

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ALEXANDRA MARIA CAMPELO XIMENDES

DA RELAÇÃO ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O CUIDADO DE
PESSOAS QUE USAM DROGAS: PROBLEMATIZAÇÕES

PORTO ALEGRE

2015

ALEXANDRA MARIA CAMPELO XIMENDES

DA RELAÇÃO ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O CUIDADO DE
PESSOAS QUE USAM DROGAS: PROBLEMATIZAÇÕES

Dissertação de Mestrado apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Social e Institucional da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Analice de Lima Palombini

PORTO ALEGRE
2015

À Tatiana Ramminger
(in memoriam)

AGRADECIMENTOS

À Analice Palombini, minha orientadora, por ter acolhido meu desejo de pesquisa, por ter me recebido na condição de trabalhadora e mestranda. Muito obrigada pela aprendizagem e pelo carinho.

Aos meus pais, irmãs, cunhados, tios e primos, por sermos sempre essa grande família. Obrigada pela confiança, pelo amor, pelos momentos de apoio, de cuidado e pela permanente torcida.

À Louise Garcia, Sabrina Machado, Diego Servat, Gustavo Zambenedetti, Michele Cervo, Carolina Schumacher, Paula Filipon, Daniela Parisotti, Vera Pasini, por serem tão especiais e partilharem comigo os momentos mais importantes.

Ao grupo de orientação e pesquisa, pelos bonitos encontros, contribuições e importantes momentos de apoio.

À Salo de Carvalho e Jonhathan Filippou, que mesmo à distancia estiveram perto, dispostos a conversar e compartilhar conhecimentos. Por serem mestres e amigos.

Aos colegas de equipe do NASF, pela aprendizagem cotidiana, pela alegria com que vivemos o trabalho e por compreenderem minhas ausências.

Ao Gilson Menezes, Flávia Vieceli e Ana Paula Macedo, gestores da política de saúde de Esteio, pelo apoio a este percurso de mestrado.

Às amigas Sheila Rochenback, Claudia Fait e Carolina dos Reis, com quem sempre aprendo e por serem grandes incentivadoras deste trabalho.

Aos amigos e conselheiros de gestão do Conselho Regional de Psicologia, com quem compartilho importantes momentos de mobilização e reflexão das práticas psicológicas.

Aos professores da banca de qualificação e de defesa da dissertação Rosane Neves, Sandra Torossian, Neuza Guareschi, Tadeu de Paula Souza e José Damico.

À Karol Cabral e Denis Petuco, pela possibilidade de compartilhar este trabalho e o cotidiano de militância.

À Ariadine Flores, por todos desafios enfrentados e pela cumplicidade com que seguimos apostando numa vida comum. Obrigada, pelo amor e pelas cores de todos os dias.

RESUMO

O objetivo desta dissertação é problematizar a relação entre o cuidado em saúde da população usuária de drogas e a atual política de saúde mental brasileira. Para tanto, realizamos através de um exercício genealógico, uma análise de documentos que marcaram a construção desta política. Para o desenvolvimento desta pesquisa, consideramos como documentos os relatórios das conferências de saúde mental; portarias, resoluções, leis e outras normas que regulamentam o exercício da política de saúde mental; relatórios produzidos pelo Ministério da Saúde e por outras áreas administrativas que se pautam pela questão das drogas no país; assim como manifestos, declarações, relatórios e pesquisas produzidos por organismos reguladores de políticas internacionais, de movimentos sociais e científicas; bem como as informações obtidas por correspondências eletrônicas produzidas entre as pesquisadoras e atores do movimento da luta antimanicomial. Evidenciou-se que a população usuária de drogas acompanhou as ações em saúde mental enquanto o seu principal recurso de atenção era o hospital psiquiátrico, deixando de ser nominado quando o hospital passa a ser questionado como recurso terapêutico. Colocados em evidência a partir da epidemia da AIDS, os usuários de drogas reaparecem como responsabilidade da política de saúde mental. Da construção de uma política de saúde para usuários de drogas ligada à saúde mental, destacamos as relações entre a política de saúde mental para usuários de drogas e o movimento antimanicomial, com a política de DST/AIDS e com a política de combate às drogas. Por fim, emergem as controvérsias sobre as considerações do uso de drogas como um transtorno psiquiátrico ou, ainda, como de responsabilidade da saúde mental.

Palavras-chaves: drogas, saúde mental e reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

This research has the aim of discussing the relationship between the health care offered to the drug addicted population and the current Brazilian mental health public policy. Thus, we performed a genealogical exercise, an analysis of the documents which built up such policy. To develop this research, we considered the mental health conference reports; ordinances, resolutions, laws and other regulations that deal with the practice of mental health policy; reports produced by the Ministry of Health and other administrative areas that expose the issue of substance misuse in the country; as well as manifestos, statements, reports and surveys produced by regulatory bodies of international policy about the theme, as well as social and scientific movements; some information was obtained by analysing electronic correspondence produced between researchers and social actors of the anti-asylum movement. It is highlighted that the drug user population followed the healthcare actions in mental health whilst the focus of care was the psychiatric hospital, this population was not put forward and nominated when hospital wards start to be questioned as the mainstream therapeutic resource. Placed in evidence with the AIDS epidemic, drug users reappear then as responsibility of the public mental health policy. From the building up process of a health policy focused in substance misuse linked to mental health, we stress the connections between mental health policy for substance misuse and the anti-asylum movement, with STD /AIDS policy and the anti-drug policy. Finally, controversies emerge about drug addiction diagnosed as a psychiatric disorder, or even as a mental health policy responsibility.

Keywords: drugs, mental health and psychiatric reform.

SUMÁRIO

1 Como a relação entre saúde mental e usuários de drogas se tornou uma questão.....	8
2 Caminhos percorridos.....	16
3 O Hospício, a psicopatia, os toxicomanos e a lei.....	21
4 O movimento, a regulamentação da política e a aids.....	35
4.1 O movimento da luta antimanicomial e o usuários de drogas.....	35
4.2 Das Conferências de Saúde Mental.....	39
4.3 Normativas da Política de Saúde Mental para Atenção de Usuários de Drogas.....	54
4.4 O texto que orienta a política de saúde para usuários de drogas.....	59
4.5 Drogas voltam a cena: aids e drogas.....	62
4.6 Política de Saúde e Política de Segurança.....	67
5 Drogas: nem crime, nem transtorno, o quê?.....	70
Conclusão.....	75
Bibliografia.....	77
Anexos.....	82
Anexo 1 – Cronograma	83
Anexo 2 – Tabela de ocupação de leitos de 1962.....	89
Anexo 3 – Documento enviado	91

1 Como a relação entre saúde mental e usuários de drogas se tornou uma questão

BREGANT- A meu ver, o que mudou no setor foi o sistema. Quero dizer que a dinâmica do sistema cristalizou-se com absorção quase completa de todas as iniciativas. Ou seja, creio que de certa maneira houve uma involução. Agora nós nos perguntamos: o que vamos fazer? Procurar novas iniciativas, maior elasticidade na tomada de consciência de cada indivíduo em particular? Não sei, mas sinto que de alguma maneira o sistema tem de ser reavaliado e revisto.

CASAGRANDE – Acho que antes de podermos procurar soluções, devemos perguntar-nos como se estabeleceu uma tal situação. O momento do início da experiência, um dos inconvenientes que se tentava evitar era que o processo de amadurecimento do grupo ocorresse sem dar lugar a ações de ruptura que o fizessem retroceder. Agora, porém, vemo-nos exatamente diante dessa realidade, e, acredito, esse fato se origina no problema da integração da comunidade social¹ com a comunidade hospitalar².

TRONCAR – o fato é que todas as vezes que a comunidade social se colocou diante da comunidade geral, adotou a técnica de procurar instrumentalizar sem colocar-se em dúvida a si mesma.

BASAGLIA – se considerarmos a personalidade do alcoólatra é difícil, sem dúvida, pensar que numa situação comunitária como a nossa ele assumisse o risco de colocar-se em discussão para entrar em crise. Dificilmente correrá esse risco de colocar-se em discussão para entrar em crise. Dificilmente correrá esse risco. Penso que, enquanto grupo, tem força demais para ser vítima de um ataque desse tipo por parte do hospital. Parece-me mais plausível que discutamos o que Casagrande disse. O que são esses alcoólatras que entram espontaneamente e que conhecem muito bem a sua dependência? São pessoas que bebem imoderadamente, muitos entram aqui coagidos, contra sua vontade, e depois são mandados para aquele setor porque assim quer a comunidade geral ou o médico. Eventualmente existe uma atitude pedagógica da comunidade, que o leva a uma determinada situação. Mas há mais coisas, este é um setor para alcoólatras diferente dos outros setores análogos por ser uma comunidade que vive dentro de uma outra comunidade de doentes.

CASAGRANDE – Na verdade já me perguntei muitas vezes por que mesmo os alcoólatras que reconhecem a própria dependência recusam-se a ser chamados de alcoólatras, coisa que acontece, por exemplo, com os alcoólatras anônimos.

BASAGLIA – Mas é claro, porque no nosso caso trata-se de uma comunidade dentro de outra comunidade, que considera os alcoólatras pessoas diferentes.

TRONCAR – Aqui sempre que uma pessoa diz que é alcoólatra é imediatamente culpabilizada.

¹ Nome dado à unidade do complexo hospitalar onde residiam alcoolistas.

² Nome que designa as áreas de moradia de pacientes psicóticos.

DI CECCO – É, mas todos os dias ouvimos alguém dizer: estou aqui porque tenho uma grande dependência do álcool e não consigo parar de beber.

BREGANT – Eu gostaria de dar um exemplo recente. O Giuseppe B.; que no início negava beber, acabou por admitir a própria dependência mas não queria ser chamado de alcoólatra.

CASAGRANDE – De fato, é evidente que rechaçam a denominação “alcoólatra”, pois para eles ela se torna um estigma que os conota negativamente, ou seja, que os coloca em situação desvantajosa relativamente aos outros, com nenhuma ou quase nenhuma possibilidade de defesa.

PIRELLA – Eu gostaria de lembrar que nenhum alcoólatra do setor de admissões admite facilmente ter esse problema. Proponho a hipótese de que isso ocorra porque essas pessoas não se encontram numa situação de ostracismo social e, portanto, não se encontram na necessidade de defender-se de uma acusação infamante e degradante.

DI CECCO – Existe a possibilidade de que um doente, diante da necessidade de escolher entre ser alcoólatra ou doente mental, prefira, provavelmente, ser alcoólatra.

BASAGLIA – Eu diria, entretanto, que o ponto central é aquele a que se referiu Pirella: a relação entre alcoólatra e não-alcoólatra no hospital.

PIRELLA – De fato, há uma caracterização social do alcoólatra relativamente ao não-alcoólatra e vice-versa, isto é, o que existe é uma incompreensão, como entre o bom e o mau. De fato, a pessoa que é má nunca é compreendida pelo bom, e vice-versa, são dois pólos de uma antítese. Enfim, existem duas categorias: a do excluído e a do não-excluído. Eu diria ainda que a situação dos alcoólatras relativamente ao resto do hospital é exatamente uma situação de exclusão.

BASAGLIA – Mas essa dinâmica de exclusão começa nos outros setores. De fato, nos outros setores nunca se diz a um doente “Aquele ali é esquizofrênico”; “Aquele outro é neurótico”, e assim por diante. O único a ser apontado ainda é o alcoólatra, e mesmo que os outros sejam estigmatizados, não são rotulados. No primeiro caso a pessoa é posta em discussão, no segundo não. (Casagrande, D., 1985, p. 247-249).

Uma contradição institucional: o setor alcoólatras. Este é o nome dado a um dos capítulos do livro *A instituição negada*, organizado por Franco Basaglia (1985), de onde extraímos este diálogo. Este trecho é a transcrição de uma reunião do grupo de médicos do hospital que se ocupava de um debate que fora suscitado pelos próprios internos do hospital, alcoólatras e não alcoólatras. O fato que ali estava em análise era a exclusão que a Comunidade Social e os seus integrantes estavam sofrendo, sendo mal vistos pelo restante da comunidade do hospital. Percebido por internos, por profissionais e até mesmo pela

comunidade externa ao hospital, o setor de alcoólatras chegou a ser considerado, não só um lugar de destino não desejado, mas de punição para aqueles que para lá eram enviados. Os motivos não eram de maus tratos ou inadequação do espaço físico, como a história das instituições nos levaria a pensar, mas da dupla exclusão à qual eram submetidos: a da comunidade em geral que os levou até o hospital e do próprio hospital que os isolou na única unidade definida nosograficamente.

“Mas por que justamente eles, pode-se perguntar, e não uma outra categoria qualquer?” (Idem, p. 240) Para o médico Casagrande, autor do referido texto, a exclusão se enunciava pela diferença (nada velada) de compreensão e tratamento destinado aos loucos de verdade (os psicóticos) e aos alcoólatras (viciados culpados por falta de vontade e que exigiam severidade e pulso firme). Ainda segundo o autor, nomear-se comunidade social e não setor de alcoólatras fez parte de uma decisão que tentava burlar esta situação que, nas suas palavras, dizia dos excluídos de uma comunidade de excluídos.

“Por que o tema das drogas é marginal dentro da saúde mental?” Essa foi a interrogação trazida por Denis Petuco (2010, p. 63) durante o seminário “Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas”, realizado pelo Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS). Para este sociólogo e militante, que fazia neste seminário uma narrativa da sua passagem por um hospital psiquiátrico, questiona-se muito pouco o motivo que levou os usuários de drogas para o manicômio, esquece-se muito rápido o motivo que levou, por exemplo, Austragésilo Carrano³ a sua internação.

Apesar de mais de vinte anos separarem as indagações de Casagrande e Petuco, supomos que há muitos motivos para considerar o questionamento deste uma atualização de uma problemática já anunciada naquele tempo: a relação entre usuário de drogas e a loucura.

Questões sobre esta relação foram se fazendo insistentes no período em que trabalhei na coordenação da política de saúde mental em um município de médio porte da região metropolitana de Porto Alegre. Um período em que o cotidiano do trabalho era pautado por demandas (na sua maioria, judiciais) que reivindicavam atenção em saúde mental para usuários de drogas. Efeitos de um cenário em que o uso de drogas foi levado a um status de epidemia, dezenas de processos surgiram colocando na pauta do dia a internação compulsória.

³ Austragésilo Carrano é autor do livro *Canto dos Malditos*, que inspirou o filme *Bicho de Sete Cabeças*. Neles é contada a saga de internações e longos períodos vividos nos hospitais psiquiátricos. Voltaremos a falar sobre ele.

Com um grande número de processos, a construção dos seus argumentos explicativos e justificativas de internação eram de tal forma repetidos que, tal como nos aponta Reis (2012) temos a sensação de estar sempre diante do mesmo sujeito. No cotidiano de trabalho, vimos que essa sensação é reforçada pela repetição (inclusive textual) dos despachos. O único item que por vezes sofria alteração era o réu em questão. Digo por vezes, pois não raro eram os mesmos réus em processos que se repetiam de forma sequencial. Nesta enxurrada de processos, um aspecto que chamou atenção pela diferença foram os embasamentos legais das ações. Enquanto alguns (talvez maioria) se pautassem pela Lei Federal GM 10.216/01, houve aqueles que ainda se utilizavam do Decreto Presidencial 24.559 de 1934, já revogado.

A lei GM 10.216 de 2001, conhecida como o marco regulatório da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem por objetivo dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, regulamentando as possibilidades de internação voluntária, involuntária e compulsória. Ao se constituir a atual Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas (PNAUAD) como parte integrante da Política de Saúde Mental (PSM), estabeleceu-se também nesta lei o subsídio legal para legislar sobre o cuidado em saúde desta população. Como pode ser identificado no próprio texto da política:

Políticas e práticas dirigidas para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito de atuação do Ministério da Saúde, devem estar integradas às propostas elaboradas pela Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas do MS, bem como articuladas com as demais áreas do próprio Ministério da Saúde. As diretrizes para uma política ministerial específica para a atenção a estes indivíduos estão em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente – preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde; uma vez regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 (MS, 2002), sancionada em 6/4/2001 –, constitui a Política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde, bem como para todas as unidades federativas.

Assim sendo, a Lei Federal 10.216 (MS, 2002) também vem a ser o instrumento legal/normativo máximo para a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, a qual também se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde. A Lei em questão tem diversos desdobramentos positivos possíveis, se aplicada com eficácia (Delgado, 2002). (BRASIL, 2003, p. 23)

Por sua vez, o decreto 24.559 de 1934 (já revogado⁴) versava sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, incluindo a fiscalização dos serviços psiquiátricos, e dava outras providências. Este decreto, que regulava a assistência psiquiátrica, tinha no hospital seu principal recurso terapêutico. Sobre os usuários de drogas, no seu artigo 3º, § 5º, diz: “Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente, por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.” (BRASIL, 1934)

Para além, ou aquém, da irregularidade de utilizá-lo como embasamento jurídico, uma vez que já não é mais vigente, a questão que se constituía naquele momento era o porquê daqueles operadores do direito terem negligenciado a lei GM 10.216/01, então tão óbvia para os trabalhadores da atual política de saúde mental.

Não obstante, junta-se a esse cenário a proposição do projeto de lei (PL) 7.663 do deputado federal do Rio Grande do Sul, Osmar Terra, que ganhou grande destaque político e midiático. No seu objetivo geral, o projeto propunha alterações na lei sobre drogas nº 3.343 de 2006. As alterações propostas versam sobre diferentes aspectos, desde o aumento de penas para consumo e comercialização de drogas, definição de penas baseadas no tipo de droga e seu suposto potencial de dano e – o que aqui mais nos interessa neste momento – definições quanto às modalidades de tratamento, incluindo configuração dos tipos de internação para usuário de drogas. É sob esta égide que o referido PL se tornou conhecido: projeto de internação compulsória para usuários de drogas⁵.

Todavia, tamanho alarde feito por tal projeto em torno da internação dos usuários de drogas, seja voluntária ou compulsória, causa estranhamento, pois, como já referido, esta matéria não inaugura novas práticas. Pode-se observar que, no texto apresentado inicialmente pelo PL, no que concerne às modalidades de internação, não se vislumbra nenhuma novidade,

⁴ Revogado pelo decreto nº 99.678, de 8 de novembro de 1990.

⁵ A existência deste projeto fez aquecer vários debates em torno da temática drogas: políticas de combate, legalização, direitos de uso, dentre outros. Houve muitas manifestações contrárias ao projeto, vindas de associações/organizações da sociedade civil, profissionais da saúde e da justiça e de órgãos governamentais como o Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Direitos Humanos, etc. Grande parte das críticas destinadas ao projeto indicava que ele vinha responder ao interesse de limpeza das ruas das grandes cidades que realizariam a copa do mundo de futebol em 2014. Embora o projeto não tenha sido aprovado com a urgência que alguns pretendiam – pois segue em tramitação no Senado Federal –, outros projetos similares foram criados nos estados e municípios entrando em vigor, por exemplo, nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo.

señão exatamente o mesmo texto que está definido pela lei GM 10.216/01. Vide quadro comparativo, abaixo.

Tabela 1

Quadro comparativo entre Lei 10.216 de 2001 e Projeto de Lei 7.663 de 2010, referente à regulamentação das modalidades de internação

Lei 10.216 de 2001	Projeto de lei 7.663 de 2010
<p>Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.</p>	<p>Art. 11. Inclua-se o seguinte art. 23-A à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006:</p>
<p>Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:</p>	<p>“Art. 23-A A internação de usuário ou dependente de drogas obedecerá ao seguinte:</p>
<p>I internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;</p>	<p>I – será realizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação e com base na avaliação da equipe técnica;</p>
<p>II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e</p>	<p>II – ocorrerá em uma das seguintes situações:</p>
<p>III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.</p>	<p>a) internação voluntária: aquela que é consentida pela pessoa a ser internada;</p>
<p>Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.</p>	<p>b) internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e</p>
<p>Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.</p>	<p>c) internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.</p>
<p>Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do estado onde se localize o estabelecimento.</p>	<p>§ 1º A internação voluntária:</p>
<p>§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.</p>	<p>I – deve ser precedida da elaboração de documento que formalize, no momento da admissão, a vontade da pessoa que optou por esse regime de tratamento; e</p>
<p>§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.</p>	<p>II – seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento.</p>
<p>Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.</p>	<p>§ 2º A internação involuntária:</p>
	<p>I – deve ser precedida da elaboração de documento que formalize, no momento da admissão, a vontade da pessoa que solicita a internação; e</p>
	<p>II – seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita de familiar, ou responsável legal.</p>
	<p>§ 3º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente.</p>
	<p>§ 4º Todas as internações e altas de que trata esta Lei deverão ser registradas no Sistema Nacional de Informações sobre Drogas às quais terão acesso o</p>

Ministério Público, Conselhos de Políticas sobre Drogas e outros órgãos de fiscalização, na forma do regulamento.

§ 5º É garantido o sigilo das informações disponíveis no sistema e o acesso permitido apenas aos cadastrados e àqueles autorizados para o trato dessas informações, cuja inobservância fica sujeita ao disposto no art. 39-A desta Lei.

