

Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas do ponto de vista do(as) usuário(as)

Open and closed services in the treatment of alcohol and other drugs from the user point of view

 Caliandra Machado Pinheiro^a

<https://orcid.org/0000-0001-9348-7994>

E-mail: calimachado@hotmail.com

 Mônica Nunes de Torrenté^a

<https://orcid.org/0000-0002-5905-4199>

E-mail: monicatorrente1@gmail.com

^aUniversidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, BA, Brasil.

Resumo

A desinstitucionalização visa ao resgate da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e usuárias de drogas, usando uma rede ampliada de serviços que propicie o cuidado integral. Este artigo tem como objetivo discutir como as modalidades de tratamento ofertadas pelos serviços de saúde mental da rede formal de saúde contribuem, ou obstaculizam, o processo de desinstitucionalização a partir da análise da integralidade do cuidado. Para tal foram utilizadas as técnicas da história de vida e da observação participante. A análise dos dados se pautou numa perspectiva hermenêutica crítica e reflexiva das narrativas e das práticas cotidianas desses sujeitos. Os resultados apontaram que o funcionamento dos serviços fechados está mais afinado aos modelos jurídico-moral e médico de análise do uso de drogas e mais distante dos princípios da integralidade, cumprindo papéis relacionados às desigualdades sociais e ausência de políticas públicas. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) estão mais próximos aos modelos psicossocial e sociocultural, caminhando no sentido de uma prática integral em saúde. Tais resultados apontam para a necessidade de futuras pesquisas que aprofundem a função desses serviços na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a disseminação e o financiamento crescentes de serviços fechados no Brasil e seus efeitos na desinstitucionalização de usuários(as) de drogas. **Palavras-chave:** Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Integralidade em Saúde; Desinstitucionalização.

Correspondência

Caliandra Machado Pinheiro

Rua Basílio da Gama, 316. Salvador, BA, Brasil. CEP: 40110-060.

Abstract

Deinstitutionalization is meant to rescue the citizenship of people in psychological distress and use of drugs, by using an expanded network of services that provide integral care. This article is aimed at discussing how the treatment modalities offered by mental health services in the formal health network contribute to or prevent the deinstitutionalization process by analyzing integral care. To accomplish this task we used the techniques life history and participant observation. We analyzed the data based on critical and reflective hermeneutic perspectives of the subjects' narratives and daily practices. The results showed that the functioning of closed services is more in tune with the legal-moral and medical models of drug use analysis and more distant from the principles of integrality, fulfilling roles related to social inequalities and the absence of public policies. The Psychosocial Care Center (CAPS) is closer to the psychosocial and socio-cultural models, moving towards an integral health practice. Such results point to the need of future research to deepen the role of these services in the Psychosocial Care Network (RAPS), the increasing dissemination and financing of closed services in Brazil and their effects on the deinstitutionalization of drug users.

Keywords: Substance-related disorders; Integrality in health; Deinstitutionalization.

Introdução

Pensar o cuidado integral para usuários(as) de substâncias psicoativas (SPA) requer levar em consideração a enorme complexidade desse fenômeno, abrangendo aspectos desde a história de uso de uma população e as vulnerabilidades que podem levar a esse uso (ou advir dele) até as estratégias formuladas para dar conta das questões suscitadas por um uso problemático. Estas abrangem desde problemas de saúde, risco de precarização da vida social até discussões em torno de questões jurídicas e políticas. Alarcon (2012) utiliza o termo “problema-drogas” como tentativa de abarcar as relações com as drogas desde os danos ao organismo até os danos relacionados às políticas antidrogas.

Até o início do século XX, o governo brasileiro, mais especificamente o setor de saúde, se manteve distante do “problema-drogas”, com a primeira recomendação para internação em hospitais psiquiátricos a partir da década de 1970. Além dos hospitais, sociedades de caráter privado e as comunidades terapêuticas (CT), em sua maior parte religiosas, eram as alternativas de tratamento para os usuários de SPA (Brasil, 2003; Machado; Miranda, 2007; Medeiros, 2018). Apesar do tratamento que oferecem, as CT vêm crescendo em número e destaque nas políticas públicas brasileiras. Os usuários nessas instituições têm sido tratados através do afastamento de seu ambiente social, tendo como principais instrumentos terapêuticos a contenção física e medicamentosa e as práticas disciplinares e de cunho moral ou religioso, objetivando o alcance da abstinência. Esses tipos de tratamento têm tido sua eficácia questionada, somando-se às inúmeras violações dos direitos humanos ocorridas dentro dessas instituições (Assis; Barreiro; Conceição, 2013).

De acordo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a implantação de uma rede territorial substitutiva seriam o caminho mais adequado para o cuidado de pessoas com transtorno mental e usuárias de álcool e outras drogas. A partir da lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001), e das portarias subsequentes, um movimento de mudança

do modelo assistencial começa a se consolidar no país. Em 2011 foi lançada a portaria 3.088 (Brasil, 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de avançar na conformação de uma rede de serviços integrada e articulada, envolvendo os diversos níveis do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da variedade e da confrontação entre formas de cuidado às pessoas em uso problemático de drogas coexistentes em nosso país, é de suma importância a construção e ampliação do conhecimento sobre as mudanças que ocorreram nesse cuidado e como elas têm se materializado na trajetória concreta dessas pessoas. Para tanto, focamos no conceito de integralidade do cuidado, entendendo que quanto mais esse princípio é alcançado nas práticas concretas, maior possibilidade existe de que, por seu intermédio, se enfrentem necessidades do sujeito advindas de múltiplas dimensões da vida: biológicas, psíquicas, sociais, econômicas, entre outras, e suas interconexões. Esses enfrentamentos ampliariam a possibilidade de desinstitucionalização das pessoas em uso problemático de drogas.

Neste artigo, fruto de dissertação de mestrado sobre a trajetória de pessoas com histórico de uso problemático de substâncias psicoativas e a integralidade do cuidado como operador da desinstitucionalização em saúde mental, queremos discutir como as modalidades de tratamento ofertadas pelos serviços de saúde mental da rede formal de saúde contribuem, ou obstaculizam, o processo de desinstitucionalização, a partir da comparação de serviços abertos e fechados na perspectiva da experiência dos usuários de SPA. Retomaremos os dois modelos de atenção tendo como base o acompanhamento de usuários por longa duração e em profundidade por meio das técnicas da história de vida e da observação participante, o que nos permitiu a identificação de tensões e nós críticos, além de uma análise mais complexa da realidade do cuidado e dos modelos de atenção para usuários de drogas na prática concreta.

