção de novos espaços sociais, para os indivíduos considerados loucos, tem como objetivo a transformação do imaginário social, através de suas representações, os pré-conceitos que a sociedade possui sobre a loucura. Para isso, é necessário transportar a loucura para fora dos muros institucionais, com a promoção de mudanças na sociedade, revendo valores e crenças estigmatizantes e excludentes (AMARANTE, 2021).

Quadro 2 - Dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

<b>Dimensões da Reforma Psiquiátrica</b>	<b>Marco Teórico</b>
Dimensão teórico-conceitual	Discute o saber psiquiátrico
Dimensão técnico assistencial	Lógica territorial
Dimensão jurídico-política	Lei 10.216/2001 - Cidadania e Direitos
Dimensão sociocultural	Deslocamento da loucura para os espaços sociais

Fonte: Amarante *et al* (2021).

Após aproximadamente 12 anos, uma nova Conferência Nacional de Saúde Mental foi convocada, através da resolução nº 652 do Conselho Nacional de Saúde de 14 de dezembro de 2020. Trata-se da V Conferência de Saúde Mental (V CNSM), a ser realizada em novembro de

2022 convocada como deliberação da 16ª Conferência Nacional de Saúde e tem como objetivo a propor diretrizes na formulação da Política Nacional de Saúde Mental além da consolidação das ações e programas em Saúde Mental no país. Recebe maior relevância em virtude dos constantes ataques e tentativas de desmonte e retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental que ocorreu nos últimos anos. O tema principal da Conferência, orientação das diferentes etapas de sua realização, será: ‘A Política Nacional de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo aos avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS’. O seu eixo principal será: Fortalecer e garantir políticas públicas: O SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos com a subdivisão de quatro eixos e subeixos. Os quatro eixos são: 1) Cuidado em liberdade como garantia de Direito e cidadania; 2) Gestão financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental; 3) Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade; 4) Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020).

## 6.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Portaria 3088 de 26 de dezembro de 2011 regulamenta detalhadamente a Rede de Atenção Psicossocial criada pelo decreto presidencial nº 7508/2011. Nessa portaria estão descritos os serviços e ações de caráter psicossocial oferecido às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais incluindo, as pessoas usuárias de álcool e outras drogas. Uma rede comunitária de cuidados é imprescindível para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Uma articulação em rede dos diversos pontos de atenção promove um conjunto de referências com o objetivo de acolher as pessoas com sofrimento psíquico. Trata-se de uma rede maior que o conjunto de dispositivos de saúde mental de um município. Esta rede se forma com a permanente articulação de instituições, associações e variados espaços. Esta rede tem como eixo orientador a noção do território. Este território não se configura somente uma área geográfica, mas designa pessoas, instituições e redes que formam a vida em comunidade. O trabalho no território não tem equivalência ao trabalho na comunidade, mas sim o desenvolvimento de componentes, saberes e forças da comunidade que propõem soluções, demandas e buscam a construção de um objetivo em comum. O trabalho no território significa o resgate de todos os saberes e potencialidades da comunidade, com a construção coletiva de

soluções e as diversas trocas entre pessoas e os cuidados em saúde mental (GARCIA *et al.*, 2014).

De acordo com Cruz e Ferreira (2014) uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas deve levar em consideração: 1) a heterogeneidade brasileira; 2) A relação entre o uso de álcool e outras drogas e a cultura; 3) As implicações sociais, ocupacionais e familiares; 4) Os aspectos éticos e legais; 5) As questões subjetivas, particulares e multiplicidades dos usuários; 6) a realização de qualificação permanente das equipes multidisciplinares. Em resposta à Conferência e das deliberações da então Política Nacional Antidrogas, em abril de 2002, O Ministério da Saúde editou uma portaria técnica implantando o Programa Nacional de Atenção Comunitária integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2002) programa a ser desenvolvido em articulação com o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados e municípios. Este programa partiu de algumas considerações que são enumeradas:

a) o aumento do consumo de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes; b) os crescentes problemas relacionados ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa; c) a contribuição do uso indevido de drogas (em decorrência do compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis) para o aumento do número de casos de doenças como a AIDS e as infecções causadas pelos vírus da hepatite; d) a necessidade de ampliar a oferta de atendimento a essa clientela na rede do SUS, a partir da reformulação e adequação do modelo de assistência oferecida; e) a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social de seus usuários; f) a diretriz constante na *Política Nacional Antidrogas* de reconhecer a estratégia de redução de danos sociais e à saúde, como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda; e g) as deliberações da *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, de dezembro de 2001, as quais recomendam que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (QUEIROZ, 2007, p.158).

Segundo Cruz e Ferreira (2014) o programa apresenta como princípios, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica Brasileira: 1) Ênfase em serviços não hospitalares; 2) Noção de Rede; 3) A comunicabilidade e a acessibilidade; 4) O papel dos CAPSad; 5) A inserção comunitária (ESF); 6) O controle social; 7) A abordagem multidisciplinar; 8) Apoio as estratégias de Redução de Danos; 9) Noção de território; 10) A articulação entre Tratamento/Prevenção/Educação; 11) A inclusão social; 12)

A defesa da integralidade e da intersetorialidade na construção do cuidado. A Política do Ministério da Saúde para Atenção integral a Usuários de Álcool e outras Drogas marcada pela heterogeneidade de pessoas e demonstrando que há diversos programas adaptados às mais diferentes necessidades. Nesse caso, o Ministério da Saúde assumiu de maneira integral e articulada o desafio da prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública. (BRASIL, 2004).

Percebe-se, portanto, a necessidade da integração e articulação dos diferentes setores e atores do corpo social sendo reconhecida por órgãos como a SENAD e o Ministério da Saúde, considerando que a atenção e o cuidado em uma rede dirigida às pessoas usuárias de álcool e outras drogas deva ser ampla e diversificada, com a finalidade de atender suas diferentes necessidades. O cuidado integral, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, não pode ser alcançado por apenas um serviço ou profissional, mas através de uma rede de atenção, um cuidado integral ou o mais próximo desse cuidado, de modo a atender as diferentes pessoas com suas diferentes necessidades, para pessoas usuárias de álcool e outras drogas de maneira mais ou menos controlada ou para aquelas que apresentam quadros graves de dependência química do álcool e outras drogas.

Na construção de uma rede de atenção integral para a população de usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, que por muitas vezes, apresentam prejuízos em maior ou menor grau relacionados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, os profissionais devem trabalhar unidos e em conjunto, de maneira complementar. Essa rede deverá trabalhar de maneira integrada a outros setores, uma rede marcada pela intersetorialidade com o objetivo de proporcionar as pessoas o seu tratamento, a reconstrução e sua reabilitação social. A rede objetiva o aumento do acesso e o acolhimento levando em conta os locais de ações de saúde podem ser os diferentes locais de circulação dos usuários de álcool e outras drogas como equipamentos de saúde flexíveis, abertos com articulação com outros pontos da rede de saúde, bem como educação, trabalho e promoção social. Isto se faz necessário para que a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação ocorram de maneira contínua e associada. Essa visão propõe a inclusão não somente de profissionais e serviços de saúde, mas também familiares organizações governamentais e não governamentais, com interação constante de cada um, em seu núcleo e com apoio mútuo (BRASIL 2004).

A necessidade da integração da rede de atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas dentro da rede de saúde mental com uma rede maior e mais ampliada em saúde em geral, bem como as redes de outros setores como o Poder Judiciário, a Educação, e outros setores com

atuação comunitária, que constituem o princípio da Intersetorialidade. E este princípio da Intersetorialidade que permitirá uma Integralidade mais ampla seja alcançado. A Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil visa garantir na comunidade e nos serviços extra-hospitalares a assistência a pessoas com transtornos mentais, levando em conta as pessoas usuárias de álcool e outras drogas. Essa mudança demonstra um avanço em relação ao modo como a assistência ocorria antes da Reforma, quando ocorria basicamente nos hospitais psiquiátricos. Seguindo as diretrizes do movimento de Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados os serviços estratégicos de saúde mental, pois são organizados em equipes multidisciplinares e complementares, procurando atender as pessoas em suas diferentes necessidades em seus processos de tratamento e reabilitação. Faz-se importante ressaltar que a assistência não ocorre somente nos CAPS. Pelo contrário, as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas apresentam padrões diferentes de uso, abuso e dependência e com isso gravidade também diferentes, uns menos graves outros mais graves, sendo assim, os casos menos graves, em sua grande maioria, deve ser atendida na atenção básica de saúde, reservando os CAPS aos pacientes com maior gravidade. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a rede de atenção básica inclui os centros ou unidades básicas de saúde locais e regionais, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estas equipes da atenção básica deve manter contato permanente com os CAPS (BRASIL 2004).

Existem diversos dispositivos de saúde e saúde mental presentes no território e que se articulam com os CAPS, constituindo-se com estes e a partir destes uma rede denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Entre os princípios da rede existe a idéia de que a cobertura de serviços de saúde contemple a noção de território.

O território não se trata apenas da área geográfica, mas é o espaço que as pessoas circulam, frequentam como igrejas, escolas, cultos e trabalho. O território compreende um sentido mais subjetivo, particular para cada pessoa, influenciado pelas diversas pessoas e culturas presentes em uma mesma família, bairro e cidade (BRASIL, 2011).

Desde 2002-2003, o Ministério da Saúde indicava que na constituição de rede deveriam participar os recursos afetivos (relações interpessoais entre familiares e amigos), recursos sanitários (a rede de saúde), os recursos sociais como moradia, trabalho, escola e esportes, recursos econômicos como dinheiro e previdência, recursos culturais, religiosos nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



Fonte: BRASIL, 2011.

Faz-se importante, estratégias de inclusão dos diversos atores e setores na construção de uma rede territorial para a população de usuários de álcool e outras drogas. Percebemos que nos últimos anos têm havido aumento no consumo de crack por crianças, adolescentes e adultos. Em relação a esta forma de uso, dificilmente podemos falar em uso menos nocivo ou controlado (RAMOA, 2009). O baixo custo da pedra de crack, assim como seus efeitos imediatos, deletérios e o fácil acesso vêm contribuindo para o aumento no número de dependentes, em especial a população em situação de maior vulnerabilidade econômica e social como crianças, adolescentes e adultos jovens em situação de rua. No que se refere à infância e adolescência são de importante relevância as abordagens do cuidado em redes intersetoriais. Como pensar em uma rede de proteção, cuidado e atenção à saúde da criança ou do adolescente que não inclua a educação, rede de amigos, lazer, acesso a informação, e cultura, através de iniciativas articuladas e abrangentes.

A esta população, a construção, expansão e o fortalecimento de redes apresentam uma estratégia metodológica essencial (FERNANDES, 2009). Acompanhando a construção de novas redes, a partir da maior identificação do aumento progressivo do uso abusivo de crack por parcela considerável da população vulnerável em situação de rua, verificamos novas estratégias políticas confirmando o compromisso e a ampliação de ações de qualificação de uma rede dirigida à população de usuários de drogas. Podemos citar: 1) O PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde, em 2009-2010; 2) O PIEC - Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas – Decreto da Presidência da República - Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos, PIEC/2010, Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010; 3) A IV Conferência de

Saúde Mental-Intersetorial, em junho/julho 2010; 4) A instituição da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria GM nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011 (CRUZ e FERREIRA, 2014).

Segundo Cruz e Ferreira (2014) conforme publicado em 2009, o PEAD teve entre principais diretrizes: o direito de acesso ao tratamento, à redução da lacuna assistencial, o enfrentamento do estigma, a qualificação das redes em saúde, a adoção da estratégia de Redução de Danos e o reconhecimento das vulnerabilidades, risco e padrão de consumo. No ano de 2010, o Gabinete da Presidência da República propôs o PEIC, visando a população mais vulnerável e dependente de crack, com investimentos e estímulos às redes assistenciais, e às estratégias de Redução de Danos no cuidado integral voltado ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, como o Projeto dos Consultórios na Rua, no âmbito do SUS. Também realizada em 2010, a IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial com a proposta da avaliação da política e das ações em curso, a partir das recomendações políticas implementada no ano de 2003. O reconhecimento da construção de uma rede intersetorial, com destaque desde o título da conferência, ampliou-se que o uso prejudicial de álcool e outras drogas consistiam não somente um desafio para a área da saúde, mas também políticas intersetoriais, afirmando-se a responsabilidade do Estado na construção de redes de cuidado (BRASIL, 2004; 2010).

O reconhecimento das necessidades impostas ao cuidado com os usuários de álcool e outras drogas permitiu a implementação, de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dirigida a pessoas com sofrimento e transtornos mentais e usuárias de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, com a ampliação de recursos e qualificação de estratégias intersetoriais, a partir da implementação e articulação de antigos e novos atores e dispositivos como: atenção básica de saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, incluindo também o recurso de atenção residencial de caráter transitório, que virão a ser reconhecidas como as UAs – Unidades de Acolhimento (BRASIL 2011).

A Rede é formada por serviços e equipamentos variados, nomeadamente como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSI-II, CAPSad, CAPSII, CAPSIII, CAPSadIII, CAPSI-III); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), dentre outros. Com objetivo de elucidar a temática e barreira de acesso, trarei abaixo, definições de alguns os dispositivos da RAPS.

### 6.2.1 Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família como estratégia de reorganização da saúde no Brasil, reafirmando o compromisso da Saúde como um dever do Estado e direito a todos os cidadãos. O Programa Saúde da Família trabalha com a perspectiva de saúde integral e ampliada, com equipes multiprofissionais responsáveis por um número de pessoas de uma região delimitada. O Programa Saúde da Família é considerado como uma das principais estratégias na reorganização dos serviços e na reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, bem como, promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Cada Equipe do PSF (atualmente denominada Equipe da Estratégia de Saúde da Família) é composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais e psicólogos podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio. A Estratégia do PSF tem sua estrutura baseada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família com os princípios da integralidade e territorialização. No ano de 2001, foi realizada a Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (BRASIL, 2001) com a incorporação das ações de saúde mental os serviços de saúde da família promovendo um modelo de atenção descentralizado, de base comunitária e com maior cobertura assistencial às pessoas com sofrimento psíquico. Neste plano temos a incorporação da saúde mental em ações voltadas para: hipertensão, diabetes, saúde da mulher, criança e adolescente, idosos, álcool e outras drogas, violência urbana, pacientes egressos de internações psiquiátricas (QUEIROZ, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a estratégia de prioridade de expansão e consolidação da Atenção Básica, que tem como características um conjunto de ações na saúde, nas esferas individual e coletiva, que abrangem a promoção e a proteção além de prevenir agravos, realizar diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo do desenvolvimento da atenção integral que impacte a saúde, autonomia das pessoas, os determinantes e condicionantes da saúde na coletividade. Cada equipe da ESF atende uma população em um território definido com aproximadamente três a quatro mil pessoas assumindo-se então a responsabilidade sanitária. Considera o sujeito na sua singularidade, na sua inserção social e cultural, com o objetivo de oferecer atenção integral. A Atenção Básica de Saúde é considerada como a ordenadora do Cuidado do Sistema Único de Saúde e faz-se presente de forma capilarizada no território nacional. As ações de promoção em

saúde mental, redução de danos e o cuidado para pessoas usuárias de álcool e outras drogas podem e devem ser realizadas nesses pontos da atenção e compartilhadas quando necessário, com a rede.

### **6.2.2 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de acordo com Chiaverini (2011) conta com o Matriciamento ou Apoio Matricial e se trata de um “novo modo em produzir saúde que duas ou mais equipes, em processo de construção compartilhada com a criação de uma proposta de intervenção pedagógica terapêutica” (p.13). Esse novo modelo tem norteado as experiências implementadas nos vários municípios ao longo dos anos. Essa proposta de apoio matricial foi proposta por Gastão Wagner de Souza Campos em 1999 e tem estruturado no Brasil uma forma de cuidado colaborativa. Em geral, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical, com hierarquia, com diferença de autoridade de quem encaminha um caso e quem o recebe, ocorrendo transferência de responsabilidade no encaminhamento. A comunicação entre os níveis hierárquicos ocorre de maneira precária e irregular geralmente pela solicitação de pedidos de parecer, resposta na contrarreferência, que não propõem uma boa resolutividade. Nesta nova proposta objetiva a transformação da lógica tradicional dos serviços de saúde com os encaminhamentos, referências e contrarreferências.

A burocracia e o pouco dinamismo dessa lógica tradicional podem ser atenuados com por ações horizontais que integrem os diversos saberes e níveis assistenciais. Na horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em duas equipes: a equipe de referência e a equipe de apoio matricial. No caso concreto do Sistema Único de Saúde, as equipes de referência constituem as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as equipes de apoio matricial constituem os NASFs (Núcleos de Apoio à Saúde da Família). O apoio matricial é diferente do atendimento realizado por um especialista dentro de uma Unidade de Atenção Básica em Saúde. O matriciamento não é: 1) um encaminhamento ao especialista; 2) o atendimento individual pelo profissional especialista; 3) intervenção coletiva realizada pelo profissional especialista. O matriciamento deve proporcionar retaguarda especializada à assistência, prestar suporte técnico pedagógico, promover vínculo interpessoal e apoio institucional na construção coletiva de projetos

terapêuticos junto a população. Diferencia-se da supervisão, pois os matriciadores participam ativamente dos projetos terapêuticos.

Segundo Campos *et al.* (2014, p.984):

Apoio matricial sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde.

Em 2008, com a portaria 154 do Ministério da Saúde cria uma nova política denominada de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). As equipes NASF são compostas por profissionais especializados de diversas áreas como Ginecologia, Psiquiatria, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Homeopatia entre outros. Tem como função principal apoiar as Equipes de Saúde da Família, ou Equipes da Estratégia de Saúde da Família. A concepção de clínica ampliada e compartilhada foi incorporada ao discurso do Ministério da Saúde e fundamentaram a Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Atenção Básica. A tese de livre-docência de Gastão Wagner de Souza Campos realizou uma crítica ao modelo hegemônico da racionalidade gerencial e sugeriu um método de democratização da gestão das organizações, através da formação de coletivos organizados, com o incentivo dos sujeitos na organização da gestão e processos de trabalho. O método parte de uma articulação de diversos saberes da Saúde Coletiva, Psicanálise, clínica, política, administração entre outros. Paideia tem sua origem grega e parte do pressuposto dos três componentes da democracia de Atenas: Cidadania, direito das pessoas, Agora: compartilhamento do poder e Paideia, educação integral (CAMPOS *et al.*, 2014).

O apoio matricial e a equipe de referência são arranjos organizacionais como metodologia para a realização de algo. Foram imaginadas para operarem em redes ou sistemas complexos. Leva em consideração a lógica da cogestão e do apoio nas relações entre os profissionais. Na saúde, é uma crítica e uma tentativa de reconstrução da interconsulta e da lógica da referência e contrarreferência. Objetiva-se pensar de maneira interprofissional e interdisciplinar. Busca-se a constituição de equipes formadas por profissionais com diferentes formações na resolução de problemas, sem perder o padrão de responsabilidades e o compromisso na produção de saúde. Constitui-se uma mudança de arranjo organizacional e das responsabilidades profissionais e gerenciais para facilitar a cogestão e o trabalho em equipe. A equipe de referência é um arranjo contratual que tem por objetivo a mudança do padrão hegemônico de responsabilidade, mudança na responsabilidade por procedimentos ou quantitativa pela responsabilidade de

pessoas por pessoas. Em geral, as Equipes da Estratégia de Saúde da família desempenham este papel, sendo responsável por pessoas de determinado território. Com a equipe de referência há a construção do vínculo, uma relação terapêutica longitudinal e o acompanhamento do processo saúde-doença-atenção de cada pessoa. Nesse processo, a equipe de referência passa a conhecer a pessoa em sua singularidade, sendo então corresponsável por seu tratamento. A equipe de referência passa a observar o indivíduo além das facetas biológicas, em seus âmbitos sociais, familiares, políticos e psíquicos. Esta equipe de referência busca o enfrentamento da herança taylorista, de linha de produção, nas organizações de saúde. Além disso, a distribuição de poder através da coordenação interdisciplinar. No modelo taylorista, o poder gerencial é bastante fragmentado. Essa fragmentação reforçam as rivalidades entres os grupos corporativos.

Segundo Campos *et al.* (2014) a equipe de referência tem como pressuposto o compartilhamento de saberes, competências, responsabilidades e ações. Surgem os conceitos de campo e núcleo na composição da interdisciplinaridade. Esses conceitos permitem a distinção das práticas e saberes de cada profissão, dos saberes práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde. No núcleo, existe uma reunião dos saberes, práticas e responsabilidades comuns aos diversos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, psicólogos e assistentes sociais. Já o campo seria a intersecção dos saberes. A sobreposição dos limites dos saberes de cada especialidade, assim todo profissional de saúde deveria atuar de maneira independente de sua formação. Para a atuação do campo, com reforço da interdisciplinaridade, cada profissional buscaria apoio em outras áreas para o cumprimento de suas tarefas. A lógica do núcleo permite que uma equipe multidisciplinar ofereça retaguarda especializada às equipes de referência, com a modificação da lógica do encaminhamento, referência e contrarreferência. Em 2008, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs), com recursos financeiros para a contratação de profissionais para o apoio da ESF. O conceito utilizado na portaria 154 de 2008 do Ministério da Saúde é o de apoio matricial. O apoio matricial apresenta uma dimensão de suporte técnico pedagógico, ou seja, apresenta um pressuposto educativo para a equipe de referência e ações realizadas em conjunto com elas. Com as discussões em equipe, visitas domiciliares e consultas aumenta a capacidade resolutiva da equipe de referência. Com a rede matricial, permite mudanças na atenção em saúde, no sentido da responsabilidade, ampliação da clínica e interdisciplinaridade, evitando a fragmentação do cuidado, da medicalização e outros danos e iatrogenias provocadas pelo consumo excessivo de exames, tratamentos e procedimentos; promover maior acesso às demandas de maior gravidade; romper a lógica dos

encaminhamentos excessivos às especialidades promovendo principalmente a corresponsabilização, permitindo a manutenção dos vínculos, e o diálogo entre os serviços e os profissionais.

O conceito de clínica ampliada e compartilhada foi formulado por Gastão Wagner de Souza Campos em revisão ao paradigma biomédico. O desvio do foco de intervenção da doença e dos procedimentos, para o sujeito, portador das doenças e de outras demandas e necessidades. A tripla ampliação sugerida é: no objeto do trabalho, com a incorporação das fragilidades subjetivas, das redes sociais, além dos riscos biológicos, com o trabalho das pessoas e coletivos; dos objetivos do trabalho, com maior apoio a autonomia e autocuidado dos sujeitos, na capacidade de cada pessoa de pensar, agir e criar novos modos de vida e novas formas de se posicionar diante da saúde e do contexto e dos meios de trabalho em saúde, com a diversificação das ações, a reformulação da relação clínica e a Educação em Saúde. Construção do diálogo, negociação, compartilhamento de saberes e poder, vínculo e responsabilização. Construção da interdisciplinaridade, trabalho em equipe, intersetorial e trabalho em rede. Esta clínica ampliada e compartilhada tem pressupostos a escuta, o reconhecimento do saber, o desejo e o interesse das pessoas e o questionamento dos sentidos daquilo que as pessoas estão vivendo. Esta clínica também parte do pressuposto da existência de espaços coletivos para que os profissionais possam exercitar sua capacidade de análise e intervenção em conjunto com a reflexão de suas práticas com deliberação coletiva (CAMPOS *et al.*, 2014).

### **6.2.3 A equipe de Consultório na Rua**

A Equipe de Consultório na Rua é uma equipe de caráter multidisciplinar com atuação nos diversos problemas e necessidades da população em situação de rua. Atuam ofertando cuidado para a população de rua, levando em consideração as diferentes necessidades de saúde incluindo o uso de álcool e outras drogas, atuando de forma itinerante e no local aplicando o enfoque da estratégia de redução de danos.

Na seção 5 discutiremos de maneira mais aprofundada o consultório na rua como política pública.

A partir de do êxito de experiências com usuários de drogas na Bahia, desde os anos de 1990, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde divulgou um documento que propôs:

Os Consultórios na Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (BRASIL, 2010, p.10).

A equipe de consultórios na rua, com o reconhecimento de sua potência permitiram a ampliação do acesso aos usuários de drogas como característica a oferta de cuidados na própria rua. Diversas experiências apresentaram resultados satisfatórios, com importante produção de assistência primária, prevenção, melhoria do acesso aos serviços de saúde e promoção da qualidade de vida. Este êxito, em âmbito nacional, ampliou e diversificou as práticas não baseadas exclusivamente na abstinência dessa população vulnerável, permitindo maior aproximação desta população aos serviços de saúde. Com a vulnerabilidade de crianças, adolescentes e adultos jovens houve um olhar mais crítico no sentido de ampliação das ações de enfrentamento ao grave cenário do uso de drogas por parte da população que tem a rua como sua existência em várias fases de suas vidas. (BRASIL, 2010).

Em 25 de janeiro de 2012, o Ministério da Saúde publicou duas portarias sobre o funcionamento dos Consultórios de Rua: as portarias 122 e 123. A partir desse momento amplia-se e qualifica-se essa estratégia com a atuação juntamente a população de rua, prestando a atenção e cuidados em saúde mental com a Estratégia de Redução de Danos, em parceria com outros serviços públicos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, além da busca ativa. (BRASIL, 2012).

#### **6.2.4 Centro de Convivência e Cultura**

Consiste em um local de convivência de toda população, atuando na promoção de saúde e na reabilitação psicossocial, com o desenvolvimento de espaços de convivência solidária, sociabilidade e intervenções de cultura e na cidade. Trabalha com a premissa da inclusão social da população em geral, com atuação em especial na população usuária de álcool e outras drogas, visando a sustentação das diferenças na comunidade. Suas ações vão além do campo da saúde

com articulação cultural estímulo ao desenvolvimento de habilidades, convivência social e um forte agregador de pessoas a partir de interesses em comum.

### **6.2.5 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPSad)**

Os CAPS tem papel estratégico na articulação, assistência e regulação da saúde. Os CAPS devem desenvolver projetos terapêuticos, promover dispensação de medicamentos, acompanhar os pacientes moradores das residências terapêuticas e dar retaguardas às equipes da Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. O CAPS é um lugar de referência comunitário para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e quadros graves ou com persistência que justifique a permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. A partir da função que cumprem, de dispositivos estratégicos em saúde mental, os CAPS objetivam: 1) Prestar atendimento em regime de atenção diária; 2) Construir junto ao usuário e gerenciar projetos terapêuticos individualizados, oferecendo cuidados clínicos, eficientes e personalizados; 3) Promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersectoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; 4) Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; 5) Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); 6) Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; 7) Coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; 8) Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para tratamentos de sua saúde mental. (BRASIL, 2004).

Pela Portaria nº 336 do Ministério da Saúde de 19 de fevereiro de 2002 são criados cinco tipos e modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): 1) CAPS I – população entre 20.000 a 70.000 habitantes tem seu horário de funcionamento de 8 as 18 h, de segunda a sexta-feira com a clientela de adultos; 2) CAPS II – população de 70.000 a 200.000 habitantes, seu horário de funcionamento de 8 as 18 h (pode ter um terceiro turno até as 21:00), de segunda a sexta-feira com clientela de adultos; 3) CAPSI - população acima de 200.000 habitantes com funcionamento de 8 as 18 h, podendo ter um terceiro turno até as 21 h, de segunda a sexta-feira, sua clientela é composta de crianças e adolescentes; 4) CAPSad – população acima de 100.000 com horário de funcionamento de 8 as 18 h, podendo ter um 3º turno até as 21 h, de segunda a

sexta-feira e sua clientela são pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas; 5) CAPS III – população acima de 200.000, com horário de funcionamento por 24 horas, diariamente, inclusive feriados e finais de semana com clientela de adultos.

Os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad) tem como objetivo o atendimento diário aos usuários que apresentem graves transtornos relacionados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Em geral, esse tipo de CAPS possuem leitos de repouso com o objetivo de cuidado como, por exemplo, às desintoxicações e outras condições clínicas que demandem intervenções médicas e de enfermagem que não necessitem de hospitalização. Na construção de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, não basta somente a designação e construção da estrutura física dos CAPSad, mas, sobretudo a capacitação de uma equipe multidisciplinar e articulação dos setores em rede. Quando em funcionamento, os CAPSad são cadastrados pelo Ministério da Saúde e então são financiados através de repasse aos municípios pelos gastos realizados com os tratamentos pagos às Secretarias Municipais de Saúde. Faz-se necessário lembrar que os CAPSad devem ser os responsáveis pelos casos graves e complexos identificados na comunidade, casos de padrão de dependência e grave comprometimento sociofamiliar e não toda e qualquer pessoa que tenha problemas com álcool e outras drogas. A maioria de usuários de álcool e outras drogas podem e devem ser atendidas nos serviços de atenção básica com o apoio dos CAPSad que devem atuar de forma articuladas com os demais serviços de saúde (BRASIL, 2004).

### **6.2.6 As Unidades de Acolhimento**

Com o crescimento dos problemas relacionados à dependência do uso do crack e com o uso de drogas por pessoas em situação de rua houve a inserção nas políticas de drogas de novos dispositivos e estratégias como as Unidades de Acolhimento e as equipes de consultórios na rua. As Unidades de Acolhimento para usuários de álcool e outras drogas oferecem atenção residencial de caráter transitório e fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tem sua constituição a partir do reconhecimento clínico e político da necessidade do acolhimento e da ampliação do acesso ao tratamento de parcela importante de usuários de drogas. Essas unidades têm a finalidade de recebimento e acolhimento transitório, voluntário e cuidados contínuos a usuários de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade sociofamiliar com a demanda de tratamento e proteção. As Unidades de Acolhimento classificam-se em: 1) Unidades de Acolhimento Adulto: para maiores de 18 anos de ambos os sexos; 2) Unidades de

Acolhimento Infantojuvenil: destinadas às crianças e adolescentes entre os 10 e 18 anos incompletos, para ambos os sexos. As Unidades de Acolhimento pertencem a Rede de Atenção Psicossocial e tem o seu funcionamento 24 horas, 7 dias da semana, caracterizando espaço de acolhimento residencial transitório, e assim, espaço e tempo para a suspensão do uso prejudicial, proteção e atenção à crise. A indicação do acolhimento em Unidade de Acolhimento deve partir do CAPS que tem o papel de acompanhar e realizar o projeto terapêutico singular a ser desenvolvido com o usuário e com o papel também de definir o tempo de permanência do usuário na Unidade de Acolhimento. A proposta da Unidade de Acolhimento é acolher, proteger, temporariamente uma pessoa, seja ela adulto, criança ou adolescente, do agravamento do uso de álcool e outras drogas sendo garantido os direitos de moradia, educação, convivência familiar e social. Essas unidades realizarão a articulação intersetorial principalmente com o CAPS, e os outros entes como a justiça, a educação e os direitos humanos com visando a reinserção social, familiar e laborativa, com a articulação de programas culturais, educacionais e de geração de renda e trabalho. Essas unidades, com o projeto terapêutico singular, construído e acompanhado para cada sujeito, deve visar à articulação territorial, a saída programada para a completa reinserção do usuário (BRASIL, 2012).

### **6.2.7 Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas)**

Tem como finalidade a atenção e cuidados contínuos em saúde, em caráter residencial transitório, entre nove e doze meses, aproximadamente, para adultos estáveis clinicamente em relação ao uso de álcool e outras drogas, recebendo as demandas do CAPS do território. Promove cuidado residencial transitório a pacientes que demandem, temporariamente, o afastamento dos seus contextos. Atua em articulação com os demais serviços na execução dos Projetos Terapêuticos Singulares.

Segundo Amarante (2021) estas comunidades terapêuticas são instituições fortemente questionadas no campo político e acadêmico, sendo inclusive desaprovadas por algumas das Conferências Nacionais de Saúde e enfaticamente na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (BRASIL, MS, 2010). As críticas às comunidades terapêuticas se dão em decorrência da inspiração da experiência inglesa, com destaque para o psiquiatra Maxwell Jones, (JONES, 1972) em que houve uma apropriação do discurso marcadamente religioso, afastamento e deturpação das diretrizes e princípios de origem, como o comunitarismo, a solidariedade, o coletivismo, afastamento da terapêutica efetiva.

Realizaremos uma abordagem em maior profundidade na seção 5.

### **6.2.8 Serviço de Atendimento Móvel de Emergência (SAMU)**

Realiza atendimento de urgências e emergências, no território, inclusive os agravos em saúde mental. Seu acionamento ocorre através de contato telefônico 192 regulando a demanda, realiza a regulação do atendimento imediato proporcionando o acesso a outros pontos da rede que se façam necessários da atenção hospitalar e o posterior seguimento longitudinal no CAPS ou nas Unidades Básicas de Saúde.

### **6.2.9 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**

Trata-se de um dispositivo destinado ao atendimento de agravos de urgência e emergência, incluindo os agravos a saúde mental. Promove acolhimento, classificação de risco e a intervenção imediata. Deve estar articulado com os demais pontos da rede garantindo a continuidade do cuidado.

### **6.2.10 Enfermaria especializada em hospital geral**

Enfermaria Especializada em Hospital Geral são leitos capacitados a oferecer internação hospitalar em saúde mental no Hospital Geral. O acesso a estes leitos deve ser regulado por critérios clínicos de acordo com os arranjos locais de gestão, central regulatória ou CAPS de referência. Promove cuidado, em regime de internação, cujo agravamento clínico requeira intervenção hospitalar. Sua intervenção se limita a intervenções de curta ou curtíssima duração para a estabilização de condições clínicas. Tem articulação com outros pontos da atenção, com a preservação de vínculos e continuidade do cuidado.

### **6.2.11 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**

Como estratégias de desinstitucionalização temos: o Serviço Residencial Terapêutico que são moradias na comunidade que objetivam garantir aos egressos de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou manicômios judiciários a autonomia e exercício da

cidadania com busca progressiva da inclusão social. Acolhe, em ambiente residencial, pessoas egressas de internações de longa permanência permitindo o retorno a gestão do dia a dia com apoio de profissionais. O acesso a este serviço é regulado ao fechamento em instituições de caráter asilar. OS CAPS são as unidades de referência desse serviço junto às Unidades Básicas de Saúde.

### 6.2.12 Programa de Volta para a Casa

O Programa de Volta Para a Casa trata-se de um programa com a finalidade de inclusão social criado pela lei 10708/2003 com o objetivo de fortalecimento do processo de desinstitucionalização. Fornece mensalmente um auxílio reabilitação, de caráter indenizatório, para pessoas egressas de internação de longa permanência (mais de 2 anos ininterruptos).

### 6.2.13 Estratégias de reabilitação psicossocial

As Estratégias de Reabilitação Psicossocial visam geração de trabalho e renda. Buscam a reabilitação psicossocial através da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtornos mentais ou com o uso prejudicial de drogas. Possibilita a inclusão de populações de extrema vulnerabilidade através de experiências solidárias.

Quadro 3 - Componentes e Dispositivos da RAPS

<b>Componentes da RAPS</b>	<b>Dispositivos da RAPS</b>
<b>Atenção Básica em Saúde</b>	Estratégia de Saúde da Família (ESF)
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
	Equipe de Consultório na Rua
	Centro de Convivência e Cultura
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	Centros de Atenção Psicossocial
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	Unidades de Acolhimento (UA)
	Comunidades Terapêuticas
<b>Atenção Hospitalar</b>	Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Emergência
	Unidade de Pronto Atendimento
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
	Programa de Volta para Casa
<b>Estratégia de Reabilitação Psicossocial</b>	Geração de Trabalho e Renda

Fonte: Portaria do Ministério da Saúde 3088/2011.



#### 6.2.14 Retrocessos na RAPS

Neste sentido, ao fazermos um passeio sobre o tema de barreiras de acesso, conectando com dados da historicidade e da formação da RAPS, percebe-se que o exercício de transformar a experiência vivida relacionando-o com o conteúdo pesquisado, tem passado por pontos importantes e retrocessos na Rede de Atenção Psicossocial.

É importante fazer alusão à portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017 do Ministério da Saúde. Segundo Onocko-Campos (2019) foi reintroduzido o Hospital Dia, que havia sido superado com a implantação dos CAPS e vem ao resgate de práticas biomédicas sobre as práticas psicossociais. Esta portaria também instituiu a figura do CAPSad IV que daria legitimidade ao financiamento público federal para as comunidades terapêuticas, um modo para a reinstauração de práticas como o isolamento, o desrespeito às liberdades individuais que marcaram a história ocidental do século XX com as práticas asilares e manicomiais. Ainda na contramão da história, a referida portaria determina aumento do valor das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) dos hospitais psiquiátricos conforme seu tamanho. Mantendo o movimento a portaria promove a reinstalação de ambulatórios hierarquizados e desarticulados colocando a Rede de Atenção Psicossocial em segundo plano. Com este movimento torna-se nítida a prática biomédica hegemônica.

Segundo Weber *et al.* (2021), no Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01 enumeram uma série de retrocessos a saber: 1) O surgimento de equipamentos desvinculados ao território; 2) O financiamento das comunidades terapêuticas, 3) O apagão de dados; 4) O abandono de políticas, programas e prioridades definidas pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental e; 5) A redução dos recursos federais para a Política de Saúde Mental.

Equipamentos públicos que se distanciam dos fundamentos da atenção psicossocial surgem a partir do ano de 2017 através de dispositivos normativos do Ministério da Saúde, num movimento de retorno ao paradigma asilar até então vigente antes da Reforma Psiquiátrica Brasileira numa verdadeiro desrespeito aos preceitos da Lei 10.216/01 e das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental. Motivadas por interesses particulares a Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de dezembro de 2017 e a Portaria 3.588, de 21/12/2017 do Ministério da Saúde fomentaram uma importante mudança no paradigma da Política Nacional de Saúde Mental. É importante ressaltar que as mudanças ocorridas na Política de Saúde Mental a partir de 2017 foram produzidas de forma vertical, impositiva e sem qualquer audiência pública e consulta aos seguimentos da sociedade civil, movimentos sociais,

gestores, trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial e dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, além da desconsideração ao Conselho Nacional de Saúde, que é a instância máxima de controle social em Saúde Pública. O Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, impôs a Rede de Atenção Psicossocial também de maneira unilateral, sem o necessário diálogo, o estabelecimento do hospital psiquiátrico como o centro da política pública de saúde mental, ocorrendo uma forte mudança de paradigma, além da ameaça às importantes conquistas de direitos adquiridos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira. A figura do hospital psiquiátrico no centro da política pública de saúde mental, com um importante aporte de recursos financeiros, através da elevação dos valores das diárias das internações nestes hospitais, sem a devida consideração dos instrumentos de inspeção e avaliação, uma vez que o PNASH/Psiquiatria não é realizado pelo Ministério da Saúde desde 2015. São questionadas as motivações implícitas destas mudanças. Um dos possíveis motivos seria o favorecimento por parte do Ministério da Saúde aos interesses particulares do setor privado ligado ao modelo hospitalocêntrico, manicomial e não aos interesses do Sistema Único de Saúde, com objetivos na saúde pública e coletiva. Outro ponto importante na mudança da política é a criação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV - CAPSad IV através da Portaria 3.588/17 (WEBER *et al.*, 2021).