§ 6º O planejamento e execução da terapêutica deverá observar o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.”(NR)

Fonte: Projeto de Lei 7.663, disponível no site da Câmara dos Deputados Federais (http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=1CA9DC663D585D106B4E116B075C3CCD.proposicoesWeb2?codteor=789804&filename=Tramitacao-PL+7663/2010). Lei 10.216, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Qual seria, então, a necessidade desse projeto na garantia do tratamento, ou melhor, na garantia da internação compulsória dos usuários de drogas? O que ele possibilitaria de novo que já não é possível pela legislação vigente? Por que este projeto está sendo considerado necessário? Estas foram algumas das perguntas que puderam ser feitas para o autor do projeto durante um debate televisivo⁶ sobre o tema. A justificativa dada pelo deputado é de que a lei GM 10.216/01 não contempla a população usuária de drogas.

Ao retornarmos ao texto da lei, assim como à sua justificativa, não é encontrada terminologia específica sobre usuários de drogas, senão “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”. (BRASIL, 2001) Sendo assim, realmente não contempla ou devemos considerar que os usuários de drogas são pessoas portadoras de transtorno mental?

As questões surgidas no cotidiano do trabalho, o encontro com os questionamentos de Denis Petuco, a existência do projeto de lei são acontecimentos que constituem o plano em que se insere a nossa pesquisa: as relações entre o cuidado em saúde das pessoas que usam drogas e a atual política de saúde mental.

A reforma psiquiátrica vem se estabelecendo num complexo de lutas e disputas técnicas, políticas e mercadológicas. Durante muito tempo, as corporações e movimentos

⁶ Debate realizado no programa de televisão intitulado “Conversas Cruzadas”, do canal TVCOM, em junho de 2012. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=-WZsf4ZnC0Q>. Participaram do debate o professor do Programa de Pós-graduação de Ciências Criminais da PUC Rodrigo Azevedo, ; Deputado Federal do PMDB Osmar Terra, o psiquiatra da unidade de dependência química do Hospital Mãe de Deus, Carlos Salgado, e a autora desta dissertação, Alexandra Ximenes, então Presidente da Comissão de Políticas Públicas do Conselho Regional de Psicologia,.

contrários a este processo questionaram a possibilidade de tratar a loucura em liberdade, questionaram a possibilidade de um hospital geral lidar com os pacientes em crise. Passados mais dez anos de vigência da Política Nacional de Saúde Mental, vemos os ataques à reforma se atualizarem sobre um novo personagem. O louco da vez é o usuário de drogas. A partir da evidência desse outro sujeito, novas linhas de tensão se colocam no campo de disputas da reforma psiquiátrica e para a política de saúde mental. Tomando o projeto de lei como analisador, o que emerge como questão é: o que a reforma psiquiátrica tem a dizer sobre o tratamento de usuários de drogas? É a partir desta formulação que se constituiu este projeto de pesquisa, o qual tem intenção de problematizar a relação da política de saúde mental com o cuidado a pessoas que usam drogas.

A definição deste projeto de pesquisa não se faz sem a preocupação com os efeitos que possa produzir – efeitos que colocam em evidência questionamentos lançados sobre uma relação que até então ainda busca se afirmar. Todavia, com maior ou menor evidência, a questão está colocada. Ocuparmo-nos dela é também a possibilidade de atualizarmos as nossas estratégias técnico-políticas no campo da saúde.

2 Os caminhos percorridos

Ora, se o genealogista tem o cuidado de escutar a história em vez de crer na metafísica, o que ele aprende? Que por trás das coisas há algo completamente diferente: não absolutamente seu segredo essencial e sem data, mas o segredo de que elas são sem essência ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas. [...] O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada de sua origem – é a discórdia entre as coisas, o disparate. (Foucault, 2013, p. 275-276).

Inspirada por Robert Castel e sua análise genealógica produzida na década de 1970, na França, sobre o que ele chamou de *aggiornamento* da psiquiatria ou “gestão dos riscos”, compartilhamos, hoje, da sua aposta em empreender tal estudo em relação àquela época:

Talvez começa a ser possível hoje dar uma certa inteligibilidade, ou pelo menos um legibilidade nova, a esse feixe de acontecimentos que recentemente nos perpassaram. Podemos talvez agora tomar um certo recuo a respeito da representação que uma época dá de si mesma, para obrigá-la a entregar alguns de seus segredos. (CASTEL, 1987, p. 15)

Para o autor, o recurso à história é o que pode conferir espessura ao presente, permitindo dele destacar objetivos e ultrapassando a fenomenologia descritiva das práticas. (Idem, p.170). Desta forma, há uma aposta metodológica de que habitar essa problematização significa compreendê-la como um analisador de um dado contexto e/ou campo de forças. Tomá-la em análise supõe uma abertura deste campo de forças que a constitui, supõe decompô-la, acessar suas tensões e controvérsias.

Pretendemos realizar esta pesquisa como um exercício genealógico, a partir da análise documental que marca a construção da política de saúde mental no Brasil, buscando perceber os momentos e os efeitos da relação estabelecida entre esta política e o cuidado das pessoas que usam drogas, suas confluências, controvérsias e disparates. Compõem estes documentos os relatórios das conferências de saúde mental; as portarias, resoluções, leis e outras normas que regulamentam o exercício da política; relatórios produzidos pelo Ministério da Saúde e de outras áreas administrativas que se pautam pela questão das drogas no país; assim como manifestos, declarações, relatórios, pesquisas produzidas por organismos reguladores de políticas internacionais, de movimentos sociais e científicas.

Tal como apontado por Borges e Baptista (2008), parte-se do pressuposto de que a análise destes documentos nos oferece subsídios para a compreensão da construção de tais políticas, com suas justificativas e objetivos históricos.

Todavia, é preciso considerar que se reduz a pouco mais de uma década o período histórico em que é possível localizar em documentos e marcos regulatórios a discussão e as propostas de ações voltadas para usuários de drogas, vinculadas à atual política de Saúde Mental. O curto período e o furor presente em torno do tema devem ser considerados para efeitos da análise que esse pequeno recuo histórico permite.

Sobre a análise das legislações deste período, o estudo desenvolvido por Borges e Baptista (ibidem) é de grande relevância para o nosso trabalho. Com o objetivo de “traçar a trajetória de construção da política nacional de saúde mental no período de 1990 a 2004 e identificar as linhas de atuação priorizadas em cada momento” (p. 457), as autoras analisaram as portarias expedidas pelo gabinete do ministro e pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), conforme seu conteúdo e implicação financeira. Para as autoras, aspectos importantes a serem considerados na leitura destes documentos são as transformações lógico-estruturais que estas unidades administrativas sofreram ao longo do período em questão e o fato de que a grande maioria destas regulamentações foi produzida pela área técnica de saúde mental.

As autoras identificaram quatro momentos distintos no desenvolvimento da política de saúde mental, a saber: germinativo, de latência, de retomada e de expansão. (Borges e Baptista, 2008, pg. 457)

O momento germinativo é compreendido entre 1990 e 1996 e está marcado pelo fechamento da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e a instauração da Coordenação Nacional de Saúde Mental, pela efervescência dos debates em torno do projeto de lei do deputado Paulo Delgado e pela articulação política entre gestores na criação do Colegiado dos Coordenadores Estaduais da Política de Saúde Mental. Marca este período o fato da coordenação nacional da saúde mental ter sido ocupada por um profissional de carreira do Ministério da Saúde, identificado com a militância da reforma psiquiátrica e que perpassou cinco mandatos ministeriais. Naquele momento a coordenação de saúde mental estava vinculada à Secretaria de Ações em Saúde (SAS), o que, segundo as autoras, dava mais oportunidade de criação de políticas.

O período seguinte, de 1997 a 1999, identificado como de latência, é marcado por mudanças administrativas junto ao Ministério da Saúde, que iam ao encontro do momento econômico instaurado pelo governo da época. Foi criada a Secretaria de Políticas de Saúde, que retira da SAS e, por consequência, da Coordenação de Saúde Mental, a possibilidade de criação de políticas – ambas as instâncias tornam-se meros consultores das políticas em desenvolvimento. Porém, segundo as autoras, foi neste momento de vazio administrativo que o Conselho Nacional de Saúde desempenhou papel importante, com a criação da Comissão de Reforma Psiquiátrica.

O que as autoras referem como período de retomada (2000 e 2001) foi a mudança da coordenação de saúde mental e o retorno da SAS na responsabilidade de criação de políticas. Influenciado por uma série de denúncias de maus tratos nos hospitais, veiculadas pela mídia, o MS retoma o foco na desospitalização, realizando a I Caravana Nacional de Direitos Humanos, de inspeção aos manicômios pelo país, o que resultou em uma série de portarias que regulam/reordenam a assistência hospitalar, além da criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Nesse período ainda, tem-se a aprovação da lei GM 10.216/01 e a realização do III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM). É este o momento que identificamos como de retomada do tema “drogas” pela política de saúde mental e de importantes regulamentações para a política.

O último dos períodos, nomeado como de expansão, diz do crescimento de serviços substitutivos, ampliando a cobertura assistencial. Para Borges e Baptista (2008), se inicialmente as ações da política estavam voltadas para a qualificação da assistência psiquiátrica, este período já diz de uma ênfase na implantação de um sistema substitutivo ao hospital.

No mapeamento produzido pelas autoras, é neste período que se registra a presença de portarias que regulamentam serviços de atenção a usuários de drogas, ligados à política de saúde mental. Mas, cabe ressaltar, a análise feita por elas versa sobre os rumos da política de saúde mental em geral, não sendo de seu interesse, nem apresentando como resultado, qualquer questionamento sobre a presença do tema “drogas” nesta política.

A história da política de saúde mental brasileira pode ser percorrida por diferentes linhas. Ela é resultante de movimentos mundiais que reverberaram e se multiplicaram no Brasil, questionando os paradigmas psiquiátricos no cuidado com a loucura, questionando o

hospital psiquiátrico como lugar de cuidado. É uma política construída concomitante à democratização do país e à constituição do sistema público de saúde. Apesar da matéria “reforma psiquiátrica” já estar bastante analisada e registrada em diferentes estudos, a retomada de sua história neste trabalho marca um exercício de (re)leitura que possa oferecer pistas de onde se tocam a loucura e o uso de drogas na constituição do aparato da reforma. Mesmo correndo o risco de ser repetitivo, será necessário revisitar esta história a partir de uma perspectiva menos comum: como ela pauta ou é pautada pela atenção ao usuário de drogas.

Diante do exposto, a questão que movimenta esta pesquisa é de como se estabelece a relação do cuidado em saúde dos usuários de drogas com a atual Política de Saúde Mental no Brasil. O seu objetivo principal é a problematização do percurso desenvolvido pela política de saúde mental na relação com esta população, bem como oferecer subsídios para a atualização de uma política de saúde para usuários de drogas.

Para fins da realização desta pesquisa, iniciou-se a análise documental da atual política pública de saúde mental, a partir da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental até a publicação do texto da Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2004, momento que consideramos como de formalização da relação da política com a população usuária de drogas. No entanto, a leitura destes documentos nos remeteram a outros percursos, como a regulamentação da assistência psiquiátrica no Brasil, a constituição de políticas de drogas e até mesmo a epidemia de HIV/AIDS. Sendo assim, há registros que datam desde a década de 1930 até o início dos anos 2000.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foram emergindo perguntas que consideramos importantes para o presente trabalho, mas que não puderam ser respondidas pelos documentos analisados. Consideramos pelos menos dois fatores que contribuem para uma ausência de respostas: um deles é o já citado período de latência, identificado por Borges e Baptista (2008) como de pouca publicação normativa por parte do Ministério da Saúde; o segundo fator refere-se ao período histórico que nos propomos a analisar, bastante recente, justamente, o que impossibilita o acúmulo de registros. Todavia, acreditamos que tais perguntas encontram suas pistas, por ora, apenas no plano da experiência daquelas pessoas que, de um modo ou de outro, compuseram esta história. Por isso, apostamos também na possibilidade de diálogo com atores que nos dessem acesso a fatos de que não falam os

documentos. Assim, é a análise documental que nos indicará quando e em razão do quê demandar conversa com esses atores – ali onde o documento silencia e dá passagem para os registros das experiências.

Para obtenção destes dados, foi construído pequeno texto de apresentação e contextualização da pesquisa, seguido das questões sobre as quais buscávamos a produção de dados (anexo 3). Este documento foi enviado por correio eletrônico para pessoas ligadas ao movimento social da luta antimanicomial e da redução de danos, bem como para trabalhadores que integravam a gestão da Secretaria Nacional de Saúde Mental, nos períodos de 2001 à 2003, restringindo-se, tais destinatários, àqueles dos quais as pesquisadoras tiveram acesso de endereço eletrônico (e-mail). Ao total, o documento foi enviado a quatorze pessoas, recebendo o retorno de duas delas.

No documento que lhes foi remetido, referíamos que, ao retornarem suas contribuições, poderiam ter assegurado o anonimato da participação, desde que esta vontade fosse manifestada. Registramos, na mensagem aos nossos interlocutores, nossa intencionalidade da devida identificação de autoria das informações produzidas, por entendermos que o protagonismo dos atores e, neste caso, dos movimentos sociais, foi de fundamental importância para a história das políticas em questão.

Para diferenciar das informações bibliográficas e de citações dos demais documentos analisados, os dados produzidos através de correspondência eletrônica serão apresentados no corpo do texto, com o mesmo tamanho de fonte, porém destacado em parágrafo recuado e com fonte em itálico.

3 O hospício, a psicopatia, os toxicômanos e a lei

Como o cuidado com os usuários de drogas se tornou responsabilidade da política de saúde mental? Essa foi a pergunta com que nos lançamos no campo da pesquisa, refazendo o percurso de construção da política nacional de saúde mental, a qual, para fins desta pesquisa, demarcamos com a realização da primeira conferência de saúde mental, em 1987, até o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003. .

Na leitura dos relatórios das conferências de saúde mental, embora possamos identificar mais claramente a nomeação da temática de drogas no debate da saúde mental a partir da III conferência, no ano de 2001, o que buscamos compreender é o modo como a relação saúde mental-usuário de droga passou a se constituir para a política em questão. Nos relatórios das conferências e em outros documentos bases para esse período, há pelos menos dois aspectos fortemente marcados para essa relação: a demora com que a política de saúde assume responsabilidade sobre o campo das drogas; e o tensionamento produzido por outras áreas, cobrando essa responsabilização. Esta é a avaliação, por exemplo, de Pedro Gabriel Delgado, que ocupou a coordenação da Secretaria Nacional de Saúde Mental no período de 2000 a 2010. Eis o que ele diz, durante seminário temático realizado pelo Conselho Federal de Psicologia:

Sobre drogas e a política de saúde mental: uma constatação que devemos compartilhar aqui é a de que a política de saúde pública anteriormente não cuidava da questão das drogas. Então, como herança que recebemos da política pública no Brasil, não era assumida como tal.

Se vocês tomarem a experiência brasileira, terão o contato com várias experiências importantes de tratamento, de prevenção no campo da saúde pública; porém, são todas experiências localizadas, isoladas e não se constituíam como política de âmbito nacional. Uma política de âmbito nacional que foi estabelecida apenas a partir de 2003 é muito recente. E, sendo muito recente, é muito frágil. (CFP, 2010, p. 40)

Esse posicionamento é reconhecido pelo Ministério da Saúde em diferentes documentos, como no texto da Política de Atenção Integral à Usuários de Álcool e outras drogas, de 2003, ou mesmo no relatório *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*, de 2005, como podemos ver no trecho abaixo:

A saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. Esta rede de instituições – em sua maioria filantrópicas – cumprem um papel relevante e apontam a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema. (BRASIL, 2005, p.40)

Apesar de reconhecer o atraso, o Ministério da Saúde não apresenta análises ou justificativas para que isso tenha ocorrido. Porém, ao que pudemos constatar, não foi a ausência de dados que identificassem a presença, nos serviços de saúde, de pessoas que apresentavam danos causados pelo uso de drogas.

No Brasil, o uso problemático de drogas (em especial, o álcool) é um problema conhecido no âmbito epidemiológico, pelo menos desde o início do século passado. Os usuários de drogas são personagens reconhecidos como parte dos hospitais psiquiátricos, desde o início da história desses hospitais. A toxicomania (como era denominado o uso de drogas), por exemplo, chegou a representar um dos principais motivos de internação nestes hospitais, segundo relatório apresentado pela III Conferência Nacional de Saúde no ano de 1963. Mas esta presença também pode ser identificada através de uma série de outras formas de registros que não sanitários, como nas obras históricas, científicas e, até mesmo, literárias.

Iniciamos este trabalho com a citação de um diálogo extraído do livro *A instituição negada*, de Franco Basaglia, que narra a realidade de um hospital italiano entre as décadas de 1960 e 1970. Citamos, ainda, a obra de Robert Castel, *A gestão dos riscos*, que analisa o sistema de saúde francês. São referências que servem, não apenas para evidenciar a relação usuário de drogas-manicômio, mas também para dizer que não estamos falando apenas de uma realidade brasileira.

Ora, toda a obra de Castel, aqui referida, descreve o desenvolvimento da medicina mental (assim como os outros especialismos e *expertises* surgidos a partir dela) em torno da problemática da loucura, da alienação mental, na busca da sua compreensão etiológica, mas, principalmente, na sua determinação de doença. Como o próprio autor em dado momento

destaca, “o que de fato era reprimido pela psiquiatria era a própria loucura, a expressão mais alta e a mais romanticamente infeliz da subjetividade”. (1987, p. 24)

A questão dos usuários de drogas aparece poucas vezes no seu texto. E, quando aparece, está colocada sob a forma “toxicômanos” e “alcoolistas”, referindo-se ao momento em que o fazer do psiquiatra atravessa os limites do hospício e vai para o setor. Essa passagem para fora do hospital – mesmo que tenha posto em questão o hospício como lugar de tratamento da loucura e a ideia de uma patologia incurável – fez alargar o escopo de intervenção da medicina mental. Para Castel, foi com o auxílio da psicanálise, que ofertou novas ferramentas conceituais para uma compreensão do sofrimento mental, que se pôde ampliar as populações-alvo da medicina mental, reescrevendo as definições de normal e patológico e, ainda, abrindo possibilidade do tratamento da própria normalidade.

Esta é a principal tese apresentada pelo autor: o quanto este aparato *psi*, ao adentrar o território, tornou-se uma estratégia político-administrativa de gestão sobre as populações indesejáveis, agregando, para além da loucura, a população de alcoolistas ou, ainda, crianças consideradas idiotas. Embora Castel não dedique um escrito específico sobre a questão dos toxicômanos, a sua análise sobre a entrada da infância neste aparato pode nos servir como pista para pensar a quem se destinava o manicômio:

Tudo se passou como se, até uma data recente, os problemas da infância tivessem sido tratados como uma conseqüência do dispositivo pensado para os adultos, [...] A criança entrou pela fresta em um dispositivo psiquiátrico concebido primeiro para os adultos alienados. (1987, p. 51)

No Brasil, obras literárias como *Diário do Hospício*, de Lima Barreto, narram uma história marcada por internações em instituições psiquiátricas em decorrência do uso de álcool. Pelos idos de 1920, no Rio de Janeiro, levado pela polícia ao ser encontrado pelas ruas, embriagado, Lima Barreto reconhece seu problema com o uso abusivo de álcool e, no seu livro-diário, descreve a instituição psiquiátrica através da sua estrutura física, seus internos, seus trabalhadores e sua violência. No trecho abaixo, logo no início da sua exposição, fala da sua relação com o hospício, a bebida, a polícia e a loucura.

Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida De mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda a espécie de

apreensões que as dificuldades de minha vida material, há seis anos, me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura, deliro. Além dessa primeira vez que estive no Hospício, fui atingido por crise idêntica, em Ouro Fino, e levado para a Santa Casa de lá, em 1916; em 1917, recolheram-me ao Hospital Central do Exército, pela mesma razão; agora, volto ao Hospício. (BARRETO, 1993, p. 23)

Quase um século depois, uma outra obra: Austregésilo Carrano Bueno publica o seu livro-diário, intitulado *Canto dos Malditos* em que, apesar do tempo que os separa, guarda muitas semelhanças com as marcas de vida contadas por Barreto. A relação com a polícia, o saguão e o pátio da Clínica Pinel no Rio de Janeiro, a violência sofrida nas mãos dos trabalhadores, a dificuldade de comunicação com os “colegas” da instituição e a relação entre usuário de drogas e a loucura.

Quando tinha 17 anos, convidado pelo pai para visitar um amigo, Austrý (como Austregésilo gostava de ser chamado) entrou num hospital psiquiátrico e de repente se viu aprisionado em um dos seus pavilhões. Sem entender o que estava acontecendo, assustado, recebe a seguinte explicação do enfermeiro de plantão:

- Bem, Austrý, o que na realidade está acontecendo é o seguinte... _Fez uma pausa. - Seu pai encontrou maconha numa jaqueta sua. Ele acha que você é viciado e trouxe-o aqui para fazer tratamento. (Carrano, 2001, p. 52)

Esta obra, que narra a vida manicomial de Carrano, inspirou o filme *Bicho de Sete Cabeças* (2001), uma das produções do cinema brasileiro mais premiadas, nacional e internacionalmente. Seu nome deu título a premiações de concursos culturais, como o “Loucos pela Diversidade” do Ministério da Cultura, e a premiações por mérito, como o Prêmio Carrano de Luta Antimanicomial e Direitos Humanos. No ano de 2003, Carrano foi homenageado pelo então Presidente da República, Luís Inácio da Silva, em reconhecimento a toda sua militância pela Reforma Psiquiátrica e luta contra a violência das instituições psiquiátricas. Nem com toda a repercussão da sua história, o motivo que lhe levou ao manicômio ganhou maior visibilidade. Parece que o que ficou em evidência foram as internações forçadas e as violências institucionais.