Modelos de atenção para usuários de substâncias psicoativas

A legislação brasileira no campo do tratamento para usuários de drogas se inicia com uma lei que

previa internação obrigatória (lei nº 891/1938), que, revogada em 1976, foi substituída por outra (lei nº 6.368/1976), que previa a criação de serviços ambulatoriais de tratamento e indicava a internação obrigatória apenas para casos julgados como necessários (Brasil, 1938, 1976). Na década de 1980, centros de referência especializados passaram a oferecer atendimento aos usuários de SPA em formato ambulatorial, sendo, majoritariamente, ligados às universidades públicas. No final dos anos 1980, a epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) trouxe à tona a necessidade de repensar o cuidado para esse público, visto que os usuários de substâncias eram considerados “grupo de risco” à época.

O Brasil começa a ter um olhar mais amplo para o uso de SPA a partir da chegada da redução de danos enquanto modo de lidar com o HIV e, mais recentemente, como lógica a ser utilizada com os usuários de drogas em geral (Trigueiros; Haiek, 2006). A redução de danos busca dirimir os prejuízos, sejam eles à saúde, sociais ou econômicos advindos do uso problemático de drogas. O objetivo é, em qualquer situação que o usuário esteja, e independentemente do que ele afirme querer fazer em relação ao seu uso de drogas, respeitar seus direitos e construir com ele alternativas para a melhora de sua qualidade de vida e da comunidade onde vive.

No âmbito da legislação do SUS, os primeiros dispositivos de atenção para os usuários de álcool e outras drogas foram os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD). Esses centros têm como objetivo prestar atenção psicossocial por meio de atendimentos individuais e em grupo a usuários e familiares, além do desenvolvimento de ações territoriais, como visitas domiciliares, supervisão e capacitação de outras equipes de saúde e realização de atividades que promovam a reinserção social dos usuários (Brasil, 2002).

Com a portaria nº 3.088/2011, novos dispositivos apareceram como parte integrante dessa rede de cuidados, incluindo unidades de acolhimento, leitos de saúde mental em hospital geral, Serviço Móvel de Urgência (Samu), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), centros de convivência e consultórios na rua. Esses dispositivos devem funcionar sob a lógica da redução de danos

e de forma articulada, de modo a oferecer atenção integral às necessidades dos usuários (Brasil, 2011).

Entretanto, profissionais e familiares de usuários de SPA, como também os próprios usuários, têm ainda recorrido aos antigos modelos de tratamento que, apesar de questionados do ponto de vista da RPB, continuam a se multiplicar no território brasileiro. Mesmo do ponto de vista das políticas públicas, lhes são assegurados lugar e financiamento, como as comunidades terapêuticas que têm financiamento previsto tanto pelo Ministério da Saúde (MS) desde a portaria nº 3.088/2011, como pelo Ministério da Justiça, por intermédio de editais de habilitação.

As CT surgiram como proposta de reforma ao modelo psiquiátrico tradicional na Inglaterra. Mais tarde, a partir de 1960, esse tipo de espaço foi utilizado também para o tratamento da dependência química, tendo como base o modelo dos Alcoólicos Anônimos (AA) combinado a outras intervenções (Brandão; Carvalho, 2016). No Brasil, essas instituições são em grande parte fundamentadas em bases religiosas ou são espaços construídos por ex-usuários. Em sua maioria, funcionam com o trabalho de pastores, voluntários e ex-usuários, em regime fechado e com internações que variam de seis a nove meses. Suas atividades são normalmente de cunho laboral, com uma grade bem definida de horários e responsabilidades. Nas de base religiosa, os momentos de oração estão entre as atividades do tratamento. O não cumprimento das atividades é passível de castigos e humilhações em algumas delas. Outras seguem um modelo mais próximo às clínicas particulares para tratamento de dependência química, com presença de equipe multiprofissional (Raupp; Milnitisky-Sapiro, 2008; Sabino; Cazenave, 2005).

O contraponto que o MS apresentou à demanda social de residência e tratamento desses usuários foi a unidade de acolhimento (UA). Essa unidade é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, com tempo de permanência de até seis meses. O acolhimento é definido exclusivamente pela equipe do CAPS de referência, que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário (Brasil, 2012a). Porém, o ritmo de implantação dessas unidades no Brasil tem sido

bastante lento, tendo apenas 60 unidades habilitadas em todo o país, mesmo depois de quase cinco anos de publicação da portaria da RAPS (Brasil, 2016).

Dessa forma, a demanda pelas CT e o clamor pelo retorno das internações de longo prazo nos hospitais continuam presentes. As motivações e as consequências disso fazem parte de um complexo espectro de questões envolvendo as discussões político-ideológicas em torno do fenômeno do uso de drogas. Algumas questões sobre o cuidado dos usuários de SPA precisam ser constantemente problematizadas para que a reconstrução desse cuidado esteja afinada com a RPB, principalmente no que diz respeito à emancipação do sujeito, como objetivo central das novas práticas, e um cuidado que tenha perspectiva de fato pautada na integralidade.

Integralidade e desinstitucionalização

No que diz respeito à integralidade, Mattos (2001) aponta para três grandes conjuntos de sentidos: (1) **atributos desejáveis das políticas de saúde**; (2) **atributos afeitos à organização dos serviços de saúde**; e, por último, (3) **atributos relativos à boa prática dos profissionais de saúde**. Sobre as **políticas de saúde**, o autor ressalta a necessidade de uma visão mais abrangente da população a ser atendida, uma recusa ao recorte dos problemas a serem abarcados, como também o alcance dos mais diversos grupos. Em **relação à organização dos serviços de saúde**, o objetivo seria ampliar as percepções das necessidades dos grupos e a busca da melhor forma de atender a tais necessidades de modo a não reduzi-las ao sofrimento ou à prevenção deste, mas com olhar ampliado para as possibilidades de ações de forma dialógica com a população atendida. No que diz respeito à **boa prática dos profissionais**, Mattos (2001) a associa à não redução do sujeito a um sofrimento, um corpo ou um conjunto de situações de risco, mas um olhar integral para suas necessidades, com a prudência de não incorrer numa medicalização de sua existência.

No campo da saúde voltado aos usuários problemáticos de álcool e outras drogas, a integralidade do cuidado reveste-se de algumas particularidades, porque diz respeito a uma população largamente afetada por múltiplas

situações de vulnerabilidade. Frequentemente, são pessoas em condição social de grande precariedade, muitas em situação de rua, socialmente marginalizadas e duplamente estigmatizadas, pela condição de pobreza e pela situação de ilegalidade (daquelas que usam drogas ilícitas). Suas histórias pessoais costumam agregar sofrimentos psíquicos e sociais, muitos iniciados na infância e prolongados ao longo de anos, o que tende a criar-lhes também vulnerabilidade psíquica e emocional. O acúmulo de baixa proteção social, capital social e cultural insuficientes e laços sociais fragilizados potencializa a condição de vulnerabilidade social. Condições de vida precárias originam vulnerabilidade biológica. Essa soma de vulnerabilidades gera profundas necessidades de saúde que precisam ser respondidas por uma complexa e rica rede de equipamentos e ações, setoriais e intersetoriais, formais e informais.