É importante ressaltar que a Rede de Atenção Psicossocial, em sua constituição, já apresenta três dispositivos voltados ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas e pessoas em vulnerabilidade social que são: os CAPSad III, as Unidades de Acolhimento e as Equipes de Consultório na Rua, que tem atuação de baixa exigência, no território e nos cenários de uso. Mesmo com uma função estratégica, estes dispositivos atualmente não estão como as prioridades do Ministério da Saúde, que vem propondo o investimento nos CAPSad IV. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV foram criados a partir da desmobilização do Programa de Braços Abertos em São Paulo, marcado pela redução de danos e a reinserção social através da oferta de moradia e emprego, como figuras centrais do cuidado em saúde. Com características do modelo biomédico, hospitalocêntrico, atenção médica 24 horas e com enfermarias de até 30 leitos, o CAPSad IV foi desenvolvido com a finalidade de prestar atendimento às urgências e emergências em cenas de uso, em detrimento da atenção articulada à crise, com dispositivos públicos da rede guiados pelo cuidado em liberdade e na comunidade, desenvolvidos pelas equipes do Consultório na Rua. Estas equipes são itinerantes e trabalham com tecnologias leves ou de baixa exigência, atuam nas cenas de uso, sem que seja preciso a coerção, promovendo ampliação do acesso ao tratamento de pessoas que não tem

como demanda a mudança no padrão de consumo de substâncias psicoativas. É importante fazer os seguintes questionamentos: 1) Qual é a função do CAPSad IV se existem outros dispositivos que executam ações de cuidado num mesmo território? 2) Por que criar um dispositivo, se os dispositivos já existentes ainda demandam aprimoramento? 3) O CAPSad IV seria uma mediação das internações em instituições asilares? (WEBER *et al.*, 2021).

Ainda de acordo com Weber *et al.*, (2021) o Ministério da Saúde passou a financiar através do SUS as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM). Estas equipes foram criadas a partir da Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de dezembro de 2017, não possuindo uma estrutura própria nem parâmetros populacionais de referência para a cobertura e com custo mensal maior do que um CAPS-I. Essa proposta é criada num período de desqualificação dos CAPS, do seu subfinanciamento através do congelamento, mudanças no financiamento da atenção básica, com baixo incentivo para as equipes NASF e dos Consultórios na Rua ao nível municipal. As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM) não são consideradas como pontos ou dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial como serviços de base comunitária, mas apresentam resquícios do modelo biomédico de configuração ambulatorial, que se demonstrou, ao longo da história, de baixa resolução. Essas equipes atuam em hospitais, policlínicas ou em Unidades Básicas de Saúde de maneira ambulatorial e sem um contexto no território. Caminham na contramão do trabalho comunitário e territorial. É importante levar em consideração que o conceito de território vai além de um conceito meramente geográfico. Como exemplo o funcionamento dos CAPS levam em consideração as dimensões culturais, sociais e econômicas de um determinado local. Baseados nessa compreensão do contexto em que a pessoa está inserida que se torna possível o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), permitindo que o cuidado esteja relacionado com a inserção do sujeito no meio comunitário e consolidação dos vínculos familiares e sociais.

Segundo Weber *et al.* (2021), as comunidades terapêuticas têm recebido financiamento federal, através do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) ligado ao atual Ministério da Justiça e da Segurança Pública, desde 2010 para o tratamento de pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esse financiamento ocorre através de editais públicos para a contratação de vagas. Nos estados e municípios brasileiros, o financiamento de vagas em comunidades terapêuticas através dos recursos estaduais ou municipais, provenientes do setor justiça ou não, já é prática cotidiana. No nível federal, com a criação do Plano Crack: É possível vencer, sob a coordenação do Gabinete Segurança Institucional da Presidência da República

(GSI/PR) e Ministério da Justiça os editais para a contratação de vagas em comunidades terapêuticas são publicados com maior frequência. Importante ressaltar que o Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010 que “Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências” (BRASIL, 2010) foi revogado pelo Decreto nº 10473/2020.

As comunidades terapêuticas passam então a ser financiadas através de recursos federais, não provenientes do setor saúde, com uma forte pressão para a incorporação das comunidades terapêuticas como equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e grandes passos foram dados com a finalidade de normatização destes equipamentos, num momento de forte desfinanciamento do SUS. Senão vejamos, em 2011, com a Portaria 3088 de 2011 as comunidades terapêuticas foram incorporadas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A portaria 131 do Ministério da Saúde de 26 de janeiro de 2012 que “institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”. A portaria nº1482 do Ministério da Saúde de 25 de outubro de 2016 que “Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES” (BRASIL, 2016), sem que, no entanto, nenhuma comunidade terapêutica foi efetivamente cadastrada e financiada pelo SUS. As comunidades terapêuticas foram denunciadas por diversas vezes em virtude da violação dos direitos humanos, proporcionar isolamento e cerceamento de convívio social como principal forma de tratamento, vem sendo financiadas através de uma milionária quantia de recursos públicos, incluindo os recursos federais do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), num contexto de forte contingenciamento de gastos para a área da saúde. O uso prejudicial de álcool e outras drogas, e quando se fala em drogas ilegais, tem sido compreendido distorcidamente pela sociedade brasileira. As concepções de caráter moral têm sido atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas e são entendidos como criminosos, delinquentes, doentes e que não possuem poder de escolha por seus atos. Nesse contexto, faz-se importante o desenvolvimento de políticas públicas sobre o álcool e outras drogas pautada em evidências científicas, com o respeito aos direitos humanos dos usuários com a garantia de um cuidado com qualificação, plural, humanizado, com respeito às diferenças que existem, conferindo protagonismo a estas pessoas e garantia da promoção de autonomia e dignidade. A alternativa do Ministério da Saúde para a criação e investimento de recursos nestas ditas equipes especializadas, em desfavor dos CAPS,

não encontra respaldo técnico, marcada por uma decisão de caráter político-ideológico. No ano de 2019, a eletroconvulsoterapia passa a constar na lista da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes com o financiamento do SUS. Na prática os hospitais gerais e hospitais psiquiátricos podem obter esses equipamentos com financiamento do SUS.

O apagão de dados é evidenciado através da publicação eletrônica Saúde Mental em Dados (SMD) pelo Ministério da Saúde, através de sua área técnica de saúde mental, por cerca de 10 anos consecutivos, tem a sua última edição referente ao ano de 2015 com dados dos anos de 2013 e 2014. Sendo assim, desde esta data o Ministério da Saúde não vem disponibilizando os dados de maneira organizada e detalhada sobre a Política Nacional de saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Para a formulação de políticas públicas as informações sobre o campo e recursos sejam publicadas regularmente de maneira clara e transparente e em meios acessíveis e irrestritos para as pessoas interessadas. A última informação sobre o campo da Saúde Mental publicada pelo Ministério da Saúde foi a disponibilização de um relatório de gestão de 2019, onde se encontram em uma página, dados compilados de maneira genérica (WEBER *et al.*, 2021).

Para Weber *et al.* (2021, p.70-71), o abandono das políticas, programas e prioridades definidas pelas conferências nacionais de saúde mental segundo) no Relatório Anual de Avaliação do Plano Plurianual 2016-2019 (BRASIL, 2020) são lidas as justificativas a seguir quando as metas não são atingidas nas ações de saúde mental, álcool e outras drogas: 1) “Descontinuidade da estratégia da política pública durante o período do PPA 2016 2019, incluindo alterações nas prioridades de governo” e 2: “Ausência ou insuficiência na articulação de atores para a implementação da meta”. Dentre as metas não alcançadas temos como exemplos: “incentivar a implantação de 480 CAPS”. Meta cumprida em 60% sendo que as Coordenações Estaduais informaram um represamento na habilitação de novos serviços. “Ampliar em 2.400 o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa - PVC, passando de 4.364 para 6.764 beneficiários”. Ficou nitidamente demonstrado a não priorização do governo federal para o cumprimento das metas propostas pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental. Ao mesmo tempo, percebe se o aumento dos investimentos nas comunidades terapêuticas ação veemente repudiada pelas Conferências. Para o período de 2020 a 2023 apresentam a seguinte meta: “ampliar em 172,73% o número de atendimentos em Comunidades Terapêuticas, compreendendo cuidados, prevenção e reinserção social de dependentes químicos”.

No planejamento para o período de 2020 a 2023 uma meta promove o aumento dos atendimentos das comunidades terapêuticas e pela primeira vez desde o período de 2012 a 2015 o documento não especifica metas para os CAPS. Isto demonstra a repercussão negativa para o progresso, ampliação e fortalecimento dos CAPS, gerando desinvestimento e sucateamento destes serviços. O Plano Plurianual para os anos de 2020 a 2023 apresentam metas muito genéricas no campo do controle social, incapacitando um estudo em profundidade no campo da saúde mental para esse período de quatro anos. Programas públicos como: escolas de redução de danos, escolas de supervisores e projetos de supervisão clínico institucional da Rede de Atenção Psicossocial, através de editais do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria, atualmente estão inoperantes. A última reunião do Colegiado Nacional dos Coordenadores de Saúde Mental ocorreu em dezembro de 2015. A não continuidade desses programas demonstra pelo governo federal um nítido desinvestimento na melhoria dos equipamentos de saúde já existentes. É notório que políticas que propõem a qualificação, capacitação e o constante aprimoramento dos profissionais pertencentes a Rede de Atenção Psicossocial promovem melhoria na qualidade dos atendimentos prestados por estes profissionais bem como estimulam os vínculos destes com os serviços. É de extrema importância que programas de qualificação profissional recebam investimentos de modo a qualificar o trabalho que se executa nos serviços de saúde.

A redução dos recursos federais para a política de saúde mental, desde 2016, através dos recursos federais oriundos do Fundo Nacional de Saúde para a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. A partir de 2017 percebe-se a estagnação dos valores. Os valores são atualizados em relação à inflação. Os últimos dados que foram disponibilizados são de dezembro de 2019. Assim afirma Weber *et al.* (2021 p. 71). “Demonstram que os recursos federais destinados à Política representam apenas 2,1% do orçamento do Fundo Nacional de Saúde. Este orçamento já representou 2,8% do FNS, em 2013.”

Quadro 4 - Retrocessos na RAPS

<b>Retrocessos na RAPS</b>	<b>Ações</b>
Equipamentos desvinculados ao território	CAPS-AD IV; Ambulatórios, Hospital Dia
Financiamento das comunidades terapêuticas	Recursos federais do FUNAD
Apagão de dados	Saúde Mental em Dados (SMD)- 2015
Abandono de políticas e programas	Metas não atingidas em saúde mental
Redução dos recursos federais	Oriundos do Fundo Nacional de Saúde

Fonte: Weber *et al.* (2021).

### 6.3 CONCEITOS DE ACESSO E BARREIRAS DE ACESSO AOS CAPS

A desigualdade de acesso aos serviços de saúde tem origens históricas. Até o início do século XX a assistência médica voltada à cura das doenças era realizada por médicos que atendiam somente as pessoas capazes de pagar pelos seus serviços ou pelas instituições de caridade que eram sustentadas pela Igreja ou por doações. Não havia a participação do Estado nessa assistência. Neste sentido é de notória importância que a presente pesquisa faça um apanhado conceitual, identificando que o movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, que veremos mais adiante, no final da década de 70, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, irá propor que a saúde seja um direito de todo cidadão, um dever do Estado e o acesso a todos os bens e serviços que promovam e a recuperem seja de caráter universal. Então resultam duas das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade e a integralidade.

#### 6.3.1 O Sistema Único de Saúde e a garantia do acesso universal

De acordo com Albuquerque (2012) no ano de 1970, o Brasil iniciou um forte movimento social no setor saúde, com a união de professores, parlamentares, burocratas e usuários que lutavam pela redemocratização do país, que se encontrava sobre a égide de uma ditadura militar. Um ator emergiu da sociedade civil organizada o denominado movimento sanitário buscando uma radical transformação nos cuidados de saúde, unificar o sistema de saúde fragmentado existente e a introdução do processo democrático de tomada de decisões (FLEURY, 2001). O projeto de Reforma Sanitária Brasileira tem as inspirações técnicas e políticas nas experiências das políticas sociais do bem-estar social. Essa expressão ganha importância no pós Segunda Guerra Mundial, em decorrência da expansão na arrecadação de novos tributos no contexto do crescimento econômico e também da nova atuação política dos estados nacionais (SILVA e MATTOS, 2009).

Os Sistemas de proteção social, com a denominação de *Welfare State*, constituiriam uma nova proposta institucional para que o Estado com a intenção da implementação e financiamento de programas e planos de ação com a finalidade de promoção dos interesses sociais coletivos dos membros de uma sociedade (GOMES, 2006). Com a implementação dessas políticas, a proteção social, deixa de ter um caráter emergencial e focalizado e passa a

redefinir um padrão de regulação das relações sociais e de trabalho, mudando a ideia antecedente de que o Estado deveria se preocupar com os mais pobres sem a interferência na “vida normal da comunidade” (SILVA e MATTOS, 2009; ALBUQUERQUE, 2012, p.12).

No campo da saúde, a proposta central visa à garantia do acesso aos serviços de saúde, ou seja, todo cidadão que necessitasse de atenção à saúde deveria então ter acesso aos serviços de saúde. Para a garantia desse direito, faz-se preciso que o Estado faça a intervenção como provedor e financiador dos serviços, através de arrecadação fiscal ou contribuições sociais, independente da condição social e econômica dos indivíduos (ALMEIDA, 2008). Marcada por estes ideais, o movimento de Reforma Sanitária teve como seu principal objetivo a universalização do acesso aos serviços de saúde através da criação de um Sistema Público Nacional de Saúde. Estas propostas foram incluídas na Constituição de 1988, a Constituição denominada cidadã, em que o acesso à saúde foi definido como um direito social fundamental, de cunho universal, que o Estado deve garantir.

Segundo Escorel (2012) denominamos de movimento sanitário, ou de Reforma Sanitário Brasileiro, o movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao setor que compartilham como referencial teórico médico social na abordagem dos agravos em saúde, através de práticas políticas, ideológicas e teóricas, buscam a transformação da saúde no Brasil, melhoria das condições de saúde e atenção à saúde da população brasileira com objetivo ao direito de cidadania. A composição originária do movimento sanitário é dividida em três vertentes: a primeira, o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a segunda, o movimento de médicos residentes e de renovação médica e a terceira docentes, pesquisadores e membros da academia.

Nas palavras de Sergio Arouca (1988) a Reforma Sanitária trata-se de um projeto civilizatório contendo valores que desejamos para toda a sociedade brasileira. É marcado pela transformação da situação sanitária em quatro dimensões: 1) ao fenômeno saúde doença; 2) institucional; 3) ideológica e 4) das relações sociais de produção e distribuição das riquezas.

Para Jairnilson Paim (2008) que se debruçou sobre o estudo da Reforma Sanitária Brasileira o autor propõe que se trata de um ciclo marcado por: ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Em seu entendimento a Reforma Sanitária é uma reforma social com os elementos elencados a seguir: 1) a democratização da saúde que implica a consciência sanitária sobre a saúde e seus determinantes, o reconhecimento da saúde como direito, inerente à cidadania, com a garantia do acesso universal e igualitário ao SUS com a participação social ativa nas políticas e na gestão; 2) a democratização do Estado e seus aparelhos com respeito ao

pacto federativo, propiciando a descentralização das decisões e do controle social, bem como o fomento a ética e transparência dos governos; 3) a democratização da sociedade objetivando espaços de organização econômica e cultural, produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja por uma totalidade de mudanças ao redor de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde ou mediante a uma reforma moral e intelectual.

Segundo Paim (2008) e Escorel (2012) o texto do CEBES, em defesa do direito à saúde para todos, continha oito conjunto de medidas: deter a medicina como empresa, transformar os atos médicos em serviços gratuitos, a unificação do sistema de saúde, a atribuição ao Estado na administração desse sistema, a este sistema ter a tarefa de planejar e executar a política nacional de saúde, estabelecer o financiamento do sistema, a descentralização do sistema e a viabilização da participação popular na política de saúde, em todos os níveis.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Sergio Arouca, é considerada como um marco de transformação marcada pelo processo da reforma do sistema de saúde brasileiro presente na Constituição de 1988. Com uma ampla participação de organizações da sociedade civil com delegados eleitos, associações de profissionais de saúde, representantes dos sindicatos, movimentos populares em saúde, CEBES, ABRASCO, a conferência discutiu temas válidos até o presente momento: a busca de equidade; a garantia de acesso universal as ações e aos serviços de saúde; o aumento do financiamento público na saúde; a unificação e integração dos conteúdos das ações preventivas, curativas e de reabilitação e da integração do ponto de vista da gestão entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e atribuição de maiores poderes a população na participação ativa da formulação, implementação e controle das ações em saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, a elaboração do financiamento do sistema de saúde e a criação das instâncias para a participação popular. O relatório final da 8ª Conferencia Nacional de Saúde consiste na sistematização da Reforma Sanitária como projeto através do conjunto de políticas articuladas (ESCOREL, 2012).

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

Segundo Noronha *et al.*, (2012) a Lei Orgânica da Saúde, lei 8080 de 19 de setembro de 1990, estabelece os princípios e as diretrizes que norteiam o SUS senão vejamos: 1) ‘A Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência’ ou seja todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços independente de seu custo, complexidade e natureza o serviço prestado. Constitui a substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil e condicionava o acesso aos serviços de saúde aos contribuintes da previdência social, ou seja, aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho de maneira formal. Com a universalidade, as condições socioeconômicas e a inserção no mercado de trabalho não implicam em diferenças ao acesso aos serviços de saúde. As despesas, o adoecimento e o financiamento são repartidos de forma solidária e é responsabilidade de toda a sociedade independente da classe social a que o cidadão pertença. 2) ‘A igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie’. Este princípio reafirma que não pode haver discriminação em relação ao acesso aos serviços de saúde. Não é aceitável que um grupo por motivos relacionados à renda, cor, gênero ou religião tenha acesso aos serviços de saúde e outros não. 3) ‘A Integralidade na assistência’. Significa considerar a pessoa como um todo, atendendo as suas necessidades. Para isso inclui a articulação entre os níveis de atenção garantindo as ações de promoção e prevenção, além da assistência aos doentes; a articulação entre as unidades de uma rede, desde a mais básica até a de maior complexidade tecnológica; a articulação entre os serviços e entre as diversas ações, com o objetivo de promover uma ação integrada para cada problema e para cada indivíduo ou coletividade coberta. 4) ‘A participação da comunidade.’ Trata-se da garantia da participação da população na formulação das diretrizes e prioridades das políticas de saúde, a fiscalização do cumprimento dos dispositivos normativos que norteiam o SUS além do controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde prestados. Este princípio é materializado através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde que constituem espaço de diálogo entre a gestão, profissionais de saúde e a população. 5) ‘A descentralização político-administrativa’ que se constitui através da descentralização dos serviços para os municípios. A descentralização ou municipalização é uma forma de aproximar os cidadãos das decisões do setor e tornar os municípios responsáveis pela saúde dos seus cidadãos. ‘A regionalização e a hierarquização’ da rede de serviços de saúde. Os serviços de saúde devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade tecnológica, devendo estar circunscritos a uma área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e conhecimento da clientela a ser atendida. A hierarquização, com a divisão entre os níveis de atenção, deve garantir formas de acesso a serviços que

componham toda a complexidade que o caso requeira. Deve incorporar a rotina do acompanhamento dos serviços com fluxos de encaminhamento (referência) e do retorno das informações de nível básico do serviço (contrarreferência).

### 6.3.2 Acesso

De acordo com o Glossário Lourdes Almeida da Consolidação de Normas do SUS (2021):

Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc.), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc.), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente à necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local (p.2-3).

Starfield (2002) tem como definição de acesso como as pessoas percebem as características de oferta, e assim, como percebem as dificuldades, obstáculos, barreiras ou as facilidades no uso de serviços em saúde.

O conceito de acesso aos serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso (OJANUGA e GILBERT, 1992; PUENTES-MARKIDES, 1992). Fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso. Ter um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e pode ser considerado um indicador de acesso (MARCUS e SIEGEL, 1982; PUENTES-MARKIDES, 1992; NCHS, 1996).

Numa revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviço, Travassos e Martins (2004) afirmam que ambos os termos estão interligados e são definidos por uma interação entre aquele que busca o serviço (o paciente) e aqueles que oferecem a atenção em saúde (os profissionais e o serviço); sendo que a diferenciação entre acesso e utilização de serviço nem sempre é clara e muitas vezes eles se sobrepõem. Na literatura, é utilizado tanto o termo acesso

(ato de ingressar, entrada) como o de acessibilidade (caráter ou qualidade do que é acessível) para indicar o grau de facilidade com que as pessoas recebem cuidados de saúde. Alguns autores se centram mais nas características dos indivíduos, outros nas características da oferta e outros ainda focalizam a relação entre ambos, não havendo consenso entre os pesquisadores sobre se, na avaliação, o acesso faria parte dos resultados ou dos elementos do sistema para atingir os objetivos.

Donabedian (1973) optou pelo uso do termo acessibilidade, definindo-o como um dos aspectos da oferta do serviço em relação à capacidade de responder às demandas, portanto, sendo mais abrangente do que a simples oferta de serviços de saúde, mas referindo-se às características do serviço e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Este autor distingue duas dimensões da acessibilidade: sócio organizacional (características de oferta do serviço que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas de uso do serviço – por exemplo: políticas formais ou informais que selecionam pacientes em função de condição social, econômica ou diagnóstica) e geográfica (distância, tempo e custo).

Andersen (1995), por outro lado, priorizou o termo acesso como um dos elementos dos sistemas de saúde, ligado à organização do serviço, se referindo à entrada no serviço e aos cuidados subsequentes. Para este autor o acesso é uma característica da oferta que é importante na explicação da utilização do serviço. Diferente de Donabedian, este autor inclui a mediação de fatores individuais no acesso como fatores predisponentes (existentes antes do problema de saúde que afetam a predisposição das pessoas em usar o serviço) e fatores capacitantes (meios disponíveis para obter cuidados em saúde e necessidades de saúde- condição percebida ou diagnosticada). Este autor, ao incorporar a etapa de utilização de serviço, diferencia o acesso potencial (presença, nos indivíduos de fatores capacitantes para o uso do serviço) do acesso realizado (utilização de fato, influenciada também por fatores contextuais: política de saúde e serviços).

Um dos pontos comuns na bibliografia revisada por estes autores em relação ao acesso é de que se trata de uma dimensão do desempenho do sistema de saúde associada à oferta e que há uma tendência à ampliação da perspectiva do acesso para além da entrada no serviço, abrangendo os resultados dos cuidados em saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). O acesso pode ser abordado a partir de fatores geográficos, econômicos, organizacionais e socioculturais, além dos fatores individuais dos usuários de serviços de saúde.

Os recursos do serviço incluem tanto os materiais (espaço, medicamentos, quantidade de pessoal) como aqueles relacionados à organização do serviço e ao estilo de trabalho (flexibilidade, hierarquia). Os itens referentes à organização do serviço dizem respeito, por exemplo, à distribuição do tempo de trabalho entre atividades burocráticas, administrativas, médicas, reabilitativas, sociais, assim como à integração do serviço com outras instituições de saúde.

De acordo com Travassos e Martins (2004) o termo acesso trata-se de conceito complexo, impreciso e pouco claro no tocante ao uso dos serviços de saúde. Sofre variação de autores, ao longo do tempo e no contexto em que é empregado e apresentam terminologia variável.

Segundo Travassos e Castro (2012) não há concordância entre os autores sobre o termo “acesso” e “acessibilidade” (p.185). As autoras empregam, nesse contexto, o termo acesso como sinônimo de acessibilidade como indicador de facilidade ou dificuldade do indivíduo obter cuidados em saúde.

Os autores variam no foco do conceito: uns centram nas características individuais, outros nas características de oferta, outros em ambas as características, ou seja, na interação entre os indivíduos e a oferta de serviços em saúde. Ocorre discordância sobre a avaliação do acesso no que se refere às metas dos sistemas de saúde ou na interação dos diversos componentes do sistema de saúde para atingir tais objetivos. (ADAY e ANDERSEN, 1974; TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Necessidade de Saúde trata-se de um conceito sobre o estado de saúde dos indivíduos ou grupos populacionais. A necessidade de saúde do indivíduo é diferente da necessidade de saúde diagnosticada por um profissional de saúde. O conceito é variável, multidimensional e de difícil mensuração, pois depende dos indivíduos, do grupo, da cultura e ao longo do tempo (TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

O acesso também é compreendido como elemento que intermedia a relação entre a procura e a entrada do serviço. Trata-se das características de oferta dos serviços de saúde que permitem ou dificultam o uso por usuários em potencial e expressa a capacidade de oferecer serviços em resposta às necessidades de saúde de uma população. Julio Frenk denomina essa aceção como de domínio restrito sobre o conceito de acesso. Existe a procura por um serviço de saúde por um indivíduo e a sua entrada efetiva no serviço de saúde representa o domínio restrito na concepção de Julio Frenk. O domínio intermediário corresponde a procura pelo serviço de saúde, a entrada no serviço de saúde e a continuidade da atenção, do cuidado, do

tratamento no serviço de saúde que é denominada de domínio intermediário. O domínio amplo parte da necessidade de saúde, o desejo de obtenção de cuidado e tratamento em saúde, a procura pelos serviços de saúde, a entrada (acesso) efetiva no serviço de saúde e por final a continuidade do tratamento, do cuidado em saúde (FRENK, 1992).

Penchansky e Thomas (1981) realizaram uma pesquisa em as pessoas responderam 16 perguntas sobre acessibilidade. Utilizaram o termo acesso e conceberam esse conceito no grau de ajuste dos clientes ao sistema de saúde. O acesso foi dividido em cinco dimensões: 1) A disponibilidade que corresponde ao volume e o tipo dos serviços em relação às necessidades; 2) A acessibilidade compreendida como dimensão do acesso e compreendida pela adequação da distribuição geográfica dos serviços e pacientes 3) A comodidade, acolhimento: forma como os serviços se organizam para receber os clientes; 4) custos acessíveis, capacidade de compra: o financiamento e a forma como os indivíduos pagam pelos serviços 5) aceitabilidade: tratam-se do nível de satisfação tanto dos clientes como profissionais de saúde.

Em artigo de revisão Sanchez e Ciconelli (2012) definem 4 dimensões do acesso e seus indicadores: 1) A disponibilidade; como a “relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte; relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados” (p.261). Indicadores: “tipo de serviço utilizado (hospitalar, médico, odontológico), local: (consultório, clínica), propósito do cuidado (preventivo, curativo), % da população em risco que visitou ou não um médico em um dado intervalo, número de leitos, equipamentos” 2) A capacidade de pagamento: “relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos indivíduos” (p.262). Indicadores: “renda, fontes de renda, cobertura por seguro-saúde, características da fonte regular de cuidado, custos diretos e indiretos com a saúde”; 3) A informação: “grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde”. Indicadores: “escolaridade, conhecimento e fontes de informação”; 4) A aceitabilidade: “natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais” (p.263). Indicadores: “crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde, ansiedade relacionada à saúde, confiança no sistema de saúde” (p.264).

Quadro 5 - Definições de acesso e autores

Acesso e Autores	Definições
------------------	------------

Donabedian (1973)	Aspectos da oferta do serviço em relação à capacidade de responder às demandas.
Aday e Andersen (1974)	Características da população e a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde.
Penchansky e Thomas (1981)	Grau de ajuste dos clientes ao sistema de saúde.
Frenk (1992)	Elemento que intermedia a relação entre a procura e a entrada do serviço.
Andersen (1995)	Entrada no serviço e aos cuidados subsequentes.
Starfield (2002)	Como as pessoas percebem as características de oferta, e assim, como percebem as dificuldades, obstáculos, barreiras ou as facilidades no uso de serviços em saúde.
Travassos e Martins (2004)	Interação entre aquele que busca o serviço (o paciente) e aqueles que oferecem a atenção em saúde (os profissionais e o serviço).
Travassos e Castro (2012)	Sinônimo de acessibilidade como indicador de facilidade ou dificuldade do indivíduo obter cuidados em saúde.
Sanchez e Ciconelli (2012)	Definem 4 dimensões do acesso: disponibilidade; capacidade de pagamento; informação; aceitabilidade.
Glossário Lourdes Almeida da Consolidação de Normas do Sistema Único de Saúde (2021)	Capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante).

### 6.3.3 Barreiras de Acesso

Assumindo o caráter multidimensional do conceito de acesso determinadas características de oferta facilitam ou dificultam a capacidade dos indivíduos na utilização dos serviços de saúde. As barreiras de acesso constituem a obstrução, a dificuldade do indivíduo em acessar, utilizar ou ingressar em determinado serviço de saúde.

A característica mais importante do acesso é a disponibilidade com a presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos condição para a utilização. No entanto, somente a disponibilidade não garante o acesso. Sendo assim, barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, que atuam facilitando ou dificultando a capacidade de utilização dos serviços de saúde pelas pessoas.

De acordo com o Curso de Extensão Atenção psicossocial e pandemia: como enfrentar as barreiras de acesso ao CAPS (2021) enumera as seguintes barreiras de acesso: 1) **Barreiras atitudinais** tratam-se do preconceito, estigma e discriminação ligados aos usuários, familiares e seus modos de vida; moralização; cultura medicalizante; 2) **Barreiras estruturais** são as condições físicas do serviço; os recursos materiais e humanos; as condições de acessibilidade do entorno, espaço; 3) **Barreiras organizacionais** que são os processos de organização do trabalho dentro do serviço; articulação de fluxos de cuidado e dinâmicas intra/intersetoriais. São as características de funcionamento de um serviço de saúde. Horário de funcionamento, recursos humanos, tempo de espera, medidas de acolhimento e políticas de humanização (STARFIELD; SHI, 2002); 4) **Barreiras institucionais** que consistem nos mandatos institucionais em conflito com demandas de cuidados; dificuldades em reconhecer a participação/protagonismo de usuários e as especificidades territoriais/comunitárias; 5) **Barreiras geográficas/ mobilidade urbana/barreira financeira** que consistem na distância e localização; transporte e mobilidade urbana. Trata-se da resistência imposta pelo espaço aos potenciais usuários dos serviços de saúde. Incorporam-se os conceitos de distância e custo financeiro para o deslocamento. Quanto maior à distância, menor a utilização de um serviço de saúde. O custo financeiro com o deslocamento é uma importante barreira de acesso para as pessoas mais pobres. Pessoas com renda mais alta que podem custear o deslocamento, Vale salientar que uma importante medida de superação do custo financeiro com o deslocamento no município do Rio de Janeiro é o programa de gratuidade do RIOCARD, permitindo que o usuário possa se deslocar para as Unidades de Saúde. As barreiras geográficas estão intimamente ligadas às barreiras financeiras. As pessoas mais vulnerabilizadas pela pobreza não conseguem se deslocar, não tem acesso a medicamentos e dependem muitas das vezes dos programas do governo para se manterem como Benefício de Prestação Continuada (BPC), LOAS e bolsa família. Se o usuário morador da periferia depender de atendimento especializado em outra área da cidade é muito provável que não consiga ir, em virtude do obstáculo financeiro. (OLIVEIRA *et al.*, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2011); 6) **Barreiras de comunicação/ informação** são os estilos de comunicação e oferta de informações sobre doenças; direitos em saúde; e do próprio funcionamento dos serviços. Trata-se de elemento fundamental que atravessa as dimensões e permite que os indivíduos possam realizar suas escolhas. A informação sobre o sistema de saúde, os serviços, as doenças e as possibilidades terapêuticas. A informação em saúde tem impacto na percepção da saúde e no seu acesso aos serviços de saúde. A informação em saúde deve ser adequada à cultura e ao nível educacional de para cada camada da população.

Existe variação no grau de informação dentre os grupos populacionais o que gera desigualdades sociais do acesso; 7) **Barreira da exclusão digital:** com a pandemia de COVID-19, diversas atividades se desenvolveram de maneira remota. Muitos usuários não dispõem dos meios de acesso como os telefones celulares *smartphone*, computadores com câmeras, laptop, internet com *wi-fi*, ou seja, da tecnologia necessária para teleconsultas, orientação ou a participação de grupos. Vale ressaltar, que em virtude das medidas de distanciamento social, os grupos ficaram comprometidos, sendo vários deles suspensos. Nos CAPS as atividades terapêuticas, em oficinas terapêuticas, geralmente ocorrem em grupos. Há que se pensar também que alguns usuários têm importante comprometimento cognitivo e não dispõem de habilidades para manusear estes aparelhos; 8) **Barreiras administrativas/ burocráticas** são aquelas relacionadas aos processos de registro, cadastro, filas de espera; cuidado/acesso dependente de ações burocráticas cujo tempo de resolução interrompe e fragmenta a integralidade do cuidado; 9) **Barreira da política, planejamento e gestão** que depende das decisões políticas, administrativas e orçamentárias; 10) **Barreiras condicionadas à vulnerabilidade** são aquelas relacionadas à violência (do Estado, territorial, doméstica, etc.); a segregação de grupos; as desigualdades e vulnerabilidades; carência de recursos sanitários.

Quadro 6 - Barreiras de Acesso – Curso de Extensão Atenção Psicossocial e Pandemia: como enfrentar as barreiras de acesso aos CAPS (2021).

<b>Barreiras de Acesso</b>	<b>Definições</b>
<b>Atitudinais</b>	Preconceito, estigma e discriminação
<b>Estruturais</b>	Condições físicas do serviço; recursos materiais e humanos; condições de acessibilidade do entorno, espaço
<b>Organizacionais</b>	Processo de organização do trabalho dentro do serviço; articulação de fluxos de cuidado e dinâmicas intra/intersectoriais
<b>Institucionais</b>	Mandatos institucionais em conflito com demandas de cuidados; dificuldades em reconhecer a participação/protagonismo de usuários e as especificidades territoriais/comunitárias
<b>Geográficas/ Mobilidade urbana/ Financeira</b>	Distância e localização; transporte e mobilidade urbana
<b>Comunicação/ Informação</b>	Estilos de comunicação e oferta de informações sobre doenças; direitos em saúde; e do próprio funcionamento dos serviços

<b>Exclusão Digital</b>	Usuários não dispõem dos meios de acesso como os telefones celulares <i>smartphone</i> , computadores, <i>tablets</i>
<b>Administrativas/ Burocráticas</b>	Interferência de processos de registro, cadastro, filas de espera; cuidado/acesso dependente de ações burocráticas cujo tempo de resolução interrompe/fragmenta a integralidade do cuidado
<b>Política, Planejamento e Gestão</b>	Decisões políticas, administrativas e orçamentárias
<b>Condicionadas à vulnerabilidade</b>	Violências (Estado, territorial, doméstica, etc.); segregação de grupos; desigualdades e vulnerabilidades; carência de tecnologias e recursos sanitários

Pesquisa de Coelho e Soares (2014) e Reichert *et al.*, (2021) evidenciaram as seguintes barreiras de acesso aos cuidados em saúde para pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. 1) A concepção de que as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas são incapazes, fracas, vulneráveis, indefesas e doentes; 2) Formação profissional deficiente sobre o uso de drogas e a formação hegemônica baseada no modelo biomédico e psiquiátrico; 3) A ausência de um instrumental prático na transformação e o fracasso na produção de mudanças, o que pode gerar sentimentos de angústia nos profissionais por não poderem ofertar respostas efetivas; 4) Entre os motivos que fazem as pessoas a procurarem tratamento, está o desespero dos familiares e dos próprios usuários em não saber lidar e manejar o problema; 5) As demandas são atendidas ou não da mesma maneira que foram levadas e expressas pelos usuários e seus familiares, ou seja, a importância da interpretação e ressignificação das necessidades da população atendida; 6) A maioria dos casos chega as unidades de saúde como agravos de forma aguda. As demandas relacionadas às drogas chegam muitas vezes por outras queixas ou preocupações; 7) As práticas para as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas são restritas as consultas individuais, visitas domiciliares e o encaminhamento para outros dispositivos; 8) O objeto dos processos de trabalho consistem somente nos agravos à saúde que se apresentam nos serviços de saúde e não na integralidade da pessoa. 9) As práticas de cuidado seguem de maneira rigorosamente estrita o que está preconizados nos protocolos e fluxogramas recomendados; 10) A indisponibilidade de recursos para os profissionais de saúde de maneira a promover a transformação das demandas dos

usuários de substâncias psicoativas e dos seus familiares em necessidades de saúde; Há barreiras na produção das práticas de ampliação do objeto dos trabalhos, em decorrência do fato dos processos de trabalhos estarem submetidos a protocolos e programas de saúde estabelecidos pelas políticas de saúde, construídas sem participação dos profissionais de saúde e da participação popular dos territórios contemplados; 12) A não integração e o diálogo entre os dispositivos de saúde do território e da rede; 13) O modelo de atenção em saúde mental mostra-se ineficiente com o desconhecimento da realidade das pessoas e grupos sociais que moram no território; 14) A desintegração da rede de saúde diverge do princípio da integralidade do SUS.