O que se depreende destes registros é que a população usuária de drogas acompanhou o desenvolvimento da história dos manicômios – depositário dos indesejáveis e perturbadores

da ordem – e, ingressa em um espaço de privilégio médico, foi-se legitimando como objeto do desenvolvimento da psiquiatria, tal como a loucura.

A presença dos usuários de drogas no dispositivo psiquiátrico possui corroboração legal no Brasil, através do decreto presidencial 24.559 de 1934 (já citado no início do texto), que legislou sobre as possibilidades das ações em psiquiatria. Ele define que

Art. 1º A assistência a psicopatas e profilaxia mental terá por fim:
 a) proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
 b) dar amparo médico e social não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
 c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial. (Brasil, 1934, s/p)

O objetivo deste decreto foi regular a assistência psiquiátrica, tendo no hospital o seu principal recurso. É nele que podemos localizar o artigo que nomeia os usuários de drogas (à época identificados como toxicômanos) como população destinada aos manicômios. Assim versa o artigo:

Art. 3º A proteção legal e a prevenção a que se refere o art. 1º dêste decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social.
 § 1º Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hétero-familiar do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados.
 § 2º Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a êles destinados ou em secções especiais dos demais estabelecimentos especiais dos demais estabelecimentos dêsse gênero.
 § 3º Não é permitido manter doentes com distúrbios mentais em hospitais de clínica geral a não ser nas secções especiais de que trata o parágrafo único do art. 4º.
 § 4º Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando-se, porém, o disposto no art. 10.
 § 5º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente, por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas. (Idem)

Esse artigo identifica pelo menos três públicos-alvo dos manicômios, afeitos à responsabilidade do saber médico psiquiátrico: psicopatas; menores anormais; toxicômanos e intoxicados. A necessidade de um parágrafo que verse especificamente sobre toxicômanos e outro que verse sobre psicopatas nos faz entender que são reconhecidas como populações distintas. Além disso, diferente do texto dedicado aos psicopatas, que descreve as possibilidades da internação, o § 5º, sobre os toxicômanos, dá o tom de uma autorização, como se abrisse uma possibilidade. Isso nos leva a interrogar o que estaria em questão, neste

período histórico, quanto à relação usuário de drogas e manicômios, a ponto de exigir uma ação no plano da legalidade que a autorizasse.

Segundo Salo de Carvalho, é nesta época (entre a década de 1930 e 1940) que o Brasil, signatário de tratados internacionais, passa a desenvolver legislações sistematizadas, as quais representam o primeiro grande impulso na luta contra as drogas e o surgimento de uma política proibicionista no país. (2013, p. 59) Um novo conjunto de leis passa a adotar a nomenclatura “entorpecentes” ao mesmo tempo em que considera crime à saúde pública a sua comercialização, cedência ou instigação ao uso.

Em 1936, o decreto nº 780 criou a Comissão Permanente de Fiscalização de Entorpecentes, que teve por finalidade, conforme seu artigo terceiro, o estudo e a fixação de normas gerais sobre a fiscalização do “cultivo, extracção, producção, fabricação, transformação, preparo, posse, importação, reexportação, oferta, venda, compra, troca, cessão, bem como a repressão do trafico e uso illicitos de drogas entorpecentes” (BRASIL, 1936). Para tanto, umas das principais atribuições dessa Comissão deveria ser, conforme o artigo quarto do mesmo Decreto, construir projeto de lei a ser submetido ao legislativo, assim como normativas necessárias a serem executadas pelos Ministérios competentes. No caso, os Ministérios citados, com responsabilidades sobre a matéria, são o Ministério das Relações Exteriores (estando a comissão subordinada a ele) e o Ministério da Educação e Saúde Pública⁷ (que foi indicado para ocupar a presidência da comissão).

Se este é o início da política proibicionista de drogas, cabe ressaltar que ela já se faz com a participação/responsabilização da política de saúde, mais especificamente naquilo que se identificava como higiene mental. Isso se expressa, não só pela presença do Ministério da Saúde na composição desta comissão, mas pelas considerações iniciais do referido decreto, onde se lê, explicitamente, que “cumpre à União, aos Estados e aos municipios cuidar da hygiene mental e incentivar a lucta contra os venenos sociaes, ex-vi do art. 138 letra g da Constituição Federal”. (idem)

Alguns anos depois, em 1938, é promulgada o que identificamos como a primeira legislação brasileira que se dedica à fiscalização de entorpecentes (produção, consumo, comercialização), incluindo as substâncias ilícitas e os fármacos. (GARCIA et al, 2008) Embora não tenhamos encontrado elementos que o confirmem, pelo que encontramos no

⁷ É preciso ter claro que, nesse período, Educação e Saúde estavam sob responsabilidade de um único Ministério.

decreto-lei 891, nos faz crer que seja resultante do trabalho da Comissão anteriormente constituída.

Para Carvalho (2013), foi através deste decreto-lei 891 de 1938 que o Brasil aderiu a um modelo internacional de controle sobre as drogas, uma vez que tal decreto foi produzido em consonância com a Convenção de Genebra de 1936⁸. Nele, encontram-se regulamentações quanto a produção, tráfico, consumo e proibição de substâncias consideradas ilícitas.

Se, por um lado, emerge no decreto 24.559 de 1934 uma autorização legal da relação entre usuários de drogas e o manicômio, é no decreto-lei 891 de novembro de 1938 que vai se ter uma regulamentação mais detalhada das possibilidades, critérios e procedimentos das internações por toxicomania. No capítulo III, que versa exclusivamente sobre a internação e a interdição civil, surge a toxicomania ou a intoxicação habitual por substâncias entorpecentes como uma doença de notificação compulsória; a seu respeito, define-se a proibição do tratamento domiciliar e determina-se duas modalidades de internação: obrigatória ou facultativa, por tempo determinado ou não. (BRASIL, 1938)

Assim definiram-se as internações:

Artigo 29,

§ 1º A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.

§ 2º A internação obrigatória por determinação do Juiz se dará ainda nos seguinte; casos :

a) condenação por embriaguez habitual;

b) impronúncia ou absolvição, em virtude de derimento do artigo 27, § 4º, da Consolidação das Leis Penais, fundada em doença ou estado mental resultante do abuso de qualquer das substâncias enumeradas nos arts. 1º e 29 desta lei.

§ 3º A internação facultativa se dará quando provada a conveniência de tratamento hospitalar, a requerimento do interessado, de seus representantes legais, cônjuge ou parente até o 4º grau colateral inclusive.(Idem)

A determinação de internação em hospital oficial para psicopatas é reforçada logo no § 6º, seguida por determinações de notificação das autoridades sanitárias e policiais, tanto no

⁸ Protocolo de assinaturas firmado entre o Brasil e diversos países, em Genebra, a 26 de junho de 1936, por ocasião da Conferência para a repressão do tráfico ilícito das drogas nocivas. Outras informações disponíveis em: http://www.oas.org/juridico/mla/pt/bra/pt_bra_1936_convencao_repressao_trafico.pdf

momento da internação quanto da alta hospitalar, a fim de que procedessem à vigilância necessária. Curiosamente, o decreto determina que todos os estabelecimentos que procedam à internação de toxicômanos mantenham livro de registro específico para suas histórias, sem apresentar os motivos. São pequenos assinalamentos de uma história que, ao mesmo tempo em que vai aproximando a psicopatia dos toxicômanos, também vai demarcando separações.

Ainda como parte do capítulo sobre internações, constavam as possibilidades de interdição dos toxicômanos internados, mediante avaliação da sua condição mental.: “Artigo 30: A simples internação para tratamento, bem como interdição plena ou limitada, serão decretadas por decisão judicial, pelo tempo que os peritos julgarem conveniente segundo o estado mental do internado.” (Ibidem) A relação entre o “estado mental” e o abuso de drogas já estava aqui colocado, embora não se identifique nenhuma referência de causalidade entre eles.

De forma geral, o enfoque na higiene mental como parte da política de entorpecentes é explícita nas legislações até então produzidas. Conforme Carvalho (2013), a construção do discurso proibicionista de drogas quis produzir dois sujeitos: o criminoso e o dependente. Para o primeiro, caberia um sistema penal e, para o outro, tratamento em saúde. De fato, a grande dificuldade da clara distinção entre um e outro fez (e faz) com que o sujeito usuário de drogas tivesse (tenha) que se haver com os dois sistemas. Como vemos, o hospital psiquiátrico (na época identificado como de saúde mental) se constituiu desde o início como parte do aparato de controle para a política proibicionista.

Para Rosa del Olmo,

se desarrolla un discurso científico em términos de salud mental que se consolida em un doble discurso oficial que bien se puede calificar de médico-sanitario-jurídico, ya que se observa una clara separación entre el delincuente-traficante y el consumidor-enfermo; no obstante, el énfasis recae sobre este último com la política de fortalecer la industria de la salud mental y, de manera particular, el tratamiento. (apud Carvalho, p.64)

Quanto à especificidade da produção das políticas de saúde, data deste período a realização da primeira Conferência de Saúde, no ano de 1941, durante governo do então presidente Getúlio Vargas, quando a Educação e a Saúde ainda eram responsabilidades de um mesmo Ministério. Esta conferência, que teve seus participantes designados pelo Estado, tinha

por objetivo realizar um mapeamento da situação de saúde e educação então vigente no país. Os dados apresentados foram produzidos a partir de um questionário enviado pelo governo federal para os Estados, considerando diferentes aspectos da estrutura organizacional, administrativa e assistencial dos Estados e das suas relações com os municípios e subvencionados. A grande preocupação desta primeira conferência foi reconhecer as ações em saúde desenvolvidas, em razão das principais doenças endêmicas e epidêmicas tal como lepra, tuberculose, etc. Mas já foi possível, nesta primeira conferência de saúde, identificar a presença da saúde mental. Sobre este tema, a pergunta disparada pelo Ministério no referido questionário foi “quantos hospitais e casas de saúde especializadas para doenças nervosas e mentais existem no Estado”? (Dar total de leitos e seu número, por mil habitantes, em cada município). (BRASIL, 1941, p, 34) É uma pergunta bastante pontual, que corresponde ao que provavelmente existia de equipamento de saúde no período. Não há, nos documentos referentes a esta primeira conferência, nenhum termo ou problemática que faça referência à população usuária de drogas.

Sobre a continuidade da década de 1940 e sobre a década seguinte, 1950, não se encontrou muitos registros relevantes para nossa temática. Registra-se, nesse período, que foi no ano de 1950 a realização da II CNS, da qual não há registros disponíveis. Fato bastante relevante para a política de saúde de forma geral, também ocorrido neste período, foi o desmembramento do Ministério de Saúde e Educação, sendo criado um ministério exclusivo para cada uma das temáticas.

A primeira conferência após a criação do Ministério da Saúde foi realizada no ano de 1963⁹ e trouxe como pauta a necessidade de organização de um plano nacional de saúde, que contemplasse planejamento para as principais doenças contagiosas e não contagiosas. Nesta III CNS, a saúde mental volta a aparecer como tema relevante, marcado como um campo de ação especializada, de responsabilidade do Ministério da Saúde. Ao fazer esta marcação no plano de metas do MS, a III CNS descreve as ações já em desenvolvimento naquele momento:

A supervisão das atividades dos órgãos de assistência a psicopatas, a coordenação e a fiscalização, a assistência técnica e financeira aos órgãos especializados, a difusão dos princípios de higiene mental, a disseminação de

⁹ Treze anos após a realização da II Conferência Nacional de Saúde.

ambulatórios para diagnóstico e tratamento, a ajuda à rede hospitalar, mantida pelo poder público e entidades particulares, o incentivo à criação de serviços de praxiterapia, podem ser indicados como diferentes aspectos do vasto esforço que o Governo Federal desenvolve neste campo. (BRASIL, 1963, p. 21)

O conteúdo do relatório caracteriza-se por uma demonstração de dados epidemiológicos das principais afecções da época, bem como a relação dos serviços existentes para tratamento. Assim como na primeira conferência, os dados da saúde mental apresentados são relativos à ocupação dos hospitais psiquiátricos. Mas é pela primeira vez que localizamos o uso de drogas destacado como um dado específico, quando identificado como uma das principais causas de internação entre a população masculina.

O relatório traz uma tabulação das causas diagnósticas das internações nos hospitais psiquiátricos, diferenciando ainda as populações masculinas e femininas. Como o próprio texto do relatório analisa, há uma significativa incidência do que foi nomeado como psicoses *exotóxicas* (*alcoolismo e toxicomanias*), apresentando o dado de 5.426 internações no ano de 1962. Isto significou a terceira maior causa de prevalência, perdendo apenas, no cômputo geral, para os quadros de esquizofrenias (11.636) e para os considerados quadros não identificados (5.666). Se considerarmos o quesito sexo, o alcoolismo é o principal motivo de internação de homens, responsável por 4.588 dos 5.426 casos totais de psicoses exotóxicas, seguida do diagnóstico de esquizofrenia com 3.585 do total das 11.636 internações. (*Vide Anexo 2*)

Nesta conferência, apesar de tomar como analisador da assistência em saúde mental os leitos de internação em hospitais psiquiátricos, já são encontrados registros que apontam para a possibilidade de tratamento extra hospitalar. O índice de 22% dos casos de internação são considerados como de possibilidade de tratamento em serviços descritos como pronto-socorro psiquiátrico e ambulatórios, sem vinculação com hospitais asilares, de curta duração e com menor custo. As experiências de reforma psiquiátrica da Inglaterra e da França são trazidas como exemplo de diminuição da centralidade hospitalar e de participação do paciente no tratamento. As metas trazidas para o plano de saúde apresentado na conferência sugeriam que os ambulatórios funcionassem, não como “ante-câmara de hospitais, mas como órgãos de manutenção de pacientes e egressos, dentro da vida social, e ao mesmo tempo disciplinando a internação nosocomial”. (BRASIL, 1963, pag. 83)

No ano de 1967, o Ministério da Saúde publicou o decreto 60.252, que instituiu a Campanha Nacional de Saúde Mental, subordinada ao Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde. O que fora nomeado como “campanha” era de fato uma primeira organização administrativa do que hoje seria correlato à Secretaria Nacional de Saúde Mental. Criando uma personalidade jurídica própria, o decreto institui a figura de um superintendente responsável pela coordenação dos trabalhos, ordenamentos financeiros e direção da equipe de funcionários; surge, também neste decreto, a possibilidade de instituir coordenações regionais para assessorar a superintendência. As atribuições de tal instância envolviam fazer a coordenação nacional das ações em saúde mental, incluindo as atividades públicas e particulares, no âmbito da prevenção, combate, tratamento e recuperação das “doenças mentais em geral, em todos os seus aspectos, graus e variedades, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência, bem como a dos estados mórbidos correlatos.” No artigo 2º, define que suas ações serão executar o já previsto no plano de saúde aprovado pelo Ministério, abrangendo:

- I - Medidas de cooperação para a melhoria e ampliação das condições de socorro, assistência, tratamento e reabilitação de psicopatas, sua hospitalização e atendimento ambulatorial ou de outra natureza, em estabelecimentos públicos ou de interesse público;
- II - Promoção e realização, em todo o País de ampla e contínua atividade de psiquiatria preventiva, através de medidas e campanhas de higiene mental e de combate aos fatores que afetam a saúde psíquica do povo;
- III - Medidas, inclusive educacionais, destinadas à prevenção e combate ao alcoolismo, à dependência e à toxicomania e ao tratamento e recuperação de alcoólatras, dependentes e toxicômanos. (Brasil, 1967, s/p)

Aqui, vemos mais uma vez o uso de drogas ser nomeado como parte das ações em saúde mental, ao lado dos psicopatas, e, pela primeira vez, aparece a expressão “dependência”, em paralelo a alcoolismo e toxicomania.

Já com o reconhecimento do Ministério da Saúde, a criação de uma pasta específica mostra a relevância das ações em saúde mental para o sistema geral de saúde, provavelmente muito pautado pela incidência de uso, mas também pelos altos custos ao erário.

Desde a criação da campanha até meados da década de 1970, não se registraram mudanças relevantes nas ações assistenciais ou administrativas. No entanto, é no final desta década de 1970 o período em que se inicia o movimento pela reforma da assistência

psiquiátrica no país, em defesa dos direitos dos usuários. Segundo relatório do Ministério da Saúde sobre Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil (2005), é a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que se inicia uma série de denúncias contra os maus tratos produzidos nos hospitais, as quais, sabemos hoje, resultaram em grandes e profundas modificações na política de saúde mental. Embora nomeado como movimento dos trabalhadores, reuniu trabalhadores, familiares, sindicalistas e associações de usuários da saúde mental e chegou a ser o maior movimento social do Brasil. (Amarante, 1995)

Já em um cenário bastante aquecido pela série de denúncias de maus tratos das instituições asilares, a saúde mental ganha relevância novamente na VII CNS, em 1980. Esta conferência foi dedicada à temática da atenção básica em saúde, contando inclusive com a presença de representante da Organização Mundial de Saúde. A saúde mental segue em destaque, como área de relevância para o sistema.

No relatório da VII CNS, que apresenta as discussões feitas pelos grupos de trabalho, a saúde mental aparece como um campo de difícil definição conceitual, a oscilar entre as variações “saúde mental” e “doença mental”, colocando em debate qual é a população destinatária de tal política. Nesse sentido, o grupo encaminha:

Segue-se a proposta dos demais componentes do grupo para que os especialistas deste grupo de debates elaborem a conceituação saúde mental/doença mental, registrando especificamente, através do Código Internacional de Doenças, edição de 1975, qual a clientela a ser atendida e como deverá ser atendida nos órgãos propostos. (1980, p.179)

Desse modo, ao relatório de trabalho, seguem dois anexos. O primeiro deles contém as definições das patologias a serem atendidas, com as devidas orientações no plano da prevenção e do tratamento de cada uma delas; e o segundo, as atribuições de cada um dos equipamentos da rede de serviços até então existentes.

Esquemáticamente, assim está definido o quadro de patologias a serem atendidas pela saúde mental, conforme o Anexo I:

1 – Personalidades que psiquicamente se situam fora da norma de plena sanidade mental (desajustadas consigo mesmas na família, trabalho e comunidade, mostrando esse desajuste em sinais e sintomas psicológicos e

funcionais). Não são, do ponto de vista rigorosamente médico, doentes mentais, mas sofrem ou fazem sofrer, e, por isso, precisa de atenção médica.

A - Personalidades Neuróticas: São personalidades de estrutura imatura de caráter, o que não lhes permite um ajustamento consigo mesmas e com as outras pessoas. São a resultante de anomalias disposicionais (“não faz neuroses quem quer, faz neurose quem pode”) e de fatores emocionais ambientais.

B – Personalidades Psicopáticas – São Personalidades que se caracterizam por desvios de comportamento, de tipo associativo. São sociopatas. E são assim, tão só, por anomalia disposicional. Ainda que se queira vê-los como “neurose de caráter”, não são acessíveis à reeducação psicoterápica.

C – Alcoolismo e Dependência de Drogas – São na sua grande maioria personalidades neuróticas ou psicopáticas. **PREVENÇÃO:** Ver o que foi dito para neuroses e psicopatias. A equipe de saúde mental, nos centros comunitários, escolas, igrejas, irá dizer dos riscos e malefícios do uso de álcool e de drogas. Se possível, conseguir a proibição da propaganda de bebidas alcoólicas, embora se saiba que, em verdade, não há **alcoolismo** mas, sim, **alcoolistas**.

II – Oligofrenias (doenças mentais)

III– Epilepsias

IV– Psicoses orgânicas agudas

V – Psicoses Orgânicas Crônicas (Demências)

VI– Psicoses Afetivas

VII – Psicoses Esquizofrênicas (Brasil, 1980, p. 181-183)

Quanto ao anexo II, que fala das responsabilidades de cada serviço de saúde, sobre a população usuária de drogas previu-se o seguinte para o posto de saúde e seus agentes:

No atendimento ao alcoolista e seus familiares mostrar que o hábito de beber excessivamente é doença e, portanto, precisa de um acompanhamento terapêutico.

Verificar a existência de AA e estimular a procura pelos pacientes. Em caso de não existência de AA no local, estabelecer contato com comunidades vizinhas e ver da possibilidade de criação. (Idem, p. 185)

Observe-se que, tratando-se de fortalecimento dos serviços de atenção básica/primária em saúde, para a população usuária de drogas e seus familiares a alternativa apresentada é apenas a indicação dos grupos de Alcoólicos Anônimos, grupo de mútua ajuda que não possui relação com a administração governamental.