Nesse sentido, outra importante dimensão da integralidade diz respeito à intersetorialidade. Esta se materializa pela articulação de cada serviço de saúde aos outros serviços de uma rede complexa, formada também por instituições de outros setores. A integralidade da atenção pensada a partir de um serviço (“integralidade focalizada”), sendo ampliada para uma rede de serviços de forma a abarcar outras tecnologias e uma gama de serviços necessários para a melhoria da qualidade de vida (Cecílio, 2001).

Para pensar a integralidade no contexto da saúde mental, Alves e Guljor (2006) propõem uma reflexão sobre o cuidado em saúde mental a partir de algumas premissas fundadoras. A primeira delas é a **liberdade em negação ao isolamento**, recusando a necessidade de tratar o sujeito em ambiente fechado para identificar seu diagnóstico e readequá-lo ao convívio em sociedade. A segunda é a do **cuidado pautado na integralidade em negação à seleção**, ou seja, o olhar para o sujeito deve ser ampliado de modo a abarcar os diversos campos da vida, e a doença deixa de ser o elemento central do cuidado. A terceira é a do **enfrentamento do problema e do risco social, em vez de uma busca de cura**, baseada no modelo nosológico. A complexidade do sofrimento psíquico e as questões que envolvem o risco social devem orientar a condução terapêutica, em contraposição à simplificação do diagnóstico.

A quarta premissa é a **sobreposição do conceito de direito sobre a noção de reparo**. A noção de reparo remete aos técnicos o poder de escolha sobre o que é melhor para os sujeitos, enquanto na noção de direito o cuidado se amplia e o direito se fortalece à medida que o sujeito ganha autonomia. A quinta premissa é que a **busca de autonomia deve ser realizada respeitando a singularidade** dentro de uma margem possível para cada sujeito, buscando o aumento do poder contratual e do potencial de trocas sociais. Por último, os autores colocam como sexta premissa a **incorporação permanente do papel de agenciador**, ou seja, a disponibilidade da equipe de acompanhar os sujeitos em suas trajetórias sem fragmentar suas demandas ou delegar o cuidado de forma descomprometida a outros serviços (Alves; Guljor, 2006). Tais premissas e os sentidos da integralidade apontados anteriormente foram nossos norteadores para a análise de como os atores e agências, presentes nos itinerários terapêuticos estudados, apontavam para processos de cuidado integrais e com vistas à desinstitucionalização.

Estratégia metodológica

Esta pesquisa fez parte de uma maior intitulada *Integralidade do cuidado e reinserção social como operadores de desinstitucionalização para pessoas com sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas pertencentes a grupos vulneráveis*, coordenada pelo Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Nisam/ISC/UFBA). Essa “pesquisa-mãe” teve como objetivo analisar trajetórias de (des)institucionalização de pessoas com experiência de sofrimento psíquico grave e uso abusivo de álcool e outras drogas em distintos contextos socioculturais, de maneira a evidenciar e descrever os modos de colocar em prática dos operadores de desinstitucionalização: autonomia, integralidade e equidade social.

Esta pesquisa combinou, para a coleta de dados, as técnicas de história de vida e de observação participante. Segundo Minayo (2004), esse tipo de construção da história de vida combina observação, relatos introspectivos de lembranças e relevâncias e roteiros mais ou menos centrados em algum

tema. Essa escolha nos permitiu a reconstrução dos itinerários terapêuticos e a análise de como o operador integralidade aparece nessas trajetórias, partindo das experiências e dos significados atribuídos pelas pessoas ao seu itinerário, participando do seu cotidiano por meio dos instrumentos da observação participante e chegando, finalmente, à análise dos significados e do que eles expressaram sobre o modo como as redes, formais ou informais, contribuíram para o processo de desinstitucionalização.

Nesta pesquisa em particular, foram analisados, em profundidade, quatro casos na cidade de Salvador, escolhidos em função dos seguintes critérios: (1) terem mais de 18 anos de idade; (2) já terem vivido, ao menos, uma hospitalização psiquiátrica e/ou internação em CT ou clínica particular na vida, com período mínimo de seis meses ininterruptos ou três internações dentro de dois anos; e (3) terem experiência de uso problemático de drogas (Nunes et al., 2014). Além disso, como o objetivo era observar de que forma aspectos da integralidade estavam envolvidos no processo de desinstitucionalização, escolhemos pessoas que, além de já terem passado pelas internações, naquele momento de suas trajetórias já haviam interrompido o ciclo da “porta giratória”, ou seja, já não se internavam mais recorrentemente. Escolhemos também pessoas com gêneros diferentes (dois homens e duas mulheres) e classes sociais diferentes (duas pessoas de classe média e duas de classe média baixa a vulnerável). Não fizemos distinções em relação à droga de uso: entre elas se encontram uma pessoa usuária de álcool, uma usuária de crack e duas usuárias de múltiplas drogas.