De acordo com Reichert *et al.* (2021), a identificação das barreiras estruturais permite o fortalecimento do suporte social para as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas permitindo a melhoria dos cuidados em saúde. O uso prejudicial de drogas, principalmente entre as populações vulneradas, apresenta maiores barreiras de acesso aos serviços de saúde. As barreiras mais comuns evidenciadas são: ‘o subfinanciamento do sistema e serviços de saúde, a ausência de capacitação profissional e o excesso de demandas’ que limitam a reflexão e o planejamento de intervenções que busquem a prevenção e o acolhimento. Em países, cujos sistemas de saúde pública não são universalizados, essa é uma importante barreira de acesso aos cuidados para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ainda existem grandes desafios no que se refere à formação dos profissionais de saúde para lidarem com o uso prejudicial de álcool e outras drogas, isso é evidenciado através do baixo interesse dos gestores, da falta de autonomia dos profissionais, dos dispositivos que compõem a rede de atenção psicossocial pouco ou em nada dialogarem, a sobrecarga de trabalho, alta rotatividade dos profissionais, o mito de que nada ou muito pouco se pode fazer nas demandas sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas, o encaminhamento a outros serviços visto como única possibilidade para as pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, formação profissional ainda marcada pelo modelo biomédico e o estigma por parte dos profissionais da saúde. O tema ainda é muito marcado pela perspectiva proibicionista, o que leva o entendimento de ilegalidade e dificuldade na compreensão da complexidade do assunto. O cuidado dessa população, já estigmatizada, sofre forte impacto. Essa situação demonstrada sugere uma modificação na formação dos profissionais em saúde, no que se refere às práticas que vão ao encontro com os princípios do SUS, baseadas na especificidade local e nas demandas específicas dos contextos de assistência. São importantes a realização de debates e a reflexão por parte dos profissionais que atuam nos serviços de saúde sobre o uso prejudicial de substâncias psicoativas e o contexto sociopolítico e cultural em estas pessoas estão inseridas,

com a intenção de promover melhoria e aumento do conhecimento sobre o tema e minimizar o medo dos profissionais de saúde na abordagem cotidiana. Sendo assim, a oferta de cuidados norteada pelo acolhimento, na escuta das necessidades, aconselhando, a promoção de visitas domiciliares com especial atenção ao contexto familiar, comunitário, social, cultural e político e incentivo às práticas ligadas a arte e cultura, com a finalidade de compreender as diversas subjetividades das pessoas, e neste caso as pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. Além das barreiras estruturais, existem causas psicológicas e sociofamiliares que dificultam o acesso ao cuidado em saúde por parte das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas de maneira prejudicial entre elas são: o não reconhecimento do uso, que pode evoluir para a dependência, ou seja, a consciência prejudicada de morbidade, o mito de que a pessoa que faz uso de determinada substância pode parar quando quiser, sem o devido tratamento e a alegação que o tratamento não é realmente efetivo, desqualificando-o; a falta de conhecimento dos locais que realizam o tratamento na rede e dos fluxos de atendimento, ideias generalizadas que outras pessoas não vivenciaram situações semelhantes, provocando isolamento e solidão; dificuldades de falar sobre suas angústias, sofrimentos e transtornos com outras pessoas; medo de sofrer retaliação no trabalho, com a perda do emprego, ou provocar conflitos no âmbito familiar; o mito da não adaptação aos locais ou modelos de tratamento que possuem conhecimento; a preocupação com as recaídas; o desejo de continuar fazendo uso e obter o prazer proporcionado pelo uso da substância; o medo da falta de suporte familiar e social; a consideração de inviabilidade de investimento para o tratamento, como exemplo a localização; o medo da não correspondência dos papéis socialmente esperados, como no caso dos homens que prezam pelo papel masculino, em relação à virilidade; o medo da represália por parte dos companheiros, principalmente mulheres parceiras de também usuários. Barreiras relacionadas aos profissionais de saúde dos serviços e os usuários dos serviços de saúde, onde não há uma relação de horizontalidade entre os profissionais e a população. Outras barreiras podem surgir após a aceitação do tratamento como: a não cobertura por parte dos planos de saúde, as filas de espera, a não manutenção da abstinência como forma de ingresso ou como permanência em serviços de saúde que usam de maneira equivocada este critério para a manutenção dos usuários, a não adaptação das práticas ao modelo de tratamento, a burocracia já citada. Demandas relacionadas ao uso de prejudicial de substâncias psicoativas não são acolhidas ou interpretadas de maneira diversa como necessidade de saúde. Muitos profissionais estão tecnicamente despreparados na abordagem sobre o uso de substâncias psicoativas, sendo incapazes de ofertar cuidados de maneira assertiva a estes usuários e seus familiares, apesar das

potencialidades do serviço de saúde. Como desafios a enfrentar, temos: a dificuldade de criar vínculos, o estigma, a discriminação e o preconceito com os usuários de substâncias psicoativas baseadas num modelo de tratamento moral e no paradigma asilar institucional.

#### **6.3.4 Abrangência do acesso: domínio amplo ou abrangente**

Para alguns autores o conceito de acesso não está limitado ao domínio restrito que constituem a procura e a entrada no serviço de saúde. Para tanto, abrange a qualidade do cuidado, ou seja, o processo de cuidado (diagnóstico e tratamento) e o seu resultado. Sendo assim, estes autores, como Julio Frenk e Andersen, incluem o acesso em domínios mais abrangentes na obtenção de cuidados em saúde.

Em 1995, Andersen propõe revisão do Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde sugerindo dimensões do acesso em: 1) o acesso potencial (âmbito restrito); 2) o acesso realizado, que incorpora a utilização dos serviços de saúde; 3) acesso efetivo; 4) acesso eficiente. Nestes dois últimos, são incorporados os conceitos de efetividade e eficiência no cuidado.

É importante salientar que os conceitos restritos e abrangentes de acesso são modelos explicativos distintos. Ou seja, um conceito abrangente de acesso leva em consideração fatores explicativos de acordo com a abrangência do conceito. Esta distinção merece destaque, pois pode ser utilizada em intervenções para a melhoria do acesso e em sua avaliação.

#### **6.3.5 A utilização de serviços de saúde**

A utilização de serviços de saúde consiste em todos os contatos com os profissionais de saúde, seja através de consulta médica, internação hospitalar ou mesmo a realização de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação. O conceito de uso pode ser dividido em contato direto e contato indireto com os serviços de saúde. O contato direto com o serviço de saúde se dá através das consultas médicas e hospitalização. No contato indireto, o usuário busca o serviço de saúde para realizar exames diagnósticos e preventivos. A utilização dos serviços de saúde depende da interação (comportamento) do indivíduo que busca o cuidado, o serviço a ele ofertado e o profissional de saúde que define o tipo e a frequência necessários para solucionar os problemas de saúde do paciente. Contatos iniciais com os serviços de saúde em geral dependem do comportamento de busca das pessoas e contatos subsequentes dependem dos profissionais de saúde (TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

Os determinantes para a utilização dos serviços de saúde dependem dos seguintes fatores: 1) a necessidade de saúde que está atrelada a morbidade, gravidade e urgência da doença; 2) características sociodemográficas dos usuários como sexo, idade, região, renda, escolaridade, cultura e religião; 3) características dos prestadores dos serviços (profissionais de saúde) como sexo, idade, tempo de graduação, a especialidade, o tempo de experiência profissional, a prática profissional e a forma de pagamento; 4) organização, em relação aos recursos disponíveis, características da oferta através da disponibilidade de profissionais médicos, ambulatorios e hospitais, a remuneração e o acesso social e geográfico; 5) a política, ou seja, o tipo de sistema de saúde, o financiamento do sistema de saúde, o tipo de seguro de saúde, a quantidade, o tipo de distribuição dos recursos e a legislação e regulamentação dos profissionais e do sistema de saúde. Para cada tipo de serviço como o serviço ambulatorial, hospitalar ou assistência domiciliar e a da proposta assistencial, seja ela preventiva, curativa ou de reabilitação, a influência dos fatores determinantes para o uso dos serviços será variável (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

### **6.3.6 A Pandemia de COVID-19 como barreira de acesso e o agravamento das barreiras de acesso preexistentes**

No início de 2020, em decorrência da Pandemia do novo coronavírus, o Brasil e o mundo vem enfrentando uma emergência sem precedentes na história com gravíssimas consequências para a vida, para a saúde pública e para a economia. O Surgimento de diversos casos de pneumonia grave na província de Hubei, na China, motivou alerta à Organização Mundial de Saúde (OMS) no dia 31 de dezembro de 2019. Um novo tipo de coronavírus, não presente em seres humanos foi identificado. O crescimento de maneira exponencial de casos e óbitos, de início principalmente em território da China e sua posterior expansão para outros países, levou a Organização Mundial de Saúde a declarar, no dia 30 de janeiro de 2020, que o surto do novo vírus consistia em uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, que corresponderia ao mais alto nível de alerta no Regulamento Sanitário Internacional. No dia 11 de março de 2020, a COVID-19 foi declarada como pandemia, termo utilizado na epidemiologia no que se refere à distribuição geográfica de uma doença por diversos países e continentes, e não à gravidade. Após a declaração pela OMS de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, o Brasil iniciou sua preparação para o que

estaria por vir. No início de fevereiro de 2020 por meio da portaria 188 foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e em 13 de fevereiro de 2020 é publicado o Plano de Contingência Nacional para a COVID-19. O primeiro caso em território brasileiro foi notificado em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo. A implantação de medidas de distanciamento social, com o fechamento de estabelecimentos e cancelamento de eventos com grandes públicos, de isolamento e de quarentena é fundamental para a desaceleração da curva de propagação da epidemia gerando proteção contra a infecção para aqueles com maior risco de quadros graves e reduzindo a necessidade de hospitalização e leitos de Unidades de Terapia Intensiva. Pacientes quando infectados devem ser diagnosticados, monitorados e colocados em isolamento (CAETANO *et al.*, 2020). É notório que a Pandemia do COVID-19 acentuou as barreiras de acesso existentes. A Pandemia desencorajou vários pacientes buscassem os serviços de saúde e dessem continuidade aos seus tratamentos agravando doenças crônicas como os transtornos psiquiátricos.

Segundo Noal *et al.* (2020), entre os impactos nos seres humanos da pandemia de COVID-19 temos: a desconfiança na gestão dos protocolos de biossegurança; a adaptação aos novos protocolos de biossegurança; a falta de equipamentos de proteção individual em algumas estruturas sanitárias; o risco de se infectar e de infectar outras pessoas, os sintomas comuns serem confundidos com a COVID-19; as limitações a convivência e distanciamento de amigos, avós, vizinhos; o risco de agravamento da saúde mental de pessoas com deficiência, idosos e crianças em virtude do processo de separação e a alteração dos fluxos e deslocamento social. As pessoas com transtorno psiquiátrico preexistente podem apresentar piora do seu estado mental quando expostos a preocupação excessiva que permitam intensificar seus quadros depressivos e ansiosos. Pessoas com transtornos mentais graves estão expostos à piora na barreira de comunicação, na percepção do juízo e da realidade de modo que as medidas de proteção podem ser negligenciadas ou não compreendidas adequadamente. Os sintomas negativos da esquizofrenia podem comprometer a saúde física e a imunidade e esse conjunto de fatores torna essa população mais vulnerável e mais suscetível a infecção com pior prognóstico. Uma questão importante sobre os usuários da Rede de Atenção Psicossocial devido a Pandemia de COVID-19 alguns serviços foram fechados ou tiveram orientação de funcionamento reduzido a situações de emergência e trabalho em escalas reduzindo o processo de cuidado a renovação de receitas de medicamentos psicofármacos.

Segundo o Ministério da Saúde (2021) as pessoas respondem de maneira diferente as situações de estresse. A resposta de cada pessoa a pandemia depende da sua formação, da sua

história de vida, das suas características individuais e da comunidade onde vive. As pessoas que podem responder de maneira mais intensa a uma situação da crise sanitária em geral são: as pessoas idosas e com doenças crônicas, profissionais de saúde que atuam no atendimento a COVID-19 e pessoas com transtornos mentais, incluindo usuários de substâncias psicoativas, pessoas que são consideradas as mais vulneráveis. O agravamento do sofrimento psíquico e dos transtornos mentais no decorrer da pandemia pode ocorrer por diversos motivos: caso a pessoa seja infectada ocorre ação direta no sistema nervoso central, experiências traumáticas relacionadas à infecção ou a perda de pessoas próximas, o estresse motivado pela mudança na rotina devido às medidas de distanciamento social ou pelas consequências econômicas, alterações nas rotinas do trabalho, nas relações afetivas e a interrupção do tratamento em virtude das dificuldades no acesso.

Segundo Prudencio (2020) os usuários de drogas representam parcela da sociedade, que durante a Pandemia, tem o risco social e de saúde aumentado em decorrência da vulnerabilidade social. Muitas destas pessoas, em virtude da desigualdade social, não têm a opção de realizar o isolamento e o distanciamento social. A Pandemia aprofundou a invisibilidade dos usuários de álcool e outras drogas com o agravamento da desigualdade social. No contexto atual das políticas de saúde mental, práticas antigas como a internação, o discurso moral, abstinência total além das comunidades terapêuticas são utilizadas como cuidado. O não olhar sobre os usuários de álcool e outras drogas como sujeitos, provoca o silenciamento dessas pessoas nas políticas sociais.

Em março de 2020, inicia-se de maneira mais incisiva o fechamento dos espaços com maior potencial de proliferação do vírus e a convocação para o isolamento social. Aos poucos, se percebe a necessidade de melhor adesão e alguns Estados da federação permitiram a abertura de serviços chamados de essenciais, como serviços de saúde, farmácias, supermercados e transporte público. O fechamento total apresentou-se como a medida mais drástica adotada com a escalada de número de casos e óbitos ocorridos. Naquele momento, fechar tudo, parar tudo era a medida de mitigação mais eficaz na redução da contaminação, redução no número de mortes e menor sobrecarga ao Sistema Único de Saúde. As medidas de mitigação propostas pela OMS como o isolamento, distanciamento social, uso de máscaras e a higienização das mãos com a lavagem ou uso de álcool são o caminho necessário para evitar a novos contágios, mortes e a sobrecarga no SUS. No entanto, faz-se a seguinte pergunta: Quem pode aderir ao isolamento social e ao fechamento? Qual parte da população tem a oportunidade de deixar seu trabalho para cuidar de si e de sua família, sem que sua renda seja afetada? Quem são os sujeitos

que sofreram e sofrerão pela COVID-19 em relação ao impacto de sobrecarga no SUS, as consequências econômicas e o desemprego? Qual o gênero, cor e classe que pertencem estes sujeitos? (PRUDÊNCIO, 2020).

Segundo Marro (2020) em respostas as indagações acima a classe de trabalhadores entregadores; os motoristas de aplicativos e os profissionais autônomos que vendem seus serviços. Estes profissionais não possuem vínculos profissionais ou se possuem são extremamente precários.

Segundo Antunes (2005) a classe de trabalhadores mais pobre não pertence a uma economia formal, direitos trabalhistas são violados, tendência em expansão é o trabalho em domicílio. Sendo assim, grande parte dos trabalhadores passa fome e assim o medo da contaminação se torna pequeno em virtude da desigualdade social.

Esta classe de trabalhadores possui uma série de ameaças cotidianas e o coronavírus se torna mais uma como o medo da violência urbana, o desemprego e a ausência de políticas sociais. Associado aos cenários de condições sanitárias precárias e políticas de urbanização e habitação que não atende as áreas mais pobres e, portanto maior vulnerabilidade. Ao se estabelecer um isolamento, torna-se evidente que não foram pensadas medidas governamentais de urgência para a população mais pobre e vulnerável no que tange as suas necessidades básicas. Não foram pensadas nas famílias numerosas que possuem uma pequena moradia das periferias. Não foi pensada a alimentação destas famílias. O coronavírus seria, então, mais um dos problemas enfrentados por estas famílias, diante dos diversos problemas que atravessam em decorrência da desigualdade social. As medidas iniciais de mitigação foram inspiradas em realidades que não consideram a pobreza e o aprofundamento das desigualdades sociais, além da demonstração a ausência do trato governamental com os mais pobres, deixando mais uma vez a evidencia de quem pode morrer, na orquestrada necropolítica.

Para o filósofo camaronês Achille Mbembe (2012) a necropolítica é compreendida pela reapresentação da noção de biopolítica, não apenas pelo controle do fazer viver ou do deixar morrer. Mbembe traz a discussão da política da morte promovida pelo Estado. Esta noção de necropolítica tem importância na denúncia do modelo de exceção, do Estado de Guerra, que normaliza o terror e o assassinato. Mbembe discorre sobre as formas em que o Estado de exceção opera o registro de guerra, convertendo assim no “direito normativo de matar” (p.168), com a ideia do inimigo ficcional. Como exemplos atuais, temos a Guerra do Afeganistão após o ataque às torres gêmeas em 11 de setembro de 2001. Como aparatos do necropoder temos: a destruição de casas; cerceamento de água, iluminação e estradas e a utilização de aparatos de

guerra como carros blindados, helicópteros e drones. A estratégia de “guerra às drogas” (p.168) levada às favelas do Rio de Janeiro: “incursão policial, guerra às drogas, bala perdida, traficante de drogas” (p.168) são alguns dos termos utilizados na construção de uma narrativa que busque justificar e naturalizar o regime de exceção que se opera na cidade do Rio de Janeiro. A política de segurança pública através de sua narrativa ficcional do combate ao tráfico de drogas seleciona, portanto, o local de sua intervenção: as favelas, locais semelhantes aos dispositivos necropolíticos dos territórios da Palestina. Os tiroteios são naturalizados, bem como as mortes provocadas. As favelas são espaços da cidade com a maior quantidade de pessoas negras, que se tornaram inimigos ficcionais da cidade, com seu extermínio justificado para a garantia da segurança das pessoas que moram fora do território das favelas. Essas mortes são justificadas pelo regime de emergência e exceção, além dos chamados autos de resistência. (GONÇALVES *et al.*, 2019).

De acordo com o IBGE (2010) essas pessoas vivem em áreas de risco, ausentes o saneamento básico e água tratada, em moradias precárias e com poucos cômodos o que impede, portanto, o isolamento social e a proteção das pessoas consideradas mais vulneráveis como os idosos e pessoas com comorbidades.

Segundo Barbosa *et al.* (2020) no início de maio de 2020 observou-se uma inversão no número de casos dos bairros mais ricos para os de poder aquisitivo. Neste movimento ocorreu a transferência da maioria dos casos da Zona Sul e Centro para a Zona Norte e Oeste com a demarcação do sentido centro-periferia numa cidade notavelmente desigual como o Rio de Janeiro.

Prudencio (2020) afirma que o coronavírus demonstra uma nova maneira de cuidado em saúde com importantes medidas de Redução de Danos (RD) na contenção da disseminação do vírus. São medidas sanitárias de mitigação como a lavagem das mãos com água e sabão, a utilização de álcool 70% ou em gel, a higienização de si e dos alimentos que não foram pensadas de maneira a atender os mais vulneráveis.

Segundo Silva e Ruiz (2020) a COVID-19 foi inicialmente descrita como doença democrática. No entanto, as condições de enfrentamento são desiguais nos diversos seguimentos populacionais.

Os usuários do SUS, quando instauradas a medidas de isolamento e higienização, foram os menos contemplados. Estas ações são voltadas a uma classe detentora de privilégios, pagamento de salários e condições de saneamento que possibilitaram tais medidas, no entanto,

não se sustentaram. As pessoas mais vulneráveis ficaram a própria sorte a mercê da solidariedade da sociedade civil e descaso do poder do Estado.

A solidariedade da sociedade civil se deu através da doação de alimentos e materiais de higiene, em especial nas favelas brasileiras. No que se refere à ação governamental se deu através de do auxílio emergencial com a quantia de 600 reais para trabalhadores informais. Valor este que foi reduzido para entre 175 a 350 reais Vale destacar, que o valor está muito abaixo para as necessidades básicas da população. O acesso ao auxílio emergencial gerou mal estar, caos e aglomerações com filas nas agências da Caixa Econômica Federal. Com isso, percebe-se uma desproteção social para os mais pobres com o agravamento da desigualdade social e negligência do Estado. Assim a população vulnerável, fica ainda mais vulnerável à exposição do vírus e parte desse público é constituído pela população usuária dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas que dependem de acompanhamento e cuidado no Sistema Único de Saúde. Os usuários de álcool e outras drogas, neste contexto da Pandemia, precisam lidar com a possibilidade de contaminação pelo coronavírus, além das questões que permeiam o uso de álcool e outras drogas, associada a invisibilidade nas políticas sociais sendo portanto vistos de maneira preconceituosa e estigmatizada com acentuação da desigualdade social (PRUDÊNCIO, 2020).

Segundo Ferrugem (2019) para algumas pessoas são atribuídas como usuárias de drogas e outras a condição de traficantes de drogas. Para um ou outro, isso diz respeito à classe social e raça. Existe negação na relação de drogas para ambos, mas algumas pessoas têm negado à sua cidadania e a partir daí ocorre à negação de todas as escolhas e a própria existência é invisibilizada.

Com afirma Bergeron, (2012, p.167) o usuário de drogas é considerado um cidadão invisível. Sua existência é marcada por desigualdade social e preconceito. Ainda é entendido como “drogado e vagabundo”. Prefere usar drogas que trabalhar e ainda é visto como sujeito que não é capaz de sustentar a sua vida e realizar escolhas saudáveis e conscientes devido ao uso de drogas. Estas compreensões, que propõe a criminalização e o adoecimento do uso de drogas, sob a perspectiva da conjunção dos usos serem classificados como abusivo e prejudicial, sem considerar o uso consentido. A compreensão do usuário de drogas como dependente de uma substância reforça a sua vulnerabilidade social e fala acerca do lugar que não ocupa nas políticas sociais, o seu não lugar, pois a questão central passa a ser a droga. No Brasil, o tema de drogas sempre foi tratado pelo olhar da Segurança Pública, com um enfoque policial, repressivo e excludente. Assim descarta-se a importância histórica do cuidado aos usuários de

drogas como uma questão de Saúde Pública. A dependência de drogas coloca para os formuladores de políticas públicas e os trabalhadores que o “drogado” não possui a capacidade racional de deixar de usar; Sendo assim, o drogado é visto ou tachado? Como aquele que perdeu qualidades essenciais que o tornam sujeito social digno e respeitável.

Desconsidera-se sua história, a sua relação com a droga, sua vida, e a compreensão como sujeito de direito, que é, então, estigmatizado e criminalizado pelo uso de drogas. Estudos sobre quem são os usuários de drogas são escassos na literatura e nos serviços de atenção a este público o que reforça a sua invisibilidade sobre o usuário de drogas como cidadão e o coloca como um não lugar no cuidado e atenção a saúde. De acordo com Prudencio (2020), a falta de compreensão ou reflexão sobre quem são esses sujeitos reforça a ideia de não observação sobre quem são, quais são suas necessidades e o enfrentamento no território. Os usuários de drogas são vistos quando focados pela mídia, sobretudo pela contenção pela atividade policial, e esta invisibilidade influenciará no acesso ao cuidado e nas respostas as necessidades sociais, ou seja, a exclusão social dos usuários de drogas. A exclusão social se agravou em tempos de Pandemia, pois o isolamento social fechou o território. O fechamento do território colocou os usuários de drogas afastados dos serviços de atenção em saúde mental, além do aumento da dificuldade dos trabalhadores em saúde mental acessarem os usuários e a ampliação do cerceamento de ir e vir por parte dos usuários de álcool e outras drogas.

O isolamento social promoveu o distanciamento e, portanto barreira de acesso ao cuidado em saúde mental seja nos CAPS, CAPSad, Atenção Básica ou nas Equipes de Consultório na Rua, ou seja, nos serviços de saúde em geral. Assim, fez-se necessário uma reorganização das equipes de saúde, na tentativa, mesmo em meio a Pandemia, que atenção fosse prestada e direitos não fossem violados. A Pandemia convoca a necessidade de organização dos trabalhadores em saúde na construção de instrumentos, técnicas ou na reflexão de modos que permitam e viabilizem o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas no território em isolamento social.

### **6.3.7 A atenção aos usuários de álcool e outras drogas no contexto da pandemia de COVID-19**

A OMS sugere a necessidade de atenção especial ao uso prejudicial de álcool e outras drogas em situações de forte estresse como a Pandemia de COVID-19 que podem servir como alívio das tensões, no entanto o uso abusivo e prolongado pode agravar condições de saúde e

exacerbar prejuízos à saúde física e mental. Deste modo, faz-se importante o alerta a população sobre os riscos e danos com a tentativa de reduzir o sofrimento gerado pela Pandemia através do uso de álcool e outras drogas (OPAS/OMS, 2006; SURJUS *et al.*, 2020). O uso prejudicial de álcool e outras drogas é acompanhado por diversos agravos a saúde como: HIV/AIDS, as hepatites B ou C, tuberculose, doenças pulmonares e cardiovasculares, o que provoca maior comprometimento ao sistema imunológico. O estigma, discriminação e preconceito associado ao uso de drogas geram acesso limitado aos recursos básicos como moradia, emprego, aos serviços de saúde e serviços sociais. Por estas razões, é mais difícil para os usuários de drogas que se protejam e tenham maior risco do contágio da COVID-19. (UNODC, 2020). Faz-se importante a garantia do acesso adequado aos serviços de saúde e serviços sociais para estas pessoas e dentro do possível em tempos de crise, aos serviços de baixa exigência, tratamento psicossocial e farmacológico nos mais diversos contextos (UNODC, 2020).

O Escritório da ONU sobre Drogas e Crimes (UNODC) faz algumas sugestões: 1) considerar a continuidade da atenção mesmo por meio remoto; 2) Considerar medidas para o acesso contínuo aos medicamentos, com o reabastecimento, entrega na residência, medicamento para uso em casa, prescrições estendidas e de liberação prolongada; 3) Aumento no número de pacientes que são elegíveis para doses em suas residências, realizar o preparo das doses de cada paciente com o objetivo de reduzir o tempo de espera e realizar agendamento para a retirada dos medicamentos de modo que o número de pacientes que acessam os serviços sejam baixos. O atual cenário de Pandemia é propício para se repensar as políticas e práticas relacionadas ao uso prejudicial de drogas com o objetivo de eliminação das barreiras legais, institucionais e sociais para o acesso aos serviços de saúde, bem como a participação ativa na elaboração e na execução de políticas públicas (LANPUD, 2020).

Usuários de drogas possuem necessidades e enfrentam riscos únicos devido à criminalização, o estigma, problemas de saúde, marginalização e vulnerabilidade social e barreiras de acesso à moradia e a serviços de saúde. Este fato, caso não seja contornado pode provocar danos irreversíveis. Grupos vulneráveis deveriam ser priorizados, como medida de mitigar a Pandemia. A COVID-19 representa um forte impedimento no alcance nos serviços de saúde e no modo como os serviços de redução de danos são financiados. É extremamente importante que serviços de redução de danos continuem funcionando na Pandemia numa possível recessão futura. Lacunas no financiamento e fechamento de serviços faz com que ocorra um aumento nas infecções pelo HIV e hepatites, além de outros agravos entre os usuários de drogas. A COVID-19 não discrimina, mas exacerba as desigualdades políticas, sociais e

econômicas. Usuários de drogas são mais vulneráveis devido ao estigma e a criminalização, apresentando comorbidades, níveis mais altos de pobreza, desemprego, falta de habitação e falta de acesso a recursos básicos. A Pandemia deve ser uma ocasião para se repensar o modelo punitivista e acabar com o modelo de guerra às drogas. Uma atenção cuidadosa e vigilante deve ser dada ao acesso que não faça discriminação aos cuidados de saúde, com os princípios da dignidade humana e transparência. A *Harm Reduction International* (2020) sugere: 1) a proteção ao direito à saúde de modo que uma crise de saúde pública não provoque uma crise de direitos humanos em decorrência da falta de acesso a cuidados de saúde. Com a COVID-19 há uma grande preocupação com o fechamento dos serviços de redução de danos; 2) Proteger o direito à liberdade, ou seja, a crise da COVID-19 demonstrou riscos à saúde pública da superlotação nas populações carcerárias. Uma parcela significativa destas pessoas, que se encontra em condições de encarceramento por uso ou posse de drogas.

Nesse contexto, medidas de distanciamento social não podem ser implementadas, Faz-se importante descriminalizar o uso e a posse de drogas para uso pessoal. Sobretudo regulamentar o uso. A redução da população carcerária através de libertação antecipada, perdão, anistia e alternativas não coercitivas ao encarceramento de pessoas detidas por crimes não violentos relacionados ao uso de drogas, além de pessoas com comorbidades como HIV, tuberculose, DPOC e idosos; 3) A proteção das liberdades civis e políticas, sendo assim muitos governos têm como medidas de contenção da COVID-19 promovendo a restrição das liberdades civis, no direito de ir e vir e isso vai além da vigilância, rastreamento dos telefones celulares e restrição de ir e vir. As autoridades policiais podem parar quaisquer pessoas nas ruas aumentando a chance de interação hostil a pessoas usuárias de drogas. O uso de dados pessoais nesta população criminalizada é de grande preocupação. Faz-se importante que as declarações de estado de emergência não sejam utilizadas com a finalidade de atingir, silenciar ou produzir repressão a determinadas populações ou mesmo de defensores dos direitos humanos e regulamentar o resguardo, proteção, a privacidade e confidencialidade dos dados pessoais. 4) Proteger organizações comunitárias pois elas podem reagir de maneira mais rápida e alcançar os indivíduos mais inacessíveis e assim aliviam a pressão no sistema de saúde (SURJUS *et al.*, 2020).

#### 6.4 ESTIGMA, DISCRIMINAÇÃO E PRECONCEITO COMO BARREIRAS DE ACESSO

O estigma, discriminação e preconceito são importantes barreiras de acesso aos serviços de saúde. Esses fatores desencorajam a procura dos serviços de saúde por parte das populações.

Segundo Bard *et al.* (2016), o preconceito é compreendido como julgamento prematuro e inadequado sobre o uso prejudicial de drogas. Quando se define algo ou alguém pela construção de uma ideia sem conhecimentos prévios. O preconceito é o reconhecimento negativo atribuído às características da singularidade. Implica na negação do outro ser diferente e nesse mesmo movimento considerando uma identidade como superior/dominante. O estigma, por outro lado, demonstra uma atitude de prejulgamento, como um sinal de injúria, indignidade e desonra, uma mancha na reputação de alguém, e parte do pressuposto de contaminação, contágio, transmissibilidade, tornando-se uma urgência e necessidade do isolamento do agente transmissor. Assim, de maneira preconceituosa, deixa-se de levar em consideração a pessoa usuária de drogas como uma criatura comum e total, reduzindo-a como uma pessoa estragada e diminuída, gerando nela o estigma e desacreditando fortemente nessa pessoa. O preconceito e o estigma relacionados aos usuários de crack tem motivado a relação dessas pessoas nos diversos setores da sociedade, sendo associados à criminalidade, provocando a estigmatização dessas pessoas, além da negligência e marginalização como cidadãos reforçando abordagens de exclusão e violência direcionadas a estas pessoas. Para isso, sugere-se que as abordagens terapêuticas as pessoas usuárias de drogas levem em consideração as particularidades dos sujeitos, bem como aspectos relacionados ao consumo, a vulnerabilidade, risco e a ampliação do acesso e cuidado continuado de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

No estudo de Bard *et al.* (2016), os usuários de crack sofrem repercussões negativas sendo rotulados e estereotipados como seres não desejados e improdutivos, isso lhes coloca num posicionamento mais baixo na hierarquia social interferindo de maneira negativa nas suas oportunidades como cidadão e de sua vida na sociedade. Sendo assim, a perda do *status* gera a discriminação, produzindo rótulos, estereótipos e a segregação. Os usuários de crack foram considerados sujeitos fora do contexto social, ou seja, aqueles que não têm enquadramento no ideário social, pois não possuem vínculos com seus familiares, possuem empregos informais e estão destituídos de moradia, e existem ideias que os mesmos devem ser excluídos São percebidos como pessoas inferiores e destoantes. A sociedade em que estão incluídos acha que esses usuários não podem frequentar os espaços públicos e que eles não são considerados

cidadãos. Faz-se necessário a construção de uma sociedade não moralizadora das situações da vida ou das questões que os cidadãos enfrentem, pois o direito ao espaço público é um direito de todos. Sobre a questão do uso de crack e do uso prejudicial de drogas em geral, antes do afastamento, do impedimento de acesso e de esconder a sociedade deve refletir sobre a ideia de que os usuários são pessoas incapazes, da periculosidade e que são destituídos de condições. É necessário a divulgação e trabalho dessa questão como questão de saúde. É importante a inclusão de setores da economia, da educação, da assistência social e da política, com a proposta do direito de acesso ao cuidado em saúde, ao acesso dos espaços da cidade, com o apoio dos dispositivos de saúde estando preparados para o atendimento desses usuários. O enfrentamento do uso prejudicial de drogas passa pelo combate ao estigma e ao preconceito e a produção de saúde tem a orientação para o desenvolvimento de uma vida social. O preconceito e o estigma são processos sociais muito parecidos que geram como consequências: a discriminação, a categorização, a rotulagem, estereótipos e a rejeição social.

As narrativas dos entrevistados na pesquisa de Bard *et al.* (2016) demonstrou que os usuários de drogas são avaliados e estigmatizados de maneira diferenciada de acordo com a substância que utilizam, inclusive por eles mesmos. Os que usam o crack sofrem uma maior discriminação e mais intensa. Esse preconceito e estigmatização dos usuários de crack ultrapassam barreiras territoriais. Em uma pesquisa realizada em Nova Iorque, nos Estados Unidos, foi discutido entre os usuários de drogas, que os usuários de cocaína em pó têm menos propensão em serem estigmatizados e o tratamento negativo quando comparados aos usuários de crack (CRAWFORD *et al.*, 2012).

A pessoa que sofre o estigma apresenta duas identidades: a real e a virtual. A identidade real são os atributos e categorias que a pessoa demonstra possuir. A identidade virtual são os atributos e categorias que as pessoas possuem e demonstram aos demais estranhos a sua volta. Nesse contexto, os considerados normais tecem juízos de valor e fazem exigências e atribuições sobre o caráter daqueles que são considerados como estranhos e como esses devem ser. Sendo assim, a imagem virtual dos usuários de crack é compreendida como uma identidade deteriorada, que demonstra algo de mal no contexto da sociedade e por esse motivo devem ser evitados. Percebe-se como identidade virtual do usuário de crack um comportamento de indisciplina. Com isso, fica evidenciado um comportamento de preconceito e discriminação, o que provoca vulnerabilidade para o usuário de crack que é então compreendido como uma barreira social. A sociedade compreende os usuários de crack como pessoas marginalizadas e criminosas. Essa compreensão produz marcas importantes nas vidas dessas pessoas, uma vez

que essa compreensão gera juízo de valor e com isso a segregação. É importante frisar que o uso do crack não é igual à marginalidade e a criminalidade. Essa ideia vem de um estigma que provoca a discriminação e provoca impactos na vida dos usuários, de suas famílias e da sociedade. Faz-se importante a compreensão de que o uso prejudicial de uma substância, entendida como dependência química, não é determinado somente pela vontade da pessoa, mas existem fatores fisiológicos e psicológicos que predispõem as pessoas ao uso prejudicial. De maneira geral, os usuários não escolhem usar as substâncias psicoativas, mas estão a mercê delas. O crack tem como uma característica importante de provocar euforia de forma instantânea, com um comportamento reforçador que motiva um novo consumo, produzindo uma relação íntima entre o sujeito e a dependência da substância psicoativa. Mediante as intensas dificuldades enfrentadas por essas pessoas, o uso de drogas é entendido como uma forma de superação da fragilidade. Para que a sociedade possa compreender o usuário de crack é importante que os profissionais de saúde se engajem na mudança desse quadro. Faz-se importante educação permanente, inclusive no sentido de desfazer a imagem criada pela mídia como uma pessoa que é um “zumbi” (p.5) e não possui mais solução, com quadro irreversível. Tão importante é a eliminação do preconceito (BARD *et al.*, 2016).

Neste estudo de Bard *et al.* (2016) foi evidenciado que a sociedade e os usuários de crack andam em paralelo, no entanto, em conflito. Em um dos lados, a sociedade que tem preconceito e faz discriminação, no outro lado, os usuários que não desejam sofrer com a condenação e a vitimização e que deseja ser como um dos componentes da sociedade, mesmo com grandes dificuldades e fragilidades a serem superadas. O juízo distorcido, inadequado dos usuários de crack, dificulta o acesso aos serviços de saúde com finalidade de proporcionar o tratamento e a sua reinclusão social. Todos os setores da sociedade são responsáveis pela superação do preconceito que promove a discriminação dos usuários de crack, sendo, portanto, uma barreira na sociedade, a ser superada. O objetivo deve ser a inclusão das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas como cidadãos, com seus direitos e deveres, com a participação e responsabilização em sua vida social. É importante desmistificar a cultura da exclusão, sendo um processo lento e gradual, principalmente nos campos da saúde e da educação. Nessa lógica, afirmam Pereira *et al.* (2012, p.13) que “a desconstrução do paradigma de exclusão da pessoa que tem uma existência sofrimento e a construção de um novo, que traz a perspectiva de conviver com as diferenças, é processual” Sobre a questão do uso prejudicial de drogas, a sociedade ainda precisa de amadurecimento de suas concepções acerca das pessoas que

possuem suas diferenças, com a inclusão de valores que permitam a aceitação dos outros da maneira que são. É nítida a intolerância da sociedade em relação ao uso do crack.

A concepção da repressão ao uso prejudicial de drogas demonstra a baixa resolução no cuidado dessas pessoas. É imprescindível a escuta e o acolhimento dos usuários de drogas, independente das repercussões jurídicas e legais. A compreensão do uso prejudicial de drogas e saúde pública leva em consideração que o uso ocorre e nem sempre provoca a dependência, havendo diferentes gradações e riscos relacionados ao uso de drogas. Em geral, as ditas minorias marginalizadas como a população que vive em favelas, os próprios traficantes, população em sua maioria composta por negros e nordestinos de baixa renda ou em estado de miséria. O preconceito e o estigma em relação aos usuários de drogas encobrem, na maioria das vezes, a real situação de vulnerabilidade que o usuário está. O estigma é verificado na geração de violência.

Nas comunidades periféricas é compreensível como a ausência de oportunidades de emprego e de infraestrutura são facilitadores para o uso do crack, através da miséria, pobreza e as falhas do Estado como estímulo ao uso de drogas. É de grande importância investimentos no enfrentamento ao crack, bem como a desmistificação do imaginário social que demoniza o usuário de drogas, sendo o usuário de drogas enquadrado como marginalizado e criminoso. São importantes os investimentos em políticas públicas com ações integradas de educação continuada em saúde, informação e combate ao estigma de modo que o trabalho com o usuário de drogas seja proveitoso e positivo com o objetivo de sua reinclusão na sociedade.

De acordo com Rossi e Tucci (2020) o modelo de políticas públicas brasileiro tratou o usuário de drogas por muitos anos no âmbito da justiça (SANTOS e OLIVEIRA, 2012). A dependência de drogas é tratada como doença na rede pública de saúde através da Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão o que favorece a discriminação e o preconceito aos usuários de drogas. (ROMANINI e ROSO, 2012; RONZANI *et al.*, 2014; SILVEIRA, 2010). O estigma, a discriminação e o preconceito aparecem de forma implícita ou explícita nas falas dos usuários. Estão presentes nos espaços públicos e privados e os usuários revelam esse sofrimento através de várias formas como: olhares, gestos, atitudes, descaso e abandono. Muitas das vezes as pessoas acham que estes usuários irão perpetrar roubo. Outras vezes, limita o estabelecimento de relações sociais, que permitam vínculos e a possibilidade de ajuda e tratamento. A mídia tem utilizado estratégias ideológicas operando em conjunto obscurecendo significados importantes para a compreensão do fenômeno. Estas estratégias têm como objetivo manter relações de dominação e cristalizar ideias, estereotipando usuários de drogas o que

intensifica o estabelecimento e manutenção do processo de exclusão, que dificulta o acesso aos serviços de saúde, principalmente desse grupo de pessoas excluídas, em decorrência da sua posição e trajetória traçadas no campo social (ROMANINI e ROSO, 2012). Esta postura limita o acesso aos usuários de drogas e afeta de maneira negativa a qualidade dos serviços prestados, marcado acolhimento com descaso pelos profissionais de saúde (RONZANI *et al.*, 2014; SILVEIRA, 2010). A política nacional de humanização instituída reconhece a subjetividade como um pressuposto na compreensão dos problemas e em soluções compartilhadas. Os usuários, no entanto, demonstram o não exercício desta política, através das relações preconceituosas e discriminatórias dos profissionais de saúde em relação aos usuários de drogas. Os usuários apontam a ausência de uma prática de cuidado humanizado. O estigma, preconceito e a discriminação possuem forte impacto negativo no tratamento dos usuários de usuários de drogas necessitando, portanto, pensar em estratégias de mitigação do estigma e processos de capacitação dos profissionais de saúde fornecendo informações científicas sobre drogas e fatores associados. É importante a reflexão de que por trás da situação de rua e o uso prejudicial de drogas, são seres humanos e para eles políticas públicas de saúde devem ser pensadas sem discriminação. Os serviços de saúde devem discutir os temas relacionados ao estigma, preconceito e da discriminação em relação aos usuários de drogas, sendo presente também no tratamento e cuidado destes usuários, com objetivo de ampliar a adesão e efetividade.