Cabe destacar que, nesta conferência, o Ministério da Saúde ofereceu texto intitulado “Proposição de diretrizes: uma contribuição do Ministério da Saúde”. Nele apresentavam-se conceituações e algumas diretrizes tomadas pelo MS, em parceria com outros setores, incluindo demandas dos outros entes federados. O objetivo era submeter o documento à

análise da conferência, para discussão e validação. Neste documento, a indicação do MS para a Saúde Mental era:

[...] ampliação das ações de saúde mental pela desativação progressiva do excessivo número de leitos psiquiátricos e desestímulo à hospitalização; realização de ações de proteção primária para os grupos de alto risco; incorporação de profissionais não especializados no atendimento psiquiátrico; incentivo e orientação do atendimento hospitalar pelos hospitais gerais; e participação dos serviços básicos e das comunidades.

Os anos seguintes a essa conferência são de grande efervescência para o país. Com o fim do período de ditadura civil-militar e a elaboração de uma nova constituição federal, temos o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde mental, especificamente, destacava-se pelo grande crescimento do movimento social de Luta Antimanicomial e pelo estabelecimento de novas ações, a partir da criação de uma política pública para a área.

Os documentos até agora apresentados nos ajudam a perceber que a relação entre usuário de drogas e a saúde, no Brasil, especificamente em relação à saúde mental, datam de pelo menos o início do século passado. Claro que aqui estamos chamando de saúde mental o campo correlato daquela época, que se restringia, de fato, apenas ao hospital psiquiátrico. Não se trata de dizer que os usuários de drogas passaram a fazer parte da população interna dos hospitais psiquiátricos a partir deste período, mas sim de que, até onde alcançamos com esta pesquisa, há registros de autorização legal desta relação, que se dá em período correlato ao estabelecimento da criminalização do uso e comercialização de drogas.

O *uso* de drogas, assim como a *população usuária* de drogas foram sendo identificados por diferentes nomes ao longo do tempo, até então: toxicomanias, alcoolistas, dependentes. Mas em todas nomeações há distinção entre esta população e os considerados psicopatas, loucos, doentes mentais. Os registros das conferências marcam uma história de questionamentos: a quem cabe a política de saúde mental? a quem deve ser destinado as suas ações? ou, até então, quem está internado nos hospitais psiquiátricos?

4 O movimento, a regulamentação da política e a aids

Na retomada da construção da reforma psiquiátrica no Brasil, alguns caminhos pareceram necessários percorrer. O primeiro deles foi em direção às obras que se dedicaram a registrar historicamente os modos como o país viveu esse processo. (AMARANTE, 1994; AMARANTE, 1998; FERNANDES et al, 1999; CFP, 2003) Destas obras, depreendemos inicialmente três linhas a percorrer na construção da reforma psiquiátrica brasileira: a reforma como movimento social, a construção da política através das conferências de saúde mental e, por fim, os atos normativos como as portarias, resoluções e leis, até chegar ao texto da Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

4.1 O movimento da luta antimanicomial e o usuários de drogas

Para Paulo Amarante (1998), o movimento da luta antimanicomial iniciou a partir de uma série de denúncias feitas no fim dos anos 70, acerca dos maus-tratos vividos nas instituições psiquiátricas, através de um grupo de trabalhadores que, articulados ao Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e ao movimento de Renovação Médica (REME), construíram o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Com a realização de encontros nacionais, o MTSM vai buscando articulações com outros movimentos sociais, como os movimentos de usuários de familiares de diversos Estados, ampliando a articulação em defesa de um reforma da assistência psiquiátrica no país. Segundo Luchmann (2007), foi no II Congresso Nacional de MTSM, na cidade de Bauru, São Paulo, que o encontro destes movimentos aconteceu. Foi neste encontro, através do conhecido Manifesto de Bauru, que foi lançado o slogan “Por uma sociedade sem manicômio”.

Se o movimento denominado de Antimanicomial atua fortemente desde a década de 1970, para Ana Marta Lobosque (CFP, 2003), a data da sua instituição como movimento nacional se deu em 1993, no I Encontro Nacional, em Salvador. A institucionalização do movimento ocorreu a partir da definição de uma Secretaria Nacional e da definição de criação de núcleos regionais, locais, quantos fossem possíveis e necessários para auxiliar na construção de uma nova assistência em saúde mental. De 1993 a 2001, foram realizados cinco

encontros nacionais, intercalados pelos encontros regionais. Segundo Lobosque, foi a partir dessa organização que se conseguiu instituir representações do movimento em locais como a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Conselho Nacional de Saúde – o que mais tarde viria se tornar um motivo de disputas e tensões políticas dentro do movimento.

Em seu texto *Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial*, Lobosque (idem) analisa o movimento antimanicomial quanto a sua organização, conflitos e desafios vividos. Por todo seu texto permeia a loucura como pauta transversalizadora, como, por exemplo, na definição dos serviços substitutivos: “se os serviços substitutivos são o espaço institucional inaugural para possibilitar um convívio diferente com a loucura, a dimensão ética do nosso trabalho deve levar-nos, a partir dos serviços, para fora deles, apontando sempre para a construção de um movimento social”. (CFP, 2003, p. 24) Sobre o movimento, a autora faz referência ao seu crescimento rápido, que teve como efeito a perda de organicidade e articulação; traçou linhas sobre os conflitos e o risco de divisão e até mesmo quanto ao fim de um movimento nacional; falou do protagonismo dos usuários e da tensão na relação com os técnicos, seja nos serviços, seja nos núcleos regionais do movimento. Mas em nenhum momento emerge o uso ou o usuário de drogas como questão ou parte deste movimento.

Na mesma obra, Milton Freire Pereira fala sobre a *Participação dos Usuários* (CFP, 2003), nomeando como tais a ex-pacientes, clientes, doentes mentais, loucos, usuários – todos adjetivos, pejorativos, “usados para referir às pessoas que precisam de atendimento em saúde mental. (...)” (p. 74) Na sua fala, Freire também lembrou de obras literárias que denunciaram os maus-tratos vividos nas instituições psiquiátricas. Falou acerca de Machado de Assis, em *O alienista* (1882); de Lima Barreto e de Austregésilo Carrano, de quem já falamos aqui. Mas nenhuma referência é feita quanto ao fato de terem sido ocupantes do manicômio por serem usuários de drogas.

O autor relembra a criação de algumas associações no Estado do Rio de Janeiro, como a Associação de Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira (APACOJUM), em 1992; e a Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), de 1979. Esta última constituiu o primeiro movimento eleito como delegado a participar da I CNSM e a representar os interesses dos usuários. Além das associações de usuários e familiares, o II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1987, em Bauru, definiu o dia 18 de maio

como dia nacional da Luta Antimanicomial. Pereira registra o I Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental do Brasil, em 1991, convocado pela Coordenação de Saúde Mental do MS, e referido como evento preparatório para II CNSM. Por fim, Pereira, como representante dos usuários, relembra de outros grupos que, contemporaneamente, enfrentaram o estigma e lutaram por seus direitos, tais como os renais crônicos, hanseníacos, ostomizados, diabéticos, portadores do vírus da AIDS. (CFP, 2003, p. 82).

Assim são todos os registros que encontramos quanto aos movimentos sociais constituídos em torno da reforma psiquiátrica. Falar dos movimentos na relação com o uso /usuários de drogas é, em princípio, pautar pela ausência. Todavia, questionamos se de alguma forma a população usuária de drogas era visibilizada ao falar em doentes mentais, usuários ou qualquer outra nomenclatura. Mas esta foi uma das questões para a qual não encontramos respostas possíveis em nenhum dos documento até então analisados. Aqui foram tomados então, os registros produzidos através da correspondência com dois militantes da luta antimanicomial.

A questão dirigida a eles registrava que não encontramos no movimento da luta antimanicomial pautas, slogans, campanhas ou qualquer outro indício de que tenham tomado a população usuária de drogas como parte das suas reivindicações. Portanto, questionávamos se ela, em algum momento, ocorreu e de que modo.

Denis Petuco, militante antimanicomial, redutor de danos e sociólogo, é um dos atores em quem encontramos eco nos questionamentos sobre a relação da política de saúde mental e o cuidado dos usuários de drogas. Em relação à questão a cima exposta, Petuco comenta:

Parece-me que não; o tema do modelo de atenção para usuários de álcool e outras drogas não fez parte das reflexões, lutas e debates do movimento da luta antimanicomial. O tema vai aparecer apenas na 3ª CNSM, e mesmo ali, apenas por acidente: é que a conferência foi realizada em Brasília, simultaneamente à realização do Fórum Nacional de Políticas sobre Drogas (algo muito próximo de uma conferência nacional). Algumas poucas pessoas participaram de ambos os eventos e acabaram levando o tema para dentro da

conferência, meio que “de contrabando”, o que não foi suficiente para fazer com que o assunto se tornasse algo mais do que apenas periférico. Já ouvi pessoas com mais tempo no movimento, que dizem que houve uma decisão deliberada em não se tocar no assunto, pois seria mais uma polêmica, mais uma luta espinhosa, para um movimento que já tinha lutas difíceis demais. Em resumo: que eu saiba, este tema não se fazia presente nas discussões do movimento social.

Esta é também a avaliação de Károl Cabral, militante da luta antimanicomial pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), psicóloga, que recentemente ocupou a Coordenação Estadual de Saúde Mental do Estado do Rio Grande do Sul. Károl registra a ausência deste debate para o movimento e aponta alguns possíveis desta relação.

Voltando à experiência da gestão, nos demos conta de que o louco da vez, como diz o Merhy, eram os usuários de drogas. Eles agora viviam a experiência mais radical de estigmatização e, com eles, se levantava o monstro – que só estava ferido – da internação de longa permanência no hospício, eternamente fundado no rigor da ciência como o espaço da especialidade! Outra vez a mesma fórmula pegando as pessoas no censo comum da periculosidade, da necessidade de proteger a sociedade, mas também proteger a eles que não sabem o que fazem... Olha que gente boa e abnegada! Era como um déjà vu de pesadelo sabe?! Ai é que caiu a ficha, pelo menos pra mim, de quanto havíamos secundarizado o tema álcool e drogas no movimento, na luta, como bandeira mesmo. Mas, se acordamos tarde no movimento, ainda assim acordamos! Só que, quando levamos este tema e também estes coletivos para dentro do movimento, nas reuniões do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, a coisa não foi fácil, não!

Lembro que, em uma reunião do FGSM, quando propusemos de

convidar o pessoal do Princípio Ativo¹⁰ e o povo da redução de danos alguns companheiros do FGSM se manifestaram contra, dizendo que era complicado juntar, que eles não eram usuários [de drogas]; enfim, resistiram, inclusive ameaçando não ir mais às reuniões caso os “drogados” estivessem presentes. Fomos conversando, trabalhando o tema e começamos a trazer estes grupos para as reuniões, sempre fazendo a leitura do cenário político que estava em disputa. Fomos vencendo as barreiras pouco a pouco, o que não quer dizer que este convívio venha sendo fácil. Só pra dar uma ideia do que foi, teve mesas-redondas que promovemos em conjunto, onde um palestrante falava contra o outro, destituindo seu discurso. Mas, ao mesmo tempo em que foi tenso – e ainda é –, foi aproximando os coletivos e, mais do que isto, foi trazendo para dentro do coletivo antimanicomial o tema álcool e drogas. Mas ainda é uma pauta pendente...

4.2 Das Conferências de Saúde Mental

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) foi realizada no ano de 1987, já com a participação de representantes da sociedade eleitos nas etapas municipais. Considerada um desdobramento da 8ª CNS, mas anterior à Constituição, o objetivo maior dessa conferência foi apontar que as ações em saúde mental deveriam fazer parte do sistema de saúde geral, a partir de uma reformulação na assistência. Na onda da reforma sanitária, a I CNSM registrou o quanto a configuração econômica e social é determinante também do processo saúde mental-doença mental. Assim, no capítulo dedicado à discussão “Cidadania e Doença Mental: Direitos, Deveres e Legislação do Doente Mental”, para falar da população destinatária da política de saúde mental, o relatório oferece uma descrição do que se deve considerar doença mental:

A doença mental, na atualidade, pode ser compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos

¹⁰ Movimento social ligado a defesa dos direitos dos usuários de drogas, do Estado do Rio Grande do Sul.

setores da população. A medicalização e psiquiatrização frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos. (BRASIL, 1988, p.21)

E logo adiante, adverte:

A construção social do processo saúde-doença recomenda prudência ao se caracterizar comportamento alternativo de inserção social como doença mental, evitando a utilização do saber e das técnicas médico-psicológicas para a prática de discriminação e dominação.. (Idem)

Dois aspectos são ainda ressaltados nesta conferência: o cuidado com a infância e com o mundo do trabalho, como determinantes importantes do processo saúde-doença mental. E é ao falar do trabalho que encontramos a única diretriz apontada pela I CNSM em relação as drogas: “g) Que se retire da CLT o alcoolismo como causa de demissão e que nenhuma outra dependência seja causa de exclusão do trabalho.” (1988, p. 27)

Outros achados sobre usuários de drogas vão aparecer no documento anexo ao relatório, intitulado “Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República”, que data de julho de 1985 e foi produzido pela coordenação da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) para ser apresentado no “VII Encontro Nacional de Psiquiatria Preventiva e Social”. Não constam informações se este documento foi apresentado ou discutido por esta conferência, apenas foi apresentado como referência anexa ao relatório. Nele encontramos dados epidemiológicos de incidência de enfermidades mentais, dentre eles o uso de substâncias, aqui nominado como “toxicodependência”.

Há uma evidente correlação entre as condições gerais de vida e as formas de existência de doenças mentais em diferentes populações, sobretudo no que diz respeito a algumas dessas enfermidades.

As neuroses em geral, as chamadas doenças psicossomáticas, as psicoses secundárias a afecções somáticas (incluindo formas de epilepsias sintomáticas), as toxicodependências (incluindo alcoolismo e tabagismo) e as oligofrenias mesogênicas são formas de doenças que variam notavelmente conforme a estrutura social vigente.

Outras formas de doença – como as esquizofrênicas e a psicose maníacodepressiva, por exemplo – têm variações menos evidentes, o que indica o menor poder mesogênico em seu aparecimento. (BRASIL, 1988, p, 33)

Ou ainda:

Apesar de não dispormos de dados objetivos sobre a prevalência e a incidência de doenças mentais na população brasileira como um todo, podemos ter uma ideia do quadro através dos estudos realizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a América Latina. Em 1973, no Plano Decenal de Saúde para as Américas, calculava-se, na região, a prevalência de psicoses entre 1,5 a 5 por cento; as neuroses que exigem tratamento médico entre 5 e 20 por cento; o alcoolismo superior a 5 por cento; o consumo de substâncias causadoras de dependência entre os estudantes secundários em 5 por cento; o retardo mental e a epilepsia além de 1 por cento. (BRASIL, 1988, pag. 36)

A preocupação com a falta de definição quanto ao que é o campo da saúde mental e o que deve atender volta a aparecer neste documento. Esta questão já estava colocada desde a VII CNS, em 1980, quando fez-se uma definição nosológica de quais casos deveriam ser de responsabilidade da saúde mental. Aqui tem-se um outro desfecho. Entendeu-se que há pelo menos duas dimensões implicadas na questão: a que se refere à toda população e a individual. Cabe discutir fatores gerais que, de alguma forma, podem ser causadores de sofrimento mental e, mais especificamente, “dimensionar a constatação da existência real das doenças mentais, na necessidade de precisar seus critérios de definição, no entendimento dos mecanismos de sua produção e de sua reversão e na avaliação de graus de risco a que faixas da população estão expostas”. (Idem, p. 38)

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorre em 1991, quatro anos após a primeira e, segundo análise do próprio Ministério da Saúde, é resultante de uma grande mobilização nacional, contando com etapas entre os três entes federados e com participação de mais de trinta mil pessoas (Amarante, 1998; Brasil, 2002). Segundo documento preparatório para a III CNSM, se a I CNSM foi considerada incompleta no âmbito das suas proposições, a II CNSM logrou mais êxito. (BRASIL, 2002) Esta conferência apoiou as ações que estavam em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde (como as portarias SNAS nº 224/1992 e SAS nº 189/1995, que versam sobre a desospitalização, implantação e regulação dos serviços ambulatoriais). Aqui, já começa a se esboçar um novo modelo assistencial em saúde mental, pautado pela reforma psiquiátrica. .

No relatório da II CNSM, o tema “drogas” aparece em diretrizes que tensionam por mudanças legislativas, buscando a garantia de direitos das populações usuárias de drogas; aponta algumas ações de prevenção de uso, produção e comercialização de drogas e, de forma

muito incipiente, a assistência em saúde. Já no início do texto, a afirmação da condição cidadã dos usuários da saúde mental vem junto com a defesa de que, ao usuário de droga, seja dado tratamento de saúde em detrimento do tratamento penal, tal como vigente à época¹¹. (BRASIL, 1994)

A terceira parte do relatório, denominada “Direito e Legislação”, concentra, especificamente nos itens “Direitos trabalhistas” e “Drogas e Legislação”, as principais diretrizes para a temática de drogas. Em relação ao campo do trabalho, esta conferência define alguns aspectos a serem incluídos ou modificados na Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT) e nos estatutos dos servidores públicos, como forma de prevenção e promoção de saúde mental. Dentre as diretrizes, um item inclui a população usuária de drogas. É ele:

g) a preservação do emprego aos trabalhadores alcoolistas, drogaditos e portadores de transtornos mentais deve ser assegurada com garantia de estabilidade no emprego por 12 meses após o retorno ao trabalho, penalizando-se as empresas e empregadores que desrespeitarem a lei e garantindo-se que nenhuma outra dependência cause exclusão do trabalho. (BRASIL, 1994, p. 27)

No capítulo do relatório intitulado “Drogas e Legislação”, são citadas a necessidade de garantia aos usuários de drogas da permanência em ambiente escolar, a necessidade de vigilância da prescrição e comercialização de psicotrópicos, a proibição de propagandas de bebidas alcoólicas.

Sobre assistência em saúde, ou ações a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, temos a indicação da promoção de campanhas de saúde pública com o objetivo de combater o alcoolismo e a criação de “programas específicos para o tratamento de alcoolistas e demais dependentes químicos, a serem prestados por equipes capacitadas, constituídas por profissionais de nível superior e por agentes de saúde, tanto no nível ambulatorial quanto nas unidades de internação”. (BRASIL, 1994, p. 29)

Quanto às internações, é diretriz deste relatório a revogação do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934¹², aqui já referido, que regulamentava a assistência psiquiátrica e autorizava a internação dos usuários de drogas no manicômio. Isto porque o objetivo da

¹¹ A legislação a ser mudada é a lei nº 6.386/1976, que claramente considera o usuário de drogas como criminoso. Esta lei foi parcialmente revista pela lei 10.409 de 2002, que, embora não modifique o caráter delituoso do uso de drogas, altera o modo como o usuário deverá responder à justiça, diferenciando-o, conforme observa Salo de Carvalho (2013), das sanções atribuídas a ações de comércio, por exemplo. No entanto, para o autor, ainda hoje esta diferenciação produz grande confusão.

política passa a ser dirigir as internações para os hospitais gerais. A esse respeito, encontramos também, no capítulo destinado ao tema “Financiamento”, a proibição da continuidade de pagamento de “internações de alcoolistas em hospitais psiquiátricos ou centros especializados, garantindo-se, quando necessário, a internação dos mesmos em hospital geral e assistência global nos serviços de saúde, estimulando-se os grupos de ajuda mútua”. (Brasil, 1994, p. 14-15) O cumprimento desta diretriz poderá ser percebido pouco tempo depois, na construção das chamadas leis estaduais da reforma psiquiátrica, conforme abordaremos adiante.

O período que se segue após a II CNSM, tal como apontado por Borges e Baptista (2008), é de produção de um grande volume de resoluções da política por parte do MS. Nominado pelas autoras como “germinativo”, o período de 1990 a 1996 é marcado por uma série de publicações normativas em âmbito nacional, as quais vão desenhando a nova política de saúde mental. Data desta época a Portaria SAS 224/1992, que versa sobre os primeiros serviços considerados substitutivos ao manicômio. É também um período marcado pela aprovação de várias leis de âmbito estadual que estabeleceram o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a defesa e proteção das pessoas em sofrimento psíquico. A tramitação destas leis estava em consonância com a proposição de uma lei nacional, apresentada pelo projeto de lei 3.657 de 1989, do deputado federal Paulo Delgado (que 12 anos depois se tornou a Lei GM 10.216/2001).

Das leis estaduais aprovadas neste período, tem-se o Estado do Rio Grande do Sul (1992) como pioneiro, seguido dos Estados do Ceará (1993), Pernambuco (1994), Distrito Federal (1995), Minas Gerais (1995), Paraná (1995) e Rio Grande do Norte (1995). (BRASIL, 2004). Com diferentes características, a maioria delas estabelece o fechamento dos hospitais psiquiátricos, apontando para a criação de serviços substitutivos a ele; além disso, também define os direitos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Apenas duas dessas legislações falam diretamente da assistência à população usuária de drogas: Pernambuco e Minas Gerais. Na lei pernambucana, nº 11.064/94, assim consta:

¹² Há aqui uma situação controversa. Esta conferência, em que consta a diretriz que propõe a regoção do Decreto 24.559/34, foi realizada no ano de 1991. No entanto, conforme já apresentamos no início deste trabalho, no sítio eletrônico da Presidência da República consta a informação da revogação do decreto de 34 no ano de 1990, através do Decreto nº 99.678 de 8 de novembro de 1990. O fato desta diretriz aparecer nesta conferência, nos faz pensar que tal decreto (apesar de revogado) continuou sendo usado, assim como identificamos no ano de 2010.