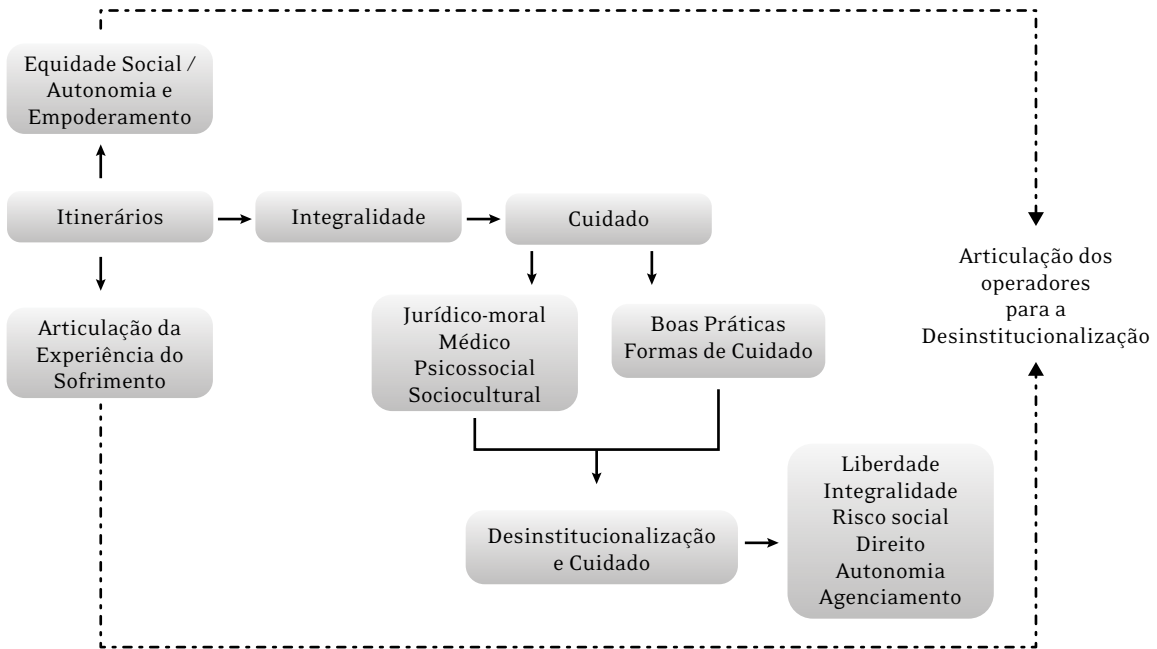
As entrevistas foram realizadas com quatro participantes devido à estratégia metodológica utilizada, que enfatiza não a quantidade de sujeitos, mas a profundidade das informações coletadas que requerem do pesquisador um longo tempo de permanência com cada participante até a saturação da informação. Foi realizada uma média de seis entrevistas por participante, quatro entrevistas com familiares e quatro com profissionais indicados pelos pesquisados como informantes-chave em relação a suas histórias de vida. Os espaços em que ocorreram as entrevistas e a observação foram um CAPS AD II, uma casa de apoio para pessoas com síndrome da imunodeficiência adquirida (aids),

as residências próprias e de familiares, uma sede dos AA, um hospital geral, uma igreja adventista, um centro espírita e uma lanchonete. Todos esses espaços e toda a rede de serviços referidas neste trabalho fazem parte do município de Salvador, Bahia, Brasil. O trabalho de campo foi realizado entre novembro de 2014 e junho de 2016 e a observação com cada pessoa durou em média oito meses. É importante ressaltar que todos os nomes de usuários e instituições utilizados neste trabalho são fictícios.

Durante a pesquisa, foram realizadas entrevistas qualitativas individuais em profundidade de tipo narrativo. Anteriormente à execução das entrevistas, construímos um **tópico guia**, que orientou o processo de pesquisa a partir do conhecimento teórico sobre o tema, do reconhecimento anterior do campo, de discussões com outros colegas e da criatividade do pesquisador. Para a análise dos conteúdos gerados pelas entrevistas narrativas e pelos **diários de campo**, a “pesquisa-mãe” teve algumas categorias de análise pré-definidas a partir de indicações da revisão bibliográfica. A partir dessas categorias e dos objetivos deste trabalho foi desenhado um esquema para auxiliar a análise que está representado na Figura 1.

A análise interpretativa desses dados foi feita a partir da importante contribuição da hermenêutica crítica para a compreensão da experiência. A perspectiva hermenêutica tem como base a relação “dialógica” e a “fusão de horizontes” como condições do saber. Nesse sentido, há uma interpenetração entre os horizontes culturais de pesquisador e pesquisado, como também entre o pesquisador e seu próprio horizonte teórico. O objetivismo científico é questionado a partir dessa “intersubjetividade” e da relação “dialógica” que situam observador e observado em campos semânticos em geral distintos, mas em posições simétricas. Dessa forma, é possível entender o encontro entre pesquisador e pesquisado como uma relação dialógica na qual há a comunicação de universos culturais que se interpenetram sem anularem um ao outro (Costa, 2002). Nesse sentido, julgamos ser uma abordagem potente para a análise das informações coletadas de modo a alcançarmos, como já dissemos, o sentido que esses sujeitos atribuem ao seu uso de substâncias e como trilharam, dentro de sua realidade sociocultural, os caminhos em busca do cuidado.

Figura 1 – Esquema desenvolvido para auxiliar a análise



Seguimos a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012b), que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta pesquisa foi submetida a um comitê de ética e aprovada com o parecer nº 023-12-CEP-ISC.

Os Centros de Atenção Psicossocial do ponto de vista do(as) usuário(as)

Ao narrar seus itinerários terapêuticos, os(as) nossos(as) interlocutores(as) colocaram o CAPS em um lugar de destaque, trazendo aspectos positivos e de contribuição desse serviço para a integralidade e para o processo de desinstitucionalização, assim como também pontuando críticas ao seu modo de funcionamento, ou seja, que obstaculizam o processo de desinstitucionalização.

Entre os aspectos tidos como positivos estão a presença de atividades de acolhimento que propiciam o vínculo; ações relacionadas ao território, como articulação da rede intersetorial, visitas domiciliares e visitas institucionais; construção conjunta do projeto terapêutico, caracterizada pela centralidade do usuário e por sua liberdade; acompanhamento

por técnico ou equipe de referência; atendimento familiar; intensificação de cuidados em momentos de crise ou maior vulnerabilidade; presença de ações condizentes com a lógica da redução de danos; presença de práticas integrativas e complementares; atividades que denotam a presença do trabalho em equipe; e a interrupção do ciclo de internamentos. Tais aspectos podem ser observados em alguns dos trechos de entrevistas a seguir:

Mas eu tive muito apoio, nessa época. Tive o apoio de Carla, eu tive o apoio de Elisa, tive apoio do CAPS inteiro. Porque o CAPS foi, assim, crucial, também, no meu processo de tratamento, de recuperação. [...] Foram mais de três anos. Foi Nova Vida, Casa da Harmonia, Renascer, Integral, até que eu cheguei no CAPS e acabou com isso, porque, quando eu cheguei no CAPS, eu pedi para ser internada, lá no CAPS é, aí foi que eu vim tirar, me descondicionar, porque eu estava condicionada. No final das contas, eu descobri que eu não aguentava viver na minha casa. (Alma)

E foi interessantíssimo, assim... me senti acolhida pelo CAPS. [...] “Como é que você está, Mara?! Sumiu!”. Ficava muitos dias sem ir, por causa da

droga, né? Internada no crack direto. Eu sentia aquela necessidade de ir, pra conversar, pra me soltar. (Mara)

Matias: E continuo, recomeço o tratamento no CAPS, como agora, entende? [...] É, eu passei um tempo sem ir para o CAPS, sem ter o atendimento com Dr. Raul, do grupo dos sonhos, recaí, e, agora estou retornando de novo. O CAPS nunca me abandonou...

Mãe de Matias: *Nunca.*

Matias: [...] eu abandonei o CAPS, mas o CAPS nunca me abandonou.