Segundo Reichert *et al.* (2021), o estigma é uma das principais barreiras que influenciam de maneira direta no cuidado as pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas que por sua vez remete as representações sociais que partem do pressuposto as relações de causa com o consumo de drogas e problemas de âmbito social como a violência, o que gera uma visão distorcida e os usuários sejam vistos como doentes, desviantes, perigosos e responsáveis por sua condição. A estigmatização das pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas ocorre por inúmeras razões, entre as quais o uso prejudicial de substâncias psicoativas não é considerado um problema de saúde pública, mas um desvio no caráter, na personalidade, ou como um padrão imoral na conduta, com a culpabilização da pessoa e dos seus familiares. O estigma é reforçado por valores e ideologias, e podem sofrer oposição a novos conhecimentos a respeito do assunto do uso prejudicial de substâncias psicoativas. O que pode gerar discriminação e negligência dificultando a criação de vínculo tão importante na adesão ao tratamento dos usuários. Essas barreiras dificultam o acolhimento das subjetividades e a efetiva resposta as necessidades em saúde. Por essa razão, o estigma tem sido considerado

como um fator de risco à saúde e uma barreira de acesso aos serviços de saúde pelas pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como outros grupos sociais como pessoas com HIV. O estigma pode se manifestar de três formas distintas: o estigma individual, o estigma interpessoal e o estigma estrutural. O estigma individual trata-se dos processos psicológicos em que as pessoas se envolvem em resposta ao estigma, como a ocultação e o autoestigma que se dão através da internalização das visões sociais negativas sobre o seu grupo. No estigma interpessoal consiste nas interações entre as pessoas estigmatizadas e aqueles não estigmatizados. Por fim, o estigma estrutural é aquele que é reforçado por normativas como leis, regulamentos e procedimentos no interior dos sistemas das instituições públicas e privadas e no cotidiano das práticas profissionais. Estas estruturas tentam manter ideologias dominantes e realizar a manutenção das estruturas sociais. O estigma estrutural corresponde a todas as condições em relação aos níveis sociais, normas culturais e políticas institucionais capazes de restringir oportunidades, recursos e bem-estar das pessoas que sofrem estigma. Corrobora para vários efeitos adversos para a saúde dos membros e grupos de pessoas que sofrem o estigma, que variam desde níveis de resposta ao estresse fisiológico desregulado, morte prematura, refletindo as desigualdades em saúde. O estigma estrutural é um assunto relevante e deve ser discutido no meio acadêmico e nos serviços que compõem os sistemas de saúde, pois apresenta impactos diretos na formulação de leis, políticas e ações de cunho punitivo a determinados grupos. Para Livingston (2013) as políticas e práticas institucionais criadas para lidar com as questões sociais são críticas para o estigma e podem provocar, minimizar ou extinguir o estigma. É importante que existam intervenções com a finalidade de reduzir o estigma e seus impactos negativos sobre o acesso aos serviços de saúde.

#### **6.4.1 Gênero, classe, sexo, raça e uso de drogas**

De acordo com Reichert *et al.* (2021), alguns estudos identificam barreiras e desigualdades no acesso à saúde para determinadas populações demonstrando a necessidade de intervenções com o objetivo da ampliação do acesso para pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas necessitando levar em consideração as barreiras estruturais, atitudinais e éticas que sofrem variação de acordo com os grupos sociais. Entre os grupos temos as mulheres; a população negra; pessoas do grupo LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e o + é utilizado na inclusão de outros grupos e variações de

sexualidade e gênero. Aqui se incluem os pansexuais, como exemplo, que sentem atração por outras pessoas, independente do gênero); os imigrantes e a população em situação de rua.

## 6.4.2 Mulheres

Segundo Duarte *et al.* (2020), a concepção de gênero deve ser compreendida como uma construção histórica, baseada em relações sociais entre as diferenças de homens e mulheres com a apresentação de símbolos, conceitos normativos e instituições que definem o sentido da masculinidade e da feminilidade e a aceitação dos papéis sociais ou não para os homens e as mulheres. A partir deste entendimento, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher demonstra que as mulheres e os homens em decorrência do papel social das relações de gênero, estes sofrem a exposição de padrões diferentes de sofrimento, adoecimento e morte. No que se refere ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, é importante destacar que mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas sofrem duplo estigma: o primeiro pelo uso propriamente das drogas o segundo pelo não enquadramento nos seus papéis que são estabelecidos pela sociedade. Este estigma com que estas mulheres se deparam ao longo de suas vidas pode justificar uma tendência à demora na procura por cuidado bem como o abandono prematuro ao tratamento. É importante considerar as barreiras ao cuidado de mulheres que fazem o uso prejudicial de substâncias psicoativas quando não se dá a devida importância ao componente do gênero no planejamento das ações de saúde frente a esse contexto do uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Segundo Albuquerque e Nóbrega (2016), o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres entre os anos de 2013-2015 agregou o comprometimento pela inclusão de mulheres usuárias de drogas na rede de serviços de saúde estando à frente o Ministério da Saúde na tomada de providências. Apesar do avanço da Política Nacional de Drogas de 2010, o país não avançou com a devida atenção para as necessidades das mulheres usuárias de drogas em relação às suas especificidades, não sendo produzidas diretrizes para a captação e a manutenção do tratamento nos dispositivos de cuidado apropriados.

Segundo o consenso mundial sobre o tratamento de mulheres usuárias de drogas, produzido pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) as mulheres possuem problemas mais graves quando iniciam o tratamento e encontram mais barreiras do que os homens, além de maior receio, em relação aos homens, em acessar o tratamento. (UNODC, 2004).

São várias as barreiras que as mulheres enfrentam: o estigma, o preconceito da sociedade, das próprias mulheres, dos profissionais de saúde, além da falta de treinamento por parte destes profissionais e resistência na abordagem do tema e a falta de planejamento para a

implantação de dispositivos de cuidados específicos e atraentes considerando as necessidades físicas, sociais e psíquicas. As barreiras de acesso encontradas pelas mulheres podem ser **internas** como: a negação da gravidade do problema com a bebida e outras drogas, a alegação da ineficácia do tratamento, o medo do estigma por parte dos familiares e profissionais de saúde, a preocupação com a guarda dos filhos, que uma vez realizando tratamento surgem sentimentos de vergonha, culpa, medo de provocar transtornos na família e sofrer represália por parte dos companheiros, em geral, também usuários de drogas. As barreiras **externas** são: a oposição de amigos e familiares, a não aprovação social, o custo social do rompimento das relações familiares, o desencorajamento de amigos, familiares e companheiros na busca de tratamento, o treinamento inadequado da grande maioria dos profissionais de saúde na detecção de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, a falha no encaminhamento aos serviços especializados como os CAPS, a falta de serviços de tratamento apenas para mulheres, uma vez que necessitam cuidar dos filhos e além da falta de recursos econômicos para acessar os serviços existentes (ALBUQUERQUE e NÓBREGA, 2016).

Segundo o estudo de Albuquerque e Nóbrega (2016) foram evidenciados em mulheres: o início precoce do uso de drogas marcado por diversas influências entre as quais são amigos, pressão de grupos sociais, violência doméstica, conflitos pessoais, a tentativa de fuga dos problemas, busca pelo prazer e uma alternativa de vida, bem como o aprendizado social, a interação com familiares, traços de personalidade e fatores genéticos. O álcool foi a substância mais utilizada e sob o ponto de vista biológico as mulheres são menos tolerantes que os homens em relação ao consumo de álcool em virtude de menor quantidade de água no corpo e uma quantidade menor das enzimas metabolizadoras do álcool no organismo. Sendo assim, as mulheres se tornam mais vulneráveis aos agravos clínicos como doenças hepáticas, neuropatias e maior risco de morrer. Observamos o aumento do consumo de álcool e outras drogas por parte de mulheres, em padrões próximos ao dos homens, no entanto, elas ainda bebem menos, mas tendem a adoecer mais precocemente e de maneira mais grave fenômeno conhecido como efeito telescópico (EDWARDS *et al.*, 2005). O uso de cocaína e crack justificou a busca por tratamento demonstrando uma clientela que exige muita atenção. A maioria delas é recorrente na busca do tratamento e são ambivalentes quanto à cessação do consumo, com recaídas e baixa resolutividade nos seus tratamentos. O estudo evidenciou que as mulheres mais jovens apresentam maior dificuldade de reconhecer que precisam de ajuda e tratamento. Fenômeno conhecido como consciência da morbidade. As mulheres demonstraram a influência dos

companheiros para compartilhar e oferecer drogas e a falta de incentivo e/ou acompanhamento por parte dos companheiros para dar seguimento ao tratamento.

De acordo com Ferrugem e Gershenson (2020) as mulheres negras constituem a sustentação da sociedade capitalista, visto que são elas as mais exploradas e que lutam para superar as barreiras do racismo e do sexismo que as tornam invisíveis. Esta invisibilidade existe desde as regiões mais periféricas bem como a inclusão no meio acadêmico. A intersecção entre racismo, sexismo e ódio de classe aos quais as mulheres negras estão expostas assume diversas maneiras, o que torna a vida de uma mulher negra que mora na periferia diferente de uma intelectual negra, no entanto ambas sofrem o racismo e o assédio cotidiano do capitalismo, que atua de maneira simbólica, como estratégia de acumulação do capital num contexto em que as desigualdades são banalizadas. Estas mulheres são submetidas à violência não somente pela morte física em si, mas pelo apagamento da potência de suas vidas ou denominada morte social de mulheres negras e que tem a conceituação de *mistanásia* no campo da bioética, entendida como a morte precoce e evitável decorrente da violência estrutural, ela está introduzida na estrutura e se manifesta como uma desigualdade de poder e como resultante das oportunidades desiguais de vida (GALTUNG, 1969; FERREIRA e PORTO, 2019). A *mistanásia* está associada a negligência do Estado que perpetua a pobreza, pelas chacinas que ocorrem através dos dispositivos de controle social e pela tipificação penal, manutenção da violação dos direitos humanos que deixam as populações em condições precárias para uma vida digna de ser vivida. (GERSHENSON *et al.*, 2017). São mortes que ocorrem em decorrência do descaso com as pessoas cujas vidas se têm a impressão cujas vidas não importam ou são as expressões da hierarquia racial, de gênero e classe que se sobrepõem com a naturalização de que alguns seres humanos são mais humanos do que outros e que outras vidas, dos menos humanos, quando roubadas, não podem sequer ser pranteadas, pois não importam (BUTLER, 2011). Angela Davis (2018) nos sinaliza acerca dos processos de racialização e generificação marcado pela aparência e que tem como ideal universal a referência do gênero masculino e a cor branca. Seguindo o raciocínio da autora, se todas as vidas humanas são importantes, por que questionar “se as vidas negras importam?” (p.204) As mulheres negras que sofrem o encarceramento em massa são jovens e negras e a guerra às drogas é uma importante impulsionadora para o encarceramento uma vez que os crimes relacionados ao tráfico de drogas correspondem a aproximadamente 62% das incidências penais pelas quais as mulheres foram privadas de liberdade foram condenadas ou aguardavam julgamento em 2016 (BRASIL, 2018). Isso representa 3 em 5 mulheres que estão presas respondem por crimes relacionados ao tráfico de drogas. A mulher

negra vem sofrendo as consequências da guerra às drogas, apresentando duplo sofrimento em decorrência do encarceramento em massa: sofre pela responsabilidade sozinha com a família e filhos quando o companheiro é preso e como responsável pela manutenção do companheiro no sistema prisional, que em decorrência das péssimas condições do sistema prisional o que favorece a organização de grupos de disputas internas por espaços dentro dos presídios e assim estes exigem das famílias que arquem com a alimentação, roupas e outros itens de modo a garantir uma relativa segurança do companheiro dentro do presídio e quando ela própria se encontra em situação de prisão e encarceramento. Sofre também quando chora a morte do filho em decorrência das disputas territoriais entre as facções, pela abordagem dos agentes da segurança pública e por fim dos conflitos armados. Os serviços de saúde e nele se incluem os CAPS tem relevância no auxílio destas mulheres negras permitindo a narrativa de suas opressões, espaços para o compartilhamento de experiências, angustias, dores e lutas. Além da medicação, faz-se importante ser um espaço de escuta de sintomas, do seu lugar no mundo e de seus planos para o futuro. O luto pela morte em decorrência da violência policial deve ser levado em consideração, seu testemunho em decorrência da negligência estatal e omissão da sociedade. A subjetividade da mulher negra é desenvolvida por diversas maneiras objetivando o cuidado. Seu aprendizado desde a infância faz alusão à importância do cuidado dos irmãos, como ensinamento das famílias negras, numa estrutura social racista e sexista que traz a lógica do cuidado com os seus, com o esvaziamento da reciprocidade deste instrumento de sua ancestralidade, que faz exigências em ser cuidada, que faz exigências em relação ao autocuidado, criando a fortaleza da mulher negra, e negligenciando a esta os devido direitos de cuidado, de acolhimento, de ajuda e de escuta para suas questões.

A construção social colonialista pode ser entendida como parte da ferida colonial (KILOMBA, 2019; FANON, 2008) que determinou que várias mulheres negras, durante os tempos de escravidão, cuidassem das famílias dos escravocratas e que após a abolição até os dias atuais mantêm-se as exigências do trabalho doméstico, além das tarefas de limpeza, obrigadas na maioria das vezes a abrir mão de suas próprias vidas para realizar o cuidado dos filhos de famílias brancas que se acumula ao cuidado de seus próprios filhos e muitas das vezes de seus netos.

As cicatrizes duradouras da colonialidade com a precarização do trabalho, a solidão em seu sustento e no cuidado de seus filhos, a violência, o assédio da sociedade machista, a depreciação do saber adquirido são questões que tem sido negligenciadas na saúde mental das mulheres negras. O discurso de que a mulher negra é resistente, é guerreira e tudo suporta, na

verdade é uma falácia que visa silenciar a subjetividade das mulheres negras (FERRUGEM e GERSHENSON, 2020).

Segundo Vernaglia *et al.* (2020), o uso do crack por mulheres inverte a referência de que os homens são menos presentes nos serviços de saúde, nesse caso as usuárias são menos vinculadas aos serviços de saúde. As mulheres, em geral, sempre utilizaram mais os serviços de saúde do que os homens em decorrência da representação social do ato de cuidar como tarefa feminina, questões relacionadas ao trabalho e a ausência de unidades direcionadas a saúde dos homens. Em relação ao uso prejudicial de crack, como consequência de suas propriedades e suscetibilidade ao estigma, favorece ao menor acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento. Faz-se importante levar em consideração a segregação das usuárias como parte integrante do problema do acolhimento por parte das equipes multidisciplinares de saúde, com a reprodução do modo de organização da vida social, pois o preconceito reproduz e dificulta o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Como agravante em geral essas mulheres usuárias são negras, possuem filhos pequenos, sofrem mais com o desemprego, possuem menor escolaridade, são mais pobres e dependentes economicamente, não possuem recursos para suas necessidades básicas e o suporte social é precário quando comparada aos homens e trocam seus corpos por drogas. São mais suscetíveis ao HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), ao abuso e a violência física, psicológica e sexual, além do comportamento de risco sexual. A vulnerabilidade social e o acesso ao tratamento das usuárias estão inseridos em determinados contextos que provocam interferência no tratamento dessas usuárias. Nesta pesquisa de Vernaglia *et al.* (2020), os profissionais entrevistados informaram que as mulheres buscam o serviço de saúde em decorrência das diversas privações e da vulnerabilidade social. Trata-se de um pedido de ajuda social que as motiva a procurar ajuda. Os profissionais de saúde entrevistados entendem que o CAPS é um local necessário para realizar o acolhimento das mulheres usuárias de crack e quando procuram o CAPS em geral estão em situação grave em relação aos seus corpos como consequência do uso prejudicial do crack. Na opinião dos profissionais entrevistados o CAPSad deve oferecer cuidado de maneira intensiva, irrestrita, seja no período diurno ou noturno. Os profissionais de saúde entrevistados informaram que a busca por medicação por parte das usuárias serve como importante instrumento de adesão ao tratamento dessas mulheres usuárias de modo que as medicações ajudam na redução da ansiedade e angústia além de favorecer pactuações e melhorar o vínculo delas com os profissionais e o serviço de saúde. Os profissionais médicos entrevistados alertam que não há medicação específica para o tratamento do crack. As barreiras de acesso ao CAPSad apontadas

foram: a normatização; a concepção de cuidado dos profissionais de saúde; a organização do processo de trabalho; a relação do serviço de saúde e sua concepção com o território. Sobre as normas e funcionalidades do serviço os profissionais relatam que estas precisariam ser flexibilizadas e que por muitas vezes são vistas como impeditivas ao acesso ao serviço de saúde. Os profissionais entrevistados entendem que o serviço deveria ser mais flexível e menos burocrático o que facilitaria o acesso.

Os profissionais de saúde também entendem a relevância do trabalho nas cenas de uso das drogas como maneira de ampliar o acesso das mulheres usuárias aos serviços de saúde. A ampliação do acesso ao tratamento aos usuários de álcool e outras drogas está relacionada ao trabalho em rede, através da Estratégia de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia de Redução de danos, Equipes de Consultórios na Rua, agentes de segurança pública e assistência social e dos Centros de Atenção Psicossocial.

De acordo com Vernaglia *et al.* (2021), as mulheres estão mais suscetíveis as desigualdades sociais e em saúde, o que as deixam mais vulneráveis ao uso prejudicial de substâncias psicoativas. Estimativas demonstram que mulheres em situação de rua quando fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas têm maiores problemas quando comparadas aos homens na mesma situação (UNODC, 2018). Mulheres que fazem uso prejudicial de crack sofrem julgamento social, preconceito e estigma que impactam de maneira negativa em suas vulnerabilidades e criam barreiras de acesso ao tratamento nos Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad) (MONTEIRO e VILLELA, 2013). No Brasil estudos sobre mulheres, álcool e drogas demonstram discriminação social que culmina nas mais diversas formas de violência. Essas formas de violência estão ligadas as questões de gênero, raça, etnia e sexualidade, revelando estruturas de poder e dominação que impactam nas vulnerabilidades em saúde (MONTEIRO e VILLELA, 2013). O uso de crack por mulheres não é bem-aceito socialmente o que provoca discriminação, preconceito e estigma, sendo as usuárias vítimas de violência, segregação, estando mais vulneráveis a doenças e sofrimento em saúde (FERTIG *et al.*, 2016; PARKER, 2013). A presença de mulheres que fazem uso de crack em cenas de uso que tem a presença na sua grande maioria de homens demonstra as disparidades a que estão expostas e os problemas relacionados à hierarquia de gênero. Nesses locais, ocorre a reprodução das relações de dominação dos homens sobre as mulheres, sendo permitido que o homem incorra em crime e a mulher, a prostituição. (ROMANINI e ROSO, 2013). A ausência de mulheres usuárias nos CAPSad deve ser questionada visto a predominância de mulheres nos serviços de saúde de atenção básica. Em geral as mulheres têm maior participação e tem maior

assiduidade que os homens nos serviços públicos de saúde. No entanto, quando fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, as mulheres são mais ausentes do que os homens nos serviços de saúde. É importante levar em consideração a teoria da discriminação como uma das barreiras de acesso a essas usuárias, além dos sentimentos de vergonha, medo de não serem bem tratadas, pois são usuárias de substâncias psicoativas, ligadas ao discurso moralizante do escrupulo social e identificadas culturalmente como mulheres cracudas. Associada a isto, existe uma cultura masculinizada nas cenas de uso e a discriminação que são reproduzidas com mulheres usuárias devendo ser entendidas e repelidas, no âmbito do cuidado em saúde.

No estudo de Vernaglia *et al.* (2021), foi verificado que um dos motivos de busca para o tratamento são as limitações de um corpo tido como doente, um corpo que necessitava de cuidado. Nas narrativas foram identificados sinais de esgotamento físico e estes sinais eram manifestados pelo pedido de comida, uma cama para poder dormir e um local para poder tomar banho. No que se refere ao uso do crack foram narrados sintomas relacionados ao descontrole do uso do crack. A busca pelo tratamento ocorreu quando o efeito de satisfação, de prazer deixou de surtir efeito e deu lugar ao esgotamento de seus corpos. O uso da droga não produzia um efeito recompensador motivando a busca pelo CAPSad. O corpo dessas mulheres usuárias de crack é um fator incentivador ao acesso ao tratamento. Outro motivo constatado para a procura de tratamento foi o estigma da mulher em seus corpos. O corpo feminino sofreu várias modificações entre elas a perda de apetite e o emagrecimento. O emagrecimento é a questão mais relatada pelas mulheres usuárias de crack. Entre os fatores que motivam o emagrecimento são: a perda de apetite, a inquietude psicomotora e as caminhadas longas na procura pelo crack na fase de fissura (RIBEIRO *et al.*, 2010).

É importante destacar que o sujeito quando estigmatizado perde a sua credibilidade pelos seus conhecidos e muitos passam a tratá-lo como insanos (GOFFMAN, 1988). Nas narrativas do estudo, havia o medo das usuárias de que as pessoas notassem as diferenças nos seus corpos e com isso produzisse rótulos e estigmatização. Quando uma usuária pensa em buscar um serviço de saúde tem em mente o seu estado, seus limites e riscos e parte do pressuposto daquilo que os profissionais de saúde podem realizar para ela. Nessa acepção, determina o modo e a característica da ajuda escolhida pela usuária e a continuidade do tratamento que está disposta a realizar e aceitar (CHIOZZA, 1987).

Ainda no estudo de Vernaglia *et al.* (2021), assevera que a enfermidade não pode ser compreendida como algo corriqueiro, que mesmo não aparente, o olhar das pessoas reflete nas emoções das usuárias e pode ser uma barreira de acesso aos serviços de saúde. É importante

ressaltar que o preconceito social também pode inibir as usuárias de se aproximar dos serviços de saúde. Faz-se necessário o reconhecimento da angústia provocada pelo estigma observado nas usuárias. O estigma e a discriminação são formas de interação social que repercutem em desrespeito e violência e tornam as pessoas suscetíveis, no âmbito da saúde, a vulnerabilidade social. Essas interações são marcadas por relações políticas e de poder relacionadas a desigualdade e exclusão social (AYRES, 2009). Nas mulheres usuárias de crack, seus corpos femininos já estigmatizados, sofriam mudanças em seus formatos e quando observado pelos outros, sofria com a exclusão. Foi observado que mulheres usuárias de crack que procuraram tratamento no CAPSad buscavam ajuda medicamentosa com a intenção da redução e controle do uso prejudicial do crack, além da ansiedade provocada pela não utilização do crack.

A narrativa das entrevistadas do estudo de Vernaglia *et al.* (2021), demonstrou que a procura por um medicamento teria a intenção do restabelecimento de uma suposta normalidade. Seria uma lógica ideal de que o medicamento funcionaria para o caso de cada uma e faria parte do histórico de seus tratamentos. Essas usuárias que faziam uso de psicofármacos compreendiam que o medicamento era um modo de suportar seus sentimentos e a vontade de usar o crack, sendo compreendido como um instrumento de autocontrole. O medicamento de tornou um importante instrumento para que não fizessem o uso do crack. Foi observado pelo estudo que era importante para as usuárias estarem sedadas ou dopadas para suportar o não uso do crack. A disponibilidade de medicamento na unidade de saúde foi um importante instrumento para o acesso ao tratamento. Alguns profissionais relataram que esse foi um relevante recurso de tratamento para as consequências nocivas do uso prejudicial do crack. Sendo assim, havia a expectativa por parte das usuárias, que o acesso ao serviço de saúde, teriam o medicamento como forma de tratamento. Para as usuárias o uso dos medicamentos é tão importante como as denominadas “conversas” (p. 6). Existe uma relação simbólica sobre o uso dos medicamentos no âmbito social e de saúde. Os trabalhos de Peter Conrad no ajudam a compreender a construção social acerca da medicalização. Na visão do autor nesses últimos 50 anos houve um crescimento no impacto social nos conceitos relacionados à medicina e com isso o também crescimento de produtos destinados ao cuidado em saúde comercializados. Tratamos os problemas como doenças e distúrbios. São vistos como um quadro médico e o tratamento dependem de intervenção médica. A medicalização ocorre, nos mais diversos campos como a medicalização do desvio e como exemplos temos: os transtornos mentais, o uso prejudicial de álcool e outras drogas, os transtornos alimentares, as diferenças sexuais e de gênero, as disfunções sexuais, a dificuldade no aprendizado e o abuso sexual e infantil. É

importante a preocupação com a medicalização no que se refere à transformação dos aspectos cotidianos em patologias (CONRAD, 2007).

No estudo de Vernaglia *et al.* (2021), as mulheres usuárias de crack partiam do pressuposto que o serviço de saúde em questão, o CAPSad, possuía médicos e medicamentos. Para essas mulheres, a medicalização era uma possibilidade de resistir aos seus impulsos e sentimentos, como uma forma de contenção da vontade de usar o crack. Foi observado na pesquisa o acolhimento noturno como facilitador do acesso ao CAPSad. No período noturno as mulheres se apresentavam com um alto grau de esgotamento físico que demandavam cuidados das mais variadas ordens. As sensações em seus corpos eram de tamanha intensidade e urgência que as mulheres desejavam estar protegidas pelas 24 horas do dia. A busca pelo acolhimento está relacionada a gravidade dos sintomas percebidos por essas usuárias. As usuárias desejavam descansar seus corpos. Os leitos são compreendidos como abrigo onde na compreensão das usuárias poderiam ter a reposta imediata ao sofrimento causado pelo uso prejudicial do crack. O acolhimento é então compreendido como um dispositivo clínico de modo a atender as demandas do corpo. Os leitos de acolhimento noturno também foram compreendidos como local de abrigo que lhes dava segurança em situações que essas usuárias apresentavam suas vidas em risco. O acolhimento noturno também foi entendido como uma resposta ao medo da rua, da violência, da humilhação e da sensação de morte eminente. Muitas dessas usuárias relataram que gostariam de permanecer “confinadas” (p.7) aos leitos. A vulnerabilidade dessas usuárias consiste em estarem sujas, com vestimenta rasgada, higiene precária, emagrecimento e lesões na pele que iam de rachaduras a feridas infectadas (ZEFERINO *et al.*, 2017). Além disso, não se pode ignorar: o comportamento sexual de risco, a overdose, o emagrecimento e a insônia (RIBEIRO *et al.*, 2010). Compreende-se que para a ampliação do acesso ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas é importante a criação de mais dispositivos de acolhimento. Esses dispositivos deveriam ofertar alimentação, descanso, promoção à saúde e redução de danos (BRASIL, 2010).

#### **6.4.3 População negra**

De acordo com Reichert *et al.* (2021), para a população negra foram verificadas barreiras econômicas, organizacionais e culturais que provocavam obstáculos ao acesso aos serviços de saúde e o efetivo atendimento em saúde por parte dessa população. Os participantes alegaram que a combinação de ser pobre e negro atuava como elemento de amplificação dessas

dificuldades de acesso. A população negra que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas além de outros estados psicopatológicos ou de sofrimento psíquico, como a depressão e a ansiedade, possuem menor possibilidade de acesso e receber os devidos cuidados em saúde, o que demonstra as desigualdades raciais no campo da saúde e a demanda de intervenções visando minimizar o racismo, de modo a permitir o acesso aos serviços de saúde para todas as pessoas, proporcionando as demandas sociais, individuais e comunitárias.

Segundo Silva e Marques Junior (2020), a visão histórica marcadamente eurocêntrica com a criação de um modelo de escravização permanece no processo de subjetivação da população negra como não ser, com a sua desqualificação, pela suspeição, pela criminalização e como forma de punir a morte dessas pessoas. Todo um arcabouço estrutural que tornou a população negra negligenciada quanto aos devidos cuidados de saúde, com inclusão da saúde mental e foco das políticas de segurança pública consideradas, com a materialização de operações policiais violentas em comunidades periféricas. Como realidade concreta com a exposição do racismo estrutural e questão da antinegritude que tem como resultantes a criminalização e guerra às drogas como paradigmas e a privação do direito de liberdade, através do encarceramento e a morte dessa população. É importante a compreensão do termo guerras às drogas para essa população em especial. A guerra ocorre com a pretensão da defesa do bem-estar social, com o objetivo de prender e matar os traficantes, com a suposição de garantia da paz e da saúde pública. Pessoas são presas, admitidas no sistema prisional pelo pretenso bem coletivo. A ligação da discussão científica em relação ao malefício provocado pelas drogas e o caráter ilícito é uma construção do discurso da saúde e da segurança pública o que torna o lema da guerra às drogas como uma explicação em si (HENMAM, 1983). Não é pelo fato do uso em si de substâncias psicoativas, que podem de fato provocar prejuízos à saúde, mas sim uma escolha por parte do Estado de quais substâncias terá o seu aval como sendo lícitas ou ilícitas e passam pela apreciação não somente do poder biomédico, mas principalmente, por interesses de natureza econômica.

A maconha é um exemplo através de seus subprodutos como a fibra era reconhecida por muitos séculos pela boa qualidade na produção dos tecidos, no entanto, o setor têxtil do algodão foi uma grande patrocinadora da proibição da planta evidenciando que aquilo que é permitido e o que é proibido pelo Estado estão intimamente ligados aos interesses comerciais e econômicos (HENMAM, 1983; FERRUGEM, 2019; LUNARDON, 2015; SILVA e MARQUES JUNIOR, 2020).

De acordo com Silva e Marques Junior (2020), percebe-se que a criminalização, o cerceamento do direito de liberdade através das prisões e o genocídio da população negra tem histórico remoto, baseado num sistema de escravidão, que é constantemente reatualizado, nas diversas e complexas determinações, sendo cotidianamente revivido na atualidade. Lamentavelmente, a sociedade compreende o lugar da população negra como ser socialmente perigosa. Esta marca seria a cor da pele, que fundamentou a escravidão da população negra como sentença por uma responsabilização bíblica que só poderia ser reparada com uma vida escravizada como consequência da origem fundamentada no pecado a partir do mito de Cam (BORGES *et al.*, 2002).

A ideia da África como local de pecado tem sua origem no mito bíblico de Cam como fundamentação moral e ideológica para a escravidão negra. Este mito consiste no fato de que a pele escura seria um estigma, a marca de Cam que representa o castigo do filho que viu a nudez de Moisés, seu pai. Essa marca foi estendida aos lugares habitados por negros e o calor do território africano compreendido com a simbologia de sentença ao inferno (OLIVA, 2007; CARNEIRO, 2005). O fenômeno da diáspora negra foi marcado pela retirada dos indivíduos de suas terras e afastar as possibilidades de nomear, contar a sua história ancestral, através dos processos de massificação e indiferenciação (MBEMBE, 2018). Nas Américas, sob o processo de colonização de exploração e a escravidão, eram fortemente marcadas pela hierarquia entre os conquistadores e os conquistados. A concepção de raça colocou os indivíduos nos seus devidos lugares, determinando população nativa das terras como população originária e os africanos escravizados numa condição natural de inferioridade em relação à população branca europeia. Este foi o mito instituído nas relações coloniais de dominação, que num momento posterior foi consolidado como construção ideológica que se manterá mesmo com o processo de independência das colônias.

A colonialidade do poder (QUIJANO, 2005) atua como ideologia de manutenção da dominação por parte das antigas metrópoles, permanecendo um sistema de teorias e práticas sociais que fundamentam os vínculos de opressão e a abuso nos territórios distantes geograficamente. As colônias foram motivo de interesse de um projeto de universalização de convicções da civilização europeia que definiram como uma pretensa verdade como a superioridade ocidental como modelo de desenvolvimento para os povos que foram subjugados. Esse processo de levar a civilização aos povos ditos como primitivos provocou destruição, genocídio e apropriação. A violência do processo de escravidão moderno respalda e dá legitimidade de maneira irreversível a exclusão da população negra do projeto de humanidade

liberal. Esse sistema de dominação desenvolvido foge das regulamentações legais e o abuso da escravidão, em uma ação contínua de extinção dos espíritos e da humanidade dos indivíduos escravizados. Com isso, foram subjugados à língua dos povos conquistadores, tão relevante no processo de colonização. Sob o olhar dos povos ditos colonizadores, conquistadores, a população negra é definida por palavras negativas, senão vejamos como não conquistadores, povos não originários, não imigrantes, mas sim como aquele que foi contra a sua própria vontade aprisionado, comercializado, agrilhado por correntes e mostrado para observação pública de seus corpos e dores como uma condição provavelmente única na história moderna.

Os corpos negros deveriam ser postos numa condição de inferioridade, corpos para além do processo de domesticação, mas como objeto de satisfação da população branca exploradora europeia, não tendo a dignidade de ser dono do próprio corpo. Um corpo objeto da violência gratuita por ser negro partindo-se do pressuposto de que ser negro é um não ser e com uma suspeição não dita que não podem ser totalmente reconhecidos. A escravidão moderna inaugurou uma nova forma de pensar a própria escravidão, a ideia do negro e escravos como sinônimos. Uma construção prévia ao racismo científico criado no século XIX, que instituiu o negro como não ser, aquele que não era, não era racional, não era belo, não era inocente e, por fim, não era (é) humano (CARNEIRO, 2005). O paradigma de fundamentação do ser negro foi desenvolvido ao longo dos processos de escravização e do colonialismo.

A compreensão do negro como lugar e como existência repositório de tudo aquilo que foi pensado e sentido de maneira negativa em termos da humanidade. Foi com a utilização do negro com sua imagem de maneira distorcida que o povo europeu atribuiu seus próprios pecados como a violência do sequestro, estupro e usurpação de terras. Estes fatos são narrados, em sua visão, como conquistas, descobertas, expansão da civilização, desenvolvimento entre outros. A invasão europeia é louvada como ato de heroísmo colonial, e as populações originárias exterminadas ou tuteladas e a população negra demonizada (CARNEIRO, 2005; FANON, 2008; MBEMBE, 2018; KILOMBA, 2019).

A condição social do escravo demonstra uma contradição estrutural no sistema: a ruptura entre a liberdade como propriedade e a liberdade como pessoa. Os indivíduos escravizados sempre demonstraram a habilidade humana de apresentar diferentes pontos de vista sobre questões como o tempo, o trabalho e sobre si, mesmo mediante os horrores vividos pela escravidão. O processo histórico da escravidão negra precede o colonialismo como sistema e não se pode separar o colonialismo da escravidão, tendo em vista que a mercadoria mais valiosa do colonialismo foi o negro (DUSSEL, 1993).

A criminalização da população negra está interligada ao desenvolvimento do direito moderno e da noção capitalista de propriedade privada. A forma como o proprietário lida com a sua propriedade, reproduz as relações estabelecidas por um grupo, ou seja, os proprietários de escravos não possuíam limites em relação aos seus escravos o que tornou o negro como “bode expiatório” (p.191) e livrou os senhores de escravos dos pecados cometidos (SILVA e MARQUES JUNIOR, 2020).

Na visão de Silva e Marques Junior (2020) não existe racismo sem que houvesse a escravidão. O racismo é uma produção da desumanização, escravização, genocídio das populações indígena e negra, um dos principais atos que conceberam a naturalização da violência contra esses povos. A concepção do conceito de raça iniciou o seu desenvolvimento a partir do século XVII com a publicação de um artigo de François Bernier que fez comparações com povos não europeus e traços físicos animais. Nesse mesmo ensaio os humanos foram divididos por raça ou espécie.

Nessa mesma ideologia, Carolus Linnaeus, em 1747 publica um texto que dividiu grupos humanos com características determinadas, atribuindo ao homem europeu uma série de características positivas e ao povo africano o local mais baixo na escala. Georges Curvier propôs o conceito de raças humanas e o cunho científico do termo, realizando a articulação entre os conceitos de fenótipo, herança genética, cultura e caráter (BORGES *et al.*, 2002; SCHWARCZ, 1993).

Com as relações sociais distribuídas mundialmente foi desenvolvida uma hierarquia racial. A raça se refere ao racismo estrutural, ao processo de escravidão, mas os modelos construídos do ser negro, ser indígena e ser branco. O conceito de raça não é uma noção que veio de fora e caiu na cabeça dos intelectuais do Brasil no século XIX. Houve a estruturação prévia de uma hierarquia racial em que os brancos estão num patamar superior e são a representação da humanidade e a população negra num patamar inferior, distantes da humanidade. Essa divisão denominada de branquitude produz um sistema de classificação assim como uma hierarquia em que a valorização da vida adquire um sentido particular, ou seja, um ato realizado por uma pessoa negra não terá o reconhecimento de um ato praticado por uma pessoa branca. Os dados cotidianos demonstram a extrema desigualdade entre a população branca e a população negra desenvolvida no Brasil, principalmente no período após a abolição da escravidão. A abolição apresenta ao Estado brasileiro, pauta prioritária, a questão da destinação da população negra no Brasil republicano, que eram até então objetos de trabalho dos senhores, vistos como um problema de caráter nacional, sendo responsabilizados pelo

atraso no desenvolvimento em relação à Europa. A população negra no Brasil nunca constitui uma minoria em termos quantitativos e davam provas de insubmissão através dos quilombos, das insurreições e das mais diversas contestações do regime de dominação (MOURA, 1988).

Após a abolição, o racismo adaptou seu poder de controle e punição sobre a população de maioria negra. Nessa conjuntura foi institucionalizada a criminalização das práticas culturais negras, sem a utilização de marcadores raciais na legislação, uma estratégia bastante sofisticada que atinge seus objetivos, sem provocar o conflito direto. Nesse sentido, compreendemos que a criminalização das práticas socioculturais da população negra, como as religiões com base africana como a umbanda, o candomblé, a capoeira e o samba demonstra uma política de Estado que visa à privação do direito de liberdade, através da detenção e do encarceramento, além de tornar essas práticas proscritas e o desejo do desaparecimento dos seus sujeitos (BORGES, 2018; LUNARDON, 2015).

Em relação à origem do proibicionismo faz parte deste contexto, uma vez que a prática de fumar maconha foi associada à população negra, pois tanto a planta como seu uso foram introduzidos por africanos de Angola e no Brasil pertencia a socialização de alguns grupos da população negra e da integração de rituais religiosos (LUNARDON, 2015; HENMAN, 1983; FERRUGEM, 2019).

No ano de 1921 foi criada uma legislação que condenava o comércio de cocaína e derivados do ópio, que se estendeu para a maconha, No entanto, somente em 1932 tornou-se efetivamente uma substância ilícita. Com o desenvolvimento de uma legislação punitiva para a população negra foi criada a Delegacia de Costumes, Tóxicos e Mistificações (DCTM) no ano de 1934, o que criminalizou as práticas socioculturais da população negra (LUNARDON, 2015; SAAD, 2018). Foram criadas leis, após a abolição, dirigidas aos costumes, para coibir a vadiagem, no sentido de reprimir os costumes e tradições da população negra. Sendo assim, o racismo funcionou como maneira de encarceramento da população negra, principalmente nas áreas urbanas, com um projeto de branqueamento nacional, com a entrada de um enorme contingente de imigrantes europeus, que ocupou o lugar da população negra no mercado de trabalho, e esta população, uma vez sem ocupação, foi enquadrada e tipificada como vadia (ANDREWS, 1998). O racismo estrutural tem um caráter multimodal e está presente nas diversas dimensões da vida social, sendo uma condição de estrutura das sociedades pós-coloniais, consistindo numa ideologia de dominação, pois está interligado a estruturas de exploração e opressão.