Art. 4º Constituem-se em recursos psiquiátricos a serem aplicados ao tratamento e assistência psiquiátrica do Estado de Pernambuco:

[...]

VIII – unidade de desintoxicação, o serviço destinado à desintoxicação de dependentes químicos, devendo funcionar em hospital geral;

IX – serviço de tratamento de dependência, o serviço especializado no tratamento do alcoolismo ou outra dependência química, devendo funcionar nas unidades gerais da rede de saúde . (BRASIL, 2004, p. 58-59)

Já a legislação mineira (Lei nº 11.802)

dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências.

[...]

Art. 9º A internação psiquiátrica será utilizada como último recurso terapêutico, esgotadas todas as outras formas e possibilidades terapêuticas prévias, e deverá objetivar a mais breve recuperação, em prazo suficiente para determinar a imediata reintegração social da pessoa portadora de sofrimento mental.

§ 1º A internação psiquiátrica, nos termos deste artigo, deverá ter encaminhamento exclusivo dos serviços de emergências psiquiátricas dos prontos-socorros gerais e dos centro de referência de saúde mental e ocorrer, preferencialmente, em enfermarias de saúde mental em hospitais gerais.

§ 2º A internação de pessoas com diagnóstico principal de síndrome de dependência alcoólica dar-se-á em leito de clínica médica em hospitais e prontos-socorros gerais.(BRASIL, 2004, págs. 37 e 39)

De modo geral, de acordo com estas legislações, as internações em saúde mental passam a ser redirecionadas para hospitais gerais, assim como o restante do tratamento para serviços especializados em saúde mental. No entanto, ao se referir ao tratamento de usuários de drogas, inclusive às internações, a clínica geral passa a ser apontada, não só na alta complexidade (hospital), mas para a rede de saúde como um todo.

Embora ela venha no bojo do processo da reforma psiquiátrica, a clínica da dependência vai sendo apontada como um problema a ser acompanhado pela clínica geral. Cabe ressaltar, ainda, que até esse período, no âmbito do Ministério da Saúde, não havia sido criado nenhum programa ou política específico para a população usuária de drogas, principalmente ligado à Política de Saúde Mental. Isto passa a acontecer apenas no início dos anos 2000, quando da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM).

Dez anos se passaram, entre a realização da II CNSM e a III CNSM. É nesta conferência que veremos o cuidado da população usuária de drogas se tornar um dos principais assuntos em pauta, com claras definições de que este é, sim, um campo de responsabilidade da política de saúde mental. Assim, o tema das drogas é abordado transversalmente, com garantia de financiamento, proposição de serviços específicos, da infância à população adulta, pautando a política de saúde, educação e outras.

Já em um cenário de grande maturidade de realização de conferências de saúde, a III CNSM nos oferece pelos menos três documentos de referência da sua realização: o *Cadernos Informativo*, o *Cadernos de Textos* e o *Relatório Final*. O *Caderno Informativo* traz a compilação dos documentos de convocação e realização da conferência, como decretos, portarias e regimentos, mas também textos sobre eixos temáticos que se propunham a subsidiar algumas discussões. Dentre eles, consta parte do relatório da 11ª CNS, de dezembro de 2000, que versa sobre a saúde mental. Neste texto já se encontra referência da temática de drogas, sugerindo a sua incorporação à rede SUS, especificamente à rede de saúde mental:

g) Incorporar na rede de serviços do SUS ações de saúde mental dirigidas a populações específicas, tais como portadores de deficiências múltiplas, usuários abusivos de substâncias psicoativas (drogas) e dependentes químicos, na perspectiva da política de redução de danos, bem como reconhecer os aspectos culturais, étnicos e de gênero envolvidos no surgimento de um transtorno mental; (BRASIL, 2001a, p. 9)

Além do *Caderno Informativo*, foi publicado pelo MS um caderno de textos sobre as principais temáticas da saúde mental, para servirem como subsídio para as discussões nacionais. Dentre eles, o “Relatório do Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Alcool e outras Drogas na Rede do SUS” foi o texto dedicado ao tema saúde mental e drogas. Conforme o próprio documento apresenta, o Seminário foi um evento ocorrido em agosto de 2001 (mesmo ano de realização da III CNSM), organizado pelo Ministério da Saúde através da Assessoria Técnica da Secretaria de Assistência à Saúde, com o objetivo de discutir a rede de assistência a essa população, neste momento identificada como usuária de substâncias psicoativas. Como principais eixos de debates, o Modelo de Assistência, Recursos Humanos, Financiamento e Controle Social. (BRASIL, 2001b)

O relatório de seminário aponta para o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) como uma referência na produção de pesquisas que indicam o aumento do consumo de substâncias, a diminuição da idade de início do uso, o alto número de internações psiquiátricas, as internações em hospitais gerais, as consultas ambulatoriais por complicações clínicas (tal como cirrose e AIDS) e, no campo do trabalho, o aumento do absenteísmo e a diminuição da produtividade. (Idem, p. 107)

O aumento da população que se encontra nesta situação, associado ao aumento dos agravos em decorrência do uso de substâncias, são considerados analisadores dos baixos investimentos de atenção à saúde neste campo. Segundo relatório do Seminário, “a discussão da situação atual dos vários estados da federação quanto à assistência à saúde para usuários de substâncias psicoativas mostra a inadequação e insuficiências do que é oferecido a esta população”. (Ibidem)

Alguns aspectos foram apresentados como consenso para criação de uma política pública para a área, como o estabelecimento de uma rede de serviços que conte com um núcleo estratégico, um dispositivo de base comunitária, capaz de acessar os demais serviços da rede. São citados, como componentes para essa rede, as unidades básicas de saúde, o programa de saúde da família (sugerindo a criação de indicador de atendimentos), unidades especializadas, hospitais de clínica geral e, ainda, os hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2001b)

Embora a rede prevista seja substancialmente ambulatorial, ainda versa-se sobre a internação – como recurso para casos específicos, devendo ser de curta duração e indicada para quadros de emergência que incluam risco de auto ou heteroagressão, quadros graves de intoxicação e abstinência por uso compulsivo ou dificuldade de aderir ao tratamento. (BRASIL, 2001b, s/p.) Diferente do que vinha sendo construído pelas legislações estaduais, indicando internações por uso de drogas em leitos de clínica geral, o relatório deste seminário apontou, para a III CNSM, as enfermarias de psiquiatria e o próprio hospital psiquiátrico como locais para estas internações:

As enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais são o local para a realização destas internações. (Internações em hospitais psiquiátricos, com projeto técnico específico, só são indicadas no caso em que estas unidades tenham serviço em espaço específico para o atendimento a usuários de

drogas). As notificações sobre as internações devem ser incluídas no sistema de informação. (Idem)

O financiamento sugerido para esta rede incluiria valores “per capita” no piso da atenção básica, incentivos para criação de equipes de saúde mental junto ao PSF, recursos extrateto para instalação e manutenção de Centros Integrados (os citados dispositivos estratégicos da rede), instalação e destinação de recursos para capacitação de profissionais considerados despreparados para abordar e tratar problemas relativos ao uso de drogas. (BRASIL, 2001b)

A III CNSM, realizada em dezembro do mesmo ano, parece contemplar muito do sugerido por este Seminário, embora também o contraponha em alguns aspectos. Diferentemente das duas primeiras conferências, nesta o tema das drogas se torna transversal às discussões, sendo citado em muitas diretrizes de diferentes complexidades de atenção à saúde, que indicam ações destinadas às diferentes etapas do desenvolvimento (crianças, adolescentes, adultos, idosos) e em diferentes contextos (urbano, rural, indígena etc.).

O que destacamos como uma das principais diretrizes desta conferência é a indicação da Política de Saúde Mental como a responsável por desenvolver uma política de atenção aos usuários de drogas. O que pode ser percebido em diferentes tópicos, como nestes citados abaixo:

187. Exigir que o Ministério da Saúde e demais órgãos competentes estabeleçam, mediante portarias, resoluções e decretos, a normatização do funcionamento técnico, administrativo e clínico, assim como o devido financiamento dos serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. E, também, garantir que a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promova fóruns regionais sobre o uso abusivo de drogas, com o objetivo de traçar uma política de saúde mental específica para esta questão. (BRASIL, 2002, p. 61)

189. Garantir, nos três níveis de governo, que o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas esteja vinculado à Coordenação de Saúde Mental, assegurando a interface com outras políticas e setores e respeitando a especificidade de cada localidade. (BRASIL, 2002, p. 61)

Um passo adiante em relação à conferência anterior, que apenas apontou a necessidade de uma rede de serviços sem descrever outras especificações, nesta há a indicação clara de que tipo de serviços é esperado. Como define a seguinte diretriz:

337. Destinar recursos e estabelecer normas de financiamento para Centros de Atenção Diária, CAPS, NAPS e residências terapêuticas para usuários adultos, adolescentes e crianças, de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2002, p. 98)

Aparecem ainda, é claro, os serviços de internação. No entanto, neste quesito, a conferência não acompanha o que fora indicado pelo Seminário acima citado. Nesta, a internação de usuários de drogas volta a ser uma indicação para a clínica geral, reforçando uma série de ações que evitem/proibam o uso dos hospitais psiquiátricos. E não são poucas as diretrizes sobre o tema. Eis algumas delas:

194. Garantir que a Comissão Intergestora Bipartite faça cumprir e os Conselhos de Saúde fiscalizem a normatização em vigor que orienta e determina que a internação dos usuários de álcool e outras drogas deve ser realizada em hospitais gerais e não em hospitais psiquiátricos. Garantir, também, que a desintoxicação ocorra em serviços de emergência e enfermarias de hospital geral, evitando a internação em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2002, p. 62)

195. Proibir que os leitos psiquiátricos de serviços conveniados sejam utilizados para a internação de usuários de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2002, p. 62)

394. Garantir acesso aos leitos de hospitais gerais para que portadores de transtorno mental possam receber assistência clínica ou cirúrgica de qualidade, quando for o caso. Particularmente, que sejam garantidos leitos clínicos em hospitais gerais para desintoxicação de usuários de álcool e outras drogas de forma a extinguir estas internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2002, p. 112)

Sobre as internações, não há apenas uma discussão situada entre o hospital geral e o hospital psiquiátrico. Registra-se já nesse período uma tensão colocada com as chamadas Comunidades Terapêuticas – serviços que se dizem especializados na atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas e que recebeu uma detalhada regulamentação¹³ pela Vigilância Sanitária em março do mesmo ano de realização desta Conferência. Um dos aspectos de discussão em relação às comunidades terapêuticas é a consideração que este serviço impõe

¹³ Resolução da Diretoria Colegiada de Nº 101/2001, publicada em 31 de maio de 2001, estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, Segundo Modelo Psicossocial, também denominados de “Comunidades Terapêuticas”. A construção desta proposta de regulamento foi elaborada por Grupo de Trabalho coordenado pela ANVISA, integrado por representantes da Coordenação de DST/AIDS e da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (MS, 1999) (BRASIL, 2003, p. 46)

sobre a necessidade de longos períodos de internação como condição de tratamento do uso de drogas:

197. Garantir que o SUS controle, fiscalize e delimite a ação das comunidades terapêuticas, com participação efetiva da vigilância sanitária. (BRASIL, 2002, p. 62)

302. Proibir o credenciamento, pelo SUS, de serviços especializados em alcoolismo e drogadição que preconizem internação de longa permanência ou que não submetam seu projeto terapêutico à Assessoria de Saúde Mental do Estado, ouvindo os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. (BRASIL, 2002, p. 91)

Contrapôs-se, a estes serviços, a defesa de um outro modo de cuidado para os usuários de drogas, o qual vinha sendo desenvolvido pela política de DST/AIDS como forma de controle da epidemia de infecção de HIV entre os usuários de drogas injetáveis. A prática denominada redução de danos já era desenvolvida em outros países e passou a ser adotada no Brasil no início da década de 1990, em municípios como Santos, no Estado de São Paulo. Produziu resultados positivos, não só em relação ao controle da epidemia de HIV, mas na aproximação com a população usuária de drogas, possibilitando, em consequência, a oferta de outros cuidados em saúde. Sendo a estratégia que mais apresentou resultados efetivos, ela aparece nesta conferência nas diretrizes e também em moções de apoio, indicando tratar-se de tecnologia de cuidado a ser adotada por todos os serviços:

190. Garantir que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas adote estratégias de redução de danos. E, também, implantar o Programa de Redução de Danos - PRD - em todos os municípios, promovendo o envolvimento da comunidade, visando prevenir e reduzir a transmissão de DST/AIDS. (BRASIL, 2002, p. 61)

14. Moção de apoio ao Tratamento da Dependência Química em CAPS/NAPS sob a ótica da Redução de Danos Tendo em vista os altos índices de soroprevalência do HIV entre usuários de drogas injetáveis (52%) e de hepatite C (60%), faz-se urgente: 1) a ampliação de Serviços Ambulatoriais e de Centros-dia (CAPS/ NAPS) dirigidos ao tratamento da dependência química no âmbito do SUS; 2) a introdução das ações de Redução de Danos nesses serviços, tornando disponíveis preservativos, agulhas e seringas aos usuários de drogas. Tais medidas contribuirão para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS no Brasil. (BRASIL, 2002, p. 166)

Neste ano de 2001, a então Secretaria Antidrogas (SENAD) também passou por algumas mudanças legislativas e de reinvestimento político. Ao longo da sua existência e independente dos seus diferentes desenhos político-administrativos, esta instância demarca a institucionalização de uma política proibicionista e de combate ao uso de drogas. À época, a proposta de política pública de atenção à saúde dos usuários de drogas que se desenhava a partir da III CNSM, através da redução de danos, era antagônica ao que defendia a SENAD. O tensionamento e a dificuldade de composição entre SENAD e o Ministério da Saúde ficam registrados em uma moção de repúdio à realização de um evento da SENAD concomitantemente a III CNSM:

22. Moção de protesto à realização do II Fórum Nacional Antidrogas concomitante à III Conferência Nacional de Saúde Mental Protesto quanto à realização do II Fórum Nacional Antidrogas concomitante à III Conferência Nacional de Saúde Mental, na medida em que o mesmo tema está sendo discutido em ambos os eventos, quando ele é comum, tanto no interesse, quanto no estabelecimento de uma Política Nacional de Prevenção e Tratamento, bem como para as ações subseqüentes. Entendemos, assim, que a Política Nacional de Drogas deveria ser subsidiada pela deliberação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e não discutida/deliberada em instâncias paralelas. Finalmente, tememos pela dissociação/dicotomização das respostas e os possíveis entraves na implantação de ações específicas e equivocadas. (BRASIL, 2002, p. 169)

Como marco legal do Sistema Único de Saúde, as conferências são a base da constituição das políticas de saúde, tal como definido pela Lei 8.142/1992 (Rio Grande do Sul, 2000) Neste sentido, a III CNSM foi um marco na relação entre o cuidado com a população usuária de drogas e a política de saúde mental. É através dela que o Ministério da Saúde assume a responsabilidade de constituir uma política sistemática para essa problemática. Pois, apesar dos danos causados pelo uso abusivo de drogas se constituírem como dado epidemiológico histórico, de grande prevalência, não havia nada além da oferta de leitos de internação como forma de assistência em saúde nesses casos.

Com o processo de Reforma Psiquiátrica denunciando os maus tratos e a iatrogenia dos hospitais psiquiátricos como recursos terapêuticos, novos serviços foram sendo pensados para dar conta da população antes destinada a eles (como, por exemplo, a já citada portaria SAS 224/92 que institui os primeiros serviços substitutivos ao hospício). No entanto, o que podemos perceber é que tanto o movimento social que lutou pela Reforma Psiquiátrica

brasileira (conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial), quanto as normativas que constituíram a Política de Saúde Mental, durante a década de 1990 até o início dos anos 2000, pautaram-se substancialmente pelo cuidado com a loucura como única destinatária das suas ações, deixando para trás a população usuária de drogas que, como já falamos, chegou a representar uma grande parcela (por vezes, a maior parcela) da população ocupante do hospício.

Embora se reconheça a importância, sobretudo legal, de que todas essas considerações para a construção de uma política de atenção à população usuária de drogas sejam aprovadas por uma conferência de saúde, a sequência dos fatos históricos nos faz crer que elas foram construídas em outros processos. Tomamos por análise a linha de construção do Centro de Atenção Psicossocial específico para a população usuária de drogas.

Logo após a III CNSM em dezembro de 2001, foi publicada a portaria GM 336/2002 (BRASIL, 2004), que revisou e ampliou a portaria SAS 224/1992 na definição dos serviços tipo CAPS. Tal como aprovado pela conferência, esta portaria traz pela primeira vez a tipificação de um serviço assistencial vinculado à política de saúde mental e destinado exclusivamente para a população usuária de drogas. No entanto, o curto espaço de tempo entre estes dois eventos nos faz questionar se a existência do CAPS álcool e drogas (CAPS ad) é resultante da III CNSM ou se ele já vinha sendo trabalhado nas instâncias administrativas. Mais uma vez consideramos o já apontado por Borges e Baptista (2008), de que o final da década de 1990 é marcado pela ausência de publicações; não encontramos muitos registros que nos auxiliassem na confirmação ou descarte de tal hipótese. Mas é preciso lembrar que, no referido Seminário sobre o atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede do SUS, já era sugerida a criação de um “dispositivo de base comunitária, capaz de acessar os demais serviços da rede”. Todavia, supomos que há mais fatos relevantes neste período e que fizeram possível esta construção, os quais, no entanto, não se encontram registrados em nenhum documento. Embora este trabalho não tenha conseguido avançar sobre essa questão, consideramos que conhecer o modo como se chegou a essa formação dos CAPS ad possa auxiliar os trabalhadores nos processos de cuidado construídos nestes serviços, uma vez que ainda se encontram reflexões tais como:

A reforma Psiquiátrica, mesmo com o avanço nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, demonstra o quanto as práticas e os discursos ainda estão centrados na atenção ao louco, como se na atenção aos usuários de drogas fôssemos “importar” o modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ainda numa versão em que operam como possíveis reforçadores da institucionalização desses cidadãos. (SANTOS, 2007, p. 200)

Esta transposição de modelo a que se refere Santos é reforçada pela ausência de discussão sobre o cuidado desta população na história da reforma psiquiátrica brasileira, que não produziu acúmulos como o fez em relação à loucura.

Isto também pode ser percebido, por exemplo, na longa história de constituição da lei GM nº 10.216, sancionada neste ano de 2001, e que é considerada a principal legislação da reforma psiquiátrica brasileira. Submetida como projeto de lei 3.657 de 1989 pelo deputado Paulo Delgado, tramitou por mais de dez anos, recebendo muitas modificações até ser aprovado o texto que hoje figura como lei. O texto inicial do projeto tinha por disposição “a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (BRASIL, 1989, p. 10696), trazendo na sua justificativa a inadequação do hospital psiquiátrico para o tratamento dos distúrbios mentais. Ao ser aprovada como lei, a disposição passou a ser “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (BRASIL, 2004, p. 17) De uma a outra, de distúrbios mentais a transtornos mentais, não há nenhuma referência à população usuária de drogas, seja para descartá-la seja para tomá-la como parte integrante deste conceito. Poder-se-ia considerar que os termos utilizados abrangem os usuários de drogas, se os tomarmos como conceitos definidos pelos manuais médicos, a exemplo do Código Internacional de Doenças (CID) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). No entanto, o histórico de documentos analisados nos mostra que o uso de drogas, embora seja considerado um transtorno mental na literatura médica, é costumeiramente citado ao lado de outros termos equivalentes a “doenças mentais”, evidenciando uma relação diferenciada. Assim ocorre, por exemplo, no Decreto nº 24.559 de 1934, Art. 7º, § 19, alínea “a”: “*os psicopatas, os toxicômanos e intoxicados habituais referidos no § 59 do art. 39 que necessitam hospitalização*”; ou, mais contemporaneamente, no relatório da III CNSM, em 2001, na sua diretriz 87:

Garantir a criação de uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, à criança e ao adolescente, aos usuários de álcool e drogas e à população de rua, de acordo com suas necessidades, considerando os dados epidemiológicos e a realidade local de cada município, enfocando: atenção integral, território, acesso, gratuidade e intersetorialidade. [...] (BRASIL, 2002, p. 41)

Sobre a destinação da lei GM 10.216/01, é importante considerarmos o que consta no seu artigo primeiro:

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Tal consideração comparece já na justificativa do Projeto de lei 3.657/89, de autoria do Dep. Paulo Delgado, apresentado à Câmara em 1989. A justificativa apresentada traz, no seu último parágrafo, o objetivo da pretendida lei:

O que ela pretende é melhorar - da única forma possível - o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger, em parte, os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos. (1989, p. 10697)

De fato, tanto a Lei Federal GM 10.216/01 como a Declaração de Caracas¹⁴ – que são marcos regulatórios para a Política de Saúde Mental – nomeiam como destinatários das suas ações os doentes mentais. Neste sentido, faz-se necessário compreendermos se, ao nos depararmos com as suas variantes – pessoas em sofrimento psíquico; pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento; indivíduos com sofrimento psíquico; pessoas com transtornos mentais, ou assim consideradas; proteção aos que padecem de sofrimento psíquico; doentes mentais; pessoas acometidas de transtorno mental; portadores de transtornos mentais –, devemos entender aí incluída a população identificada como pessoas com problemas graves decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, paciente que faz uso prejudicial de drogas ilícitas, usuários de álcool e outras drogas, dependentes químicos, dentre outros.