Eu não sei se eu venho aqui pra ficar correndo pelo fundo do CAPS, escoltando vocês pra me dar uma força, que já me deram força pra caramba, e você sabe que quase todo mundo aqui é minha família, e eu tenho um tratamento meu. (Agnaldo)

Além desses aspectos positivos, críticas também foram feitas aos serviços prestados nos CAPS. Elas estão relacionadas a aspectos como a capacidade técnica dos profissionais, qualidade das atividades grupais oferecidas, a ocorrência de uso de drogas dentro dos serviços, a incapacidade de oferecer um afastamento geográfico da droga, a falta de alguns medicamentos no elenco do serviço ou problemas em sua reposição e o tratamento por vezes centrado na terapia medicamentosa.

Pesquisadora: É o medicamento que não tinha lá no CAPS [CAPS AD]?

Mãe de Matias: Que não tinha, entendeu? Porque os medicamentos do CAPS ele tem todos, quando não tem, ele me dá receita, eu compro, certo? Quando tem, eu trago [para casa]. Agora, esses, desse aí, ele não tem, ele me dá a receita, eu compro.

Ah, era péssimo [o CAPS II], assim... lá não tinha algumas terapias. Era bem precário. Mas tinha algumas coisas, algumas oficinas de costura, alguma coisa assim... de fuxico. Eu me lembro que tinha homem fazendo essas oficinas. E tinha outras oficinas também, um grupo que se reunia,

não sei pra que. Mas se reunia em grupo. Fora isso, a médica chegava lá, não olhava nem pra cara da gente. Medicava... Dra. Sinara. Prescrevia a receita lá, não olhava nem pra cara da gente, não perguntava como a gente estava, como foi... não tinha aquela coisa de paciente e médico. Era aquela coisa meio mecânica... só pra preencher o currículo dela. (Mara)

Pois é, e as coisas parecem que tão declinando aqui no CAPS [CAPS AD], tão declinando, cada vez mais, declinando, declinando. Teve uma época tão boa, que o CAPS estava subindo, ascendente, agora a coisa tá declinando, declinando. [...] Aqui no CAPS eu já passei... acho que desde 2011 eu estou aqui no CAPS, já tive idas e vindas. Nenhum psicólogo funcionou comigo aqui no CAPS. (Matias)

Em relação ao CAPS, o que o diferenciou de outros serviços mencionados pelos interlocutores é o vínculo dessas pessoas ao serviço e como elas o colocam como um agente importante no que diz respeito às mudanças nos seus padrões de uso, suporte em momentos decisivos de suas trajetórias e à possibilidade de interrupção do ciclo de internamentos. Essa possibilidade de interrupção, somada à potencialidade para a reabilitação psicossocial, também presente na fala dos sujeitos, chama a atenção para o papel da instituição na atenção integral e na desinstitucionalização. Tal reconhecimento do papel do CAPS coaduna com as premissas trazidas anteriormente por Alves e Guljor (2006) no que diz respeito à integralidade em saúde mental, principalmente no que diz respeito ao tratamento em liberdade e ao importante papel de agenciamento das equipes dos CAPS, que por meio do vínculo acompanham os sujeitos em suas trajetórias, sem fragmentar suas demandas ou delegar o cuidado de forma descomprometida a outros serviços.

Os objetivos dos CAPS são prestar atenção psicossocial por meio de atendimentos individuais e em grupo a usuários e familiares e desenvolver ações territoriais, funcionando sob a lógica da redução de danos com a finalidade de ofertar atenção integral e promoção da reinserção social dos usuários (Brasil, 2002, 2011). Nesse caso, as narrativas nos demonstraram que a assistência nesse serviço funciona como potencializadora de seus processos

de desinstitucionalização por uma atenção que se pretende integral, mesmo sendo ainda alvo de críticas pelos usuários.

Essas críticas estão relacionadas a algumas dificuldades encontradas pelo serviço CAPS na materialização de suas atividades. A primeira diz respeito à precariedade da conformação da instituição em si, contratação de profissionais pouco capacitados tecnicamente, ausência de insumos e materiais e pobreza das atividades oferecidas. Ramminger e Brito (2012) enfatizam como a defasagem da formação acadêmica em relação às demandas de um serviço CAPS, quando somada à falta de condições e meios fundamentais para a realização das atividades, coloca os profissionais num “exacerbado uso de si”, exigindo deles uma inventividade que ao longo do tempo exaure o trabalhador e fragiliza a assistência.

A segunda dificuldade se refere à própria lógica do serviço, que, ao funcionar de portas abertas, dentro do território do usuário e sob a lógica da redução de danos, fomenta a necessidade de discussão e construção de uma orientação diferente daquela originalmente utilizada pelos serviços voltados aos usuários de drogas. A construção dessa nova lógica vem acompanhada de muitos impasses. Estes vêm traduzidos pelas queixas dos(as) interlocutores(as) sobre a utilização de drogas dentro dos serviços e a impossibilidade de distanciamento geográfico da área de uso, assim como pelo relato dos profissionais sobre o enorme desafio no manejo dessas situações. Essas ocorrências apontam para a dificuldade da construção dessa nova lógica concomitante à manutenção de práticas de fundamentação asilar (Assis; Barreiro; Conceição, 2013; Schneider; Lima, 2011).

Aqui [CAPS AD] eu vejo muita gente que... sei lá bicho! Eu vou... venho para cá, encontro um companheiro, né, com 70 anos, vem, tá pegando remédio aqui comigo, quando a gente tá descendo “e aí, você vai pegar uma pedra?”, “vou, vou, vamos descer aqui”, aí desce, o cara com 70 anos e vai fumar pedra! Pega o remédio e vai fumar pedra! Ou pega o remédio e vai beber! [...] E aqui você vê pessoas que estão fodidas e o cara vem para cá pegar remédio e vai se foder mais

ainda. E lá [AA] eu vejo pessoas que estão querendo buscar vida e tão querendo viver, pessoas que tem 20 anos limpo, 29 anos limpo, 30 anos limpo, aqui o cara não consegue passar uma semana limpo. (Matias)

Uma mãe que nunca conseguiu dar essa continência, né?! Então ela [Alma] dizia assim: “Eu sempre fiz tudo o que eu quis. Ninguém nunca me parou”. E aí, quando ela começa a vincular comigo, ela começa a me pedir borda, né? Então ela leva [bebida alcoólica] e aí... eu não digo nada, a primeira vez, porque eu não sabia, eu não sabia o que fazer. Aí, na segunda, eu decido que não. Que isso precisa ser dito. Aí, na segunda, ela leva... a gente conversa sobre aquilo, e aí a gente pactua de que, pelo menos, enquanto ela tiver na sala, se for possível, pra ela, não beber. Que seria legal e se era possível fazer aquele pacto. (Psicóloga do CAPS AD III)