#### 6.4.4 Grupo LGBTQIA+

Segundo Reichert *et al.* (2021), a maior barreira de acesso aos cuidados de saúde enfrentada por essa população é ausência de acesso, motivado pela escassez de profissionais de saúde com a compreensão sobre o assunto. Existe a necessidade de educação para os profissionais de saúde sobre esta população específica. Além disso, há o estigma, discriminação, barreiras financeiras e questões socioeconômicas. Existe o relato da deficiência de conhecimento sobre as identidades trans e as necessidades do cuidado em saúde, além da discriminação quando procuraram por atendimento. É relevante que os profissionais de saúde possam compreender o processo de saúde doença específico para esta população, bem como a identificação das desigualdades e barreiras de maneira a viabilizar o acesso aos cuidados em saúde de acordo com os princípios da universalidade e da equidade.

Para Albuquerque *et al.* (2016) e Magalhães (2018), as barreiras foram organizadas em três eixos temáticos: 1) O preconceito (a homofobia – palavras da autora) nos serviços de saúde; 2) As barreiras de acesso à população LGBTQIA+; 3) As implicações da homossexualidade no acesso aos serviços de saúde e a educação permanente deficitária sobre o tema LGBTQIA+. A sociedade demonstra preconceito e repulsa a população LGBTQIA+, práticas que são reproduzidas nos serviços de saúde. Frente a esta postura preconceituosa com a população LGBTQIA+ é bastante comum que os usuários homoafetivos não revelem a sua orientação sexual aos profissionais de saúde pelo temor ao constrangimento e exposição que ocorrem de maneira cotidiana. A educação permanente sobre a saúde e a população LGBTQIA+ dentro dos serviços de saúde é compreendida de maneira estratégica na superação das barreiras de acesso, por meio de um modelo crítico e com pedagogia ativa de ensino com o objetivo da realização do cuidado em saúde livre do estigma, discriminação e preconceito (homo ou transfobia nas palavras da autora).

Magalhães (2018) analisou quatro categorias de barreiras de acesso enfrentadas pela população LGBTQIA+: 1) **A implicação da transfobia no acesso aos serviços de saúde** – A pessoa evita ir ao serviço de saúde em virtude do medo de sofrer transfobia. A vivência do fenômeno da transfobia marca de maneira importante a subjetividade, de maneira que essas pessoas passam a evitar a socialização e exposição como modo de proteção. Existe o receio da comunidade LGBTQIA+ na busca aos serviços de saúde pelo temor em passar pela experiência do preconceito e da discriminação, que são barreiras, uma vez que o usuário adia evita ou não busca o cuidado em saúde. Isso impacta de maneira negativa a qualidade do uso dos serviços

de saúde e os próprios cuidados de saúde deste grupo. Em pesquisa realizada no Brasil, homens trans alegaram ter precisado de cuidados em saúde, no entanto não procuraram os serviços de saúde por medo da discriminação (SOUZA *et al.*, 2015). É importante quebrar o ciclo de violência sistêmica, promovendo experiências de acolhimento e empoderamento desta população LGBTQIA+ em espaços institucionais mediante a valorização e reconhecimento na tomada de decisão que são comportamentos que podem permitir a ressignificação das experiências de transfobia que impactam fortemente o acesso aos serviços de saúde; 2) **As barreiras tecno assistenciais** que podem ser subdivididas em: **O paradigma heteronormativo e de gênero como equivalência de sexo atribuído ao nascer (cisgênero):** o pressuposto da heteronormatividade, equivalência do conceito de sexo a gênero além da compreensão de uma lógica binária de gênero. As políticas públicas de saúde são marcadas por um caráter heteronormativo e são baseadas em modelos da família nuclear, do sexo com função reprodutiva, da patologização de outras modalidades sexuais que fogem aos padrões normativos. Apesar dos avanços, as políticas ainda são marcadas pelo caráter heteronormativo materializado institucionalmente e que regula as relações sociais, as práticas jurídicas, a mídia, a cultura e por fim o discurso médico (PELÚCIO, 2007). O pressuposto da heterossexualidade como norma nos serviços de saúde também foi indicada como prática cotidiana e associada à barreira tecno assistencial de acesso à população LGBTQIA+. Moscheta (2011) defende o reconhecimento da diferença por parte dos profissionais de saúde e o acolhimento desta população com abertura para o dialogo, incluindo a homossexualidade e a bissexualidade como possibilidades. Intervenções no espaço físico comunicando a população que o ambiente acolhe a diferença e se pretende livre da LGBTfobia através de cartazes, símbolos, bandeiras representativas, banheiro para ambos os sexos, são exemplos de estratégias pontadas pela literatura para a superação das barreiras de acesso. **Pouca oferta do cartão do SUS com o nome social e o não uso do nome social** esta barreira tecno assistencial mostra-se um importante desafio a ser superado. Ficou demonstrado a lógica binária e de caráter moral. Vale ressaltar que o nome social é um direito assegurado por lei. O ato de ofertar o cartão do SUS aos usuários LGBTQIA+ com seus nomes sociais, além de ato político, de garantia de direitos e reconhecimento da identidade trans pode ser utilizado como estratégia de aproximação e acolhimento entre os profissionais e a população LGBTQIA+; **A escuta pouco qualificada, não acolhedora** uma subcategoria que foi evidenciada frente as demandas da população LGBTQIA+. Os usuários foram às unidades de saúde, manifestaram suas demandas, porém não foram devidamente ouvidos ou interpretados da maneira adequada. Esta população LGBTQIA+

em sua grande maioria procura tratamento para o uso de hormônios. É bastante comum nesta população que façam uso por conta própria de hormônios, sem a devida orientação médica e uso de silicone industrial que pode ameaçar a vida; 3) **A educação permanente** evidenciando o desconhecimento dos conceitos e dos fluxos no cuidado das pessoas LGBTQIA+. O desconhecimento dos conceitos sobre a diversidade de gênero e os fluxos das pessoas LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde demonstrou-se uma importante barreira de acesso aos serviços de saúde. Os participantes da pesquisa de Magalhães (2018) informaram que em suas unidades, os mesmos não sabem, não conhecem ou não possuem experiência com os conceitos, procedimentos e fluxos relativos a população LGBTQIA+. A literatura também demonstra a deficiência de conhecimentos técnicos por parte dos profissionais de saúde. Uma pesquisa americana com população LGBTQIA+ jovem identificou a necessidade de maior acolhimento e conhecimento por parte dos profissionais de saúde no que se refere às questões de gênero, de modo a oferecer suporte emocional e familiar aos jovens que se veem diante de suas questões de identidade de gênero ou de orientação sexual (HOFFMANN *et al.*, 2009; MEADS *et al.*, 2009). A literatura busca direcionar uma educação permanente nos serviços de saúde, no que se refere à cultura LGBTQIA+, de maneira a se utilizar um linguajar neutro, sem colocações preconceituosas, uma postura respeitosa, demonstrando sigilo e interesse inclusivo e não discriminatória por parte do profissional (HARRISON e SILENZIO, 1996); 4) **A transfobia nos serviços de saúde** que é a discriminação, o preconceito propriamente dito. Comportamento de agressividade verbal, preconceito e recusa em atendimento são descritos na literatura com a associação do preconceito como barreira de acesso a toda a população LGBTQIA+. Na opinião de profissionais de saúde essas pessoas são doentes, não dignos de realizar casamento e adotar crianças e manifestam sentimentos de repulsa quando estas pessoas do mesmo sexo demonstram carinho (STEELE *et al.*, 2006). Pesquisa realizada no Reino Unido demonstrou que quase a metade dos médicos entrevistados, a orientação sexual não heterossexual representava uma barreira na abordagem das questões relacionada à saúde e sexualidade do usuário.

No que se refere a população LGBTQIA+, a literatura tem unanimidade em afirmar a discriminação e transfobia, cotidianamente, não somente nos serviços de saúde, mas em diversos contextos e setores da sociedade. Um inquérito realizado na União Europeia demonstrou que um em cada cinco dos entrevistados trans relataram ter sofrido discriminação nos serviços de saúde no ano anterior a coleta dos dados. Os dados demonstram a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para as peculiaridades desta

população. Outro estudo norte-americano identificou barreiras de acesso aos serviços de saúde para a população de mulheres trans com HIV, demonstrando que não somente as questões sociais correspondiam as barreiras para a redução do risco de infecção, mas também para o tratamento do HIV dessa população (CARMEM *et al.*, 2012).

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro demonstrou que usuários trans sofrem mais discriminação quando comparados ao grupo de homossexuais (CARRARA *et al.*, 2017). Outro estudo norte-americano publicado em 2010 alegou recusa de atendimento em decorrência de identidade ou variabilidade de gênero, com maior discriminação na população negra. Usuários alegaram ter sofrido assédio do profissional médico no ambiente clínico e metade dos participantes do estudo informou a necessidade de ter de ensinar aos profissionais de saúde a lidar com a população trans. Essa população apresenta forte dificuldade em acessar os serviços de saúde de maneira adequada, sejam por suas questões específicas de gênero, ou por demanda em sua saúde na integralidade. A população LGBTQIA+ demanda maiores investimentos em pesquisa em saúde. De modo a ampliar o repertório das estratégias de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde que poderão implementar práticas de cuidado em saúde com maior sensibilidade e maior inclusão. (MOSCHETTA, 2011).

#### **6.4.5 Migrantes**

Segundo Castelli (2020) pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas são denominações jurídicas da condição migratória de pessoas com experiências diversas. Todas estas pessoas possuem direitos assegurados pela Lei 13.445 de 24 de maio de 2017 e pela Constituição Brasileira. Os serviços de saúde podem ser acessados por estas pessoas, independente da situação da pessoa migrante estar regularizada ou não. Uma parcela dos migrantes no Brasil está em situação de vulnerabilidade social, principalmente em relação à moradia e aos meios de subsistência. Muitas das residências estão superlotadas e acesso limitado ao saneamento básico. A saúde mental dos migrantes tem articulação com as próprias dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde do SUS. A Constituição Brasileira de 1988 entende a saúde como direito básico e garante o acesso de qualquer pessoa que precise de assistência de saúde no país, seja de qualquer nacionalidade ou situação migratória. São duas as questões importantes na discussão do acesso aos migrantes ao SUS: 1) as diferenças entre o sistema de saúde brasileiro e as referências de saúde do migrante em seu país originário; 2) A situação de migração e o acesso à saúde. Muitos migrantes não confiam que possuem direito à saúde pública no Brasil, principalmente quando não possuem documentos, estão em situação

irregular ou acreditam que o acesso é vinculado a algum tipo de pagamento. As práticas quando baseadas no modelo biomédico de compreensão da doença, podem não contemplar, não compreender as vivências do processo saúde doença das populações migrantes. Esta questão pode provocar distanciamento e dificultar o acesso aos serviços de saúde. Existem ainda as barreiras linguísticas. As dificuldades de se fazer entender sinais e sintomas, assim como a compreensão do jargão médico são fortes desmobilizadores pela procura de ajuda institucional. Faz-se importante a tradução de materiais informativos que informem de maneira clara o direito ao acesso à saúde para estas populações. Faz-se também importante a inclusão das especificidades culturais aos dispositivos de saúde já existentes. Um bom exemplo disso é a presença de pessoas que atuem como mediadoras entre as pessoas migrantes e os serviços de saúde pública principalmente em cidades fronteiriças. As intervenções em saúde mental e atenção psicossocial devem ser capazes de manejar o medo dos migrantes em relação ao acesso aos serviços de saúde quando as suas situações migratórias não estiverem regularizadas. O medo ocorre pelo fato da pessoa acreditar que a falta de documentos pode ser um empecilho ao acesso aos serviços de saúde. Pode demonstrar também o medo que ao acessar um serviço de saúde sem dispor de documentos ou de situação migratória regular possa gerar denúncia as autoridades policiais e jurídicas impedindo uma futura regularização dos seus documentos e da sua situação migratória. O acesso aos serviços de saúde é um direito de todas as pessoas estrangeiras, independente de sua situação migratória, sem os documentos ou em situação irregular e que o acesso aos serviços de saúde não representa nenhum entrave na futura regularização na situação migratória com a emissão de documentos. É importante destacar a diversidade da população de migrantes no Brasil, marcadas por diversos países e etnias. Existe uma multiplicidade cultural nesse grupo de pessoas. Não se pode presumir que uma estratégia de mediação seja eficaz para todos os grupos. A denominação migrante é apenas a entrada para um universo cultural, social, linguístico e econômico diversificado.

Segundo Reichert *et al.* (2021), os migrantes usuários de álcool e outras drogas em uso prejudicial apresentam como agravantes das barreiras de acesso aos serviços de saúde a barreira de proficiência linguística e compreensão do idioma, vulnerabilidade financeira, a falta de documentos, além da inexistência ou insuficiência de serviços específicos para o atendimento de pessoas estrangeiras em situação migratória. Faz-se importante o incentivo às ações visando à superação dessas barreiras e a possibilidade do exercício da cidadania plena e participação social destas pessoas.

---

#### 6.4.6 População em situação de rua

Rossi e Tucci (2020) afirmam que essa população se trata de um grupo heterogêneo, no entanto que apresentam características em comum identificando suas formas de ser e viver. Grupo constituído por seres humanos, que vivem em condições sub-humanas, com inúmeras dificuldades. Em suas trajetórias de vida apresentam perdas e rupturas: a perda dos relacionamentos familiares, o emprego, onde morar, da autoestima, da dignidade da pessoa humana. Sofrem violações dos direitos humanos, intolerância da sociedade e em seus corpos carregam o estigma demonstrado pela discriminação e pelo preconceito que sofrem em seu cotidiano. Esta população em situação de rua, assim como o grupo das mulheres, além de estarem na situação de rua ou de vulnerabilidade sofre o duplo estigma que produz maior sofrimento como consequência da discriminação e preconceito. O acolhimento dos profissionais de saúde da rede pública que foi oferecido à população em situação de rua foi considerado como frio, distante e discriminatório no atendimento. O processo do estigma social da população em situação de rua usuária de substâncias psicoativas pode ser considerado como o maior desafio na inserção social desse grupo de pessoas.

Segundo Reichert *et al.* (2021), o acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua enfrenta barreiras que estão relacionadas ao cerceamento de direitos e uma variedade de sobreposições de condições de vulnerabilidade pelas quais vivem essa população o que as tornam vulneradas vivendo em situação de miséria física, psíquica, econômica e social. Estas pessoas demonstram sentimentos de autorrejeição, sentimento de menos-valia e baixa autoestima como consequência do estigma e da discriminação que estes indivíduos sofrem em seu cotidiano. Estas pessoas sofrem julgamento moral a partir do ingresso nos serviços de saúde até mesmo a proibição de acesso aos serviços, em virtude da maneira como chegam aos locais, o que pode desmotivar a volta aos serviços de saúde, além de outros motivos como o reforço da autoexclusão ou do estigma internalizado. Verificaram-se dificuldades por parte dos profissionais de saúde no cuidado destas pessoas na cena onde vivem além da flexibilização das estratégias de atuação. Existe uma forte preocupação sobre o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde e assistência social e especialmente no que se refere o dever de propor políticas que levem em consideração as particularidades dessas pessoas e seus variados subgrupos. Na maioria dos casos, as políticas existentes apresentam caráter compensatório e assistencialista, geralmente sem guardar coerência com a realidade dessa população, não permitindo o acesso aos seus direitos sociais.

A população em situação de rua é vulnerada, pois não tem a percepção que é vulnerada. Quando entrevistados e perguntados essa população em geral sempre se culpabiliza por sua situação. Eles compreendem que são fracassados. As barreiras de acesso aos serviços e a busca por melhores condições de vida são atribuídas a si mesmos. Esse sentimento de culpa é intensificado por serem considerados marginalizados pelos demais moradores das cidades bem como pelos agentes públicos, que tem repulsa, medo e demonstram indiferença. A ausência da noção da dimensão de sua vulnerabilidade entre a população em situação de rua os torna ainda mais vulnerados, pois possuem uma falsa ideia de que sozinhos conseguirão se libertar dessa situação de vulneração, o que na maioria das vezes não é verdade. Quando se afirma que essa população em situação de rua está em situação de vulneração existe uma obrigação moral e ética para a proteção desse grupo de pessoas (SOTERO, 2011).

No Brasil existem pessoas em situação de rua desde o período do Brasil como colônia, iniciado com o processo de abolição da escravatura e transição para o capitalismo. No entanto, somente no ano de 2009 o Governo Federal realizou a formalização de uma política pública para essa população, através do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 que:

Institui a Política Nacional para População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências levando em consideração como: grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular (BRASIL, 2009, s/p).

Entre as pessoas que estão em situação de rua é notadamente comum que façam uso prejudicial de álcool e outras drogas, com a prevalência de transtornos mentais graves, baixo nível de escolarização e vínculos familiares fragilizados ou rompidos. Nas grandes cidades, essa população em situação de rua é cada vez mais numerosa. O acesso aos cuidados e aos serviços de saúde bem como o acolhimento humanizado, foram destacados como formas de ajudar as pessoas a saírem das ruas. O cuidado do uso prejudicial de álcool e outras drogas e tratamento dos transtornos psiquiátricos ajudaria no empoderamento da pessoa. Para as pessoas em situação de rua é muito difícil falar em futuro, visto que o aqui e o agora estão muito presentes. Isso levou a um estranhamento, como se pensassem: “Como planejar o futuro, se meu presente é incerto”? (p.641-642) Sobre seus desejos, é notório para muitos que a dor é minimizada pelo efeito do uso prejudicial do álcool na forma da cachaça (CRUZ e TAQUETTE, 2020).

Castel (1997) apresenta três situações qualitativamente diferentes, no entanto, todas tem em comum a pobreza: 1) **a pobreza integrada** – conjunto de trabalhadores pobres; 2) **a indigência integrada** – pessoas que dependem da caridade da comunidade e 3) **a indigência desfilhada** – que é marginalizada, excluída, que não tem lugar no trabalho e nas redes de apoio social comunitário. Os esquemas descritos não devem ser compreendidos de maneira estática, mas sim de maneira dinâmica. A permanência das pessoas não é de maneira definitiva ocorrendo passagens umas para as outras constantemente. **A zona da vulnerabilidade** é um lugar social com grande instabilidade, turbulência e com várias pessoas que possuem vínculos precários com o trabalho além de sua rede de suporte social também fragilizada. Existe um risco constante de caírem nesta última zona, como fim do percurso. Sendo assim, é a vulnerabilidade que resulta a marginalização ou a desfiliação. Como exemplo, a regulamentação da vagabundagem foi conduzida para a sua criminalização. Bem como os pacientes psiquiátricos com o reconhecimento de sua especificidade com formas de exceção e assim a exclusão social. Uma crítica ao estatuto da internação em hospitais psiquiátricos e da legislação especial para os pacientes psiquiátricos é a dita desinstitucionalização selvagem e com isso pacientes psiquiátricos passam a integrar a zona de marginalidade como errantes abandonados. Portanto, os usuários de drogas e a população de rua são considerados como desfilhados.

Quadro 7 - Populações vulnerabilizadas e barreiras de acesso

<b>Populações vulnerabilizadas</b>	<b>Barreiras de Acesso</b>
<b>Mulheres</b>	Duplo estigma – uso de drogas e papel social
<b>População Negra</b>	Racismo, criminalização, encarceramento e genocídio
<b>Grupo LGBTQIA+:</b>	Preconceito
<b>Migrantes</b>	Barreira linguística e desconhecimento de acesso ao sistema de saúde
<b>População em situação de rua</b>	Preconceito, não possuem documentos – duplo estigma

Fonte: Reichert *et al.* (2021).

## 6.5 PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O USO PREJUDICIAL DE DROGAS

As políticas públicas sobre o uso prejudicial de álcool impactam no acesso dos usuários de álcool e outras drogas. Daí a importância de serem estudadas. Dessa maneira, os investimentos nessas políticas demonstram as prioridades de quem elabora essas políticas.

Veremos que a Comunidade Terapêutica é o dispositivo mais acessado pela população que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas, demonstrando que o modelo moral, do asilamento e do isolamento se tornou predominante em detrimento do modelo psicossocial que considera os CAPS como norteador da Rede de Atenção Psicossocial.

### **6.5.1 A Política Nacional sobre Drogas**

A partir de 1998 o Brasil inicia a construção de uma política específica para a redução da demanda e ofertas de drogas. Ocorreu após a XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, onde se discutiu os princípios para a redução da demanda de drogas. Houve adesão do Brasil e como uma das primeiras medidas tomadas o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e criada a Secretária Nacional Antidrogas (SENAD) ligada diretamente a Casa Militar da Presidência da República. Com o objetivo de coordenação da Política Nacional Antidrogas, através da articulação entre o governo e a sociedade, coube à SENAD a mobilização dos vários atores envolvidos sobre o tema com objetivo da criação primeira política brasileira sobre drogas. Pelo Decreto Presidencial nº 4345 de 26 de agosto de 2002, foi então instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), sendo então a primeira política sobre drogas no país. No ano de 2003, o Presidente da República apontou a necessidade da construção de uma nova agenda sobre a redução da demanda e oferta de drogas no Brasil que viesse a contemplar os três pontos principais: 1) A integração das políticas públicas setoriais com a Política de drogas com o objetivo de aumentar o alcance das ações; 2) A descentralização das ações ao nível municipal, permitindo a condução local da redução da demanda, com adaptação da realidade de cada município; 3) estreitamento da sociedade com a comunidade acadêmica científica. Nos primeiros anos da Política Nacional Antidrogas o tema sobre drogas esteve em pauta além do aprofundamento do assunto. Houve necessidade da reavaliação e atualização dos fundamentos da PNAD em decorrência das transformações políticas, sociais e econômicas que o Brasil e o mundo que vinham passando. No ano de 2004, houve uma atualização e realinhamento da política, que se deu através de um Seminário Internacional sobre Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas. Com uma importante participação popular, além do embasamento científico e epidemiológico, a política atualizada passou a se chamar de Política Nacional sobre Drogas. Esta atualização da política foi aprovada em 23 de maio de 2005 e

entrou em vigor em 27 de outubro de 2005 por meio da Resolução nº 3 da CONAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Como resultado da atualização e realinhamento da política o prefixo anti da Política Nacional Antidrogas foi substituído pela expressão sobre, conforme tendências internacionais, a demanda popular e o posicionamento do então governo. A Política Nacional sobre Drogas concebe assim os fundamentos, objetivos, diretrizes e estratégias objetivando a redução da demanda e da oferta de drogas e que sua condução possa ser articulada e planejada. Esse esforço resulta em importantes conquistas, com o reflexo na transformação histórica sobre a abordagem do tema no país (DUARTE e DALBOSCO, 2018).

A Política Nacional sobre Drogas, em sua primeira versão, foi instituída em 23 de maio de 2005, o que representou uma mudança significativa na perspectiva com a substituição da Política Nacional Antidroga. A política Antidrogas instaurou um modelo belicista, no qual as drogas são retratadas como ameaça a humanidade e a vida em sociedade, com a busca incessante atingir o ideal da construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e indevido do uso de drogas lícitas (FAGUNDES, 2019).

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD) de 2005 fazia as seguintes proposições: 1) Reforço da necessidade de ações de reinserção familiar, social e ocupacional por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros; 2) Propõe a integração das intervenções para tratamento, recuperação; 3) Lista os componentes da rede, incluindo entre estes o corpo de bombeiros, as clínicas especializadas, as casas de apoio e convívio e as moradias assistidas; 4) Destaca a integração com o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS); 5) Orienta para que sejam contempladas as estratégias de redução de danos e a necessidade de reinserção social e ocupacional.

De acordo com Duarte *et al.* (2020), o Decreto 9761 de 2019 aprovou a Política Nacional sobre Drogas, assumindo a abstinência das pessoas em relação ao uso de drogas como meta da assistência, removeu a Redução de Danos (RD) como política oficial e deu foco as comunidades terapêuticas. É importante a compreensão do conflito entre a Redução de Danos e a política antidrogas de caráter proibicionista que sustenta a abstinência. Houve importante queda no número de leitos nos hospitais psiquiátricos, no entanto, houve uma expansão nas comunidades terapêuticas, que foram inseridas através da Portaria 3088 de 2011, no componente de Atenção Residencial de caráter Transitório, ofertando cuidado contínuo por até 9 meses para adultos com uso prejudicial de drogas. No entanto, a portaria 3588 de 2017, publicada sem o diálogo com

os movimentos sociais de defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira em curso, merece análise em profundidade. A nova redação da Política Nacional sobre Drogas de 2019 não faz menção política de redução dos danos sociais e saúde, não há menção aos CAPS, estímulo às comunidades terapêuticas além da utilização de termos como abstinência.

Segundo Gomes *et al.* (2020), as comunidades terapêuticas são legalmente reconhecidas como serviços de assistência pública voltados as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas conforme a lei 13.840 de 2019, sendo que a maioria dessas comunidades terapêuticas possui viés religioso. No ano de 2019 foi aprovada a (nova) Política Nacional sobre Drogas – PNAD através do decreto 9761. Este novo texto faz estímulo e propõe apoio a expansão das comunidades terapêuticas, inclusive sob o aspecto do financiamento. É importante frisar que mesmo legalmente reconhecidas em 2019, estas instituições já compunham a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desde 2011, através da portaria 3088/2011. O tratamento proposto na maioria das comunidades terapêuticas tem suas bases em um tripé: o trabalho, a disciplina e a espiritualidade. A laborterapia aplicada como cuidado e forma de imposição da religião que dá a orientação à instituição, em instituições de natureza religiosa, em geral das religiões evangélicas. Em alguns casos existe a combinação de equipes multiprofissionais.

Segundo o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2018, a prática da laborterapia o trabalho realizado teria uma função disciplinar, prática esta que contraria os princípios da Reforma Psiquiátrica estabelecida no Brasil com a implantação da lei 10.216/2001. Este mesmo relatório demonstrou que a equipe profissional é incomum, os vínculos profissionais se dão através de contratos precários. Os serviços em sua grande maioria ocorrem através de trabalho voluntário de fiéis ligados às instituições religiosas e internos reabilitados. O relatório também verificou o uso de punições e castigos físicos aos internos que não se adequam aos “princípios” (p.124) das comunidades terapêuticas, além do cerceamento do direito de ir e vir, a retenção dos pertences pessoais e a proibição da comunicação com seus familiares (GOMES *et al.*, 2020).

Em geral, estas comunidades, se localizam em áreas isoladas, áreas rurais e distantes, apresentando como preceito o isolamento como método de tratamento, o afastamento dos usuários do território e de seus familiares. Tal “tratamento” (p.124) impede o acesso dos familiares, por um período de tempo, dificultando o acompanhamento. Vem se observando o aumento das vagas públicas nestas instituições. No debate atual das políticas de drogas é importante estabelecer a relação do contexto político e a expansão de práticas conservadoras e

religiosas no contexto da saúde mental. As legislações aprovadas e publicadas no ano de 2019 foram importantes estímulos aos editais abertos no território nacional favorecendo o financiamento das Comunidades Terapêuticas. O Decreto 9761 de abril de 2019 revogou o Decreto 4345. Determinou que a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública realizariam a articulação e a coordenação para a implementação da Política Nacional sobre Drogas, através de suas competências. Esta Política Nacional sobre Drogas estabelecida no ano de 2019, diferente da anterior, excluiu a redução de danos, o estímulo a expansão das comunidades terapêuticas como principal estratégia de cuidado, além do posicionamento contra a descriminalização das drogas. Sendo assim, a Política Nacional sobre Drogas do ano de 2019, estimula, apoia inclusive, no seu financiamento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das comunidades terapêuticas, promovendo então a sua legitimação (GOMES *et al.*, 2020).

Segundo o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (2017) demonstra os serviços onde as pessoas referiram ter recebido tratamento em algum momento de suas vidas. Em primeiro lugar, o lugar mais citado foi a Comunidade Terapêutica. Em segundo lugar, as Unidades de Acolhimento e em terceiro lugar os CAPSad. As substâncias psicoativas para as quais a pessoa buscou tratamento, em primeiro lugar aparece o álcool, em segundo lugar o tabaco, em terceiro lugar a cocaína em pó, em quarto lugar o crack, merla, oxi e pasta base e em quinto lugar a maconha, haxixe ou skank.

#### A) A Lei 11343/2006 – Lei sobre drogas

No ano de 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho do governo sentido de assessorar parlamentares no que resultou a aprovação da Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), superando uma legislação bastante obsoleta e que não levava em conta as pesquisas científicas e as transformações sociais. Esta lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional com a instituição do SISNAD e a prescrição de medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social do uso prejudicial de drogas. Essa lei nasce pela necessidade da compatibilização de dois instrumentos normativos existentes: as Leis 6368 de 1976 e a 10.409 de 2002. A partir da edição da lei 11.346 estas duas outras leis foram

revogadas e houve o reconhecimento das diferenças entre traficante e usuário/dependente, sendo então tratados de maneiras diferentes e ocupar seções diferentes na lei. O Brasil passou a compreender que usuários de drogas não devem ser penalizados pelo poder Judiciário com o cerceamento de sua liberdade. Essa abordagem em relação ao porte de drogas para uso individual tem sido fortemente apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes em estudos, nos quais a atenção ao usuário de drogas deve ter a oportunidade de refletir sobre o próprio consumo, em detrimento do encarceramento. Sendo assim, a justiça retributiva, que se baseia no castigo é então substituída pela justiça restaurativa, que tem como objetivo a ressocialização através de penas alternativas como: a advertência sobre os efeitos das drogas, a prestação de serviços à comunidade em locais que se ocupem da prevenção e da recuperação de usuários de drogas e medidas educativas como o comparecimento a cursos e programas educativos (DUARTE e DALBOSCO, 2018).

Atualmente a Lei 11.343 sofreu alterações pela criação da lei 13.840 de 5 de junho de 2019. Para Albuquerque e Azevedo (2020) essa alteração na lei que estrutura o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD) demonstra alguns aspectos centrais: o primeiro deles, as ações penais mais severas contra o tráfico de drogas, a substituição da redução de danos como política de cuidados para a abstinência total, a possibilidade de internação compulsória como medida de desintoxicação, poder ser solicitado por qualquer órgão do SISNAD e as comunidades terapêuticas como espaços prioritários de cuidado, em detrimento dos CAPSad e Unidades de Acolhimento, sendo estas comunidades terapêuticas financiadas com recursos públicos. Houve, portanto, uma retomada ao paradigma jurídico médico com o endurecimento das penas aos considerados traficantes e a imposição da abstinência e medidas extremas como a imposição da abstinência completa e total e as internações involuntárias e compulsórias. A priorização e o crescimento das comunidades terapêuticas como local de tratamento e acolhimento para pessoas usuárias de substâncias psicoativas gera preocupação no campo do coletivo profissional, uma vez que estes espaços têm como pilar de suas práticas a abstinência total e completa. Estes espaços têm recebido maior visibilidade e recursos financeiros do Estado através da Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas conforme preconiza a nova lei. Estas instituições têm violado uma série de direitos dos usuários: negam a condição de sujeitos, os rotulam, provocam estigmatização e conferem punições e castigos como assistência violando a dignidade humana, demonstrando um viés para o desmonte do Sistema Único de Saúde e a privatização de recursos oriundos de fontes públicas. Em geral

estas instituições têm um viés fortemente religioso, considerando a questão do uso prejudicial das drogas como pecado.

## B) A Política Nacional sobre o Álcool

Segundo Duarte e Dalbosco (2018) a Política Nacional sobre o Álcool foi constituída através de um amplo debate. Em julho de 2005, o Conselho Nacional de Drogas preocupado com a gravidade relacionada ao uso prejudicial de álcool e com a finalidade de ampliação da participação social no debate de um tema de extrema relevância constituiu a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA), em sua composição diversos órgãos governamentais, painel de especialistas, legisladores e membros da sociedade civil. A Câmara Especial havia iniciado suas atividades através dos trabalhos do Grupo Técnico Interministerial criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2003. Trata-se de uma política realista, sem o viés fundamentalista ou de banalização do consumo, fortemente embasada em dados epidemiológicos e científicos. A política sobre o álcool apresenta preocupação da sociedade com o uso cada vez mais prematuro da substância assim a repercussão negativa nos âmbitos da saúde e da segurança. Através do Decreto nº 6117, em maio de 2007, foi publicada a Política Nacional sobre o Álcool que apresenta como objetivo geral o estabelecimento de princípios norteadores para lidar de maneira coletiva com os problemas relacionados ao uso prejudicial do álcool, permitindo a intersetorialidade e a integralidade das ações de redução de danos sociais, à saúde e a vida como resultado pelo uso prejudicial da substância, além de situações de violência e criminalidade que podem estar associadas ao uso prejudicial de álcool. Essa política reconhece a relevância da implementação de diversas medidas articuladas entre si e numa resposta efetiva ao clamor da sociedade por ações mais concretas no sentido de proteger diferentes segmentos sociais mais vulneráveis ao uso prejudicial de álcool, acompanhada de um conjunto de medidas a serem implementadas pelos órgãos do governo, dentro das suas competências e outras através da articulação com o Legislativo e diversos setores da sociedade. As medidas estão no anexo II do Decreto 6117 e são divididas em 9 categorias: 1) O diagnóstico do consumo de álcool no Brasil; 2) Tratamento e reinserção social de usuários de álcool; 3) A realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso prejudicial de bebida alcoólica; 4) Redução na demanda de álcool para populações vulneráveis; 5) Segurança Pública; 6) A associação do álcool e trânsito; 7) A capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados

à saúde, educação, trabalho e segurança pública; 8) O estabelecimento de parcerias com os municípios para ações de caráter municipal; 9) A propaganda de bebidas alcoólicas. É importante ressaltar, como destaque, como medidas para minimizar as repercussões negativas do uso prejudicial do álcool, no que se refere às ações ligadas à associação de álcool e trânsito, uma vez que o uso prejudicial de álcool não atinge somente populações vulnerabilizadas, mas são estão associadas a altos índices de morbidade e mortalidade na população em geral. Por isso, foi necessário o desenvolvimento de medidas para evitar o ato de beber e dirigir.

Após um longo debate, a Lei 11.705 de 19 de junho de 2008, conhecida como lei seca, foi sancionada na ocasião da X Semana Nacional sobre Drogas. Essa lei modificou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro (CTB) impondo penalidades mais severas aos condutores de veículos que estejam sob a influência de álcool ou outra substância psicoativa que provoque dependência. Com essa Lei, o condutor que apresentasse qualquer concentração de álcool no sangue seria submetido às medidas administrativas e penalidades que estão previstas no artigo 165 da Lei 9503 de 1997, como a retenção do veículo até a apresentação de um condutor habilitado, recolhimento da habilitação, multa e suspensão do direito de dirigir por 12 meses. O condutor que apresentasse concentração de álcool igual ou superior a 6 dg/L o que corresponde à concentração alcoólica de 0,30 mg/L no ar alveolar expirado, verificado no teste de etilometria, além das medidas administrativas e penalidades citadas, estão sujeitos a pena de detenção de seis meses a três anos. Nas rodovias federais ou nas vias que dão acesso a estas rodovias foram proibidas a venda varejista e o oferecimento de bebidas para consumo local. Os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas tornaram-se obrigados a exibir aviso informativo que é crime dirigir sob a influência do álcool, passível de detenção. Em 20 de dezembro de 2012, a Lei 12.760, alterou novamente o Código de Trânsito Brasileiro e tornou maior de maior gravidade as medidas administrativas e penalidades com a responsabilização penal. Os condutores que se recusarem a realização do teste de etilometria (bafômetro) ou outros testes que comprovem a alteração na capacidade psicomotora decorrente do uso do álcool ou quaisquer outras substâncias psicoativas que provoque dependência podem ser enquadrados e punidos criminalmente. O condutor pode ser submetido ao teste de alcoolemia, exame clínico, perícia, prova testemunhal ou qualquer outro procedimento capaz de identificar o uso de álcool ou outras substâncias psicoativas. Podem ser feitas imagens, vídeos ou a constatação de sinais que demonstrem alterações na capacidade psicomotora. A resolução 432 do CONTRAN de 23 de janeiro de 2013:

Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e seus agentes na fiscalização do consumo de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência como exame de sangue, exames laboratoriais, teste de etilometria, exames clínicos, a verificação dos sinais que indiquem a alteração da capacidade psicomotora do condutor e também poderão ser utilizados prova testemunhal, imagem, vídeo ou qualquer outro meio de prova em direito admitido (BRASIL, 2013, s/p.).

Com a nova Lei, qualquer concentração de álcool no sangue está sujeita as penalidades administrativas e multa. Essas medidas objetivam a redução no número de acidentes de trânsito no Brasil, coibindo a associação do uso de álcool e outras substâncias psicoativas ao ato de dirigir. (DUARTE e DALBOSCO, 2018).

### C) Políticas sobre o uso prejudicial de drogas

De maneira didática, elaboramos um quadro com as principais políticas divididas em políticas proibicionistas ou proibicionismo e políticas não proibicionistas ou não proibicionismo. Faremos a apresentação do quadro e posteriormente realizaremos a discussão sobre cada item elencado. É importante destacar que as políticas aqui descritas estão em constante aprimoramento e atualização e que o seu debate aqui neste trabalho não encerra a discussão. Cada política será descrita após análise cuidadosa e as mesmas são temas de artigos, livros, monografias de conclusão de curso, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

#### Quadro 8 – Políticas sobre drogas

<b>Políticas proibicionistas</b>	<b>Políticas antiproibicionistas</b>
Criminalização	Descriminalização/Regulamentação
Guerras às Drogas	Redução de Danos
Comunidades Terapêuticas	Consultórios na Rua

O uso prejudicial de drogas é um grave problema de saúde pública com origens multifatoriais envolvendo as dimensões biológicas, psíquicas, sociais e culturais e constitui um grande desafio para a implementação de políticas de integração e com abrangência. No âmbito da justiça e segurança pública existem dois paradigmas: o proibicionismo e o

antiproibicionismo. No âmbito da saúde e da assistência social há três paradigmas: o asilar, o psicossocial e o da Redução de Danos (RD) (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

#### D) Proibicionismo

A ideologia proibicionista que inclui a chamada “Guerra as Drogas” (p.1456) objetiva o combate ao tráfico de drogas e promove a criminalização de usuários e traficantes, buscando um mundo livre de drogas. Está fortemente associado ao discurso antidrogas, fruto dos diversos tratados internacionais cujo compromisso é a repressão do consumo, produção e oferta. (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

As substâncias psicoativas conhecidas como drogas foram consumidas pelas mais diversas civilizações, em diferentes momentos históricos com finalidade recreativa, religiosa ou medicinal. A regulação em relação ao consumo das drogas ocorreu em dados momentos, locais apropriados e moderação. A percepção social sofreu modificações em diversos momentos, mas atualmente o uso de drogas é compreendido como algo imoral, nocivo e pejorativo pela ideologia proibicionista. Sobre a origem do proibicionismo, o consumo de drogas, até o início do século XX, era fortemente tolerado. O comércio de substâncias, que atualmente são consideradas ilícitas como o ópio, canabis e cocaína, era no início do século, legal e popularmente utilizadas para fins medicinais e recreativos, demonstrando que o fenômeno do proibicionismo é recente. É importante compreender os aspectos que levaram a essa rápida mudança da percepção social do uso das drogas, ou seja, para um paradigma proibicionista e da ilegalidade. A política proibicionista tem a ver, sobretudo com a droga mais antiga da história: o ópio. O ópio é a droga mais antiga consumida pela humanidade. Em virtude dos conflitos e guerras entre a China e a Inglaterra houve forte influência na mudança da percepção social em relação às drogas, ou seja, uma mudança do paradigma antes de tolerância, para uma posterior política proibicionista. (FAGUNDES, 2019).