¹⁴ Documento aprovado em 14 de novembro de 1990, na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, em Caracas, Venezuela. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf.

4.3 Normativas da Política de Saúde Mental para a Atenção de Usuários de Drogas

Data de fevereiro de 2002 a portaria GM 336, que regulamenta os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para população usuária de drogas, tendo como tipificador a abreviatura “ad”. Seu significado não possui descrição na referida resolução, mas é encontrado em outros documentos como “álcool e drogas” ou “álcool e outras drogas”. Sobre a tipificação do serviço, a portaria apresenta o seguinte conteúdo: “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas”. Gostaria de destacar aqui os seguintes aspectos: a perspectiva técnica de cuidado identificada como *psicossocial*; a nomeação da população destinatária que reconhece a existência de *transtorno* relacionado ao uso de drogas e, ainda, uma diferenciação entre *transtorno decorrente do uso e dependência*.

Detemo-nos, neste momento, na compreensão da palavra “transtorno” presente nesta definição da população usuária de drogas. Ainda que, no item em que descreve a população usuária do CAPSad (acima referido), tal palavra não seja seguida da especificação “mental”, o contexto geral da portaria pode levar a essa compreensão. Retomemos a definição geral do que são os serviços tipo CAPS, que está presente no artigo 1º e nos seus parágrafos 1º e 2º. Versa o artigo que estes serviços serão classificados em tipo I, II e III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, com destaque para o § 2º, que diz:

As três modalidades de serviços cumprem a mesma função [grifo nosso] no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial [grifo nosso], em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante. (Brasil, 2004, p. 125)

Há ainda as definições dos CAPS presentes na Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002, que define o modo de financiamento desses serviços a partir da classificação diagnóstica a ser atendida em cada um deles. Sobre o CAPSad, diz:

Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 100.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, com leitos para desintoxicação e repouso (2 a 4 leitos), desenvolvendo atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas. Designação: CAPSad. (BRASIL, 2004, p. 275)

Pouco tempo depois da portaria GM nº 336, promulga-se a Portaria SAS nº 305, que tem por objetivo versar sobre normas de funcionamento e cadastramento especificamente de CAPS tipo ad (BRASIL, 2004). Para além de critérios de instalação dos serviços, esta portaria contempla um programa de capacitação dos recursos humanos designados para trabalhar nestes serviços. Não localizamos portaria com mesmo teor para os outros tipos de CAPS, o que pode denunciar o ineditismo que este serviço representa para o escopo desenvolvido até então para a PSM.

Karol Cabral relembra que a definição de um serviço tipo CAPS específico para usuários de drogas concerne apenas aos municípios de grande porte, com demanda para tal oferta. Nos municípios de menor porte, a população usuária de drogas seria integrada com os demais usuários em um único serviço. Porém, mesmo nestes, a organização dos processos de trabalho estabeleceu separações para o atendimento de uns e de outros.

Quanto ao CAPSad, temos que lembrar que, na Portaria, ele configura um recurso para municípios de grande porte.(...) Para os municípios pequenos, os CAPs do tipo I devem atender aos usuários de drogas também. Acreditamos que esta definição, que surge pós conferência, baseia-se no fato de que um maior número de usuários nas grandes cidades justificaria um espaço especial de cuidado, como o CAPSad, que lhes fosse exclusivo. Em nossas andanças pelos municípios gaúchos, escutamos muitas vezes que era complicado integrar os usuários AD e os psiquiátricos (sic) dentro dos serviços. Muitos CAPS do tipo I faziam inclusive uma separação de turno ou de calendário para dar conta de atender as demandas – assim, pela manhã, por exemplo, atendiam os psiquiátricos e, à tarde, os usuários de drogas, ou dividiam os dias da semana de acordo com a demanda,

tipo: segundas, quartas e sextas os psiquiátricos e terças e quintas os AD. Outros municípios, mais sensíveis às necessidades dos usuários, passaram a estender o turno até às 21h para atender melhor aos AD – por isso inclusive começamos a financiar o turno estendido com orçamento estadual.

Ainda em 2002, no mês de abril, é lançada a Portaria GM nº 816, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, com atribuições específicas a cada ente federado. Esta é a portaria que ratifica as ações para usuário de drogas vinculadas à Política de Saúde Mental. Estão expressas, nas considerações desta Portaria, as determinações da lei GM 10.216/01 e os apontamentos do relatório da III CNSM, com a recomendação de que a atenção psicossocial “a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas [...] deve estar articulada à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica”. (2004, p. 141)

Além da vinculação à PSM, estão presentes na Port. GM nº816/02 outras considerações que justificam o novo Programa: o aumento do consumo de álcool e outras drogas por crianças, adolescentes e população adulta economicamente ativa; a contribuição do uso de drogas para o aumento dos casos de AIDS e hepatites; a consideração ao Relatório Final do Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Rede do SUS; e, de forma geral, a necessidade de ampliar, reformular, adequar, estruturar e fortalecer a rede de assistência a essa população.

No texto da portaria GM nº 816/02, que institui o Programa, há definições sobre a origem orçamentária a ser aplicada, sobre a formação de recursos humanos voltados para a temática e, ainda, uma programação temporal para a implantação, em duas etapas, de 250 serviços tipo CAPS ad, em todo território nacional. Há, junto à Portaria, um anexo que define as competências de cada ente federado na execução do programa. Sobretudo, o maior destaque é de fato o grande investimento neste tipo de serviço como tecnologia de cuidado para os usuários de drogas. O conjunto das portarias – GM 336/01, SAS 189/02, SAS 305/02 e GM nº 816/02 – constitui as primeiras normativas de uma política de atenção aos usuários

de drogas. Porém, este é um momento de mudança de governo no país, e esta temática ganha visibilidade nos programas eleitorais.

Foi assim que, logo no início do novo governo, em maio de 2003, foi convocado um grupo de trabalho (GT), diretamente ligado à Presidência da República, com objetivo de “avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional.” (BRASIL, 2004, p. 21). As considerações presentes no decreto de criação do GT não relacionam seu objeto à política de saúde mental, apenas aos princípios gerais do SUS. Nele, há o reconhecimento da necessidade de estabelecer um plano de atenção integral ao usuário de álcool (e não de drogas em geral), garantindo “a desinstitucionalização, a ampliação da rede de cuidados e do acesso a ela, garantindo alternativas assistenciais ambulatoriais, semi-intensivas e de âmbito comunitário”. (Idem) Além disto, pretende uma regulamentação da comercialização, consumo e publicidade das bebidas alcoólicas. Embora não tenhamos identificado nas suas considerações nenhuma relação direta deste decreto com a PSM, importa-nos destacar que ele é publicado entre as ações de criação dos CAPSad, mas antes da publicação do texto que embasa a Política de Atenção de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, ligada à saúde mental.

Anterior a esse decreto do Presidente da República de 28 de maio (um mês antes, para sermos mais exatos), era publicada uma Portaria que criava, no Ministério da Saúde, um grupo de trabalho composto por seus diferentes setores. Para Eduardo Passos (2010), este GT tinha por objetivo construir uma política para usuários de drogas por dentro do SUS. Denominado de Grupo de álcool e Outras drogas (GAOD), foi composto por representantes do Gabinete da Secretaria Executiva, Coordenação Nacional DST/AIDS, ANVISA, Secretaria de Atenção à Saúde das seguintes áreas: Saúde Mental, Saúde do Adolescente e do Jovem, Prevenção da Violência e Causas Externas, Saúde do Trabalhador e Atenção Básica. Para Passos, o documento produzido pelo GAOD afirma a Redução de Danos como perspectiva de trabalho com drogas, sendo a interface clínico-política da redução de danos o que o aproxima da Reforma Psiquiátrica.

A constituição deste GT é mais uma marca da assunção da pauta pelo campo da saúde. Para além do GT ligado à presidência, que pautou substancialmente o álcool, o MS, embora o

coloque em evidência, amplia o debate para outras drogas. É preciso considerar que a evidência dada ao álcool pela política do Ministério seja resultante do trabalho do GT ligado à Presidência da República.

Do GT interministerial, ligado à Presidência da República, resultou a Política Nacional sobre o Álcool. Sob coordenação da Secretaria Nacional Antidrogas, ela define o caminho a ser seguido por todas as instituições públicas federais no cuidado em saúde dos usuários de álcool, na redução do uso indevido de álcool e na sua relação com a violência e criminalidade. Esta política foi publicada pelo decreto 6.117, de maio de 2007. Sobre o cuidado em saúde dos usuários de álcool, a política estabelece as seguintes diretrizes:

4 - utilizar a lógica ampliada do conceito de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso de álcool, em todos os níveis de governo;

5 - considerar como conceito de redução de danos, para efeitos desta Política, o conjunto estratégico de medidas de saúde pública voltadas para minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do consumo de álcool;

6 - ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

7 - estimular que a rede local de cuidados tenha inserção e atuação comunitárias, seja multicêntrica, comunicável e acessível aos usuários, devendo contemplar, em seu planejamento e funcionamento, as lógicas de território e de redução de danos; (BRASIL, 2007, s/p)

Além de ratificar a redução de danos como estratégia de saúde para o cuidado de pessoas que usam álcool, as pessoas destinatárias das suas ações são identificadas como as que “apresentam *problemas* decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas” e não mais “*transtornos* decorrentes”. Mas o fato de dispensar uma terminologia nosológica do uso de álcool significa não mais considerar como doença o seu uso, assim como o de outras drogas? Ou isso caberia apenas ao álcool, droga de tão difícil restrição e regulamentação, dada a alta circulação financeira e os patrocínios oferecidos no país?

Como resultante do GT interno ao MS, o GAOD, temos a publicação do texto orientador da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

3.2 O texto que orienta a política de saúde para usuários de drogas

Foi em 2003 o lançamento do texto que apresentou diretrizes para o desenvolvimento de uma política pública de saúde para usuários de drogas. Já nas suas páginas introdutórias, com a assinatura do Ministro da Saúde à época, é mais uma vez apontado o atraso na produção desta política, reconhecendo que “no vácuo de propostas concretas, e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para este segmento, surgiram, no Brasil, diversas ‘alternativas de atenção’ de caráter total, fechado, e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência”. (BRASIL, 2003, p. 5) O ministro justifica a construção desse texto como uma demanda da III CNSM e levando-se em conta a gravidade da situação.

Em diferentes momentos, a política é reapresentada como parte da PSM, estando ordenada tanto pelas legislações pertinentes à saúde mental, como sendo de responsabilidade da mesma unidade administrativa no MS:

As políticas e práticas dirigidas para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito de atuação do Ministério da Saúde, devem estar obrigatoriamente integradas às propostas elaboradas pela Área Técnica de Saúde Mental / Álcool e Drogas do MS. (BRASIL, 2003, p. 25)

É ao assumir esta política como parte da PSM que o Ministério, através do texto da PNAUAD, referenda o uso da lei GM 10.216 para os usuários de drogas. Até onde pudemos alcançar, este é o primeiro documento que estabelece esta relação, que assim foi construída:

As diretrizes para uma política ministerial específica para a atenção a estes indivíduos estão em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente – preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde; uma vez regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 (MS, 2002), sancionada em 6/4/2001, constitui a política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde, bem como para todas as unidades federativas. Assim sendo, a Lei Federal 10.216 (MS, 2002) também vem a ser o instrumento legal/normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a qual também se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde. A Lei em questão tem diversos desdobramentos positivos possíveis, se aplicada com eficácia (Delgado, 2002) (Idem)

Como o texto apresenta, parece que a lei em questão é transposta para os usuários de drogas porque é relativa à saúde mental, seja ao integrar a política de usuários de drogas à política de saúde mental, seja por reconhecer uma relação entre uso de drogas e transtorno mental.

O texto da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garantindo aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas [...] (BRASIL, 2003, p. 5-6)

No entanto, esta forma de consequência dada entre a lei, a reforma, a atenção a usuários de drogas e transtorno mental – que vai constar em vários momentos do texto – não possui correlato no histórico de construção da lei nem no processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Se considerarmos o modo como a população destinatária da política está sendo nomeada, poderemos traçar pistas sobre como o uso de drogas pode estar sendo associado ao restante da população usuária da saúde mental.

Há estudos, citados pela PNAUAD, que reconhecem o alcoolismo como um problema psiquiátrico: “dados fornecidos por estudo capitaneado pela Universidade de Harvard indicam que, das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo” (Murray e Lopez, 1996 apud BRASIL, 2003, p. 12). Ou, ainda, tratam o problema da dependência da droga como um transtorno: “o diagnóstico e tratamento precoces da dependência do álcool têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde [...]” (Idem, p. 17). Ou, ainda, ao falar sobre pesquisas e registros de incidência do uso de álcool, é apresentada tabela do DATASUS com percentual de causa de mortalidade em que é apontado o transtorno mental decorrente do uso de álcool ou outras substâncias psicotrópicas.

TABELA I - MORBIDADE HOSPITALAR NO SUS – CAP V – TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS - 1998 A 2001

Morbidades – CID-10 1998 a 2001	Valor Total	% Gastos
Transtornos mentais e Comportamentais decorrentes do uso de álcool	232.518.454	87,9%
Transtornos mentais e Comportamentais decorrentes do uso de outras substâncias psicoativas	31.830.502	13,1%
Total gastos anuais	264.348.956	100%

(Fonte: DATASUS, MS)

Embora não haja, no texto publicado pela política, uma discussão direta sobre isso, ao denominar a problemática sobre a qual deve intervir, a política reconhece não apenas o transtorno mental e de comportamento decorrentes do uso, mas considera também o “uso”, o “uso abusivo”, “uso indevido”, “uso prejudicial”, “dependência” ou ainda “problemas decorrentes do uso/abuso/dependência”.

Não obstante as discussões sobre se cabe denominar de transtorno ou não, há na PNAUAD uma intenção de fazer transitar o usuário de droga por uma outra via, que não da doença:

Em outras palavras, aponta-se a necessidade de potencializar a prevenção institucional, contrária à culpabilização dos sujeitos, oferecendo, de fato, subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas em geral e especialmente de populações mais vulneráveis, e por consequência, com maior probabilidade de exclusão, tais como os usuários de álcool e outras drogas. É necessário se ater a uma posição e a uma visão da saúde que a conceba de forma integral, equânime e justa. Há necessidade, desta forma, de mudança no paradigma de “doentes” para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania. (BRASIL, 2003, p. 35)

O reconhecimento de outras formas de relação com a droga também está colocado na aposta que é feita na redução de danos como perspectiva técnica de cuidado desta população. Sem descartar as ações de redução de oferta (com combate ao tráfico) e a redução da demanda

(com o afastamento dos usuários da droga, através das internações), a redução de danos coloca em cena que a abstinência não é a única possibilidade de relação saudável com as drogas. Ou, ainda, poderíamos dizer que a redução de danos nos coloca a questão de que o uso de drogas não é em si uma doença?

O que se desprende desta política é esse híbrido. Uma política que vem cumprir com o mandato de tomada de responsabilidade do cuidado dos usuários de drogas, a qual fora negligenciada pelo MS durante algum tempo; uma política que é definida como parte do campo da saúde mental, embora aponte para o fato de que nem todos os usos são em si um transtorno mental ou de comportamento; uma política que define como estratégia ético-técnica de cuidado uma tecnologia vinda da política de DST/HIV/AIDS, tendo o CAPS como principal serviço, substitutivo ao manicômio; por fim, uma política que, situada destacadamente no campo da saúde mental, é publicada, não pela Secretaria Nacional de Saúde Mental, mas em nome da Coordenação Nacional de DST e AIDS. Para Karol Cabral e Denis Petuco, o lugar da publicação é ato compreensível e até esperado. Pois, assim como ratifica Cabral, é da DST/AIDS que vinha *o acúmulo, a densidade da história do trabalho com redução de danos*. Esta é uma compreensão também partilhada por Denis Petuco:

É que a Saúde Mental não fazia este debate, que, por outro lado, era muito intenso junto ao programa Nacional de Aids e também junto ao movimento social de luta contra a Aids. [...] Sendo assim, nada mais natural que a elaboração de um texto como o da Política de Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas tenha sido produzida por pessoas e instituições que se envolviam com o debate da Aids, e não da Saúde Mental.

4.5 Drogas voltam à cena: aids e drogas

Ao final da década de 1980 e na década de 1990, o Brasil passou a se preocupar com o grande crescimento de casos de contaminação de HIV e hepatites, que ganhavam patamares

de epidemia. Segundo a Política Nacional Antidrogas, “entre 1986 e 1999, a proporção de usuários de drogas injetáveis (UDI), no total de casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde, cresceu de 4,1% para 21,7%. No início dos anos 90, esse percentual chegou a 25%. (PNAD, 2003a, p. 8)

Além da população homossexual, a população usuária de drogas foi identificada como importante vetor de transmissão. Isto porque crescia no Brasil o uso injetável da cocaína, que tinha como característica o compartilhamento coletivo de uma mesma seringa. Deste modo, a rota da epidemia de HIV/AIDS foi seguindo a rota do tráfico, como no caso da cidade de Santos, em São Paulo.

Nessa época, Santos era conhecida como “capital da AIDS”, cidade portuária, a maior da América Latina, lugar de trocas e encontros de todas as ordens, ponto estratégico do tráfico internacional de drogas. Dados epidemiológicos indicavam que 51% dos casos de contaminação de HIV/AIDS estavam relacionados ao compartilhamento de seringa para o uso de drogas injetáveis (MESQUITA, 1991). (PASSOS & SOUZA, p. 156, redução de danos e saúde pública)

Foi Santos, também, uma das cidades pioneiras em colocar na rua a estratégia de redução de danos. Naquele período, uma das suas principais ações era trabalhar com a troca e fornecimento de seringas e outros insumos, como forma de barrar o compartilhamento e, conseqüentemente, a contaminação. Foi através desta aproximação dos usuários de drogas, como forma de barrar a contaminação de HIV, que se tornou possível ofertar outras formas de cuidados, os quais resultaram, inclusive, em diminuição do uso de drogas ou na redução de muitos danos causados pelo uso.

Conforme registros da PNAUAD, em 1994 o Ministério da Saúde assumiu a redução de danos como estratégia oficial de prevenção de DST/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis, através de uma cooperação com o “UNDCP - Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas, constituindo-se o primeiro projeto de redução de danos apoiado por este organismo internacional”. (BRASIL, 2003, p. 36) Segundo Passos e Souza (2011), essa parceria, intitulada como “Projeto Drogas”, buscou articular a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o então Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN - do Ministério da Justiça e as Secretarias do Ministério de Educação e do Desporto (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 158)

Para Passos e Souza (2011), foram as ações de DST/AIDS que colocaram no cenário nacional a prática de redução de danos. Ao mesmo tempo em que foi a epidemia de HIV/AIDS que trouxe de volta os usuários de drogas para dentro do Sistema de Saúde. Em uma década em que a política proibicionista no Brasil é fortemente atualizada, reforçando a relação entre usuário de drogas e criminalidade; ter sido vetor de transmissão de uma doença de alta letalidade (à época) e de crescimento tão rápido tornou possível que o usuário de drogas voltasse a ser olhado como uma demanda de saúde pública. A Política Nacional Antidrogas, aprovada em 2003, reconhece essa relação:

A resposta nacional à epidemia de AIDS aumentou a visibilidade dos usuários de drogas injetáveis, pela alta taxa de compartilhamento de seringas e agulhas. Cerca 25% dos casos de AIDS estão direta ou indiretamente relacionados à categoria de exposição uso de drogas injetáveis. Estudo realizado entre UDIs acessados por projetos de redução de danos (Pesquisa AJUDE Brasil II - 2001) apontam que 38,6% concederam agulhas e seringas a outra pessoa, enquanto 35,9% utilizaram agulhas/seringas de outra pessoa. A taxa de soroprevalência de HIV é de 36,5%. (BRASIL, 2003, p. 14)

Este é também o entendimento de Canoletti e Soares (2005), ao avaliarem os programas de prevenção ao uso de drogas no Brasil identificam que até o advento da AIDS não havia pesquisas sobre o panorama nacional de uso de drogas, o que levava a importação de programas inadequados de prevenção. Até então “não havia programas solidamente instituídos, mas ações esparsas e descontínuas de prevenção, que refletiam o descaso do Estado e os equívocos e o desânimo das instituições públicas para tratar do tema”. (p. 116)

Assim, as ações em redução de danos foram ganhando visibilidade e apresentando bons resultados, tendo como uma das suas principais ações a troca de seringas. No entanto, como avalia Denis Petuco, *na virada do milênio, as seringas começam a desaparecer das caixas coletoras, porque os usuários de drogas começavam a trocar a cocaína injetável pelo crack*. A substituição da droga de prevalência provocou, segundo Petuco, um deslocamento no debate sobre redução de danos, a qual deixa de ser vista *como um conjunto de técnicas de prevenção às infecções entre usuários de drogas injetáveis*, para ser compreendida como uma *ética de cuidado*.