Nowlis (1975) se refere a quatro modelos de entendimento sobre o fenômeno do uso de substâncias psicoativas: (1) o jurídico-moral; (2) o médico; (3) o psicossocial; e (4) o sociocultural. O modelo jurídico-moral conduz a medidas ditas educativas, preventivas e de cunho repressivo. O médico ou de saúde pública entende que o dependente, enquanto sujeito adoecido pela droga, necessita de tratamento ou cura. O psicossocial leva em consideração que a droga tem uma função na vida do sujeito e que a relação com ela está atravessada pelo contexto social onde está inserido. Já no sociocultural, esse contexto é o ponto central da análise e as transformações do modo como a sociedade enxerga o uso e dos determinantes sociais que o envolvem seriam a forma mais efetiva de lidar com o uso problemático. Dessa forma, fica o desafio para os CAPS de fazer a travessia das práticas asilares, baseadas numa visão jurídico-moral e médica do uso de drogas para as estratégias baseadas nos modelos psicossocial e sociocultural. Trabalhar com a lógica antimanicomial e da redução de danos requer essa travessia. O que as narrativas desta pesquisa apontam é que essa passagem está em curso, mas usuários e profissionais refletem em suas ações o próprio conflito social contemporâneo em torno do complexo fenômeno do uso de SPA.

As unidades para internamento

Em relação aos serviços destinados ao internamento dos(as) usuários(as) de SPA, apareceram três tipos de serviços nas narrativas: (1) a clínica particular (CP); (2) a CT; e (3) o hospital psiquiátrico (HP). Sobre esses serviços, apareceram aspectos avaliados de forma positiva por nossos interlocutores, como também aspectos passíveis de crítica.

Entre os fatores avaliados como positivos, constam a possibilidade de distanciamento geográfico do ambiente de uso; a possibilidade de refletir sobre a vida e o uso de drogas; o aprendizado de novas habilidades sociais relacionadas ao trabalho, à religião, ao uso de SPA e à arte; e o “descanso” do uso mortífero em ambiente que possibilita uma rotina mais confortável do que a encontrada em seu ambiente familiar e social. A seguir, temos alguns trechos que trazem aspectos dessa avaliação:

Pesquisadora: *Por que você ama tanto assim o trabalho?*

Aginaldo: *Poxa! Eu não sei de onde saiu isso de dentro de mim não, porque foi uma coisa que abriu meus olhos, entendeu? Como eu lhe falei, lá no centro de recuperação, esse também foi uma bênção que eu nunca vi na minha vida. [...] Aprendi o trabalho, aprendi o trabalho e também aprendi a gostar do trabalho, que é do trabalho que vêm as coisas, entendeu?*

[...] *Depois que eu caí nas clínicas de recuperação [CP], eu não queria outra vida, porque eu tinha uma dieta balanceada, eu tinha comida na mesa na hora certa, eu tinha um quarto, que, a depender da clínica, era só para mim. [...] Saía de manhã, deixava lá, a moça ia, limpava. Ia para aqueles tratamentos ali, ia para a piscina fazer meus exercícios, eu queria mais o quê? E sem o mundo para me agoniar, eu queria mais o quê da vida, me diga aí?! (Alma)*

Foi um período bom, porque eu estava muito magrinha, acabada, então comecei a me alimentar. Fiquei muito na abstinência, vontade de usar a droga, então você come demais, demasiado. E lá [HP], o

alimento é bom, a comida é boa e em quantidade grande, e tudo muito gostoso. (Mara)

Então, é... fiz muito teatro lá dentro [CP], porque eu tinha uma relação com o cara que era arte-terapeuta de lá, bem bacana! Aquilo foi me fazendo mudar o meu foco em relação ao que eu via de arte, ele ia me mostrando as coisas como se eu estivesse na parte clara da arte, a parte positiva da arte. [...] Eu fui vendo o outro lado, a coisa mais branda, mais suave, e eu aí fiz muito teatro lá dentro. (Matias)

No que diz respeito aos aspectos vistos como negativos por nossos(as) interlocutores(as), apareceram alguns fatores como sensação de isolamento e abandono; tratamento centrado no medicamento (no caso dos HP) ou com a proibição de medicamentos (nas CT); ambiente hostil, violento (violência física e psíquica) e sob vigilância constante; estrutura física precária; imposição de crença e atividades religiosas (no caso das CT); rotina maçante, repetitiva e alienante; regras rígidas e autoritarismo; exploração da mão de obra para o trabalho; e baixa resolutividade em relação à compulsão pelo uso de SPA. Alguns desses aspectos podem ser observados nas narrativas que seguem:

Eu olhava assim pra ela [pastora da comunidade terapêutica]: “Meu Deus, a senhora é cristã? De verdade? Uma bispa, pastora? [...] A senhora tem coragem de chamar a gente de vagabunda, marginal, drogada? Não tem condições! Estamos aqui nos tratando, tentado largar...”; “Você é uma nequinha muito ousada. Você tem que me respeitar”; “Eu não tenho que lhe respeitar. A senhora tem que me respeitar também. Estou pagando. Estou trabalhando de graça aqui dentro, fazendo tudo pra vocês. Faço jejum, faço oração, fazendo tudo. Me empenhando pro meu bem-estar. Quem gosta de mim sou eu e minha família. Você não gosta de ninguém”. (Mara)

[...] *No lugar não tinha uma merenda, uma palavra boa, longe dos parentes e, às vezes, alguém na cadeia não ficava tão isolado como eu ficava lá. Tem gente que tá na cadeia que tem família, né? (Aginaldo)*

É... logo depois de sair do São Daniel [HP], recaí e fui para o João de Deus [HP]. [...] Ali foi o inferno, ali é onde o filho chora e a mãe não vê, ali é fim de carreira mesmo. Sabe, de todos os centros que eu passei, casas de recuperação, o São João de Deus é o inferno, um pesadelo. É como se você chegasse num lugar no purgatório e já na beira do inferno é o São João de Deus. [...] Eu me lembro que eram umas camas amontoadas umas do lado das outras, as pessoas andam nuas, defecam em qualquer lugar, é ruim, é ruim demais. (Matias)

Eu escuto as pessoas falando da clínica [CP] como se fosse o último bastião. É uma ilusão, você só atrasa sua recuperação, porque você passa a viver num mundo artificial. E acha que aquilo ali, o adicto, o dependente químico, o compulsivo, seja lá que nome tenha, ele tem que estar no mundo, porque só no mundo é que ele vai poder ver até que ponto ele pode ir. Eu acho que elas são válidas em determinadas circunstâncias para preservar a vida, mas são casos extremos, e não é o que se vê hoje. (Alma)

Os temas emergentes relacionados aos locais de internamento estão intimamente relacionados aos modelos jurídico-moral e médico, predominando, nas críticas feitas por nossos(as) interlocutores(as), as ações voltadas para a educação, de cunho repressivo, tendo como meta o alcance da abstinência e do controle da compulsão (“cura”) de acordo com os modelos de Nowlis (1975). Para o alcance dessas metas, cada instituição usa sua própria metodologia. As CP apostam no isolamento combinado com atividades terapêuticas individuais e em grupo, num ambiente materialmente confortável. Já as CT combinam o isolamento às atividades laborais e de cunho religioso. Os HP somam o isolamento ao tratamento predominantemente medicamentoso.