De acordo com Fagundes (2019, p. 24):

A percepção social sobre o consumo do ópio começou a se modificar e chamar a atenção internacional devido à evolução do seu padrão de consumo. As plantas psicoativas eram consumidas até meados século XIV, geralmente por via oral, *in natura* ou através de infusões, o que estabelecia uma margem de segurança em relação à superdosagem, pois havia baixa concentração de componentes psicoativos. Com a mudança do hábito de consumo influenciado pelo tabagismo, hábito de origem ocidental, o ópio passou ser fumado, o que ocasionou a rápida

disseminação do seu uso para fins recreativos no Reino Unido, nos Estados Unidos da América e na China, causando sérios problemas de dependência.

Para Rodrigues (2003) a ligação entre o controle social e o proibicionismo fica nítida quando se percebe quais são as pessoas que ocuparam os papéis de traficantes e usuários. Sendo assim, desde tempos remotos da proibição das drogas as atividades de produção e vendas foram delegadas as pessoas marginalizadas da sociedade. De maneira ilegal, o mercado das drogas trouxe a tona pessoas que não tinham espaço no mercado legal como os pobres, analfabetos e marginalizados sendo recrutados para o então nascente mercado ilegal de drogas ou narcotráfico. Essa classe de pessoas eram os alvos das políticas de contenção social. Eles já eram os corpos que ocupavam os sistemas penitenciários. Encarcerados por ameaça aos costumes e aos homens de bem, essas pessoas eram consideradas desviantes e passaram também a ser rastreadas pela negociação de “pequenos venenos” (p.109). Com isso antigos preconceitos foram direcionados dando a proibição como característica especial para a prisão daqueles que efetivamente deveriam ser presos.

O controle e a proibição do uso e comércio de drogas no início do século XX se baseavam em três aspectos. O primeiro aspecto se trata que o consumo de ópio apresentava importantes efeitos colaterais, sendo a dependência o principal deles o que gerava forte impacto a saúde pública. O segundo a classe médica desejava obter o monopólio sobre a prescrição das drogas. E por fim, a disseminação das drogas com finalidades recreativas pelas classes mais pobres provocava repercussões na ordem social. Com isso, a questão das drogas tornou-se um problema com três ameaças: à moral, a saúde pública e a segurança pública. (ESCOHOTADO, 2004; RODRIGUES, 2004; SILVA, 2013; FAGUNDES, 2019).

De acordo com D’Elia Filho (2007) e Fagundes (2019) com objetivos econômicos, pois o consumo do ópio provocava letargia e isso prejudicava os trabalhadores a serem efetivamente produtivos, desde o fim do século XIX e início do século XX, os Estados Unidos passaram a conduzir a política mundial de controle e comercialização de drogas. Além disso, os Estados Unidos buscavam desacelerar o desenvolvimento da Inglaterra. O criminólogo Sebastian Sheerer demonstra esse interesse econômico imediato ao analisar que a iniciativa americana estava limitada a um acordo com objetivo de livrar a população chinesa da dependência do ópio, a China da colonização e o comércio chinês do monopólio da exportação da Índia Britânica. Sob uma percepção moral dos norte-americanos brancos e protestantes em que o uso dessas substâncias psicoativas produzia atos de pecado tratando esse hábito como exótico e

condenável ou por tirar os empregos dos homens de bem. Sob a liderança dos Estados Unidos em 1909 foi criada a Comissão do Ópio em Xangai que tinha como objetivo discutir o consumo prejudicial de ópio na China e promover um levantamento global sobre a questão das drogas.

A Inglaterra, prejudicada com a proibição do comércio de ópio, condicionou sua participação na Convenção de Haia o debate de outras substâncias psicoativas como a cocaína e outros derivados do ópio gerando prejuízos também para outros países como Alemanha, França, Holanda e Suíça que possuíam indústrias farmacêuticas em seus territórios e comercializavam a cocaína.

A Conferência de Haia de 1912 foi o marco da política proibicionista dos Estados Unidos no âmbito mundial e houve a necessidade do estabelecimento de cooperação internacional para o controle de substâncias psicoativas, restringindo-as ao uso recreativo para o uso somente medicinal. Com o passar do tempo, a percepção social foi estendida às outras drogas como a proibição total da cocaína e os derivados da coca e a maconha. Faz-se importante destacar que o movimento proibicionista tem origem na moralidade, conservadorismo, puritanismo e bons costumes, ideais ligados às igrejas cristãs protestantes. Nos Estados Unidos o alvo dos ataques do conservadorismo cristão protestante foram os *sallons* locais que concentravam “vícios” (D’ELIA FILHO, 2007, p.81) como: jogos de azar, prostituição e consumo de álcool, forte afronta à moralidade cristã protestante. É importante a compreensão do início da proibição das drogas nos Estados Unidos, pois nos permite entender a atual política internacional de repressão através do estereótipo moral, o distanciamento entre as drogas permitidas e as proibidas e aqueles que consomem umas e outras, bem como o desenvolvimento de um paradigma biomédico, distinguindo o traficante do usuário que surge em 1914 com a edição do “*Harrison Act*”. Na França, em 1916, “*Lois sur les drogues*” e na Grã-Bretanha, em 1920, o “*Dangerous Drug Act*” (FAGUNDES, 2019, p.29). O “*Harrison Act*” restringiu para a classe médica a prescrição de substâncias psicoativas. O consumo, apesar da criação da norma, não foi restrito ao uso médicos, mas persistiu o uso recreativo e automedicação. Foi então, dessa maneira, criado legalmente o tráfico de drogas, que daria os primeiros passos na economia do narcotráfico. Os estereótipos morais e médico estavam presentes desde o início das políticas proibicionistas no território dos Estados Unidos e que possuíam um alvo selecionado que era associado ao uso de substâncias perigosas as classes também consideradas perigosas, estando sob constante suspeita e vigilância a população mais pobre que já era vigiada e controlada pelo aparato de repressão do Estado. Negros, hispânicos, chineses e irlandeses eram considerados como “anormais” e com as drogas que passaram a ser ilegais criou-se a possibilidade do

controle dessas populações, tendo como argumento o combate ao tráfico. Toda essa criação de estereótipos criminosos, controle punitivo das classes consideradas como perigosas e repressão ao comércio ilegal de drogas ainda existe no modelo atual. E sobre uma perspectiva histórica agricultores de coca bolivianos e os moradores das comunidades periféricas do Rio de Janeiro também passaram a ser alvos dessa política de controle. No ano de 1919 é decretada nos Estados Unidos a lei seca pelo Congresso Nacional norte-americano através da 18ª emenda constitucional que proibiu totalmente a produção, circulação, estocagem e venda de bebidas alcoólicas no território dos Estados Unidos que acabou por criar uma rede de traficantes e organizações capazes de suprir a demanda de consumo de álcool através do comércio ilegal criado em decorrência da Lei Seca americana. A lei seca foi revogada em 1933, mas foi responsável pelo fortalecimento do crime nos Estados Unidos, além de expor a população norte-americana ao consumo de bebidas mais prejudiciais a saúde. A revogação da lei seca não significou quanto à proibição do álcool nos Estados Unidos não significou uma reavaliação das políticas proibicionistas de outras substâncias de maneira global. Em 1931, foi realizada, a 1ª convenção de Genebra cuja finalidade era o estabelecimento de medidas de supressão do ópio no Extremo Oriente. Os resultados foram a abolição das concessões do comércio de ópio e a limitação das drogas com finalidades médicas e científicas nos estados. Em 1936, foi realizada, a 2ª conferência de Genebra que marcou a proibição internacional com a imposição do modelo norte-americano, com a obrigação dos países signatários na criação de departamentos de repressão ao tráfico de drogas. Demonstra-se, portanto, a importância dos tratados internacionais na mudança de percepção social do uso de drogas passando de uma tradição para a criminalização. (RODRIGUES, 2006; D'ELIA FILHO, 2007; FAGUNDES, 2019).

Rosa Del Omo (1998) nos alerta sobre divergências geopolíticas de acordo com o país, como exemplo o México que é responsável pela entrada de heroína nos Estados Unidos, além de sua farta produção de maconha recebe um lugar menos repressivo que a Colômbia. No início dos anos 60 ocorrem importantes modificações na política internacional sobre drogas. Nessa década se estabelece o modelo médico e sanitário considerando a droga como dependência. Nessa época marcada pela rebeldia estudantil, da marcada contracultura, movimentos de protestos políticos, rebeliões dos negros, pacifistas, Revolução Cubana, movimentos de guerrilhas na América Latina, Guerra do Vietnã. Apareceram as drogas psicodélicas como o LSD e o aumento do consumo da maconha não somente entre os trabalhadores mexicanos, mas entre as classes médias e altas americanas.

A Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, realizada pela ONU, representou um grande marco nos esforços internacionais para controlar as drogas. A ONU conseguiu simplificar o arcabouço legal de controle do comércio de drogas que havia sido criado ao longo de meio século e que estimulará uma rede de obrigações entre os Estados complexa e plena de brechas e limitações. Possibilitou a instituição de um extenso sistema de controle e atribuiu a responsabilidade aos estados parte de incorporação das medidas ali previstas em suas legislações nacionais, além de ter reforçado o controle sobre a produção, distribuição e comércio de drogas nos países nacionais. Foram declaradas ‘ilícitas’ as plantas contendo substâncias para produção de drogas entorpecentes ou psicotrópicas (aí se incluindo folha de coca e *cannabis*) e estabeleceu um marco jurídico multilateral para sua erradicação. Estabeleceu também, repressão total ao uso para fins recreativos, como exemplo, o fumo de ópio e *cannabis* e a mastigação de folhas de coca, além de estipular prazo para que os países colocassem fim aos seus hábitos milenares (FAGUNDES, 2019, p.30).

A Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 que resultou em um protocolo assinado em 1972 pelos Estados participantes e iniciou uma ideologia da diferenciação a partir do modelo médico jurídico como pontua Rosa Del Omo (1990) como característica principal a distinção do traficante que é tratado como criminoso e o consumidor que é tratado como doente. Desde modo, o discurso jurídico passa a ser fortemente influenciado pelo discurso médico com a difusão do estereótipo da dependência para o consumidor, usuário iniciando diversos tratamentos. A ideologia da diferenciação criada na década de 60 propõe para o usuário, um médico psiquiatra, um psicólogo, um assistente social e para o traficante o sistema penal, o carcereiro (D’ELIA FILHO, 2007).

Na visão de Albuquerque e Azevedo (2020) a ideologia proibicionista regida pelos Estados Unidos e da Organização das Nações Unidas tem como objetivo a supressão do uso de algumas substâncias, o controle e a circulação para o término da produção de determinadas drogas e para isso foram desenvolvidas leis que regulamentam, proíbem e criminalizam a produção, comercialização e consumo de substâncias não consideradas lícitas.

Sobre esta ideologia:

O proibicionismo é, de fato, objetivado através das três convenções da ONU sobre a matéria: a Convenção Única sobre entorpecentes de 1961; o Convênio sobre substâncias psicotrópicas de 1971; e a Convenção de Viena de 1988, realizada contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas. Todavia, embora o Brasil apresente uma relação heterônoma aos EUA, a *proibição das drogas* no país apresenta particularidades decorrentes do seu passado colonial e da modernização conservadora, principalmente, no período da ditadura civil-militar que, por meio da ideologia da Segurança Nacional, conformou uma perspectiva beligerante do *direito penal do inimigo* na política sobre drogas (AZEVEDO e ALBUQUERQUE, 2020, p.344).

## E) Guerra às Drogas

As políticas voltadas aos usuários de drogas, na segunda metade do século XX, eram em sua quase exclusividade baseada em práticas repressivas que objetivavam a redução da oferta de drogas na repressão da produção, distribuição e consumo de drogas ilícitas. Essa política foi denominada no governo de Ronald Reagan (presidente dos Estados Unidos da América), de Guerra às Drogas. Essa política apresentou pouca ênfase na prevenção e quando ocorreu como na campanha “Diga não às drogas” (p.145) buscavam o temor da população-alvo, ressaltando os graves danos produzidos pelo uso de drogas. Essa estratégia preventiva não levou em consideração que a população-alvo identificou contradições nesse discurso, como o fato de que o uso das drogas também produzem prazer e que há pessoas que usam drogas, no entanto, não desenvolvem os quadros mais graves que são mostrados por campanhas alarmistas. A prática da política das “Guerras às Drogas” (p.145) não produziu os objetivos desejados assim como as campanhas alarmistas foram ineficazes. (VINADÉ *et al.*, 2018).

A política criminal da guerra às drogas afronta muito mais à saúde pública que a própria circulação das drogas. O direito busca a repressão da conduta tipificada como tráfico de drogas como proteção do estado como organismo social exerce de maneira normal todas essas funções de saúde pública. Como então compreender a alta letalidade criada pela guerra às drogas que atingiram níveis de homicídios superiores a Guerra do Iraque? O número de mortes decorrentes da ação do sistema penal latino-americano aproxima-se e muita das vezes supera o total de homicídios provenientes da “iniciativa privada” (p.47). No início da década de 90, pesquisas demonstram que o número total de homicídios ocorridos em espaço público são de aproximadamente 70% envolvendo a guerra contra o narcotráfico com as baixas (mortes) contabilizadas entre policiais e traficantes, que são oriundos dos mesmos estratos sociais da população e são considerados por alguns *rappers* nacionais como “o zé povinho fardado.” (p.37) É importante frisar que as drogas lícitas provocam nitidamente mais malefícios que as drogas ilícitas. O álcool e o fumo, que são drogas lícitas, causam mais danos à saúde pública do que as ilícitas como a maconha e cocaína. O tráfico de drogas é considerado pelas agências de segurança pública, atualmente denominadas forças de segurança, principalmente a polícia, como a principal causa da violência no Rio de Janeiro e faz com que a guerra, o combate alcance dimensões para além do poder de repressão ao tráfico. Os varejistas são as “presas” (p.55) mais fáceis das intervenções policiais enquanto grandes empresários lavam o dinheiro dos distribuidores das comunidades, de maneira bastante sofisticada, passando ilesos da intervenção

policial. A guerra às drogas como instrumento de controle social não deslegitima o número maior de mortes provocadas que o uso das substâncias psicoativas (D'ELIA FILHO, 2007).

Segundo Manguiera *et al.* (2015), o uso prejudicial de bebidas alcoólicas constitui um grave problema de saúde pública e de acordo com Fagundes *et al.* (2014), o hábito de fumar tem gerado preocupação nos governos, no setor saúde e na sociedade de maneira geral, por se tratar de uma droga lícita, provocar dependência, além dos sérios danos à saúde e repercussões sociais, econômicas e sanitárias. Provoca malefícios a saúde do fumante, a fumaça exalada pelo cigarro prejudica a coletividade e ao meio ambiente. É considerada uma epidemia mundial e um grave problema de saúde pública.

Para D'Elia Filho (2015), a denominada guerra às drogas se tornou um recrutador altamente eficaz para clientes da letalidade do sistema penal do Estado. Não é coincidentemente que esta é a política criminal sobre drogas hegemônica no mundo e é dirigida aos menos favorecidos sejam eles os moradores das comunidades do Rio de Janeiro, aos camponeses da Colômbia e os imigrantes e refugiados do Norte global. Os traficantes de drogas passaram a ser uma categoria fantasmática que migrou de categoria policial para o meio acadêmico, para os jornais, para a psicologia e não possui mais fisionomia, não possui características humanas. E sendo assim, a expressão guerra às drogas é semelhante a uma metáfora, uma vez que toda guerra tem como objetivo atingir pessoas que são tidas como inimigas. A guerra às drogas produziu uma guerra contra as pessoas ditas menos úteis e mais perigosas para a sociedade, àquelas que são denominadas como lixo social, que são tidas como mais perigosas que o lixo. Elas demonstram que nem tudo está como deveria estar no tecido social, e são fontes potenciais de perturbação e se tornam ao mesmo tempo lixo e dinamite. A incapacidade da atual política de guerras às drogas é meramente aparente, pois existe um lado vitorioso que é demonstrado através da seleção que criminaliza traficantes que “foram escolhidos” (p.139) além do reforço do mercado juntamente ao mercado legal.

As primeiras guerras que envolveram a questão sobre as drogas ocorreram pela disputa pelo livre comércio. As guerras do ópio ocorridas em 1839-1842 e 1856-1860 demonstram a política que apresentava como objetivo o lucro com o comércio legal do ópio. A Inglaterra apresentava grandes lucros com o fomento à produção do ópio na costa oriental da Índia, com a exportação para a China, onde as pessoas se tornaram usuárias de ópio. Com esse comércio a Índia Britânica chegou a ter um sexto da renda derivada do comércio do ópio, além dos opiários, locais na Europa onde as pessoas consumiam ópio livremente. No entanto, o imperador chinês Lin Tso-Siu, como medida de saúde pública, em virtude de inúmeras pessoas terem se tornado

usuárias de ópio e então decidiu apreender e destruir o carregamento de ópio da Inglaterra que culminou com a declaração de guerra da Inglaterra contra a China sob o argumento do livre comércio. A China foi derrotada pela Inglaterra e precisou pagar indenização, ceder o território de Hong-Kong para a instalação de base naval e comercial e a manteve os consumidores de ópio. (D'ELIA FILHO, 2007; FAGUNDES, 2019).

O modelo médico jurídico que propõe a distinção entre o usuário e o traficante delinea o modelo jurídico-político que será estabelecido a partir do final da década de 70, com a declaração da guerra às drogas e o desenvolvimento dos movimentos da lei e da ordem que veem o traficante como inimigo enquanto ao usuário são oferecidas alternativas descriminalizantes que vão do pagamento de multa ao tratamento médico compulsório. O uso das substâncias psicoativas é encarado como uma questão de segurança nacional e o discurso médico jurídico se sobrepõem ao discurso moral, uma vez que não se podia aceitar tantos jovens americanos desprovidos de virtudes.

Assim, o uso em massa das drogas foi encarado como doença contagiosa como afirma Rosa Del Omo (1990). O Brasil passou a assumir o discurso médico jurídico dos Estados Unidos, assim como outros países da América do Sul, no entanto, com realidades bastante diferentes. Em 10 de fevereiro de 1967 foi editado no Brasil o Decreto-lei 159 que fazia expressa referência às substâncias que produzem dependência, sendo então o Brasil o segundo país no mundo a considerar tão nocivo o uso das substâncias ditas entorpecentes como as anfetaminas e os alucinógenos.

Rosa Del Omo (1990) nos alerta que a ideologia da diferenciação não poderia ser levada adiante aos países do eixo sul, uma vez que o tratamento médico para os usuários envolve investimentos e recursos que esses países não disponibilizavam. Na América Latina tudo dependia de quem era o usuário. Se fossem moradores das favelas seria aplicado o estereótipo dos criminosos e aplicadas severas penas de prisão por tráfico. Enquanto para os “meninos de bem” (p.46) que cultivavam a planta em casa eram enviados para clínicas particulares e logo em seguida enviados para os Estados Unidos, pois eram tratados como doentes e deveriam passar por tratamento, conforme o discurso médico em voga. Nos anos setenta ocorreu uma alteração no enfoque político da repressão. A guerra do Vietnã trouxe a tona o uso da heroína por militares e ex-combatentes americanos iniciando o discurso político sobre as drogas. O consumo em massa da heroína fez a substituição do inimigo interno para o inimigo externo que seria o tráfico de drogas. O discurso político sobre as drogas fez com que não somente os Estados Unidos, mas vários países assumissem a problemática das drogas como algo de

segurança nacional. Naquele momento, os inimigos eram os comunistas que ameaçavam a democracia. De maneira a estabelecer vínculo entre as duas guerras e seus principais inimigos, os comunistas e os traficantes, foram difundidos termos como narcoguerrilha, narcoterrorismo e narcosubversão. No ano de 1972, o presidente Richard Nixon declarou, em pronunciamento, as drogas como inimigo número 1 dos Estados Unidos e declara guerra às drogas como desdobramento de seu discurso. Essa guerra, não era somente uma metáfora, mas tinha como objetivos tornar mais duras as medidas repressivas através de ações policiais contra grupos vinculados ao tráfico de drogas. Foram estabelecidos países produtores e os países consumidores. Os países produtores, países de terceiro mundo latino-americanos e asiáticos criminosos levavam a heroína, a maconha, a cocaína e o LSD de modo a corromper a juventude americana. Os Estados Unidos, em posição de vítima, como consumidor. Esse discurso político deflagrou uma importante reforma nas organizações repressivas. Em 1974 foi criado nos Estados Unidos, ligado ao Departamento de Justiça o *Drug Enforcement Administration* (DEA), que controla a política de proibição no território norte-americano e internacional desde meados da década de 70 até os dias atuais. Ao entrarmos na década de 80 nos deparamos com uma importante droga em ascensão: a cocaína. Nessa década de 80, os Estados Unidos possuíam o maior número de usuários de cocaína de toda a sua história. As questões econômicas e políticas relacionadas ao tráfico da cocaína passaram a ser o foco do discurso proibicionista e se converteram em discurso político. O capital bilionário era direcionado as contas em paraísos fiscais, com um enorme mercado consumidor, condições geopolíticas facilitadoras e o surgimento de organizações e redes de poder.

Rodrigues (2003) enumera que além de um forte mercado consumidor de cocaína, tecnologia bancária para a lavagem de dinheiro para negócios legais ou não outros fatores foram importantes para a expansão do mercado da cocaína na década de 80: sedução econômica das camadas econômicas mais pobres da população latino-americanas desde os camponeses andinos as populações mais vulnerabilizadas pela miséria urbana tornou-se um trabalho atraente e rentável, apesar da reprovação moral; as condições geoclimáticas da América Latina, bem como o hábito e a tradição milenar das folhas de coca na região dos Andes e o contrabando de pedras preciosas, o que deu respaldo a organizações de tráfico de drogas que ora se organizavam. O socialismo estava em queda no início dos anos 80, bem como as ditaduras militares da América Latina com o apoio dos Estados Unidos. Como justificar a intervenção norte-americana com a queda do socialismo e o enfraquecimento dessas ditaduras? O novo inimigo e perigo identificado pelos Estados Unidos foi o tráfico de drogas. É importante frisar

que houve uma conexão entre as guerrilhas, comunismo e tráfico de drogas. Essa foi a fundamentação necessária para a ocupação militar por parte dos Estados Unidos das regiões amazônicas com a declaração de guerra ao tráfico de drogas principalmente às organizações do tráfico de drogas colombianas, bem como o desenvolvimento da criminalização das drogas nos países da América do Sul.

Salo de Carvalho (1997) aponta que uma política criminal de intolerância, através da declaração das guerras às drogas é criada através da junção de duas ideologias: a ideologia da Defesa Social e a da Segurança Nacional preparando os movimentos de Lei e Ordem. A ideologia da Defesa Social tem como objetivo o controle da criminalidade e possui vários princípios entre os quais se destacam: 1) O princípio da legitimidade em que o Estado representa os integrantes da sociedade e da legitimidade as agências de controle para condenar delitos; 2) O princípio do bem e do mal, através do qual a sociedade compreende que o crime é um elemento danoso a sociedade. O crime é o mal e a sociedade o bem; 3) O princípio do interesse social e do delito natural, ou seja, o direito penal protege o interesse comum dos cidadãos. A ideologia da Segurança nacional surgiu após a Segunda Guerra Mundial com a Guerra Fria, com uma polarização política entre países, em um lado o bloco liderado pelos Estados Unidos, defensor da ideologia e sistema capitalista. No outro lado, a União Soviética liderando o bloco de países alinhados com a ideologia e sistema socialista. As duas ideologias da Defesa Social e da Segurança Nacional se encontrarão nas décadas de 60 e 70 declarando guerra não somente aos inimigos externos, mas aos inimigos internos, com a criação do subversivo e de uma política criminal bélica, com estrutura da guerra total, guerra interna e externa. Em nosso sistema penitenciário foram reunidos traficantes, usuários de drogas e presos políticos. Desta forma, o comunista, o traficante e o usuário de drogas eram considerados perigosos ao regime militar instaurado à época.

Para Zaffaroni (1996) o vínculo entre a guerra e o sistema penal é uma relação bastante complexa que vai além da consideração do criminoso como inimigo da pátria, mas por um processo de seleção de alguns criminosos, mas a criação da criminalidade de maneira que os atores sejam rotulados e se comportem como inimigos de guerra. São “fabricados” falsos “inimigos de guerra” (p.229) Esse modelo bélico repressivo estabelece sistemas penais com potencial genocida ganhando força com os movimentos de Lei e Ordem, fomentando medo e terror e dando legitimidade a ideologia da diferenciação, onde o traficante passa a ser considerado como o primeiro inimigo e a seletividade punitiva seleciona através dos estereótipos os alvos de ação do sistema penal. Desse modo, alguns indicadores sociais como

trabalho precarizado, dificuldades nos vínculos familiares, baixa escolaridade passam a ser características do estereótipo dos criminalizados.

Para Karam (1996) estas características aparecem na distinção entre o usuário e o traficante. É muito comum encontrar afirmar que determinada pessoa é traficante, justificando a posse, pois ele não teria condições de adquirir em virtude do desemprego ou subemprego. A lei 11.343 é fruto da ideologia da diferenciação prevendo condutas para traficantes e usuários. O tráfico definido como crime inafiançável punido com a detenção e ao usuário a detenção, sendo admitida a fiança. É nítido que com o passar dos anos, que traficante e usuário vem repercussão no sistema penal. Ao traficante é tido como autor de crime hediondo, de maior periculosidade, com maior cerceamento do direito a liberdade. Enquanto para os usuários um delito de menor potencial ofensivo, não mais sujeito a detenção.

A guerra às drogas que trouxe a tona os pretensos inimigos da democracia ocidental com a Guerra Fria, passando de um inimigo externo para um inimigo interno, que deslocou a criminalidade política para a criminalidade comum. Na visão de Nilo Batista (1997) a proposta de um Estado neoliberal mínimo, que não intervenha na economia, tem como revestimento o controle social da massa de marginalizados como os desempregados, imigrantes, moradores de rua, subempregados na economia informal que serão alvo da ordem municipal ou ao Código Penal camelos, flanelinhas, bicheiros, prostitutas, agiotas e traficantes. A prisão e o julgamento dos grandes produtores das drogas ilícitas é conduta excepcional, a intervenção diária provoca a morte ou a prisão dos “aviões”, “vapores”, “mulas” e “esticas” (p.103) com ações investigatórias e repressivas para essa população mais vulnerável e marginal como inimigos internos do neoliberalismo, ou seja, a criminalização da pobreza. Para Nilo Batista e Vera Malaguti Batista (2003) a guerra às drogas é o que leva a criminalização da pobreza, através dos discursos de lei e da ordem disseminados pelo pânico. As balas perdidas, roubo de veículos, queima de ônibus e até o comércio dos camelôs são atribuídas aos traficantes. Na dissertação de mestrado de Dusek a autora concluiu que cerca de 100% das prisões apontam para uma participação em segundo plano no tráfico de drogas. Essas mulheres eram transportadoras, embaladoras ou vendedoras não participando de atividades de violência. De acordo com dados obtidos juntamente a Polícia Civil do Rio de Janeiro (2007) menos de 10% dos presos por tráfico de drogas estão portando armas de fogo demonstrando que a guerra às drogas tem como seus alvos os setores mais frágeis do mercado ilícito das drogas (D’ELIA FILHO, 2007)

Para Vera Malaguti Batista (2003), quando estuda o medo na cidade do Rio de Janeiro demonstra que a guerra às drogas é um importante processo de seleção de clientes para a

letalidade do presente sistema penal. Os atuais inimigos da ordem pública, os traficantes são submetidos a situações de terror nas rebeliões dos presídios e nos corredores da morte. Não coincidentemente a política hegemônica criminal sobre drogas é dirigida aos pobres sejam eles moradores das comunidades periféricas do Rio de Janeiro, camponeses colombianos ou imigrantes no hemisfério Norte. A imagem do traficante é a de um ser violento e cruel, sem analisar a real dimensão daqueles que efetivamente foram selecionados ao ingresso no sistema penal pela prática delitiva de tráfico de drogas, com um discurso moral baseada na ideologia da diferenciação do usuário para o traficante, que passar a exercer um importante papel no sistema penal. A maioria dos traficantes desarmados e não violentos são presos com os meios de comunicação justificando o sistema penal com ações de combate a violência. Foi então desenvolvida uma presunção da violência para aqueles que foram enquadrados na conduta tipificada como tráfico de drogas. A atual política de guerra às drogas, além de fracassar naquilo que se propõe, cumpre a sua real função que é o controle social das classes consideradas perigosas, ou seja, as classes marginalizadas e vulnerabilizadas pela pobreza.

#### F) A criminalização do uso de drogas

Segundo D'Elia Filho (2007) a política de repressão ao tráfico de drogas consideradas como ilícitas tem como objetivo o combate a um inimigo da sociedade, que no final da década de 90 apresentava cerca de 60% da população de encarcerados do Rio de Janeiro. O sistema do direito penal demonstra o “estado de miserabilidade” (p.12) dos ditos varejistas do tráfico das drogas ilícitas, denominados como mulas e aviões, jovens ou até mesmo idosos pobres moradores das favelas e comunidades periféricas que são responsáveis pela comercialização das drogas no varejo, e são alvos fáceis da autoridade policial, uma vez que não apresentam resistência a determinação da prisão. Em geral, o Estado tipifica as condutas que serão consideradas crimes e logo em seguida seleciona pessoas que serão responsabilizadas por estes fatos.

Segundo Eugenio Raul Zaffaroni e Nilo Batista (2003) o poder de punição do sistema penal é traduzido em um processo de seleção da criminalização através de duas etapas que são ditas como primária e a secundária. A criminalização primária é executada por parte das agências políticas, através do poder legislativo. Trata-se do ato da aprovação de leis com o objetivo de incriminar e permitir a punição de determinadas pessoas. O programa punitivo será

exercido pelas agências da criminalização secundária, ou seja, policiais e operadores do direito (juízes, promotores e advogados). Já a criminalização secundária é a ação de punição que é executada por pessoas concretas, que ocorrem desde uma investigação policial até a aplicação da pena, com a necessidade de um processo seletivo. A seleção punitiva se desenvolve, pois é impossível para os gestores da criminalização secundária a realização da criminalização primária que está previsto nas leis penais de um país. Não é possível ao sistema penal a prisão, o processo e o julgamento de todas as pessoas que se enquadram em condutas atípicas descritas nas leis como crimes e assim as agências penais devem optar pela sua inatividade ou pela seleção. Concluem Zafarroni e Nilo Batista (2003) que a inatividade provocaria o desaparecimento, seguindo então a lógica da seleção, que é realizado fundamentalmente pelas agências policiais. Ocorre uma inversão da estrutura do aparelho repressor. Os juízes e os membros do Ministério Público têm suas faixas de atuação delimitada pela polícia, que utilizando práticas informais decidirá quem será processado e julgado. Assevera Augusto Thompson (1998) que é a polícia que controla a atividade do Poder Judiciário e com isso esse Poder pode manter uma aparente isenção e pureza, uma vez que a parte suja e discriminatória já foi operada previamente pela atuação policial. Como o sistema penal promove a seleção das pessoas que responderão pela conduta denominada tráfico de drogas ilícitas? A criminologia crítica denomina de “cifra negra” (p.18) o estudo dos delitos que não chegam ao conhecimento das autoridades e apesar de serem investigados não tem como resultado o processo criminal. A criminóloga venezuelana Lola Anyar de Castro (1983) faz a distinção entre a criminalidade real, a aparente e a real. A criminalidade legal é aquela demonstrada nas estatísticas oficiais enquanto a criminalidade aparente é aquela conhecida pelos órgãos estatais de controle penal como a polícia, Ministério Público e juízes, elas não aparecem pelos mais diversos motivos como desistência da ação, arquivamento, etc. A criminalidade real são todos os delitos cometidos de maneira verdadeira num dado momento. Segundo o criminólogo brasileiro Augusto Thompson (1998) existem quatro fatores que explicam este acontecimento: a visibilidade do ato infracional, o estereótipo do criminoso, a prevaricação ou incapacidade do agente em benefício da corrupção e vulnerabilidade à violência. A venda de drogas ilícitas na Zona Sul e Barra da Tijuca é muito diferente das outras regiões do município do Rio de Janeiro como Bangu e Bonsucesso. A circulação das drogas ilícitas em favelas do município do Rio de Janeiro como as favelas do Alemão e Cidade de Deus, regiões em que a polícia de maneira limitada ainda tem acesso livre as vielas e becos onde ocorre a venda de drogas. Situação bastante diferente nos pontos de venda da Barra da Tijuca, que estão localizados em espaços residenciais, de acesso

privado como apartamentos e condomínios, espaços em que a polícia não possui acesso. Assevera Augusto Thompson (1998) que as classes médias e altas passam a maior parte de seu tempo em locais fechados enquanto pessoas marginalizadas vivem em ambiente aberto. Existe maior probabilidade dos delitos cometidos pela população marginalizada serem vistos pela polícia que os cometidos pela população com posição social mais alta. Sendo assim, delitos idênticos, de acordo com o estrato social que pertence à pessoa, mostrarão as variações no que se refere ao reconhecimento como criminosos. Segundo Augusto Thompson (2000) também como responsável pela cifra negra temos a adequação do autor ao estereótipo do criminoso. Crime e pobreza têm sido fortemente associados. Setores denominados progressistas têm considerado a pobreza como causa do crime, sendo o primeiro traço que define a imagem do delinquente é o seu estrato social. A afirmação de que o criminoso é pobre facilita a inversão dos termos da proposição de que o pobre é criminoso (D'ELIA FILHO, 2007).

Na visão de D'Elia Filho (2007) a realidade policial tem como a comprovação de renda um indicativo de que a pessoa detida portando drogas corresponde ao usuário e não o traficante. O estereótipo do bandido está na figura do jovem negro, que gosta de funk, morador da favela ou comunidades periféricas, próximo ao tráfico de droga, usando tênis, boné e cordão. A criminóloga Vera Malaguti Batista (1998) observa a seletividade punitiva nos arquivos do extinto Juizado de menores. Para os jovens consumidores da Zona Sul é aplicado o paradigma médicos, através da apresentação de atestados médicos, garantindo soluções fora do sistema penal, enquanto aos jovens das classes menos favorecidas, aplica-se o paradigma criminal. A discriminação seletiva também ocorre pela incapacidade do agente em beneficiar-se da corrupção ou prevaricação. Para Augusto Thompson (1998) só consegue subornar quem possui recursos (corrupção) e só quem tem prestígio pode fazer um pedido e ser atendido (prevaricação). No jargão policial é dito: quanto vale uma cabeça em referência à recompensa a ser paga pela prisão de um grande comerciante de drogas denominado como donos ou gerentes. No entanto, o poder econômico não protege a maioria dos envolvidos no tráfico de drogas nas favelas e comunidades periféricas. A partir da década de 80 com a política de “guerra às drogas” (p.22) houve uma divisão no trabalho com o aparecimento da figura do “estica” que participa do tráfico como revendedor da mercadoria. Esse revendedor tem a mesma posição dos camelôs e é considerado como bandido de 3ª classe e é sobre ele que é aplicada a repressão punitiva. Isso demonstra o aumento no número de mulheres, crianças e idosos envolvidos com o tráfico de drogas. Não é necessário portar armas ou ser membro de uma facção criminosa, mas sim ter crédito juntamente aos fornecedores. O “estica” (p.22) é alvo fácil, pois não se opõe

a prisão e oferece a sua própria liberdade como moeda de troca. O único bem que possui é a sua liberdade. O espaço público também sofre atuação da seletividade punitiva. Através das políticas de segurança pública, o Estado não leva em consideração somente as estatísticas da criminalidade. A política do combate às drogas na comunidade da Rocinha, que está situada entre os bairros da Gávea e São Conrado, bairros da Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, caminho obrigatório entre a Zona Sul e a Barra da Tijuca, não é a mesma nas comunidades do Alemão e Juramento que estão localizadas em áreas de subúrbio do Rio de Janeiro.

O criminólogo norueguês Nils Christie (1998) denomina como “acionistas do nada” (p.23) os diversos presos condenados pelo tráfico de drogas ilegais. Eles são a parte final do tráfico de drogas conhecidos como esticas, mulas e aviões que ficam com uma parcela bastante pequena dos lucros do negócio, parcela esta que nunca os levará a participação real com o comércio ilegal de drogas. Eles não possuem propriedades, não possuem uma rede de proteção social, privados da própria honra e são denominados como contingente perigoso. O criminólogo chega à conclusão que nos países ditos industrializados a guerra às drogas produziu um reforço concreto do Estado sobre as classes ditas com potencial perigoso. A observação crítica nos leva a conclusão que a concentração de capital está nas mãos de grupos denominados máfias ou cartéis. Sobre a geopolítica das drogas surge outra premissa: um negócio que movimenta mais de um bilhão de dólares por dia é impossível que beneficie alguns narcotraficantes internacionais. Surge a questão: por onde circula e quem são os beneficiados pelos bilhões de dólares produzidos por esse comércio ilegal? Todos os grandes bancos internacionais lavam o dinheiro do narcotráfico. No que se refere ao que se denomina tráfico de drogas, o que é legal aparece mesclado com o que é ilegal, de maneira indivisível e na visão de Eugenio Raul Zaffaroni (1996) a seletividade punitiva não é totalmente arbitrária e tem como orientação a vulnerabilidade dos candidatos a criminalização que são os alvos mais fáceis do poder punitivo. Na cidade do Rio de Janeiro são representados efetivamente pela tríade: preto-pobre-favela. Este atual modelo repressivo provoca uma intervenção no mercado, ou seja, os varejistas são retirados da competição pelo mercado ilegal, aumenta-se a corrupção na periferia e os lucros do negócio ilícito são concentrados juntamente as atividades legais, que são responsáveis pela lavagem do dinheiro da venda das drogas tidas como ilegais. Sem levarmos em consideração os grandes interesses internacionais neste modelo bélico, que propicia a presença militar norte-americana nos países do eixo Sul, em especial aqueles com territórios com a presença da Floresta Amazônica, a atual política criminal de combate às drogas está longe de acabar com o mercado ilegal de drogas ilícitas, muito pelo contrário vem reforçando e concentrando o capital

do tráfico de drogas nas mãos de grandes grupos econômicos. A seletividade punitiva da guerra às drogas é denominada por Bauman (1998) de criminalização dos consumidores falhos, ou seja, da grande massa de excluídos que não tem acesso ao mercado de consumo. A racionalidade do modelo bélico de repressão ao tráfico de droga é o de punição aos pobres e segregação dos ditos estranhos ao mundo globalizado (D'ELIA FILHO, 2007).