Ao fazermos este registro, não estamos de nenhum modo restringindo o fazer da redução de danos às ações de troca de seringas. Sobre isso, deixamos falar o registro enviado por Denis Petuco:

Gostaria de compartilhar duas coisas que aprendi no Encontro Nacional de Redutores de Danos realizado na cidade de Campo Grande, em 2004. A primeira é que, quando um redutor de danos queria desqualificar um colega de profissão, dizia-lhe: “Você não é um redutor de danos, mas sim um reles trocador de seringas”. Com isto, os redutores de danos deixavam claro que seu trabalho jamais havia se resumido à troca de seringas (fosse isto, não seria preciso um trabalhador de saúde: bastaria uma máquina ao estilo destas que vendem refrigerantes em aeroportos). A segunda coisa que aprendi foi quando comecei a perguntar o que seria, então, um redutor de danos; o que ouvi como resposta foi que “redutor de danos é aquele que bota o pé no barro, que chega junto dos usuários de drogas, nos locais e horários em que estes se reúnem”. O redutor de danos, portanto, seria aquele que chega junto dos usuários de álcool e outras drogas, nos seus territórios, realizando não apenas trocas de seringas, mas ações de promoção de saúde que não colocavam a abstinência como objetivo único do trabalho.

Com a diminuição do uso das drogas injetáveis e a diminuição dos financiamentos da política de DST/AIDS, Passos e Souza (2011) registram como um importante ato institucional a tomada da estratégia de RD para a Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas.

Nesse momento, a RD passou por um grande rearranjo, migrando do campo exclusivo das políticas de DST/AIDS e se tornando uma importante diretriz na constituição dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps-AD). Apesar dos incentivos criados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental para implementação de ações de RD em Caps-AD, não houve uma adesão significativa que permitisse uma nova institucionalidade para a Redução de Danos. (Passos e Souza, 2011, p. 161).

Conforme comentário de Petuco, neste momento, quando a saúde mental (re)assume o cuidado dos usuários de drogas, *ela encontra um conjunto de práticas e de reflexões [na redução de danos] já bastante avançado e bastante alinhado com princípios éticos, políticos e epistemológicos caros à Saúde Mental*. Passos (2010) também avalia que há um comum entre a redução de danos e a reforma psiquiátrica no que toca ao percurso metodológico e à definição clínico-política. Ações que só no início dos anos 2000 puderam encontrar-se e transversalizar suas práticas, embora tenham, no seu histórico, outras aproximações recíprocas. Denis Petuco lembra, por exemplo, que foi na cidade de Santos onde se iniciou as primeiras ações em redução de danos – mesma cidade e mesma época em que teve início o movimento da reforma psiquiátrica. Ali reuniram-se importantes atores desta história:

Há, portanto, um encontro (no sentido espinozista) entre Aids e Saúde Mental, e uma apropriação potente e criativa, por parte da Saúde Mental, dos debates e práticas já construídos no âmbito da Aids. Um encontro que poderia ter ocorrido em Santos, em 1989: lá estavam Lancetti e Tikanori envolvidos com Saúde Mental, e também Fábio Mesquita, coordenando o primeiro programa de Aids do Brasil. No entanto, as pontes ainda não eram percebidas. Já pude perguntar isto a Lancetti e Mesquita, e ambos dizem que não se percebiam tais pontes.

Com a mudança no padrão de uso de drogas no país e a inconstância do financiamento das ações de RD através da Secretaria de DST/AIDS e financiamentos internacionais, as ações em RD sofrem uma fragilização. É justamente neste período que ela é, então, tomada como parte da PNAUAD, tornando-se parte de uma política pública e não mais de governo. Entretanto, isto não foi suficiente para que a redução de danos estabelecesse a mesma potência de intervenção, tal como havia desenvolvido na política de DST/AIDS. (Souza, 2013; Passos & Souza, 2011)

As repressões e ações judiciais sofridas pelos trabalhadores da cidade de Santos, quando no início das ações de prevenção com troca de seringas, atualizam-se em práticas e discursos de 1990 até hoje. O Brasil, ainda em tensão entre um modelo de cuidado com o usuário de drogas e a sua criminalização, não consegue avançar em resultados mais efetivos.

4.6 Política de saúde X Políticas de Segurança

Machado e Miranda (2007), ao pesquisarem sobre a política de atenção a usuários de drogas no Brasil, apresentam uma composição de fatos históricos, descrevendo em que momento e quais aparatos públicos se ocuparam de tal demanda. Para os autores, as ações produzidas foram movidas prioritariamente pelas áreas da justiça e segurança – reiterando a percepção de um atraso em relação ao tema no campo da saúde –, tendo sido pautadas muito mais por prescrições legais do que pela real necessidade de atenção à saúde. Ao falar especificamente do campo da saúde, os autores mencionam os principais atos produzidos, como a publicação da PNAUAD e a mudança do paradigma técnico-político colocado pela Reforma Psiquiátrica.

A análise que vimos empreendendo também nos aponta que a assunção de responsabilidade no campo da saúde deu-se pelo tensionamento de políticas de outras áreas, tal como a Política de Drogas, hoje vinculada à Justiça, através da Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (SENAD).

Autores como Fossi (2013) e Alves (2009), que se dedicaram ao modo como essas políticas têm se relacionado, revelam o quanto a Saúde não conseguiu se estabelecer como marco referencial maior, legal e legítimo, na condução do cuidado dos usuários de drogas, embora destaquem os esforços em tomar para si a responsabilidade do cuidado a partir de uma lógica diferente da utilizada pela SENAD. Um possível motivo para esse insucesso seria a demora do Ministério da Saúde na construção de uma política, em relação a outras pastas administrativas e/ou ações da sociedade em geral.

Embora muitas vezes estas duas políticas sejam consideradas divergentes, Vânia Sampaio Alves propõe a seguinte reflexão:

O modelo de doença concebe o consumo de drogas e a dependência como uma patologia biologicamente determinada e, como tal, deve ser abordado com a oferta de tratamento e reabilitação. Embora os modelos explicativos diverjam quanto às suas propostas de intervenção, ambos compartilham do propósito de eliminação do consumo de drogas – seja pelo encarceramento seja pelo tratamento. (ALVES, 2009, p. 2314)

A Secretaria Nacional de Drogas, com função articuladora das ações governamentais e comunitárias para a temática (CFP, 2010), ao revisar a lei sobre drogas 5.726/1971, amplia suas diretrizes para a área da saúde. Antes, a intervenção das ações em saúde deveria ocorrer para os “infratores viciados” – segundo Alves (2009), “correspondiam àqueles que, em razão do ‘vício’, não possuíam condições de discernimento acerca do caráter ilícito de seu ato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. (p. 2314). A partir da lei nº. 6.368/1976, a assistência à saúde passa a ser para “dependentes de substâncias entorpecentes”:

A lei afirma que as redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. (Idem)

Segundo a autora, a criação de serviços especializados para a atenção às pessoas em uso de drogas, conforme referencia a lei, tem mais um caráter de recomendação do que de obrigatoriedade – colocando em evidência uma importância secundária à intervenção da saúde em favor das ações de repressão.

Garcia et al (2008), em um excelente trabalho, registram o histórico de mudanças institucionais-administrativas do que hoje resulta na Secretaria Nacional sobre Drogas. Embora não seja do nosso objetivo retomar essa linha histórica (já registrada por outros autores), gostaríamos de destacar alguns aspectos que consideramos relevantes para nosso trabalho.

Se, durante as décadas de 1970 e 1980, o sistema antidrogas estava ligado às ações de prevenção, fiscalização e repressão, foi somente na década de 1990 que recebeu a nomeação como Sistema Nacional Antidrogas. Cabe lembrar que foi em 1995 que o então presidente Fernando Henrique Cardoso assinou o termo de cooperação por um mundo sem drogas. Tal

ato representou um forte investimento na SENAD e em sua política de combate ao uso e criminalização do usuário de drogas, minorando assim, as possibilidades de avanço de alguma outra perspectiva de relação com o usuário de drogas que não a pena e a abstinência.

Foi, então, em 1998, que a responsabilidade de tratamento foi considerada parte das ações da SENAD:

Ainda em 1998, o governo extinguiu o CONFEN e em seu lugar instituiu o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), com base na Medida Provisória 1689-6 (Brasil, 1998). Além dos aspectos de repressão, a SENAD ficou com atribuições relativas à prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas, competência também de outras esferas governamentais (Ministérios da Saúde, Educação e Assistência Social, entre outros). (GARCIA et al, 2008, p. 269-270)

Foi na mudança de governo, no ano de 2003, que a SENAD, com a realização de fóruns regionais e nacionais sobre a política, modificou a nomenclatura de Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional sobre drogas. Este momento parece ser o de maior articulação entre a SENAD e o MS. Foi nesta época que a SENAD passou a reconhecer a redução de danos como estratégia de cuidado com a população usuária de drogas, integrando o grupo de construção da política aos usuários de drogas do MS,

5 Drogas: nem crime, nem transtorno, o que?

Faz-se importante, também, percorrer a trajetória pela qual o uso de drogas foi sendo considerado doença/transtorno. Seria pela apropriação que a psiquiatria fez desta população, como fez com a loucura? Seria o uso de drogas uma doença mental, tal como a loucura?

A linha mais aparente desta relação é a apropriação que o aparato psiquiátrico (o seu saber e o lugar da sua prática, o hospital) foi construindo também sobre estes sujeitos, embora em menor grau, mas paralelamente à apropriação dos sujeitos loucos. Vide a presença de usuário de droga nos manicômios e as pequenas aparições desta população nos registros históricos. Tal como apresentado na PNAUAD:

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Constatamos assim que, neste vácuo de propostas e de estabelecimento de uma clara política de saúde por parte do Ministério da Saúde, constituíram-se “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. (BRASIL, 2003, p. 7)

Esta construção histórica está registrada pela Associação Americana de Psiquiatria, ao descrever como foi criado um manual de classificação diagnóstica dos transtornos mentais: “A APA registrou pela primeira vez um antecessor do DSM em 1844, uma classificação estatística de pacientes mentais institucionalizados. Sua elaboração visava melhorar a comunicação sobre os tipos de pacientes que recebiam cuidados nesse hospital”. (APA, 2014, p. 6) Reforça-se, assim, a ideia de que aqueles que lá se encontravam foram sendo concebidos como objetos da medicina mental.

O *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*, criado com o objetivo de orientar os países no estabelecimento das suas legislações e políticas de saúde mental, também traz como grande dificuldade a definição da população destinatária das suas ações, ao mesmo tempo em que orienta quanto à importância da sua definição. Neste documento, a OMS salienta que as principais questões estão em torno da relação entre doença mental e deficiência mental, na consideração dos transtornos de personalidade que acabam

sendo utilizados para “diagnosticar” pessoas que tendem a agir em contrariedade com as leis e os costumes locais e, ainda, o uso de substâncias.

O termo “transtorno mental” pode abranger enfermidade mental, retardamento mental (também conhecido como invalidez mental e incapacidade intelectual), transtornos de personalidade e dependência de substâncias. Nem todos consideram todas essas categorias como transtornos mentais; no entanto, muitas questões legislativas que pertencem a condições como a esquizofrenia e a depressão bipolar se aplicam igualmente a outras condições como retardamento mental e, conseqüentemente, prefere-se uma definição ampla. (OMS, 2005, p. 56)

A respeito da relação entre drogas e saúde mental, constata-se que a dependência de substância está nos manuais de classificação de doenças, tais como o CID e DSM, categorizados como transtornos mentais. A última edição do manual de diagnóstico de doenças mentais, DSM-5, dedica mais de cem páginas para descrever as possibilidades patológicas do consumo de drogas, categorizando-as por tipo de droga e por relações como: “transtorno por uso de”, “intoxicação por”, “abstinência de”, “outros transtornos induzidos por”, “transtorno relacionado ao”. (APA, 2014)

Ainda assim, muitos países não a consideram parte do escopo da saúde mental, construindo políticas específicas para o tema. Tal fato é registrado pela Organização Mundial da Saúde, em diferentes momentos, como no já citado livro sobre legislações:

Outra questão passível de debate é se a dependência de substâncias deve ou não ser incluída como um transtorno mental. Conquanto a dependência de substâncias também esteja incluída na maioria dos sistemas classificatórios internacionais de saúde mental como o ICD-10 (WHO, 1992), muitos países excluem especificamente esse transtorno da legislação de saúde mental. A Lei de Saúde Mental da Inglaterra e País de Gales de 1983, por exemplo, possibilita que uma pessoa seja excluída de seu escopo “por motivos apenas de promiscuidade ou outra conduta moral, desvio sexual *ou dependência de álcool ou drogas*” (itálicos acrescentados). A experiência clínica indica que pessoas que abusam do álcool e das drogas não são, em geral, bons candidatos para admissão e tratamento involuntários, e que outras leis podem ser necessárias para lidar efetivamente com esse grupo de pessoas. (OMS, 2005, p. 29)

Ou, ainda, no Relatório produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001, *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*:

Pergunta-se muitas vezes se os transtornos devidos ao uso de substâncias são realmente transtornos ou se devem ser considerados antes como comportamento desviante por pessoas que se entregam propositadamente a uma atividade que lhes causa danos. Embora a decisão de experimentar substâncias psicoativas geralmente tenha caráter pessoal, formar dependência após o uso repetido vem a ser não uma decisão consciente e informada pela pessoa, nem o resultado de uma fraqueza moral, mas, antes, o produto de uma complexa combinação de fatores genéticos, fisiológicos e ambientais. É muito difícil determinar com precisão quando uma pessoa se torna dependente de uma substância (seja qual for o seu status legal), e há indicações de que, em vez de ser uma categoria claramente definida, a dependência se instala em forma progressiva, dos problemas iniciais sem dependência significativa à dependência grave, com conseqüências físicas, mentais e socioeconômicas. (OMS, 2001, p. 31)

Esta é a realidade, por exemplo, de Barcelona, na Espanha, como registra Károl Cabral:

Cabe ressaltar que, em Barcelona, onde vivi, a saúde mental tem uma rede e o AD tem outra rede, ou seja, não estão unidas dentro de uma única política, o que tem sua lógica, pois nem todo o usuário de drogas tem um problema de saúde mental. Daí a gente já vê que, no caso brasileiro, esta questão é diferente. De uma forma ou de outra, todo usuário de drogas vira usuário de saúde mental no Brasil, ou pior, vira doente mental!

Durante a realização deste estudo, deu-se a oportunidade de encontro com dois psiquiatras europeus que possuem importante participação nas reformas psiquiátricas de seus países: o espanhol Manuel Desviat¹⁵ e o francês Jean-Claude Polack¹⁶. Questionados sobre como a construção da reforma em seus países tem trabalhado com a população usuária de drogas, ambos afirmaram não ser esta uma preocupação associada à reforma psiquiátrica, ficando a cargo de outros dispositivos e de outras políticas.

Para a OMS, cabe a cada país fazer a escolha que melhor responde às suas necessidades e possibilidades de recurso e tramitação das leis. No Brasil, a terminologia adotada – pessoas portadoras de transtorno mental – é considerada pela OMS de estreito

¹⁵ Manuel Desviat esteve no Brasil em maio de 2013, para participação no Congresso Internacional de Saúde Mental, na cidade de Irati, no Paraná. O evento ocorreu na Universidade Estadual do Paraná, Campus de Irati.

¹⁶ Jean-Claude Polack realizou, em maio e junho de 2013, um circuito de atividades nas universidades UFF, USP, PUCSP, UFES e UFRGS.

espectro. Segundo quadro analítico de vantagens e desvantagens, esta definição corresponde às terminologias médicas e é de fácil operacionalização, apesar de apresentar outras desvantagens, tal com apresentado no quadro abaixo:

<Termo	Enfermidade Mental	Transtorno Mental	Deficiência Mental	Incapacidade Mental	Insanidade Mental
1. Escopo	Muito estreito	Estreito	Amplio	Extremamente estreito	Variável, mas com tendência a ser amplo
2. Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> Bem definido Em uso comum e por isso compreendido por todos os interessados (embora ocasionalmente com significados diferentes) 	<ul style="list-style-type: none"> Compatível com os sistemas de classificação médica Fácil de operacionalizar 	<ul style="list-style-type: none"> Escopo amplo do termo, útil para proteção positiva de direitos por garantir que todas as pessoas com a deficiência, seja qual for a gravidade, sejam incluídas Mais próximo da percepção dos consumidores acerca dos efeitos dos problemas de saúde mental sobre suas vidas 	<ul style="list-style-type: none"> Definido e entendido de modo similar pelas disciplinas médicas e legais Não identifica transtorno/enfermidade mental com incompetência Foco estreito, garante maior proteção a pacientes quando os direitos estão sendo retirados pela exclusão de todos que não aqueles com o transtorno/enfermidade mental mais grave 	<ul style="list-style-type: none"> Fluidez da definição pode ser alguma vantagem quando interpretado nos melhores interesses da pessoa
3. Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> Reforça o “modelo médico” 	<ul style="list-style-type: none"> Inclui uma série de condições, desde a mais benigna até a extremamente grave; isto pode ser uma limitação em situações em que o objetivo é restringir a aplicação apenas às condições de saúde mental mais graves Inclui uma série de condições, algumas das quais podem não ser o foco da legislação de saúde mental, como, por exemplo, retardamento mental 	<ul style="list-style-type: none"> Não bem definido Escopo amplo do termo implica que muitas pessoas possam ser incluídas dentro do escopo da admissão e tratamento involuntários 	<ul style="list-style-type: none"> Escopo estreito do termo limita sua utilidade para promoção positiva de direitos de pessoas com transtornos mentais 	<ul style="list-style-type: none"> Um conceito legal, não equivalente a categorias médicas específicas Risco de abuso Tende a prejudicar o diálogo entre as disciplinas médicas e legais

Fonte: Livro de Recursos da OMS sobre saúde mental de 2005, disponível em http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf

Deste modo, tomando-se a menção ao transtorno mental tal como consta na lei GM 10.216/2001, e a consideração ao uso de drogas como um transtorno mental, presente em manuais diagnósticos como o CID e DSM, a população usuária de drogas está sob proteção de tal lei. Deixará de estar, apenas se se questionar a relação de equivalência entre uso de drogas e transtorno mental.

Em recente documento publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU), intitulado *Da coerção à coesão: Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição*, o Escritório de Crimes e Drogas discute o destino das políticas de cuidado aos usuários de drogas através da ratificação das ações de punição aos usuários de drogas, destacando estratégias que propiciam maior aproximação e menor culpabilização desta população. Em todo documento, há uma única referência à saúde mental: “O tratamento realizado sem o consentimento informado do paciente em circunstâncias excepcionais, claramente

definidas, precisa seguir critérios semelhantes aos utilizados em situações de emergência de saúde mental”. (ONU, 2010, p. 7)

CONCLUSÃO

Quando éramos perguntados sobre o objetivo deste trabalho, respondíamos: problematizar a relação do cuidado com usuários de drogas e a atual política de saúde mental brasileira. Mas esta curta definição, na maioria das vezes, não produzia sentido algum para os nossos interlocutores. A falta de ressonância fez com que nos questionássemos sobre a relevância/pertinência desta pesquisa. Por vezes, sentíamos que não fazia sentido questionar tal relação. Pois também a nós, trabalhadoras da política de saúde mental, essa questão só emergiu no momento em que se precisou reunir argumentos técnico-jurídicos para o cuidado da população usuária de drogas. Assim, acompanhadas destas incertezas, percorremos a história das ações da saúde mental no país. Vimos que a pergunta “o que cabe à saúde mental?” foi repetida em diferentes momentos ao longo desta história, sendo produzidas diferentes respostas. Por vezes entendida como equivalente à pergunta sobre para quem serve o manicômio; por outras, condicionada a determinadas classificações diagnósticas; ou, ainda, referida a todos aqueles que saem de internação psiquiátrica, ou para quem dela precisar.

As políticas de saúde mental do Ministério da Saúde trouxeram a população usuária de drogas e os considerados loucos em paralelo, enquanto o seu principal investimento foi o hospício. Quando o hospício passa a ser questionado, os usuários de drogas deixam de ser nominados. Ao menos, até se tornarem questão para a epidemia da AIDS. Então, temos o declínio do uso de drogas injetáveis associado com o fim do financiamento das ações em redução de danos através da Coordenação Nacional da DST e AIDS. Mas resta, desta relação, a descoberta de um modelo muito eficaz de cuidado com a população usuária de drogas no Brasil. É neste momento que a Saúde Mental reassume a sua relação com os usuários de drogas. Uma relação que se fez contínua através do hospício, mas que se viu interrompida no processo da reforma da assistência psiquiátrica.