Como exposto nas avaliações positivas que as pessoas fizeram sobre suas vivências nesses espaços, tais métodos podem proporcionar algumas vantagens e nível de conforto para essas pessoas, principalmente no que se refere aos ganhos relacionados à distância mantida da substância ou do seu ambiente social. Entretanto, as CT, por exemplo, aparecem nas narrativas como um ambiente muitas vezes hostil e alienador, que não se caracteriza,

para esses sujeitos, como um local de tratamento. Relatórios de inspeção das CT capitaneados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) nos anos de 2011 e 2018 demonstram claros indícios de violação de direitos humanos nas unidades inspecionadas. As práticas encontradas têm como pilar a banalização dos direitos dos internos por meio de ações como interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares e violação de privacidade, entre outras (CFP, 2011; CFP et al., 2018).

Tal quadro nos devolve ao questionamento sobre o custo-benefício desse isolamento em relação às perdas por ele provocadas. As narrativas das pessoas acompanhadas caminham para uma relação em que os custos se tornam maiores que os benefícios, principalmente no que se refere à eficácia em lidar com o uso problemático no pós-internamento, como também no efeito sobre a saúde quando se toma o longo prazo da história pessoal.

Essa foi a segunda de seis internações que eu passei. Seis, seis tentativas. Nenhuma delas resolveu. Nenhuma, nenhuma, nem para desintoxicação, nem pra cura, nem pra nenhum tipo de libertação. (Matias)

Não estava conseguindo ficar presa, aquele lugar fechado, aquela coisa assim. Não podia ver minha família, lugar distante, longe de casa, era no interior... [...] Mas aí fui e não consegui ficar os nove meses. Fiquei sete, porque fiquei depressiva lá dentro. Não estava tomando medicamento. [...] Não é centro de recuperação que vai salvar ninguém. Te afastar da droga, do lugar que você convive, só. Mas não tira da sua cabeça. (Mara)

Eu acho que eu perdi um tempo [o tempo das internações] que eu poderia estar investindo em mim, na minha profissão, porque não tiveram um efeito prático na minha vida, não tiveram, eu passei três meses na Renascer, passei três meses lá, sem beber; no dia que eu saí, eu parei direto na praia e tomei todas. [...] Só que, hoje, eu percebo que eu tive prejuízos, porque eu deixei de me graduar

corretamente, hoje, eu tenho dificuldades em minha profissão, porque não estudei, na época, como deveria. (Alma)

Dessa forma, as consequências da institucionalização precisam ser levadas em conta no momento da escolha de um internamento enquanto forma de tratamento, principalmente se esse internamento for de longo prazo. Outras questões que não estão relacionadas diretamente aos problemas de saúde devido ao uso problemático de SPA podem ter peso nessa escolha, como questões sociais, envolvendo alta vulnerabilidade social, criminalidade/tráfico ou “varredura” dos espaços de circulação das cidades. A complexidade das relações entre a vulnerabilidade social e o uso de drogas coloca novas questões em torno desses modelos de atenção, pois trazem para a discussão reflexões relacionadas ao modo como a sociedade brasileira historicamente vem lidando com esses usuários de SPA, muitas vezes fazendo meras associações de causa e efeito (Assis; Barreiros; Conceição, 2013). Além disso, o uso de drogas dentro das classes sociais mais precarizadas sempre recebeu um olhar diferenciado. No final do século XIX e início do século XX, as razões para a proibição do uso estavam relacionadas a uma classe social e a uma população específica, negra e mestiça. O efeito das substâncias era associado à loucura e à criminalidade (Trad, 2010).

Nos últimos anos, a associação do uso de crack à violência é um exemplo disso. Esse tipo de ênfase abriu caminho para uma série de discussões e o surgimento de novas pesquisas sobre o uso dessa substância. Alguns estados, como São Paulo e Rio de Janeiro, adotaram ações de “varredura” das ruas com medidas de internação compulsória para os usuários das “cracolândias”. A despeito de todas as discussões sobre direitos humanos encabeçadas pela RPB, o Estado tem muitas vezes esse tipo de ação legitimada pela opinião pública, pois a sociedade alardeia que esses usuários precisam de tratamento, queiram eles ou não. Por trás desse discurso ficam ocultadas outras intenções: limpar as ruas, aumentar a sensação de segurança, tornar mais invisível aquilo que teima em aparecer.

Por fim, é importante sinalizar, também, a associação entre os vários internamentos que

aparecem nas trajetórias e o fenômeno da “porta giratória” (frequentes reinternações em um curto espaço de tempo). Na transição entre os modelos hospitalocêntrico e psicossocial, a precária rede de saúde mental, o funcionamento inadequado dos serviços substitutivos e a lenta e gradual mudança cultural da sociedade são fatores para a continuidade das reinternações das pessoas com transtorno mental nos hospitais psiquiátricos (Ramos; Guicrises; Enders, 2011). No caso do uso de SPA, tem-se ainda o agravante das questões relacionadas à criminalidade e ao tráfico.

Considerações finais

Quando falamos de uso de SPA, estamos falando de “descontrole” do desejo, de perda de alguns desejos, de medo dos desejos que se contradizem. Estamos a todo tempo no campo do desejo. Onde mora o “problema” mora a potência de lidar com ele. Para Guattari e Rolnik (1996, p. 215), desejo poderia ser denominado como “todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores”. O desejo que pode se mostrar mortífero, mas que ainda assim fala do que move o sujeito. O desejo é essa força motriz que a sociedade tenta moldar, disciplinar, que deve se adequar a determinada ordem social. Qual é a medida que diferencia o cuidado que protege e orienta esse desejo por caminhos menos mortíferos e aquele que aprisiona e incapacita o sujeito?