Maria Lucia Karam (1993) afirma que é sobre esta temática das drogas que o sistema penal manifesta publicidade enganosa, como instrumento de resolução de conflitos, capaz de fornecer segurança e tranquilidade com a punição de autores de condutas tipificadas pela lei como crimes. Com o objetivo de erradicar do mundo as substâncias psicoativas, as diretrizes proibicionistas produziram um efeito contrário, ou seja, organizações se fortaleceram, uma quantidade maior de drogas ilícitas ficou à disposição das pessoas interessadas e a violência que acompanha a ilegalidade também cresceu. Karam afirma também sobre uma criminalização desigual nas condutas tipificadas como tráfico de drogas como um exemplo da seletividade qualitativa, aquela que seleciona a qualidade das pessoas e até mesmo entre países. Existe uma distribuição desigual sobre o status do criminoso levando a crer que a criminalidade é um comportamento das classes menos favorecidas e marginalizadas da sociedade, além de serem julgadas como classes perigosas. No caso do Rio de Janeiro e as drogas, existe uma ideia generalizada que os moradores das favelas estão ligados ao tráfico, o que reproduz o estereótipo latino-americano internacionalmente conhecido. Quando se pensa em países perigosos vem à mente, como exemplos, a Colômbia com seus cartéis e a Bolívia com as suas folhas de coca. Não se pensa na Suíça, que é um verdadeiro paraíso fiscal. O pioneiro na teoria do etiquetamento ou da rotulação foi o pesquisador Howard Becker (1971) que afirma sobre a diferença entre as pessoas em aplicar as regras e sua aplicação é a diferença de poder. Os grupos com posição social detentores de poder e armas apresentam maior capacidade na implantação das regras. O desvio foi então desenvolvido como resposta a uma conduta particular e de maneira a etiquetar uma conduta como desviante, necessita-se ter em mente que as normas desenvolvidas e mantidas por esta etiqueta não são aceitas de modo universal. Geram conflito e desacordo no seio político da sociedade. Variáveis como: idade, sexo, etnia e classe estão intimamente relacionadas à distinção de poder. Para Becker (1977) o pesquisador afirma que jovens de classe média não sofrem o devido processo legal que chegue tão longe quando presos como os jovens das comunidades (favelas). Quando um jovem de classe média é pego pela polícia existe menor probabilidade que esse jovem seja fichado e quase improvável que seja indiciado e julgado. Importante frisar que essa variação ocorre na mesma infração à norma em

ambos os casos. Para a professora Vera Regina Pereira de Andrade (2003) o fenômeno criminológico da teoria do 'etiquetamento' ou 'rotulação' possui três níveis explicativos: 1) a criminalização primária com a criação das normas penais e definição dos bens jurídicos protegidos; 2) o processo seletivo ou criminalização secundária com a aplicação das normas penais através da polícia e da justiça pela atribuição das etiquetas ao desviante, o etiquetamento ou rotulação, que pode ser apenas a rejeição social ou a detenção da pessoa em uma prisão ou manicômio; 3) E por fim, a atribuição de um status de criminoso na identidade da pessoa desviante, sendo então denominado "desvio secundário" (p.45) com a análise das "carreiras desviadas" (p.45) demonstrando que o sistema penal, com ênfase na prisão, não exerce poder reeducativo ao delinquente, mas sim reforça a sua carreira criminal. Esses níveis explicativos auxiliam a compreensão da criminalização das drogas que ao invés da proteção da saúde pública, produz uma rotina de punição com as "cartas marcadas" iniciadas no poder legislativo, com maior rigidez nas penas e no cerceamento da liberdade das pessoas que são escolhidas para responder as condutas tipificadas como tráfico de droga, assim como, a criação da carreira criminal no sistema penitenciário para estas pessoas que foram selecionadas. Na visão do professor Nilo Batista, as legislações e políticas criminais sobre as drogas ilícitas no Brasil são divididas em dois momentos: o primeiro momento que vai de 1914 a 1964 com predomínio do discurso sanitário com o controle do fluxo das drogas e a partir de 1964 passou-se a adotar um discurso bélico, com uma política de repressão, que abandonou o modelo anterior de controle da circulação e distribuição das drogas. Um dado relevante é que aproximadamente 70% da população carcerária do Rio de Janeiro é constituída por negros e mulatos. Isso significa que a clientela do sistema punitivo é na sua maioria constituída por negros e pobres, não que tenham a tendência para serem delinquentes, mas por terem maiores chances de serem criminalizados. Existe uma chance maior dessas pessoas serem rotuladas como delinquentes. (D'ELIA FILHO, 2007).

Para Erwing Goffman (1988), o criminoso (desviante) foi tratado como pessoa estigmatizada, que possui atributo depreciativo, o que o tornava diferente dos demais. O denominado traficante, na década de 80, passa a ter conotação estigmatizante. No imaginário coletivo é o traficante o responsável pelo estímulo do surgimento das favelas. É importante lembrar que os denominados "autos de resistência" (p.58), investigação instaurada em decorrência da morte de pessoas em confronto com a polícia, estas investigações são na maioria das vezes arquivadas quando se descobre que as pessoas mortas possuem fichas criminais decorrentes de passagem ou condenação pelo tráfico de drogas. O traficante estigmatizado,

aquele que tem relação com o comércio das substâncias psicoativas proibidas associado ao estereótipo do criminoso: preto, pobre e morador da comunidade (favela) torna-se um verdadeiro salvo conduto para a ação genocida policial.

A funcionalidade do crime ocorre quando o criminoso estereotipado torna-se um bode expiatório para a sociedade. Para muitos que incorrem nas condutas tipificadas como crimes, somente os mais vulneráveis estarão sujeitos às sanções, com toda a carga agressiva da sociedade com a redução das tensões sociais. A classe mais pobre, menos favorecida, é a mais vulnerável, por falta de privacidade, ausência de recursos e instrução, além do grupo de estrangeiros imigrantes é nítido que sejam os criminosos conhecidos. O tráfico de drogas compreendido como um mercado ilegal nos leva a uma compreensão econômica do fenômeno criminológico, em que a concentração de renda incide nas grandes máfias e financiadores do tráfico com a operação no sistema financeiro e através das empresas legais. Em paralelo, os produtores dos Andes, agreste do Brasil, assim como os pequenos pobres varejistas das comunidades periféricas urbanas são criminalizados e eliminados da concorrência do mercado com suas prisões, com os assassinatos, além da grande dificuldade em competir perante as grandes corporações. As dificuldades encontradas na investigação do financiamento e da lavagem do dinheiro do tráfico de drogas além de caracterizar barreira ao enfrentamento na base econômica do tráfico demonstra-se uma intervenção de mercado, que exclui os pequenos empresários da competição e gera maior concentração de lucro quando ocorre a passagem do ilegal para o legal que anda lado a lado quando o assunto que se trata é a ilegalidade do mercado. O poder de punição no que se refere às drogas ilegais demonstra o controle social das classes ditas perigosas com a associação de algumas drogas a determinados grupos sociais. Chineses são associados ao ópio, irlandeses ao consumo de álcool, mexicanos associados à maconha, colombianos tem associação com a cocaína, com a globalização, a associação das drogas a pobreza, a miséria sejam os pequenos produtores do Nordeste do Brasil, ou os grandes mercadores nas comunidades periféricas pobres das capitais do nosso país. Quando se fala em drogas no município do Rio de Janeiro faz-se uma forte associação às comunidades periféricas pobres conhecidas como favelas. O sistema penal no que se refere às drogas dá legitimidade ao controle social das populações mais pobres sendo vistas como inimigas, com a exclusão do mercado consumidor. Atualmente ser pobre é ser considerado perigoso e criminoso. O poder do sistema penal através do controle social realizado pela polícia atua sobre as comunidades periféricas com a restrição de direitos a reunião, locomoção, lazer, a inviolabilidade das residências com o discurso do direito penal de guerra as drogas (D'ELIA FILHO, 2007).

Para Rocha (2020), os jovens pobres e pretos estão submetidos aos processos de precarização, vulnerabilidade, estigmatização, criminalização e morte. Estes jovens negros e pobres sofrem: com as precárias condições de vida, com as legislações proibicionistas que promovem o controle social e racial, essa proibição que perpetua a situação do tráfico de drogas e a violência a ele associada além a guerras às drogas dentro do paradigma da necropolítica e do necropoder.

Para Barcellos (2020), a criminalização das drogas é um fenômeno seletivo, visto que não há restrição ao acesso para todas as substâncias entendidas como drogas e ainda assim um grupo específico de pessoas é selecionado para ser punido pelo Estado. Esse Estado possui um viés da classe, raça e território. Apresenta como seus objetivos as camadas menos favorecidas da população e moradoras das comunidades periféricas denominadas como favelas. A seletividade da criminalização da política de drogas com bases proibicionistas é um exemplo da dominação necropolítica, que servirá como marco para a vigilância, o uso de medicamentos, a doença mental na forma de loucura e a delinquência de determinado corpo, o que justificará a violência Estatal operada sobre esse corpo. Essa ideologia proibicionista vem sendo utilizada pela necropolítica de modo a justificar os ataques aos grupos minoritários, os jovens negros e pobres que tem sido objetos da política repressiva e punitiva sobre as drogas. É um dado importante que no Brasil existe um grande encarceramento decorrente do tráfico e drogas. A pobreza vem sendo criminalizada pelas camadas dominantes da sociedade. A erradicação da pobreza se tornou uma meta a ser atingida independente de como ocorreria. Essas pessoas que foram escolhidas são alvos da violência. (RODRIGUES, 2006; MBEMBE, 2011). Com as prisões e mortes, a ideologia proibicionista tem sido utilizada como instrumento da necropolítica na justificativa da violência a determinados grupos étnico-raciais, no caso em questão, os jovens negros e pobres (RIBEIRO JÚNIOR, 2016).

#### G) Antiproibicionismo

Já o antiproibicionismo tem como foco a descriminalização e a legalização das drogas com a compreensão que o uso de drogas não deve ser considerado crime e aos usuários de drogas deve ser ofertado tratamento e não a reclusão em ambiente prisional. No setor saúde, o modelo asilar com bases fortemente organicistas aposta no uso de medicamentos para promover a cura. O indivíduo é um sujeito passivo no seu tratamento, sendo considerado doente e, portanto, com a justificativa para o seu isolamento do meio familiar e social. Para este

paradigma temos o hospital psiquiátrico e a internação neste modelo. No modelo psicossocial, suas práticas são decorrentes de diversos movimentos sociais e teorias. As considerações nesse modelo, associada ao uso prejudicial de drogas vão além do conceito biológico de doença. Para tanto, lançam mão de recursos que vão além dos medicamentos. Percebe-se o sujeito no processo de adoecimento com seus determinantes políticos, econômicos e sociais. O cuidado é realizado em Redes de Atenção Territorializadas, levando em consideração a Integralidade, tanto em relação ao ambiente, como no ato terapêutico com o indivíduo, com o objetivo não somente da abstinência pura e completa, mas a redução de riscos e danos. Esse modelo compreende as diferenças, defende a vida, o direito a liberdade e dignidade da pessoa, objetivando a inclusão e reinserção social. A dependência de drogas é entendida como uma resultante de três elementos: indivíduo, droga e contexto. O encontro da pessoa com a droga e a sua realidade sociocultural. Tem como princípios a desinstitucionalização, a liberdade, autonomia e cidadania. Tem a interdisciplinaridade e intersetorialidade como práticas de uma clínica ampliada. (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Segundo Marlatt (1999), existem três modelos/abordagens aos usuários de drogas nas disputas dos campos de saúde, assistencial social, justiça e segurança: O modelo moral/criminal: parte do pressuposto de que o uso de algumas drogas é ilícito e, portanto passível de punição (modelo punitivista). Tem como fundamentação políticas proibicionistas, redução da oferta de substâncias, ideia da moralidade relacionada ao prazer com associação ao pecado e desta forma o indivíduo não seria capaz do discernimento do certo ou errado e, portanto, podendo sofrer medidas de suspensão de direitos individuais. Associa-se a Justiça e a Saúde e tem como práticas como a Justiça Terapêutica e as internações compulsórias determinadas pelo Poder Judiciário, previstas na Lei 10.216. A meta deste modelo é a abstinência total. No modelo da doença a dependência de drogas é entendida como doença biológica (transtorno) e necessita de tratamento e reabilitação. O foco é o indivíduo e se reporta a uma redução na demanda. Como exemplo de seus dispositivos são as experiências dos Alcoólicos Anônimos, os Narcóticos Anônimos e o Modelo de Minnesota. Estas experiências, não tem a preocupação com o mundo livre das drogas, tem como pressuposto de que alguns indivíduos desenvolvem a dependência. Neste modelo, a única meta aceitável é abstinência total, inclusive para a realização do tratamento. A pessoa deve, portanto aceitar que possui uma doença progressiva e incurável e para tanto não deve entrar em contato com a substância sob pena de recaída. Nessa concepção, pode haver associação com o modelo moral, pois, relaciona a doença ao sujeito e sua incapacidade em detrimento do prazer. (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

#### H) A descriminalização e regulamentação do uso de drogas

Para Maronna (2017) existem vários tipos de controle regulatórios sobre a produção, comércio e uso de drogas que foram postas na ilegalidade e diversos países vem implantando reformas sobre suas políticas de drogas. Temos as seguintes categorias: 1) proibição total para posse o uso pessoal e o tráfico de drogas sendo criminalizados e a punição com a prisão tem como exemplos o Japão e a Suécia; 2) a despenalização sendo a posse para o uso pessoal criminalizada, mas tem como punição sanção alternativa a pena privativa de liberdade e tráfico mantém-se criminalizado. Tem como exemplo o Brasil; 3) a descriminalização onde a posse do uso de drogas para uso pessoal passa a não ser considerada conduta criminosa, mas o tráfico é considerado ilegal. Tem como exemplo Portugal; 4) a legalização de facto onde a posse é formalmente proibida pelo código penal, mas no campo político e criminal tolerado o uso dentro de determinados limites. Nesse caso o tráfico ainda é considerado conduta ilegal. Tem como exemplo a Holanda; 5) legalização de jure onde a produção, distribuição, comércio e porte de drogas são permitidos e regulados semelhantes às bebidas alcoólicas, tabaco e fármacos. Tem como exemplo o Uruguai e alguns estados norte-americanos. Cannabis pode ser utilizada nos Estados Unidos, República Tcheca e Israel e a ayahuasca pode ser utilizada no Brasil; 6) o uso medicinal e religioso, ou seja, o uso de drogas proibidas é autorizado com finalidades medicinais e no uso religioso. Entre esses dois modelos de controle, a proibição total e um mercado criminalizado e a legalização total com um mercado legal desregulado, identifica-se como uma das melhores opções, baseado na redução dos danos sociais e à saúde, a faixa de regulação que é denominada de regulação ou regulamentação legal estrita, que está entre as práticas de redução de danos e descriminalização e a regulação do mercado com restrições e controle. É importante frisar que em relação ao álcool e ao tabaco, substâncias que no passado não eram submetidas a qualquer restrição e controle, tem atualmente passado por regulamentação mais rígida e paralelamente, políticas relacionadas principalmente ao uso da maconha, antes alinhadas a ideologias mais repressivas, tem sido flexibilizadas gradualmente. No Brasil, a política de controle do álcool tem como enquadramento um mercado legal com regulamentação frouxa. Na perspectiva da regulamentação legal restrita, temos como um bom exemplo de política não criminal, a política de controle do tabagismo, sem a necessidade de prender ninguém. Algumas medidas restritivas como a proibição de fumar em ambientes fechados, a restrição da propaganda, campanhas informativas produziu uma redução

significativa na prevalência de tabagismo. O enfoque punitivo da problemática das drogas e cada vez menos consensual e a construção de experiências de sucesso de um mercado legalizado de *cannabis*. Quando se pensa em mudanças positivas nas políticas de drogas no Brasil, a única perspectiva de melhoria é no Poder Judiciário. Os poderes Executivo e Legislativo em geral, tem mentalidade conservadora e produzem retrocessos. Atualmente o uso da *cannabis* em caráter medicinal tem sido assegurado pelo Poder Judiciário, que tem autorizado à importação de medicamentos e derivados que contenham o tetrahydrocannabinol (THC) e canabidiol (CBD) além da prescrição médica do tetrahydrocannabinol (THC) e canabidiol (CBD). Tem sido também pleiteado individualmente e coletivamente, por pacientes e associação de pacientes, o direito de plantar *cannabis* com finalidades medicinais. O Conselho Federal de Medicina editou uma resolução 2113/2014 no sentido de autorizar a prescrição de canabidiol para o tratamento de epilepsias em crianças refratárias aos tratamentos convencionais, sendo proibida a prescrição de *cannabis in natura*. Em novembro de 2016, o CREMESP se posicionou favoravelmente a descriminalização da maconha para uso próprio no Brasil, logo após o Conselho Federal de Medicina se declarou contrário, pois poderia aumentar o consumo e número de usuários. Pesquisas a respeito indicam que a criminalização ou não da posse de drogas para uso pessoal não guardam relação com o aumento de pessoas. Um editorial do *British Medical Journal* afirmou a falência da guerra às drogas sugerindo médicos a realizar discussões sobre novas abordagens.

#### I) Redução de danos

No ano de 1984, na cidade de Amsterdã, Holanda, uma associação de usuários de drogas injetáveis, com o objetivo de melhorar a qualidade de suas vidas e com a preocupação com a crescente contaminação pelo vírus da hepatite B, iniciou um programa experimental de troca de seringas usadas por novas. Essa estratégia passou a ser utilizada, posteriormente, na prevenção da contaminação do vírus do HIV. Essas estratégias foram o embrião para a política de Redução de Danos em diversos lugares do mundo. No Brasil, no ano de 1989, o município de Santos foi o primeiro a tentar implementar um Programa de Redução de Danos. Com a impossibilidade de fornecimento de seringas novas para os usuários de drogas injetáveis como forma de prevenção da contaminação pelo vírus do HIV, os profissionais estimulavam o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas. No ano de 2003, o

Ministério da Saúde, através da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, estimulando a divulgação do conceito de Redução de Danos (BRASIL, 2003; SOUZA 2007).

A atividade mais conhecida pela estratégia de Redução de Danos é a substituição das seringas usadas por novas e esterilizadas. Entretanto, no manejo com usuários de drogas, os programas de Redução de Danos desenvolveram diversas outras atividades. As atividades de Redução de Danos no Brasil incluem: 1) Encontro e atuação na rede de usuários de drogas; 2) Troca de seringas usadas por novas; 3) Conhecimento e explicação em saúde; 4) Acesso aos serviços de saúde; 5) Exames com preservação do anonimato para HIV e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); 6) Exames para os demais agravos em saúde; 7) Encaminhamento para a avaliação e tratamento médico de problemas relacionados ou não ao HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ou ao uso de álcool e outras drogas; 8) Encaminhamento para tratamento dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Outras estratégias de Redução de Danos promovem cuidados específicos com o objetivo de reduzir riscos e danos provocados pelo uso prejudicial de drogas, para populações específicas como: usuários de crack, travestis que fazem a injeção de silicone industrial com risco à vida, população jovem que faz uso de álcool e dirige e população em situação de rua (PASSOS e SOUZA, 2011; VINADÉ *et al.*, 2018).

O modelo da Redução de Danos é compreendido como uma estratégia do cuidado, sendo, portanto entendida como um paradigma ético, clínico e político. Segundo Marlatt (1999) a Redução de Danos tem como pressupostos filosóficos o Pragmatismo e os Direitos Humanos. Neste modelo existe a ruptura do uso abusivo da droga sendo então o uso compreendido como prejudicial ou não prejudicial. É uma estratégia bastante interessante para as pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir ou cessar o uso de drogas assim como para os demais usuários com dificuldade de acesso a serviços de saúde ou à adesão ao cuidado integral à saúde. O princípio do respeito à autonomia do sujeito sob a égide do cuidado ampliado em saúde em contraposição às práticas de recolhimento e abrigamento e à internação compulsória. Segundo Marlatt (1999), a estratégia de Redução de Danos trata-se de uma prática alternativa em saúde pública aos modelos moral/criminal e da doença com a sustentação dos princípios e pressupostos diferenciados da Redução de Danos (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Existe a percepção de que as políticas públicas mostram-se pouco integradas e com diversas barreiras de acesso, aprofundando iniquidades entre os usuários de álcool e outras drogas e que se apresentam em extrema vulnerabilidade social. Faz-se necessária a expansão e

a reorientação das políticas públicas com prioridade ao acesso e o tratamento no âmbito de uma rede de cuidado com os valores da humanização e da intersetorialidade e além dos princípios da participação e equidade que são a fundamentação do Sistema único de Saúde (SUS) e do movimento internacional de promoção à saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

Sob o escopo da prevenção, as estratégias de Redução de Danos (RD) envolvem o uso de medidas que reduzam os danos provocados pelo uso de drogas, mesmo quando os usuários não desejam ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias. São ações de natureza prática, que consideram que o ideal do não uso das drogas pode não ser alcançado pelo indivíduo e assim caso o indivíduo faça uso, que seja com o menor risco possível. Este conceito da redução de danos foi estendido à assistência, para as situações de tratamento. A redução de danos trata-se de uma lógica de trabalho, uma reflexão de como o sujeito se relaciona com as drogas, qual lugar objetiva e subjetiva a droga ocupa na vida da pessoa, havendo maior relevância disso do que a própria droga em si. Segundo Allan Marlatt (1999) os princípios básicos da estratégia de redução de danos são: 1) alternativa em saúde pública ao modelo moral, criminal, de doença relacionada ao uso prejudicial de drogas; 2) reconhecimento da abstinência como modelo ideal, no entanto, levam em consideração alternativas na redução dos danos provocados pelo uso prejudicial no uso de drogas; 3) surge como abordagem “de baixo pra cima” (p.144), em defesa do usuário, em vez de uma política “de cima para baixo” (p.144) proposta pelos elaboradores de políticas sobre drogas; 4) Promove acesso aos serviços de baixa exigência como alternativa às abordagens tradicionais e de alta exigência. Desde a introdução das práticas de Redução de Danos as mesmas práticas têm recebido forte oposição, criando ao seu redor um campo de polêmica e reflexão. Dentre os que se colocam contra essa proposta há os indivíduos com a compreensão moral ou religiosa da questão e os que só aceitam sociedade livre de drogas e abstinência completa e imediata (para o indivíduo). A oposição às práticas de redução de danos também se dá em relação à preocupação com o aumento do consumo e drogas e de doenças de contaminação por via venosa e por via sexual. Ainda no campo do cuidado ao uso, abuso e dependência química, não existem práticas que venham a solucionar de forma completa a problemática advinda destas condições. É importante compreender que os diferentes contextos demandam diferentes estratégias e perspectivas de trabalho. A Redução de Danos se mostra como mais uma possibilidade de atuação dos profissionais de saúde no contexto da prevenção ao uso indevido e do tratamento da dependência química.

As estratégias de redução de danos: 1) Não são contraditórias, nem dispensam ações preventivas, dirigidas para a redução da oferta e da demanda; 2) Não produzem conflitos de

interesses aos produtores e vendedores de drogas; 3) Levam em consideração os quadros de dependência; 4) Não se trata de estratégia permissiva; 4) Não passam uma mensagem de descrédito de que seja possível interromper o uso de drogas ou que os problemas relacionados ao uso podem ser minimizados; 5) Não é contrária à abstinência, se esta for avaliada como importante para determinadas situações. Ainda existe bastante confusão de conceitos em relação às propostas de Redução de Danos. Existe forte tendência na minimização do conceito de Redução de Danos. São bastante comuns críticas e conteúdo preconceituoso no que se refere às estratégias de Redução de Danos. Há tentativas da associação da estratégia de Redução de Danos a práticas como: 1) substituição de drogas (ao usuário de heroína ou morfina a troca por metadona); 2) Ao usuário de cocaína durante o seu tratamento que utilize maconha; 3) Ao usuário de bebidas destiladas, que utilize outras bebidas com menor teor alcoólico; 4) Medidas do uso seguro de drogas (fornecimento e troca de seringas) (VINADÉ *et al.*, 2018).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde lançou oficialmente a Política de Assistência ao uso de Álcool e Outras Drogas. Nela é instituída uma diretriz clínica política, a Redução de Danos, e o seu dispositivo assistencial, os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad). O objetivo destes é a integração as redes de saúde, social, cultural a comunidade. A sua base de assistência é a atenção comunitária com busca na reabilitação psicossocial dos usuários. Nos CAPSad, a abstinência não é más tratada como a única meta possível, o que torna possível a assistência a um numero maior de usuários e evita a exclusão de muitos usuários. Os CAPSad ainda pretendem, além de promover a redução dos riscos e danos causados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, o resgate do papel autorregulador e a responsabilidade dos usuários, em relação às drogas. O objetivo destes serviços, como responsabilidade central, é a mobilização social, para tarefas de prevenção, terapêuticas e de reabilitação da cidadania (BRASIL, 2003). O modelo de reabilitação psicossocial, que representa as montagens institucionais dos CAPS, tem se constituído como o eixo central das ações inovadoras que ocorreram no campo da Saúde Mental brasileira e se coloca como uma medida consequente de atenção ao usuário de drogas. Os modelos de reabilitação oferecidos tem o objetivo de mobilizar recursos sociais e culturais que permitam e promovam a integração dos pacientes a uma nova forma de tratamento e sociabilidade. Um CAPSad, conforme preconiza a Política do Ministério da Saúde, tem como objetivo oferecer atendimento à população, de acordo com um território de abrangência, promovendo atividades terapêuticas e preventivas às comunidades buscando: 1) Promover o cuidado diário aos usuários, dentro da estratégia da Redução de Danos; 2) O gerenciamento dos casos através de cuidados

individualizados; 3) Promoção de cuidado nas modalidades intensiva, semi-intensiva; e não intensiva garantindo a atenção que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e sejam acolhidos; 4) Permitir a desintoxicação em caráter ambulatorial ou o repouso de usuários que necessitem de cuidados; 5) Promover cuidado aos familiares dos usuários; 6) Permitir através de diferentes ações (trabalho, cultura, lazer) a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais como educação, esporte, cultura e lazer montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas e projetos de vida mais saudáveis; 7) Trabalhar conjuntamente com os usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso prejudicial de drogas, bem como a redução da influência dos fatores de risco para o uso prejudicial; 8) Diminuir o estigma e o preconceito relativos ao uso prejudicial de drogas através de atividades preventivas e educativas (VINADÉ *et al.*, 2018).

#### J) As comunidades terapêuticas

Faremos um apanhado histórico da proposta inicial das Comunidades Terapêuticas que segundo Amarante (2003; 2007, p.43) na atual conjuntura não guardam nenhuma relação com os atuais locais de tratamento para usuários de álcool e outras drogas, que possuem de modo geral natureza religiosa e se denominam como “comunidades terapêuticas” de maneira oportunista e fraudulenta a fim de ganharem notoriedade e legitimidade social e científica. A Comunidade Terapêutica passou a ser compreendida como um conjunto de reformas institucionais que apresentavam em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalização dos papéis sociais, ou seja, um processo de horizontalidade e democratização nas relações, nas palavras de Maxwell Jones que seria impresso em todos os atores sociais no que se diz respeito à terapêutica.

Segundo Amarante (2003; 2007) o período do pós-segunda guerra mundial foi um momento de reflexão e de mudanças na forma em que a humanidade passou a pensar sobre determinadas questões. A psiquiatria foi uma das áreas que foi alvo de críticas e que sofreu grandes modificações na sua forma de atuar. Houve o desenvolvimento de novas teorias e técnicas psiquiátricas. As condições oferecidas aos internos dos hospitais psiquiátricos eram comparadas aos campos de concentração nazistas no que se refere ao cerceamento da liberdade e com relação aos direitos humanos. Como já descrito previamente Franco Basaglia em uma visita ao Brasil em 1978 considerou a Colônia de Barbacena em Minas Gerais semelhante a um

campo de concentração nazista. Com a proposta de modificação nas práticas institucionais nascem as experiências denominadas ‘Reformas Psiquiátricas’. São dívidas em três grandes grupos: o primeiro grupo com a intenção de abordar a psiquiatria a partir do hospital psiquiátrico, considerando o fracasso do modelo estava na gestão do hospital sendo importante a realização de mudanças no próprio hospital, teremos: ‘a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional’. Para conhecimento, sem, no entanto, fazer um maior aprofundamento, teremos a ‘Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária (ou Preventiva)’ que colocava a comunidade como ponto central para o tratamento, considerava o modelo hospitalar esgotado e obsoleto. Sua superação viria com a construção de dispositivos assistenciais que qualificariam o cuidado terapêutico, como os hospitais dias, as oficinas terapêuticas e os centros de saúde mental, reduzindo a importância do hospital psiquiátrico. No terceiro grupo, ‘a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana’, que terá forte influência na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Seus questionamentos são em relação à própria psiquiatria, tanto as práticas como os saberes até então da psiquiatria. Todo o modelo de psiquiatria científica bem como suas instituições receberam fortes críticas.

A Comunidade Terapêutica foi compreendida como uma experiência de Reforma Psiquiátrica, termo esse que foi utilizado primeiramente em 1946 por T.H.Main designando o trabalho que estava desenvolvendo com outros colegas colaboradores, Bion e Reichman, no Monthfield Hospital, em Birmingham, Inglaterra. O termo, no entanto, só se tornou consagrado no ano de 1959 com o desenvolvimento dos trabalhos do médico Maxwell Jones, um dos mais importantes autores e líderes dessa corrente de pensamento. Jones desenvolveu uma série de experiências no hospital psiquiátrico sob forte influência de psiquiatras como Sullivan, Menninger, Bion e Reichman. Esse termo Comunidade Terapêutica caracterizava um processo de reformas institucionais, principalmente no interior do hospital psiquiátrico. Essas reformas institucionais foram marcadas por medidas técnicas e administrativas de caráter democrático, participativo e da coletividade, cuja finalidade era a transformação da dinâmica asilar. A transformação do hospital psiquiátrico é marcada por relação democrática entre todos os membros do hospital, internos, profissionais e administradores. A experiência da Comunidade Terapêutica chamou a atenção da sociedade uma vez que os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos em virtude dos maus-tratos e desassistência apresentavam situação análoga a dos campos de concentração. Essa analogia não era suportável pela Europa democrática em processo de reconstrução no pós-guerra necessitando de mudanças urgentes nessa situação. Toda espécie de violência e desrespeito aos direitos humanos não era tolerada pela sociedade

sendo fortemente reprimida e repudiada. A sociedade não aceitava mais a violência que ocorria nos hospitais psiquiátricos. No período do pós-guerra os jovens soldados britânicos sofreram importantes danos físicos, sociais e psicológicos.

Muitos deles foram internados em hospitais psiquiátricos com a finalidade de tratar seus transtornos psicológicos. Essa situação gerou dois problemas: uma grande quantidade de pessoas que necessitava de cuidados e uma quantidade muito pequena de profissionais para atender essas pessoas. Uma quantidade excessiva de pacientes e a situação social e econômica bastante precária e um projeto de reconstrução nacional com a necessidade de recuperação da mão de obra. Os antes jovens soldados durante a guerra passariam a ser trabalhadores e com isso a grande necessidade do tratamento de suas enfermidades. Uma grande parcela da população que participava do processo de produção foi morta ou se tornou inválida durante a guerra. Essa parcela de sobreviventes encontrava-se com problemas decorrentes da permanência em combate durante a guerra. Parcelas da população que eram consideradas como improdutivas foram convocadas para ativamente do processo de reconstrução nacional (AMARANTE, 2003).

Nessa população potencialmente produtiva encontravam-se os pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Além da necessidade técnica e um melhor atendimento para essas populações, havia uma necessidade social e econômica na recomposição dessa mão de obra considerada como desperdiçada em hospitais psiquiátricos. Se analisarmos mais criticamente o hospital psiquiátrico, ele se encontrava em extrema precariedade, não cumprindo a sua função de recuperação dos doentes mentais. O hospital psiquiátrico passou a ser considerado como fator de agravamento das doenças mentais. Naquele momento, pós Segunda Guerra Mundial havia escassez de mão de obra não somente no processo de reconstrução dos países submetidos à guerra, mas também a escassez de profissionais de saúde com o objetivo de cuidar da população. Isso permitiu a retomada de propostas de reformulação dos hospitais psiquiátricos de caráter asilar que até então eram desconhecidas ou não tinham credibilidade. Nesse contexto, Main, Bion e Reichman do Monthfield Hospital, em Birmingham, Inglaterra, tiveram uma saída original e criativa: utilizaram o potencial dos pacientes no tratamento. Foram organizadas reuniões com a discussão das dificuldades enfrentadas, os projetos, o planejamento de cada um. Foram realizadas assembleias com aproximadamente duzentos pacientes ou mais. Foram elaboradas propostas de trabalho em que todos, sejam pacientes ou profissionais estivessem envolvidos. Foi nesse contexto histórico que surgiu a expressão psicossocial a partir do livro de James L. Halliday denominado *Psychosocial Medicine* publicado em Londres, Inglaterra no

ano de 1948 estabelecendo as primeiras relações entre as transformações sociais e o psiquismo (AMARANTE, 2003; 2007).

Segundo Amarante (2003; 2007), Maxwell Jones médico psiquiatra radicado na Inglaterra foi o principal autor e operador da Comunidade Terapêutica. Sua proposta se tornou mais conhecida a partir de 1959, com a sistematização e dinâmica quando Jones realizou a organização de grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades envolvendo os pacientes internados mais ativamente em seus tratamentos nas atividades então disponíveis. Jones compreendia que a função terapêutica era função de todos sejam eles técnicos profissionais de saúde, familiares ou pacientes. Para isso, foram organizadas reuniões, assembleias diárias quando todas as questões relacionadas ao hospital eram debatidas. As possibilidades eram então analisadas, enfatizando-se a atuação em equipe, com a finalidade de evitar abandono, negligência e, sobretudo a violência. Jones tinha como objetivo o envolvimento do paciente com sua própria terapia e com a dos demais. Compreendia que a relação terapêutica não deveria ser direcionada unilateralmente, ou seja, na direção do terapeuta ao paciente. Era imprescindível a participação dos pacientes no seu próprio tratamento e no tratamento dos demais pacientes do hospital psiquiátrico. O paciente assumiu uma nova posição em seu tratamento. Essa mudança inovadora registrou sua marca na história da psiquiatria. Foi inaugurado um novo 'estatuto' em que os pacientes do hospital deixavam de ter uma posição meramente passiva, sem o direito aos questionamentos das prescrições e orientações da equipe de saúde para uma posição participativa na orientação e no encaminhamento de seus tratamentos.

A Comunidade Terapêutica, nome denominado ao hospital psiquiátrico, na medida em que seus integrantes assumiam esse novo papel no processo terapêutico com direito a participação ativa. Uma das preocupações de Jones era o estabelecimento das relações de troca entre todos os atores envolvidos, ou seja, todos os que de certa forma desempenhavam um papel terapêutico. No cotidiano da Comunidade Terapêutica Jones desenvolveu reuniões diárias e assembleias de caráter geral, com a intenção de dar conta das atividades, participação da administração do hospital, gerenciamento do tratamento e tornar dinâmica o dispositivo e a vida dos pacientes. As pessoas, doentes e funcionários da instituição hospitalar deveriam executar de maneira igualitária as tarefas inerentes ao funcionamento do hospital. A participação de todos com igual importância na organização e na estruturação na vida hospitalar. Uma comunidade era compreendida como terapêutica, pois continha em si mesma, princípios que conduziam a um nivelamento dos papéis de todos os participantes da vida hospitalar no tratamento, não

somente ao poder hierárquico da instituição. A Comunidade Terapêutica procurava a ruptura da concentração de poder hierárquico, típico das instituições de caráter asilar. Jones compreendia que o próprio ambiente hospitalar deveria contribuir com oportunidades que ele denominava de aprendizagem ao vivo, que tem como significado a utilização das situações cotidianas da vida hospitalar como exercício das atividades fora do ambiente hospitalar. Seria um ensaio, no interior do hospital, do agir, do modo se comportar, do viver numa preparação para vida do paciente no mundo exterior. Esses ensaios passavam pela avaliação da equipe, dentro da proposta terapêutica (AMARANTE, 2007).

No hospital, o paciente poderia com a ajuda dos funcionários e de outros pacientes aprender novas formas de superação de suas dificuldades e ter um relacionamento positivo com outras pessoas. Todas as oportunidades de aprendizagem eram incentivadas e levadas para os grupos, principal instância de tratamento das comunidades terapêuticas. Na dinâmica de grupo, o paciente e o grupo poderiam trabalhar e superar o conflito quando esse surgia na prática, quando eram criadas possibilidades com as melhores soluções para superar as dificuldades enfrentadas. A aprendizagem não estava restrita aos pacientes, mas envolvia a equipe técnica dos profissionais de saúde mental, que também apresentava uma nova forma de atuação, diferente da lógica tradicional. Os profissionais de saúde precisavam compartilhar suas experiências e realizar o diálogo com pontos de vistas distintos. A comunicação e a troca de experiências entre pacientes e os profissionais de saúde eram essenciais e deveriam se estender na relação entre o hospital e a comunidade. Essa comunicação possibilitava cooperação entre a equipe, os pacientes, familiares e outros dispositivos. Permitia um maior contato da equipe de profissionais de saúde com as dificuldades enfrentadas pelos pacientes na comunidade em que a pessoa vivia. A cooperação e a democracia entre os participantes da Comunidade Terapêutica eram pilares fundamentais. (AMARANTE, 2003).

A organização democrática do hospital foi uma das novidades de maior importância que a Comunidade Terapêutica pode contribuir. Essa medida não foi uma mera medida administrativa, de organização do funcionamento do hospital, mas uma postura para o tratamento dos pacientes. A democratização era uma prática realizada através da comunicação o mais livre possível entre a equipe técnica dos profissionais de saúde e os grupos dos pacientes, as discussões coletivas eram momentos privilegiados. Existiam vários espaços para a discussão coletiva, através das reuniões diárias, com a discussão de tudo o que ocorria no interior da comunidade. Nessas reuniões, todas as situações vivenciadas eram debatidas e analisados os

papeis da equipe de profissionais, dos pacientes e a relação entre os pacientes e a equipe técnica. (AMARANTE, 2007).

Na discussão coletiva, sentimentos eram reconhecidos, temas eram abordados dos diferentes pontos de vista, além da discussão dos papéis e a atuação das pessoas envolvidas. A finalidade era encontrar dentro do espaço coletivo um melhor caminho para a questão em discussão. O encaminhamento dado a uma questão visava atender as expectativas tanto da equipe técnica de profissionais de saúde como a dos pacientes. Nas reuniões de discussão as pessoas passavam a se questionamentos sobre o que faziam. Esses questionamentos eram orientados para o tratamento. A Comunidade Terapêutica visava o confronto do paciente com suas dificuldades enfrentadas, de modo a ajudá-los na superação dessas dificuldades e proporcionar a preparação do paciente para o seu retorno ao convívio na sociedade. A Comunidade Terapêutica estava restrita ao interior do hospital psiquiátrico. Sua proposta era a modificação do hospital psiquiátrico pra que ele voltasse a alcançar seus principais objetivos que eram o tratamento e proporcionar a cura dos pacientes. A crítica da Comunidade Terapêutica à psiquiatria estava restrita a essa prática que tinha se distanciado dos seus objetivos de tratamento e cura. Não houve o questionamento de outros aspectos como: 1) o local onde eram realizadas suas práticas; 2) a concepção de doença mental e; 3) A relação da doença mental e a sociedade. Esses aspectos foram questionados por outras experiências de Reforma Psiquiátrica, que não são o foco desse estudo (AMARANTE, 2003).