A intenção de controlar os usuários de SPA, de curá-los ou, até mesmo, bani-los atravessa muitas das ações do Estado e está também no cerne dos modelos jurídico-moral e médico. Então, essa forma de lidar com o desejo, que também se afina com a forma manicomial de lidar com a loucura (por meio do isolamento e do controle), se mostra como obstáculo no que diz respeito ao alcance dos projetos pessoais e da vivência desses desejos. As narrativas aqui analisadas apontam para as ações de controle, cerceamento, isolamento e violência como ações que não contribuíram positivamente para a desinstitucionalização, independentemente de onde elas partiram. Por outro lado, em termos de serviços da rede formal, ficou evidente que essas

ações estiveram presentes, em sua maior parte, nos serviços que funcionavam de acordo com o modelo jurídico-moral e médico (CT, CP e HP).

Os serviços supracitados (CT, CP e HP) se mostraram nas narrativas mais distantes das premissas apontadas por Alves e Guljor (2006) como essenciais para o cuidado integral em saúde mental, principalmente em termos do isolamento, da busca de cura e da exclusão das questões sociais, além da falta de ações relacionadas à garantia de direitos, à autonomia e à singularidade. Os serviços mais afinados com os modelos psicossocial e sociocultural (CAPS) apareceram como mais próximos do que seria um olhar integral voltado para a desinstitucionalização, em termos da manutenção da liberdade e da tentativa de olhar para o sujeito em sua dimensão biopsicossocial no que diz respeito às questões relacionadas ao risco social, por auxiliar na busca de direitos dos usuários, e por ter, em alguns dos seus profissionais, agenciadores das redes de cuidado e do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esses serviços apresentaram também falhas e dificuldades nessa tentativa do olhar integral, principalmente no que diz respeito à oferta de atividades voltadas para a produção de autonomia, como também nos limites para lidar com o grande risco social vivenciado pelos usuários.

Os achados desta pesquisa apontam para aspectos importantes em termos da organização das redes e serviços de saúde e da formulação e implementação de políticas voltadas para a atenção dos usuários de SPA. Esses resultados reforçam a importância de continuarmos discutindo a banalização das internações desses indivíduos, as questões políticas e mercadológicas envolvidas na escolha da internação como método de tratamento e o avanço crescente do número das CT, sendo, inclusive, reconhecidas como serviços de saúde pertencentes à RAPS. Esse avanço nos faz questionar sobre como lidar com a necessidade que alguns usuários apresentam de ficar temporariamente em local afastado do seu território, em distanciamento do ambiente de uso de drogas, num espaço protegido e com rotina organizada, num lugar que lhes proporcione uma “parada para pensar”.

Tais necessidades apresentadas por esses usuários estão relacionadas, principalmente, a

questões sociais, como a dificuldade de acesso a determinados bens de consumo, desigualdade social, violência estrutural e intrafamiliar e redes sociais fragilizadas. Será que as CT crescem por que estão aí para preencher essa lacuna, mesmo com todas as críticas dirigidas a elas? Necessidades sociais confundidas como problemas clínicos não estariam sendo usadas como pretexto para o isolamento e a exclusão dos usuários de drogas? Serviços abertos, desde que implantados com acolhimento noturno e em quantidade suficiente, como previsto na RPB, não poderiam cumprir essa função de modo mais qualificado, eficaz e inclusivo? Essas questões suscitadas pelas narrativas dos(as) nosso(as) interlocutores apontam para a necessidade de futuras pesquisas com maior número de usuários e em outras partes do nosso país, de modo a aprofundar o conhecimento sobre a função dos serviços abertos e fechados na RAPS, a disseminação e o financiamento crescentes das CT no Brasil e seus efeitos no processo de desinstitucionalização dos(as) usuário(as) de SPA.

Referências

- ALARCON, S. A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo da atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Org.). *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 45-62.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 221-240.
- ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>.
- BRANDÃO, B.; CARVALHO, J. “Aqui não é uma comunidade terapêutica”: entre a diversidade e a normatividade em tratamentos com usuários abusivos de drogas. *Revista Teias*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 45, p.63-82, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2WZ8blk>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

BRASIL. Casa Civil. Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Rio de Janeiro, 25 nov. 1938. Disponível em: <<https://bit.ly/3aAApXI>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 out. 1976. Disponível em: <<https://bit.ly/2R1klpZ>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, seção 1, 9 abr. 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2RomulJ>>. Acesso em 28 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2JwDnQM>>. Acesso em: 3 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/39xuzVA>>. Acesso em: 3 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3aAF1wI>>. Acesso em: 28 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (unidade de acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de atenção psicossocial. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 jan. 2012a. Disponível em: <<https://bit.ly/3bGkDup>>. Acesso em: 3 out. 2015.

BRASIL. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 dez. 2012b. Disponível em: <<https://bit.ly/3dOz1Tp>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

BRASIL. *Observatório "Crack, é possível vencer"*. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3axWF4f>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2Uvvrhh>>. Acesso em: 20 set. 2015.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al. *Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas*: 2017. Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/39rUxty>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

COSTA, M. C. S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 372-382, 2002. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300011>.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública.

História, Ciências, Saúde - Manquinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

MEDEIROS, T. L. O discurso sobre drogas e atenção à saúde dos usuários nas conferências nacionais de saúde mental. In: TAVARES, L. A.; NUNES, M. E.; COUTINHO, M. (Org.). *A atenção integral ao consumo e aos consumidores de psicoativos: conexões interdisciplinares*. Salvador: Edufba, 2018. p. 111-146.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 105-196.

NOWLIS, H. *La drogue démythifiée*. Paris: Les Presses de l'Unesco, 1975.

NUNES, M. et. al. *Integralidade do cuidado e reinserção social como operadores de desinstitucionalização para pessoas com sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas pertencentes a grupos vulneráveis*. 2014. Projeto de Pesquisa - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia e Sociedade*, Florianópolis, v. 23, n. espec., p. 150-160, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3bDSkfX>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

RAMOS, D. K. R.; GUICRISES, J.; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 519-527, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3ay1bQp>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 361-368, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2JvdXgk>>. Acesso em: 4 mar. 2015.

SABINO, N. M.; CAZENAVE, S. O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 2, p. 167-174, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2UxDxxH>>. Acesso em: 6 mar. 2015.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico*, Florianópolis, v. 42, n. 2, p. 168-178, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/33XMN1c>>. Acesso em: 6 mar. 2015.

TRAD, S. N. S. *A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais*. 2010. 299 f. Tese (Doutorado em Antropologia da Medicina) - Departamento de Antropologia, Filosofia e Trabalho Social, Universidade Rovira i Virgili, Tarragona, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/3dJaT4w>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

TRIGUEIRO, D. P.; HAIEK, R. C. Estratégias de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 355-360.

Contribuição dos autores

As autoras participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Recebido: 11/07/2019

Reapresentado: 16/01/2020

Aprovado: 27/01/2020