Consideramos importante realizar comentários sobre o conceito original de Comunidade Terapêutica, pois atualmente o termo ganhou outra conotação que gera confusão na sociedade. O termo original teve o caráter de experiência de Reforma Psiquiátrica, mas atualmente foi deturpado.

Segundo Bastos e Alberti (2021, p.286), as atuais e que se autodenominaram Comunidades Terapêuticas são consideradas desde 2011, com a portaria 3088 do Ministério da Saúde: “pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório” e passam a compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e diferente dos CAPS, essas Comunidades Terapêuticas não privilegiavam como orientação terapêutica a política de redução de danos. As Comunidades Terapêuticas passaram a dividir os atendimentos aos usuários com os CAPS e outros serviços que apresentavam a mesma lógica que os CAPS. As Comunidades Terapêuticas são instituições privadas que recebem financiamento público e também estão distantes dos dispositivos públicos criados com a Lei 10.216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No que se refere aos CAPSad, CAPS que fazem

o atendimento de usuários de álcool e outras drogas a discrepância entre as orientações destes CAPS e as Comunidades Terapêuticas são mais evidentes.

k) Os consultórios na rua

Para Silva e Carvalho (2019) a Política Nacional para a população em situação de rua foi criada em 2009 através do Decreto Presidencial 7053 de 2009, considerada um avanço na consolidação do SUS, com o acesso universal por parte de todos os cidadãos aos serviços de saúde no território nacional. Teve como norteadores o cuidado das equipes dos consultórios na rua (ECR) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A construção dessas políticas teve como princípios da Reforma Sanitária Brasileira o direito à saúde, a inclusão da população de rua na universalidade de acesso, bem como a integralidade e a equidade. Para o Ministério da Saúde (2011), o consultório na rua objetiva a substituição do modelo de assistência fundamentado no paradigma biomédico através da demanda espontânea e da abstinência total. Essa modalidade de cuidado faz uma oferta programada aos usuários, mesmo sem a procura dos usuários aos serviços de saúde, prevenção e cuidado em saúde e a redução dos danos à saúde pelo uso prejudicial de substâncias psicoativas. As equipes dos consultórios na rua têm em suas composições profissionais de nível superior e médio sendo os profissionais de ensino médio denominados como agentes sociais. Estes agentes sociais atuam: 1) juntamente aos usuários de drogas promovendo a redução de danos; 2) promoção de atividades de educação e cultura; 3) a dispensa de insumos em saúde; 4) a articulação entre o usuário e a Rede de serviços de saúde; 5) o acompanhamento das pessoas em situação de rua. Esses agentes atuam na construção, implantação e articulação de uma política pública baseada em redes intersetoriais buscando atender as necessidades da população em situação de rua com o acolhimento de suas demandas. Essas ações são realizadas de maneira geral com os pontos da Rede de Atenção Psicossocial como os CAPS, Unidades Básicas de Saúde, Serviços de Emergência com o objetivo da busca ativa e a atenção aos usuários de drogas. De acordo com a PNAB (2012) a porta de entrada preferencial é a atenção básica. Essa modalidade de atendimento traz desafios aos modelos técnico assistenciais para uma população que possui moradia fixa, no entanto habita um território. A materialização da política dos consultórios de rua se dá principalmente pela estratégia de redução de danos. Para Lancetti (2006) há duas dimensões: uma política e outra como prática em saúde. Na visão política, é divergente do modelo de guerra às drogas e da abstinência total. Leva em consideração as condições sociais e as singularidades da

população atendida. Como prática de saúde pública ela busca a defesa da vida. A ideologia proibicionista não leva em consideração a singularidade do sujeito e preconiza como único tratamento e objetivo a abstinência total e a repressão punitiva para lidar com o tráfico e o consumo de substâncias psicoativas. Essa população de rua e usuária de drogas é considerada desfilhada do sistema social, com a ruptura os vínculos e com a ruptura do sistema de produção, ao trabalho. As equipes do consultório da rua promovem cuidado itinerante e in loco para essas pessoas destituídas de moradia fixa. Os consultórios na rua estão alocados na atenção primária, no entanto fazem uma interlocução com a Saúde Mental e a Assistência Social promovendo atendido a pessoas com transtornos mentais além da atuação em rede intersetoriais. É importante frisar que um conjunto de documentos como decretos e leis vem privilegiando as comunidades terapêuticas como possibilidade de internação, inserindo uma lógica de abstinência total como objetivo em detrimento das políticas de redução de danos.

## 7 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Neste sentido, reafirmo dados trabalhados na dissertação, de que no ano de 2004, o Ministério da Saúde assumiu que o uso prejudicial de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública com a necessidade de superar o atraso histórico assumindo a responsabilidade por parte do SUS, fundamentando a construção coletiva de uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas. Assim, o uso prejudicial de álcool e outras drogas apresenta elevada prevalência no Brasil, o que gera demanda de cuidado em Saúde. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são a referência para o atendimento dos usuários de drogas no SUS. Entretanto têm sido demonstradas dificuldades no acesso e o estigma dos usuários quando frequentam os CAPS.

No presente estudo evidenciou-se que existe falta de profissionais qualificados e desinteresse no cuidado desses usuários. Há um forte preconceito ao lidar com os usuários de álcool e outras drogas. Além disso, não há capacitação adequada aos profissionais. Nas universidades, nos cursos ligados as áreas da saúde não há disciplinas que abordem com profundidade a questão. Mesmo na residência em psiquiatria, o tema é abordado de maneira superficial e existem poucos psiquiatras capazes de atender a demanda de tratamento nos dispositivos públicos.

A portaria 3088 de 2011 do Ministério da Saúde criou a Rede de Atenção Psicossocial, um conjunto de dispositivos que devem se articular utilizando a noção de território. Em 21 de dezembro de 2017 foi publicada a portaria 3588 que trouxe uma série de retrocessos à Rede de Atenção Psicossocial entre elas estão: a criação do ‘CAPSad IV’ com objetivo de legitimar o ‘financiamento das comunidades terapêuticas’ que são fortemente criticadas no âmbito acadêmico e pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental, comunidades estas ligadas a grupos religiosos, praticando na maioria das vezes violação de direitos. O retorno dos ‘ambulatórios’, o ‘apagão dos dados’ do Ministério da Saúde referentes à Saúde Mental, o abandono das políticas e prioridades sugeridas pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental, a redução de recursos financeiros para a saúde mental e o retorno de uma lógica hospitalocêntrica que valoriza o ‘hospital psiquiátrico’ como centro das políticas públicas de saúde mental em detrimento do CAPS. Estes retrocessos geram um forte impacto no acesso dos usuários dos serviços de saúde mental.

Os termos acesso e acessibilidade não possuem consenso. Sofrem a variação de autores, ao longo do tempo e do contexto. As barreiras de acesso são os obstáculos, as dificuldades dos indivíduos em acessar, utilizar ou ingressar nos serviços de saúde. A identificação das barreiras de acesso permite fortalecimento social e a melhoria dos cuidados em saúde. Em geral as populações mais vulneradas sofrem mais barreiras de acesso aos serviços de saúde. A temática das drogas ainda é vista sob a perspectiva proibicionista levando a compreensão da ilegalidade e dificuldade de compreensão no assunto. São importantes: a escuta, o acolhimento, as visitas domiciliares com o objetivo de compreender o contexto familiar e a realização de atividades de arte e cultura com a finalidade de compreensão da subjetividade dessas pessoas. Muitos profissionais estão tecnicamente despreparados na abordagem de usuários de álcool e outras drogas e com isso existe a necessidade de superação com debates e reflexão por parte dos profissionais de saúde no contexto social, econômico e político destas pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

A Pandemia de COVID-19 foi uma importante barreira de acesso aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial, aos serviços de saúde e aos CAPS, pois houve mudança nos fluxos de atendimento, redução da carga horária de atendimento, fechamento de alguns serviços, funcionamento reduzido, trabalho em escalas, atendimento somente as situações de emergência. Essa Pandemia aprofundou a invisibilidade dos usuários de álcool e outras drogas uma vez que possuem risco social e de saúde aumentado em virtude da sua vulnerabilidade social. Os usuários de drogas são considerados como cidadãos invisíveis. É considerado como drogado e como vagabundo e por isso não quer trabalhar reforçando então seu estigma e sua invisibilidade. A questão das drogas no Brasil sempre foi tratada como uma questão de Segurança Pública. Faz-se importante um olhar do uso prejudicial de drogas sob o prisma da Saúde Pública. O fechamento do território colocou os usuários de drogas distantes dos serviços de saúde e, portanto criou barreiras de acesso. A Pandemia convoca os profissionais de saúde a necessidade da construção de instrumentos, técnicas ou reflexão de modos de viabilização do cuidado dos usuários de álcool e outras drogas no território por ocasião do isolamento social.

O estigma, preconceito e a discriminação podem ser entendidos como barreiras de acesso. Ou seja, o preconceito é o julgamento prematuro e inadequado sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Em geral, as pessoas usuárias de drogas têm sido atribuídas o estigma da criminalidade, da periculosidade e a marginalização. É importante a construção de uma sociedade não moralizadora.

Nota-se importante a divulgação da questão do uso de drogas como uma questão de saúde. O enfrentamento do uso prejudicial de drogas começa pelo combate ao estigma e ao preconceito. Usuários de crack sofrem de discriminação de maneira mais intensa. É importante educação continuada e que desmistifique a imagem criada pela mídia em relação aos usuários de drogas e, sobretudo ao crack.

São imprescindíveis a escuta e o acolhimento dos usuários de drogas independente das questões jurídicas e legais. São de grande importância o investimento no enfrentamento do crack e outras drogas bem como a desmistificação do imaginário social com a demonização do usuário de drogas, sendo o usuário visto como criminoso e marginalizado.

São importantes os investimentos em educação continuada em saúde, informação e combate ao estigma com vistas à reinclusão do usuário de drogas. Os serviços de saúde devem discutir a temática do estigma, preconceito e discriminação relacionada aos usuários de drogas no cuidado e tratamento desses usuários com o objetivo de ampliar a adesão e a efetividade do tratamento. É importante que haja intervenções com o objetivo de reduzir o estigma e seu impacto negativo sobre o acesso aos serviços de saúde.

As barreiras de acesso podem variar de acordo com o grupo social, ou seja, existem desigualdades no acesso à saúde para determinadas populações demonstrando a necessidade de intervenções com o objetivo de ampliar o acesso para os usuários de álcool e outras drogas. Mulheres sofrem de duplo estigma. O primeiro por serem usuárias de drogas e o segundo por não se enquadrarem no papel social estabelecido pela sociedade. As mulheres encontram mais barreiras de acesso que os homens. Mulheres negras lutam para superar as barreiras do sexismo e do racismo. Os serviços de saúde e nele e inserem os CAPS tem relevância no auxílio destas mulheres negras permitindo um espaço para suas narrativas de opressão, compartilhamento de experiências, angústias, dores e lutas. Bom local para escuta dos sintomas, seu lugar no mundo e planos para o futuro. Mulheres usuárias de drogas são menos presentes nos serviços de saúde. Mulheres usuárias de drogas são mais suscetíveis às desigualdades sociais, em saúde e são mais vulneráveis ao uso de drogas. Mais dispositivos de saúde como os CAPSad, para acolhimento dessas mulheres usuárias de drogas são necessários para descanso, redução de danos, banho e alimentação.

A população negra tem maior dificuldade para acessar serviços de saúde demonstrando, portanto desigualdades raciais no campo da saúde o que enseja intervenções que minimizem o racismo.

A população LGBTQIA+ tem como principal barreira de acesso, profissionais que compreendam do assunto. Faz-se necessário que profissionais de saúde possuam conhecimentos específicos sobre esta população em específico. É extremamente importante a educação permanente sobre a saúde desta população através de um modelo crítico, pedagogia ativa de ensino objetivando o cuidado livre de estigma, preconceito e discriminação. Esta população demanda maiores investimentos em educação continuada e permanente em saúde para um cuidado de maior sensibilidade, maior acolhimento e maior inclusão.

População em situação migratória apresenta importantes barreiras de acesso incluindo aí barreiras na língua falada. Para tanto, o incentivo às ações visando à superação dessas barreiras e a possibilidade do exercício da cidadania plena e participação social destas pessoas.

A população em situação de rua é fortemente estigmatizada e vulnerabilizada. O acesso aos cuidados e aos serviços de saúde assim como o acolhimento humanizado foi citado como formas de ajudar essas pessoas a saírem das ruas. O cuidado do uso prejudicial de álcool bem como dos transtornos psiquiátricos permite o empoderamento dessas pessoas.

Estudamos dois paradigmas sobre o uso de prejudicial de drogas: o paradigma proibicionista e o paradigma antiproibicionista. É importante a compreensão dos dois pontos de vistas que tem forte influência política, econômica e social. Por um lado um paradigma proibicionista com bases mais conservadoras, com práticas mais alinhadas ao discurso biomédico, asilar, moral e religioso. Esse paradigma criminaliza as populações mais pobres e vulnerabilizadas. A seletividade punitiva seleciona aqueles que serão enquadrados como traficantes de drogas e usuários. Se considerado usuário necessitará de tratamento médico. Se considerado traficante será encaminhado ao sistema prisional, ao encarceramento. Muito provavelmente o traficante é associado ao morador das comunidades periféricas que possuem como características ser negro, pobre e morador da favela. Enquanto o usuário é morador de bairros nobres da cidade do Rio de Janeiro como a Barra da Tijuca ou da Zona Sul. Certamente o devido processo legal para essas pessoas não será levado adiante. Por outro lado um paradigma antiproibicionista mais alinhado com o cuidado psicossocial, com os ideais propostos pela Reforma Psiquiátrica com os Centros de Atenção Psicossocial como um dos principais dispositivos na promoção do cuidado em saúde mental e no cuidado dos usuários de álcool e outras drogas. As políticas da redução de danos, consultórios nas ruas e da descriminalização do uso de drogas ainda não são bem aceitas pelos setores mais conservadores da sociedade. Lembrando que o uso medicinal da cannabis tem sido autorizado pelo Poder Judiciário e muitos médicos têm buscado conhecimento para poderem prescrever a cannabis

medicinal. As drogas sempre estiveram no convívio da humanidade. O vinho é citado na bíblia. As folhas de coca sempre foram consumidas pelas populações andinas. É importante pensar na regulamentação do uso de drogas como feito para o uso do tabaco, fundamentado nas melhores evidências científicas, levando em consideração que não existe uma ciência neutra.

## REFERÊNCIAS

ADAY L.A. e ANDERSEN R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res**, 9:208-20. 1974.

ALBUQUERQUE, L. C. **Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: o que pensam os usuários?** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife. 2012.

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. **BMC International Health and Human Rights**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016.

ALBUQUERQUE, T. I. *et al.* Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1695-1706, June 2016.

ALBUQUERQUE, C. S. e AZEVEDO, E. E. B. Nova Lei de Drogas, Pandemia e Serviço Social: Desafios Ético-políticos em Contexto Ultraneoliberal e Autoritário. In: GOMES, T. M *et al.*, **Saúde Mental e Drogas em Tempos de Pandemia: contribuições do Serviço Social**. Uberlândia, Navegando Publicações. 2020.

ALBUQUERQUE, C. S. e NÓBREGA, M. P. S. S. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **SMAD, Revista Eletrônica em Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 12, n. 1, p. 22-29, 2016.

ALMEIDA, C. Reforma dos Sistemas de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. cap. 25, p. 871-922 Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida** – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

\_\_\_\_\_ (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições**. Programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, Ead/FIOCRUZ, 2003.

\_\_\_\_\_ **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2007.

\_\_\_\_\_ (Org.). **Loucura e Transformação Social**. Autobiografia da Reforma psiquiátrica no Brasil. 1ª edição. São Paulo: Zagodoni, 2021.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**. 36:1-10, 1995

ANDERSEN, R. M. e NEWMAN J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Quartely**. 51: 95-124, 1973.

ANDREWS, G. R. **Negros e brancos em São Paulo (1888-1988)**. Florianópolis: EDUSC, 1998.

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.

AROUCA, S. Saúde na constituinte: a defesa da emenda popular. **Saúde debate**, v. 20, p. 39-46, 1988.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, p. 11-23, 2009.

BARBOSA, A. S. *et al.* Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Biomedical Sciences - BJHBS**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 11-19, 2020.

BARCELLOS, W. S. Proibicionismo e necropolítica: os desafios do Serviço Social em tempos de pandemia In: GOMES, T. M *et al.*, **Saúde Mental e Drogas em Tempos de Pandemia: contribuições do Serviço Social**. Uberlândia, Navegando Publicações. 2020.

BARD, N. D. *et al.* Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 24. e2680, 2016.

BASTOS, A. D. A. e ALBERTI, S. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 285-295, 2021.

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2017.

BATISTA, N. A violência do Estado e os aparelhos policiais. In: **Discursos Sediciosos– Crime, direito e sociedade**. Rio de Janeiro. Freitas Bastos, 1997.

BATISTA, N. e BATISTA, V. M. Todo crime é político. **Caros Amigos, ano VII**, n. 77, 2003.

BATISTA, V. M. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1998.

\_\_\_\_\_. **O medo na cidade do Rio de Janeiro**. Revan. 2003.

BAUMAN, Z. **O mal estar da pós modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BECKER, H. **Extraños**. Buenos Aires: Tiempo Contemporaneo, 1971.

\_\_\_\_\_. **Uma teoria de ação coletiva**. Rio de Janeiro. Zahar Editores. 1977.

\_\_\_\_\_. **Marginais e desviantes**. Rio de Janeiro. Zahar Editores. 1977.

BERGERON, H. **Sociologia da droga**. São Paulo: Ed ideias & letras, 2012.

BORGES, E. *et al.* **Racismo, preconceito e intolerância**. São Paulo: Atual, 2002.

BORGES, J. **Encarceramento em massa**. Belo Horizonte: Letramento; Justificando, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. **Levantamento de informações penitenciárias INFOPEN Mulheres**. Brasília: Ministério da Justiça, 2018.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas; 2005.

BRASIL. Prevenção, tratamento e reinserção social do dependente de álcool e outras drogas. *In: \_\_\_\_\_*. **Sistema nacional de políticas públicas sobre drogas**. Brasília. Parte 2. 109 p. 2012.

BRASIL. **Resolução CONTRAN nº 432**, de 23 de janeiro de 2013.

BRASIL. BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE. BVS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental e a pandemia de Covid-19**. 2021.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS. **Resolução n.º3/GSIPR/CH/ CONAD**, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *In: \_\_\_\_\_*. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília (DF): SENAD, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Plano Plurianual 2016-2019**. Relatório Anual de Avaliação – 2019. Brasília, DF: Ministério da Economia, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**: texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do Ministério da Saúde de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. p. 1-54, 2003

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVC/CN - DST / AIDS, 2ª edição revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Criação e implantação de rede de assistência em Centros de Atenção Psicossocial para o atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas (CAPSad)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília, Distrito Federal, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS. PEAD 2009 - 2010.** Portaria GM/MS nº 1.190. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, Série E. Legislação em Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 816/GM.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Brasília. 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008:** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** Brasília: 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. **Relatório de Gestão 2007/2010:** Brasília. Janeiro. 106p. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília (DF), 21 de dezembro de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS Nº 122 e 123** – Janeiro. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS/DAPES. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultório de Rua do SUS.** Brasília: FIOCRUZ; setembro de 2010.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, CASA CIVIL. **Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas.** PIEC/2010, Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA - **Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Lei Nº 9.503**, de 23 de Setembro de 1997 que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: 2007.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto N. 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Brasília-DF, 2002

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007**. Brasília: DF. 2007.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 24 dez 2009.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto Federal Nº.9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 11 abr. 2019.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA **Lei Federal No. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 11.705**, de 19 de junho de 2008. Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: DF 2008.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006**. 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

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 12.760**, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília: DF 2012.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei Federal Nº13.840**, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e trata do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 6 jun. 2019.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial**, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 652, de 14 de dezembro de 2020. Convoca a V Conferência Nacional de Saúde Mental (V CNSM), cuja Etapa Nacional será realizada em Brasília, entre os dias 17 e 20 de maio de 2022. 2020.

BUTLER, J. Vida precária. **Contemporânea**, São Carlos, n. 1 p. 13-33, jan.–jun., 2011.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00088920, 2020.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393 - 403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.

CARMEN, H. *et al.* “We don't exist”: a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. **Journal of the International AIDS Society**, v. 15, n. 2, p.10.7448/IAS.15, 2012.

CARNEIRO, A. S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser.** 339f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARRARA, S. *et al.* Retratos da política LGBT no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: **Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva**, 2017.

CARVALHO, M. C. e DELGADO, P. G. G. Acesso à Saúde Mental em Itajubá/MG – ECOS. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. Volume 6. Número 1, 2016.

CARVALHO, S. **A política criminal de drogas no Brasil.** Luam, 1997.

CASTEL, R.. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à "desfiliação". **Caderno Crh**, v. 10, n. 26, 1997.

CASTELLI, A. C. Pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas. In: NOAL, D. S. *et al.* (Orgs), **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020.

CASTRO, L. A. **Criminologia da reação social.** Rio De Janeiro. Forense, 1983.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, June 2011.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CHIOZZA, L. **Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo**. Campinas: Papirus, 1987.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). CFM encaminha informe aos médicos sobre prescrição de canabidiol. **CFM** (online). Brasília: 22 de março 2016.

\_\_\_\_\_. Nota de esclarecimento do conselho Federal de Medicina à sociedade. **CFM**. (on line). Brasília: 03 de novembro 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Conselho médico de SP quer descriminalizar maconha. **CREMESP na Mídia**. São Paulo, 3/11/2016. (on line).

CRAWFORD, N. D. *et al.* Differences in self-reported discrimination by primary type of drug used among New York City drug users. **Am J Drug Alcohol Abuse**. 38(6): 588-92. 2012.

CRISTIE, N. **A indústria do controle do crime**. Rio de Janeiro, Forense, 1998.

CRUZ, M.S. e FERREIRA, S. M. B. A rede de saúde na assistência para pessoas com dependência de álcool e outras drogas: das UBS e CAPS-AD aos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos DUARTE, P. do C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. de S. (Org.). Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6, cap. 1, **SUPERA**. 5ª ed. Brasília: SENAD, 2014.

CRUZ, J. R. e TAQUETTE, S. R. Viver na rua: vulnerações e a bioética da proteção. **Revista Bioética**, nº4. Brasília. v. 28, p. 637-646, Out./Dez 2020.

COELHO, H. V. e SOARES, C. B.. Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 111-119, 2014.

**CURSO DE EXTENSÃO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E PANDEMIA: COMO ENFRENTAR AS BARREIRAS DE ACESSO AO CAPS?** NUPPSAM/IPUB/UFRJ. Rio de Janeiro. 2021.

DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante**. São Paulo: Boitempo, 2018.

DELGADO, P. G. G. O tratamento a partir da Reforma Psiquiátrica. In: Quinet, A, organizador. **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; p. 153-158 2001.

\_\_\_\_\_ A dívida histórica da Saúde Pública com a questão do álcool e outras drogas. In: Acselrad G, organizador. **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 165-81. 2005.

D'ELIA FILHO, O. Z. **Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas?** Rio de Janeiro: Revan, 2007.

\_\_\_\_\_ **Indignos de vida: a forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

DEL OLMO, R. Geopolítica de las drogas. Medellín: In: **Revista Análisis**, 1998.

\_\_\_\_\_ **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan. 1990.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DUARTE, M. V. G *et al.* Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa? **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1151-1163, Out-Dez. 2020.

DUARTE, P. C. A. V. e DALBOSCO, C. A. Política e a legislação brasileira sobre drogas Em: FORMIGONI M. L. O. S. e DUARTE P. C. V. A. (Org) Módulo 5 [recurso eletrônico]: SUS e SUAS: redes de cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. **Coleção SUPERA**, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018.

DUSSEL, E. **1492: o encobrimento do outro - a origem do mito da modernidade**; Conferências de Frankfurt. Petrópolis: Vozes, 1993.

EDWARDS, G. *et al.* **Tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais da saúde. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

ESCOHOTADO, A. **História Elementar das Drogas**. Lisboa: Antígona, 2004.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar a Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.*, (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 323-364. 2012.

FAGUNDES, L. G. S. *et al.* Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 499-510, 2014.

FAGUNDES, S. V. B. **Política Nacional Sobre Drogas: Um estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) e em uma instituição do terceiro setor, localizadas em um município de Minas Gerais**. Monografia. Universidade Federal de Lavras. Lavras – Minas Gerais, 2019.

FANON, F. **Peles negras, máscaras brancas**. Salvador: Editora EdUFBA, 2008.

FERNANDES, F. L. **Redes de Valorização da Vida**, organizador. Rio de Janeiro: Observatório das Favelas; 2009.

FERREIRA, S. e PORTO, D. Mistanásia × Qualidade de vida. **Revista Bioética**, v. 27, nº 2, p. 191-195. Brasília, 2019.

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

FERRUGEM, D. e GERSHENSON, B. Guerra às drogas em contexto de pandemia: repercussões na saúde mental das mulheres negras. In: GOMES, T. M. *et al.*, **Saúde Mental e Drogas em Tempos de Pandemia: contribuições do Serviço Social**. Uberlândia, Navegando Publicações. 2020.

FERTIG, A. *et al.* Mulheres usuárias de crack: conhecendo suas histórias de vida. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 310-316, 2016.

FLEURY, S. **Dual, Universal o Plural? Modelos y Dilemas de Atención de la Salud em America**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6ed edição, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRENK, J. *The concept and measurement of accessibility*. In: WHITE, K. *et al.*, **Health Services Research: An Anthology**. Washington: Pan American Health Organization 1992.

GALTUNG, J. Violence, peace, and peace research. **Journal of Peace Research**, vol.3, n.6, p. 167-191, 1969.

GARCIA, L. *et al.* A Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde - SUS, DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.). O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1, cap. 7, **SUPERA**. 5ª ed. Brasília: SENAD, 2014.

GERSHENSON, B. *et al.* Juventudes encerradas: extermínio e aprisionamento segundo opressões de classe, raça e gênero. **Argumentum**, Vitória, v. 9, n. 1, p. 119 - 133, 2017.

**Glossário Lourdes Almeida da Consolidação de Normas do Sistema Único de Saúde**. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Programa de Direito Sanitário — Brasília: Ministério da Saúde, Prodisa/Fiocruz, 2021.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES, T. M. S. *et al.* As comunidades terapêuticas brasileiras e a pandemia do novo coronavírus. In: GOMES, T. M. *et al.* **Saúde Mental e Drogas em Tempos de Pandemia: contribuições do Serviço Social**. Uberlândia, Navegando Publicações 2020.

GONÇALVES, L. A. P. *et al.* Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades-uma (não) agenda? **Saúde em debate**, p. 160-174, 2019.

HARRISON, A. e SILENZIO, V. M. B. Comprehensive care of lesbian and gay patients and families. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 23, n. 1, p. 31-46, 1996.

HARM REDUCTION INTERNACIONAL. We can't stop now: safeguarding funding for harm reduction during COVID-19. **Harm Reduction International**, 2020.

HENMAN, A. R. A guerra às drogas é uma guerra etnocida: um estudo do uso da maconha entre os índios Tenetehara do Maranhão. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, n.10, p. 37 - 48, 1983.

HENRIQUE, I. F. S. *et al.* Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool e outras substâncias (ASSIST). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 50(2):199-206. 2004.

HOFFMAN, N. D. *et al.* Healthcare preferences of lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning youth. **Journal of Adolescent Health**, v. 45, n. 3, p. 222-229, 2009.

HORTA, R. L. *et al.* Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2263-2270, Nov. 2011.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes; 1972.

KARAM, M. L. **De crimes, penas e fantasias**. Niterói, RJ: Luam, 1993.

\_\_\_\_\_ A esquerda punitiva. In: **Discursos Sediciosos – Crime, Direito e Sociedade** n° 1, publicação do Instituto Carioca de Criminologia, Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1996.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LIVINGSTON, J. D. Mental illness-related structural stigma. **Vol Ment Heal Comm Canada**, 2013.

LUNARDON, J. A. **Maconha, capoeira e samba: a construção do proibicionismo como uma política de criminalização social**. Porto Alegre: I Seminário Internacional de Ciência Política, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, setembro, 2015.

MAGALHÃES, L. G. **Barreiras de acesso na atenção primária à saúde à travestis e transexuais na região central de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo 2018.

MANGUEIRA, S. O. *et al.* Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, p. 157-168, 2015.

MARCUS A.C. e SIEGEL J.M. Sex differences in the use of physicians services: a preliminary test of the fixed role hypotheses. **Journal of Health and Social Behaviour** 23 (September):186-197. 1982.

MARLATT, G. A. **Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

MARONNA, C. A. Apontamentos a respeito do debate sobre a descriminalização da posse de drogas para uso pessoal no Brasil. In: FEFFERMANN, M. *et al.*, (Org.). **Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017.

MARRO, K. Feminismo, pão e solidariedade de classe para os tempos que virão. **Brasil de Fato**. São Paulo, 18 de maio, 2020.

Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/05/18/artigo-feminismo-pao-e-solidariedade-de-classe-para-os-tempos-que-virao>>.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. Madrid: Melusina, 2011.

\_\_\_\_\_ Necropolítica: una revisión crítica. In: MC GREGOR, H. C. **Estética y violência: necropolítica, militarización y vidas lloradas**. México: Universidade do México, p. 130-140. 2012.

\_\_\_\_\_ **Crítica a razão negra**. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MEADS, C. *et al.* A systematic review of health lesbian, bisexual and transgender community in the West Midlands region of the UK. UK: **Unit of Public Health, Epidemiology & Biostatistics**; 2009.

MÉNDEZ, B. E. **Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test** Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul. 1999.

MINOZZO, F. *et al.* Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde e integralidade DUARTE, P. do C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. de S. (Org.). Atenção Integral na Rede de Saúde: módulo 5, cap. 1, **SUPERA**. 5ª ed. Brasília: SENAD, 2014.

MONTEIRO, S. e VILLELA, W. (Org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MOSCHETA, M. S. **Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2011.

MOURA, C. **Rebeliões da senzala: quilombos, insurreições, guerrilhas**. 4. ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1988.

NCHS-NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. **Health, United States, 1995**. Public Health Service, Hyattsville, Maryland. 1996.

NOAL, D. S. *et al.* (Orgs) **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID** - Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020.

NORONHA, J. C. *et al.* O Sistema Único de Saúde - SUS In: GIOVANELLA, L. *et al.*, (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 365-394. 2012.

OJANUGA, D. N. e GILBERT, C. Women's access to health care in developing countries. **Social Science and Medicine** 35(4):613-617. 1992.

OLIVA, A. R. **Lições sobre a África**: diálogos entre as representações dos africanos no imaginário ocidental e o ensino da história da África no mundo Atlântico (1990 2005).2007. Tese (Doutorado em História Social). Instituto de Ciência Humanas. Universidade de Brasília, 2007.

OLIVEIRA, E. X. G. *et al.* Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S298-S309, 2004.

\_\_\_\_\_. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3649-3664, Sept. 2011.

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

OPAS. **Proteção da saúde mental em situações de epidemias. Tecnologia e prestação de serviços de saúde. Unidade de saúde mental, de abuso de substâncias e reabilitação (THS/MH)**. OPAS, 2006.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Editora Fiocruz, 2008.

PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 25-46, 2013.

PASSOS, E. H. e SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.** Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, Apr. 2011.

PENCHANSKY, D. B. A. e THOMAS, J. W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, 19:127-40, 1981.

PEREIRA DE ANDRADE, V. R. **A ilusão da segurança jurídica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

PEREIRA, M. O. *et al.* Reflexão acerca da política do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da sociologia das ausências e das emergências. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. 2012.

PRUDENCIO, J. D. L. A COVID-19 reafirmando a invisibilidade dos usuários de álcool, crack e outras drogas no território. In: GOMES, T. M *et al.*, **Saúde Mental e Drogas em Tempos de Pandemia: contribuições do Serviço Social**. Uberlândia, Navegando Publicações, 2020.

PUNTES-MARKIDES, C. Women and access to health care. **Social Science and Medicine** 35(4): 619-626. 1992.

QUEIROZ, I. S. Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei. v. 2, n. 1, p. 152-63, Mar./Ago. 2007.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (Org.). **A colonialidade do saber, eurocentrismo e Ciências Sociais: Perspectivas latinoamericanas**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, setembro, 2005.

RAMÔA, M. L. Novas rotas, novos fluxos: a construção de uma rede psicossocial para álcool e outras drogas na cidade do Rio de Janeiro. In: FERNANDES, F. L. A., organizador. **Redes de Valorização da Vida**. Rio de Janeiro: Observatório das Favelas; p. 85-95, 2009.

RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE DE PERSONAS QUE USAN DROGAS. **Recomendaciones de personas que usan drogas em resposta al covid 19**. 2020.

REICHERT, R. A. *et al.* Barreiras de acesso e o papel da psicologia na adesão de usuários de drogas na atenção básica à saúde. In: LOPES, F.M. *et al.* (Orgs) **Psicoterapias e abuso de drogas: uma análise a partir de diferentes perspectivas teórico-metodológicas**. CRV. Curitiba. 2021.

RIBEIRO JUNIOR, A. C. **As drogas, os inimigos e a necropolítica**. Cadernos do CEAS, Salvador, n. 238, p. 595-610, 2016.

RIBEIRO, L. A. *et al.* Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 210-218, 2010

RIETRA, R. C. P. **Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.

ROCHA, A. P. Nuances do juvenicídio: trabalho no tráfico de drogas justificando prisões e mortes de pretos e pobres In: GOMES, T. M *et al.*, **Saúde Mental e Drogas em Tempos de Pandemia: contribuições do Serviço Social**. Uberlândia, Navegando Publicações. 2020.

RODRIGUES, T. **Narcotráfico, uma guerra na guerra**, São Paulo, Desatino, 2003.

\_\_\_\_\_. Drogas, proibição e abolição das penas. In: PASSETTI, E. (Org.). **Curso livre de abolicionismo penal**. Rio de Janeiro. Ed: Revan/Nu-Sol, 2004.

RODRIGUES, L. B. F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 2006. 273 p. Tese (Doutorado –Programa de Pós-Graduação em Direito. Área de Concentração: Direito Penal, Medicina Legal e Criminologia) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ROMANINI, M. e ROSO, A. Mídia e *Crack*: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? **Psicologia, Ciência, & Profissão**, 32(1), 82-97. 2012.

\_\_\_\_\_. Miatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 483-497, 2013.

RONZANI, T. M. *et al.* **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora, MG: UFJF. 2014

ROSSI, C. C. S. e TUCCI, A. M. Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, 2020.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. 20 (2):v–vi. 2007;

SAAD, L. **“Fumo de negro”: a criminalização da maconha no pós-abolição**. Salvador: EDUFBA, 2018.

SANCHEZ, R. M. e CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 31(3): 260–8. 2012.

SANTOS, J. A. T. e OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Journal of Nursing & Health**, 1(2), 82-93. 2012.

SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, A. P. P. e MARQUES JÚNIOR, J. S.. Racismo estrutural e o paradigma antinegro: O proibicionismo e a guerra às drogas como os novos grilhões dos negros brasileiros. In: GOMES, T. M. *et al.* **Saúde Mental e Drogas em Tempos de Pandemia: contribuições do Serviço Social**. Uberlândia, Navegando Publicações. 2020.

SILVA, L. L. **A Questão das Drogas nas Relações Internacionais: uma perspectiva brasileira**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2013.

SILVA, L. M. P. **Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. 2007.

SILVA, L. M. O. e MATTOS, F. A. M. Welfare State e emprego em saúde nos países avançados desde o Pós-Segunda Guerra Mundial. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v.29, n.6, p. 135-152, jul./set. 2009.

SILVA, M. C. e CARVALHO, Y. M. Os consultórios na rua: transitando entre as suavidades e durezas da sociedade justaposta In: ZALUAR, A. *et al.* **Drogas, ciências e políticas públicas: discussões interdisciplinares e práticas de saúde.**– Sorocaba: Recanto das Letras, 2019.

SILVA, W. M. F. e RUIZ, J. L. S. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020.

SILVEIRA, P. S. **Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de Juiz de Fora.** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, MG. 2010.

SOTERO, M.. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 799-817, 2011.

SOUZA, É. *et al.* **Projeto transexualidades e saúde pública no brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans.** Relatório Descritivo. Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (NUH UFMG)/Departamento de Antropologia e Arqueologia (DAA-UFM).Belo Horizonte 2015.

SOUZA T. P. **Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento** [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia; 2007.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield B, organizador. **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; p. 207-45 2002.

STARFIELD, B. e SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**. 60. 201–218. 2002.

STEELE, L. S *et al.* Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. **Family Practice**, v. 23, n. 6, p. 631-636, 2006.

SURJUS, L. T. L. S. *et al.* (Orgs.). **Atenção Psicossocial e COVID-19: Fortalecimento Coletivo Para Garantir o Cuidado.** Santos: Universidade Federal de São Paulo, 2020.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, May 2017.

THOMPSON, A. **Quem são os criminosos?** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1998.

TRAVASSOS, C. e CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 183-206. 2012.

TRAVASSOS, C. e MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

UNODC. UNITED NATIONS. OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned** [Internet]. Vienna; 2004.

UNODC – UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Wor DRUGS AND AGE* **Drugs and associated issues among young people and older people: Report No. E.18.XI.9**. Vienna: United Nations Publication, 2018.

UNODC. **Sugestões sobre tratamento, cuidados e reabilitação de pessoas com transtornos associados ao uso de drogas no contexto da pandemia da Covid-19**. 2020.

VERNAGLIA, T. V. C *et al.* O acesso ao tratamento de usuárias de crack sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em debate**, p. 184-197, 2020.

VERNAGLIA, T. V. C *et al.* Limites e falência do corpo: o acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack em um CAPSad do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e190834, 2021.

VIDAL, E. I. O. e FUKUSHIMA, F. B. A arte e a ciência de escrever um artigo científico de revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00063121, 2021.

VINADÉ, T. F. *et al.* Estratégias de Redução de Danos: da Atenção Primária à Secundária Em: FORMIGONI M. L.O.S, DUARTE; P. C. V. A. (Org) Módulo 7 [recurso eletrônico]: Recursos da comunidade e da família para cuidado e redução de danos associados ao uso de drogas. **Coleção SUPERA**, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018.

WEBER, R. *et al.* (org.) **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: [s.n.], 2021.

ZAFFARONI, E. R. “Crime Organizado”: uma categorização frustrada, In: **Discursos Sediciosos – Crime, Direito e Sociedade** n° 1, publicação do Instituto Carioca de Criminologia, Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1996.

ZAFFARONI, E. R. e BATISTA, N. **Direito penal brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora Revan, v. 1, 2003.

ZEFERINO, M. T. *et al.* Semelhanças e contrastes nos padrões de uso de crack em Santa Catarina, Brasil: capital vs Meio Oeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 97-106, 2017.