Inicialmente, procuramos entender este distanciamento entre a saúde mental e o usuário de drogas. Mas, com o andamento da pesquisa, passamos a questionar também os motivos que levaram a saúde mental a reafirmar que os usos/usuários de drogas são integrantes do seu campo de atuação.

Embora a nossa pesquisa não tenha sido suficiente para entender a relação constituída entre o hospício e os usuários de drogas, os dados produzidos fazem entender que sofreram os mesmos infortúnios das pessoas consideradas loucas, dos indesejáveis e infames sujeitos que tiveram o asilo como destino. Deste modo, usuários de drogas tornaram-se, eles também, objeto da medicina mental, da psiquiatria.

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi substancialmente motivada pela luta contra os manicômios como dispositivo de cuidado e tratamento em saúde mental, construindo proposições de serviços substitutivos ao mesmo. Com o êxito obtido pela reforma, fez-se necessários construir um série de outras formas de cuidar das populações antes destinadas ao hospício e que não se restringiam à loucura e aos usuários de drogas.

Ao nos perguntarmos o que aproxima a loucura do uso de drogas, deparamo-nos com uma série de estranhamentos produzidos neste encontro. Foi assim no hospital, com que abrimos este trabalho; vimos isto acontecer com Lima Barreto, com Carrano, com o movimento social, no trabalho cotidiano dos Centos de Atenção Psicossocial. A loucura vai estranhando o uso de drogas, e o usuário de drogas, à loucura. Um parece não se reconhecer no outro.

Ao mesmo tempo, em breve passeio por outros países – que passaram por reforma da assistência psiquiátrica ou que avançam nas políticas de saúde para usuários de drogas –, percebemos que muitas políticas de saúde para essa população não estão vinculadas às políticas de saúde mental. Seria essa uma peculiaridade brasileira? Sendo ou não, não se trata de tomá-la em contradição com outros modelos. Mas de compreendê-la, tal como fez Casagrande acerca da contradição institucional com o *setor alcoólatras* do hospital: “a realidade institucional que foi, entretanto, modificada por essa experiência, derivada originalmente de uma necessidade, revela agora suas contradições (...)”. (1985, p. 249) Talvez seja preciso, ainda, questionarmos o que está em questão quando vinculamos ou separamos o uso de drogas do campo da saúde mental.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas**: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 de maio de 2014.

AMARANTE, Paulo. (Org.) **Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

_____. **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

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

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª Ed.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARRETO, Lima. **Canto dos Malditos**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de editoração, 1993. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204210/4101373/diario_hospicio_cemiterio_vivos.pdf. Acessado em: janeiro de 2014.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Fev, 2008. Avaliado pela <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 03 de abril de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200025>.

BRASIL. Decreto 24.559 , de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências . **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, RJ, 14 de julho de 1934. Seção 1. Página 14254. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: setembro de 2013.

_____. Decreto 780, de 28 de abril de 1936. Cria a comissão permanente de fiscalização de entorpecentes. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, RJ, 6 de maio de 1936. Seção I. Página 9492. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-780-28-abril-1936-472250-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acessado em outubro de 2014.

_____. Decreto-lei 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a lei de fiscalização de entorpecentes. **Presidência da República**. Casa Civil. Rio de Janeiro, 1938. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm. Acessado em: dezembro de 2014.

_____. Ministério da Educação e Saúde. **Relatório da 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, : Serviço de Documentação, 1942. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf. Acessado em: dezembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS 1963. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf. Acessado em: dezembro de 2014.

_____. Decreto 60.252, de 21 de fevereiro de 1967. Institui, no Ministério da Saúde, a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 de fevereiro de 1967. Seção 1. Página 2217. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-60252-21-fevereiro-1967-401028-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acessado em: janeiro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1980. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf. Acessado em: dezembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Relatório Dinal da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf. Acessado em: março de 2014.

_____. **Diário do Congresso Nacional**, de 29 de setembro de 1989. Seção I. Ano XLIV, nº 127. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>. Acessado em: abril de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: MS, 1994. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acessado em 18 de março de 2014

_____. 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. **Presidência da República**. Casa Civil. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acessado em: outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno Informativo da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: MS,

2001a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>. Acessado em: março de 2014.

_____. III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Cadernos de Textos**. Brasília, III CNSM, 2001b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf. Acessado em: dezembro de 2014.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf. Acessado em 12 de março de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acessado em 10 de abril de 2014.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990 a 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/legislacao/mental.php>. Acessado em 18 de março de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acessado em 13 de março de 2014.

_____. Decreto 6.117, de 22 de maio de 2007 Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Presidência da República**. Casa Civil. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm. Acessado em: abril de 2015.

CANOLETTI, Bianca; SOARES, Cássia Baldini. **Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001**. Interface Botucatu, v. 9, n. 16, p. 115-129, Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 de maio de 2015

- CARRANO, Austregésilo. **Canto dos Malditos**. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 2001.
- CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil**. São Paulo: Ed. Saraiva, 2013.
- CASAGRANDE, Domenico. **Uma contradição institucional: o setor alcoólatras**. In.: BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985, p. 237-249.
- CASTEL, Robert. *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.) **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
-
- Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Brasília: CFP, 2010.
- FERNANDES, Maria Inês Assunção (Org.); SCARCELLI, I.; COSTA, E. **Fim de século: ainda manicômio**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.
- FOUCAULT, Michel. **Nietzsche, a Genealogia, a História**. In.: MOTTA, M. de B. (Org.). *Ditos e Escritos I: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária, 2013.
- FOSSI, Luciana. **Os doze passos do governo da vida nas Comunidades Terapêuticas**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.
- GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. **A política antidrogas brasileira: velhos dilemas**. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 267-276, ago. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000200014>.
- LUCHMANN, Lúcia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. **O movimento antimanicomial no Brasil**. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acessado no dia: 19 de abril de 2015.
- MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.
- OMS. **Relatório sobre Saúde no Mundo 2001 Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp->

content/uploads/oms2001.pdf. Acessado em 13 de abril de 2014.

_____. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação.** Cuidar, sim- Excluir, não. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf Acessado em: fevereiro de 2014.

ONU. . **Da coerção à coesão:** Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição. Nova Iorque: Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, 2010. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/Da_coercao_a_coesao_portugues.pdf. Acessado em: abril de 2015.

PASSOS, Eduardo. **Pensar diferentemente o tema das drogas e o campo da saúde mental.** In SANTOS, Loiva M^a de B. Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Porto Alegre: Ideograf/CRPRS, 2010.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas".** Psicologia e Sociedade. Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, Abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 de maio de 2015.

PETUCO, Denis R. da Silva. **Pra não dizer que não falei de drogas** – O cuidado de pessoas que usam drogas e a luta antimanicomial. In SANTOS, Loiva M^a de B. Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Porto Alegre: Ideograf/CRPRS, 2010.

REIS, Carolina. **(Falência familiar) + (Uso de drogas) = risco e periculosidade:** a naturalização jurídica e psicológica de jovens com medida de internação compulsória. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

SANTOS, Clayton E. dos. **Reflexão sobre o tratamento da drogadição.** In MERHY, AMARAL (Org.) A reforma psiquiátrica no cotidiando II. Campinas: Hucitec, 2007.

SOUZA, Tadeu de P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”:** direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (Perspectivas da redução de danos). Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2013.

Anexo 1

- 1903 Primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, n 1.132, de 22/12/1903. Reorganiza a assistência aos alienados. Não menciona qualquer nomenclatura que designe usuário de drogas.
- 1934 Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934 dispõe sobre assistência psiquiátrica
- 1937 A lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, que deu organização nova ao Ministério da Educação e Saúde, instituiu a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, como órgãos destinados a promover o permanente entendimento deste Ministério com os governos estaduais no terreno da administração dos negócios de sua competência.
- 1938 DECRETO-LEI Nº 891, DE 25 DE NOVEMBRO DE 1938.
- 1942 I Conferência Nacional de Saúde
- 1946 Decreto Lei nº. 8.550 autorizou o Serviço Nacional de Doenças Mentais a realizar convênios com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos.
- 1950 II Conferência Nacional de Saúde
- 1951 Lei 5.726/71 - Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências.
- 1953 Criação do Ministério da Saúde
- 1954 OMS – Legislação em Matéria de Assistência Psiquiátrica – Comissão de Especialistas em Saúde Mental
- 1961 Convenção da ONU.- Convenção única sobre estupefacientes, aprovada em Nova Iorque
- 1963 III CNS . Primeira conferência organizada após a criação do MS.
- 1964 Promulgação da convenção única sobre entorpecentes pelo Decreto 54.216.
- 1967 Campanha Nacional de Saúde Mental – Ministério da Saúde, Decreto nº. 60.252.
4ª Conferência Nacional de Saúde, de 30 de agosto a 04 de setembro.
- 1968 Decreto-lei 385. Dá nova redação ao artigo 281 do Código Penal de 1964. “Importar ou exportar, preparar, produzir, vender, expor a venda, fornecer, ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente, ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou de desacôrdo com determinação legal ou regulamentar: (Comércio, posse ou facilitação destinadas à entorpecentes ou substância que determine dependência física ou psíquica.) “
- 1971 Convenção da ONU
- 1972 Convenção da ONU

- OPAS e Ministério da Saúde assinam “Acordo para a execução de um Programa de Saúde Mental no Brasil”.
- 1974 Ministério da Saúde estabelece o sistema hierarquizado e regionalizado de saúde mental. Portaria nº. 32.
- 1975 V CNS
Estabelecimento do Sistema Nacional de Saúde, Lei 6.229.
- 1976 Implementação da lei sobre drogas 6.368
- 1977 VI CNS
Criação do Plano Nacional Integrado de Saúde Mental.
1º Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, São Paulo.
- 1980 VII CNS
Criação do Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), tentativa de criação por decreto de um Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes
2º Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador.
- 1986 Criação do Fundo de Prevenção, Recuperação e Combate ao Abuso de Drogas (Funcab)
Congresso de Bauru, dos Trabalhadores de Saúde Mental, SP.
8ª Conferência Nacional de Saúde, de 17 a 21 de março.
1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS), Ottawa, Canadá.
- 1987 25 a 28 de junho – I Conferência Nacional de Saúde Mental.
Primeiro CAPS do Brasil
Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Manifesto de Bauru.
A então Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), denominado Grupo Técnico de Saúde Mental, elaborou em 1987 o Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo do Álcool (PRONAL). O PRONAL tinha por objetivo organizar a rede de serviços de atenção aos problemas associados ao consumo do álcool, com ênfase nos cuidados primários de saúde (Brasil, 2002a). O Programa foi iniciado com a realização de curso de treinamento de equipes técnicas e, por falta de recursos, foi interrompido logo em seguida.
- 1989 Fechamento da DISAM
Início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Início das ações de Redução de Danos em Santos.

- 1990 Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica do Continente. OPAS.

Criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental

I e II Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizados em São Paulo e Rio de Janeiro.

- 1991 Coordenação Nacional de Saúde Mental e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) patrocinam encontro com objetivo de construir um documento/instrumento de referência para a política a ser adotada no Brasil e para o trabalho cotidiano na área

A segunda categoria, que inclui Resoluções da Assembléia Geral da ONU como os Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidades Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM, 1991), ainda que não legalmente obrigatórias, podem e devem influenciar a legislação nos países, desde que representem um consenso da opinião internacional.

ONU - Resolução nº. 119. Declaração sobre A Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental

I Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental do Brasil, promovido pela Prefeitura de São Paulo e convocado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

- 1992 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, 01 a 04 de dezembro.

Aprovação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências.

- 1993 I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Salvador, Bahia. O primeiro encontro do movimento nacional aconteceu em 1993, na cidade de Salvador (BA). O lema foi 'O Movimento Antimanicomial como movimento social', que passa a ser chamado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Tentativa de criação da Secretaria Nacional de Entorpecentes no Ministério da Justiça;

Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica do Ceará. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.

- 1994 Portaria 1.720 de 04/10/94, adesão do Brasil às comemorações do dia 10/10 como dia Mundial da Saúde Mental, conforme definido pela Federação Mundial da Saúde Mental e da OMS.

Projeto Drogas - Nesse mesmo ano (1994) iniciou-se um projeto de articulação política em torno da interface AIDS e Drogas: “Projeto Drogas” do Programa Nacional de DST/AIDS. Tal projeto contava com o apoio político e financeiro da Organização das Nações Unidas, por meio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP)³. Esse projeto buscou articular, em torno do tema drogas, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o então Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN - do Ministério da Justiça e as Secretarias do Ministério de Educação e do Desporto (Marques & Doneda, 1998).

Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica de Pernambuco. Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências.

- 1995 II Encontro Nacional da luta Antimanicomial, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Lei Estadual do Distrito Federal Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências. Usuário da saúde mental.

Lei Estadual de Minas Gerais Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências.

Lei Estadual do Paraná Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. portadores de sofrimento psíquico, padecem de sofrimento psíquico

Lei Estadual do Rio Grande do Norte Dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, construção de unidades psiquiátricas e dá outras providências.

- 1996 Criação do Departamento Nacional de Entorpecentes

Mudança do coordenador da Secretaria Nacional de Saúde Mental

IV Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial, abril, em Franco da Rocha, SP

- 1997 III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

- 1998 Mudança do coordenador da Secretaria Nacional de Saúde Mental

Criação da Comissão Nacional de Saúde Mental (Resolução nº. 272/98)

Convenção da ONU – Sessão especial

- Junho. Transformação do Departamento Nacional de Entorpecentes em Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e o CONFEN em CONAD.
- Novembro. Realização do Primeiro Fórum Nacional Antidrogas
- 1999 Portaria 1.077 de 24/08. Assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental.
- V Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial, 11 a 13 dezembro, em Betim, MG
- IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Paripueira, Alagoas.
- Encontro internacional de redução de danos
- 2000 I Caravana Nacional de Direitos Humanos que fiscaliza os hospitais psiquiátricos e reativa a discussão do projeto de lei da reforma.
- Portaria 799 DE 19/07. Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.
- Mudança do coordenador da Secretaria Nacional de Saúde Mental.
- 2001 Transformação do Funcab em Funad.
- Abril. Aprovação da lei GM 10.216.
- Agosto. Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Rede do SUS, promovido pelo Ministério da Saúde.
- Dezembro. Realização do II Fórum Nacional Antidrogas
- O Relatório Mundial da Saúde, Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança (OMS, 2001) traz dez recomendações básicas para ações na área de saúde mental / álcool e drogas.
- Resolução da Diretoria Colegiada de Nº 101/2001, publicada em 31 de maio de 2001, estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, Segundo Modelo Psicossocial, também denominados de “Comunidades Terapêuticas”. A construção desta proposta de regulamento foi elaborada por Grupo de Trabalho coordenado pela ANVISA, integrado por representantes da Coordenação de DST/AIDS e da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
- V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial aconteceu em Miguel Pereira (RJ), onde se deflagrou a ‘crise do movimento’. Segundo Lobosque (2003), havia um crescimento numérico dos participantes sem a devida preparação política; os encontros agregavam multidões, sem a reflexão necessária para as deliberações, levando a uma paralisia de propostas e ao empobrecimento dos debates.
- 2002 Portaria 251 de 31 de janeiro. Programa de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos ou Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral.

Portaria 336, 19 de fevereiro. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria no 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência.

Portaria GM no 816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, vinculado a Política de Saúde Mental

Agosto. Lançamento por decreto da Política Antidrogas.

A portaria GM nº. 2.391/02 regulamenta a Lei da reforma psiquiátrica no que diz respeito ao tratamento das internações voluntárias e involuntárias e os procedimentos de notificação ao Ministério Público

Com as Portarias GM nº. 1.635/02 e SAS nº. 728/02, aos pacientes com deficiência mental e autismo passaram ser oferecidos serviços e procedimentos específicos.

2003 Fevereiro. Presidência da República em mensagem ao Congresso Nacional declarou que, na questão das drogas, deveria haver uma integração das políticas públicas setoriais com a PNAD.

Seminário Novos Cenários para Política Nacional antidrogas. Teve como resultado a assinatura de um protocolo com 13 ministérios que se comprometiam a trabalhar com a Senad.

Criação de um grupo interministerial para discutir questões relacionadas à propaganda, com vistas à diminuição do consumo por populações vulneráveis. Criação na Conad da Câmara Especial de Políticas sobre o Álcool.

2004 Em 2004, aconteceu o I Encontro Nacional da RENILA, no qual foi apresentado o manifesto que contém os princípios, a estruturação, o funcionamento e as diretrizes da coordenação

2005 Realização da Primeira Conferência Pan-americana de Políticas Públicas sobre o Álcool. Participaram mais de 20 países, todos financiados pelo governo brasileiro. Desse encontro resultou a Declaração de Brasília de Políticas sobre o Álcool.

2006 Aprovação da Lei sobre Drogas nº 11.343, após 30 anos de vigência da Lei 6.368/76.

2007 Assinatura da Política sobre o álcool.

2008 Aprovação da Lei nº 11.705/08 conhecida como “Lei Seca”.

ANEXO 2

QUADRO 7
DISTRIBUIÇÃO DE DOENTES ADMITIDOS (1a. ENTRADA) SEGUNDO DIAGNÓSTICO, NACIONALIDADE E SEXO NOS HOSPITAIS DE DOENÇAS MENTAIS NO BRASIL - 1962

DIAGNÓSTICOS	BRASILEIROS				ESTRANGEIROS				TOTAL DO GRUPO
	Homens	Mulheres	CRIANÇAS		Homens	Mulheres	CRIANÇAS		
			Masculino	Feminino			Masculino	Feminino	
I - PSICOSES POR INFECÇÕES E POR INFESTAÇÕES:									680
1 A-Desordens agudas	163	197	9	23	5	1	-	-	
1 B-Estados mentais consecutivos	55	88	9	7	-	1	-	-	
1 C-Formas não especificadas	49	68	3	2	-	-	-	-	
II- PSICOSES DEVIDAS À SÍFILIS:									562
2 A-Paralisia geral	352	63	-	1	3	-	-	-	
2 B-Outras formas	107	31	3	1	1	-	-	-	
III- PSICOSES EXOTÓXICAS:									5.426
3 A-Alcoolismo	4.588	353	4	2	154	15	-	-	
3 B-Toxicomania	177	47	4	-	4	4	-	-	
3 C-Profissionais	12	3	-	1	-	-	-	-	
3 D-Acidentais	16	11	-	-	2	-	-	-	
3 E-Formas ainda não especificadas	27	2	-	-	-	-	-	-	
IV- PSICOSES ENDOTÓXICAS:									913
4 A-Par desvios funcionais viscerais	80	85	-	-	3	3	-	-	
4 B-Par desvios do metabolismo	141	162	5	1	6	1	-	-	
4 C-Par desvios do endocrinismo	41	262	3	1	1	1	-	-	
4 D-Outras formas	28	87	1	-	-	1	-	-	

continua

DIAGNÓSTICOS	BRASILEIROS				ESTRANGEIROS				TOTAL DO GRUPO
	Homens	Mulheres	CRIANÇAS		Homens	Mulheres	CRIANÇAS		
			Masculino	Feminino			Masculino	Feminino	
V - PSICOSES POR LESÕES CERVICAIS:									1.038
5 A-Desdúnia senil	351	283	-	-	29	36	-	-	
5 B-Artério-sclerose cerebral	500	293	-	1	52	28	-	-	
5 C-Traumatismo craniano	45	10	2	-	3	3	-	-	
5 D-No curso de tumores intra-cranianos	14	11	1	-	3	-	-	-	
5 E-Outras formas (doença de Alzheimer, etc.)	37	69	7	2	6	2	-	-	
VI - OLIGOFRENIAS:									1.937
6 A-Debilitade mental	507	468	111	66	5	4	-	-	
6 B-Imbecilidade	148	117	62	35	-	2	-	-	
6 C-Idiotia	74	68	24	29	-	-	-	-	
6 D-Forma não especificada	94	101	11	10	1	-	-	-	
VII - EPILEPSIAS:									2.469
7 A-Falcoses epilépticas	783	663	42	48	12	4	-	1	
7 B-Outras formas	432	332	50	37	7	7	-	1	
VIII- ESQUIZOFRENIAS:									11.636
8 A-Formas simples, hebefrênicas e catatônicas	3.585	3.223	55	41	90	68	1	-	
8 B-Formas paranoicas e parafrênicas	1.391	1.334	8	7	52	66	-	-	
8 C-Paranoia	148	76	1	-	3	1	-	-	
8 D-Não especificadas	718	563	1	1	1	2	-	-	

continua

-3-

DIAGNÓSTICOS	BRASILEIROS				ESTRANGEIROS				TOTAL DO GRUPO
	Homens	Mulheres	CRIANÇAS		Homens	Mulheres	CRIANÇAS		
			Masculino	Feminino			Masculino	Feminino	
IX - PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA:									3.521
9 A-Formas maníacas	604	823	7	10	23	43	-	-	
9 B-Formas melancólicas	471	649	2	5	23	41	-	-	
9 C-Formas mistas	198	208	1	2	-	6	-	-	
9 D-Outras formas (marginais, etc.)	82	302	-	1	4	22	-	-	
X - PSICOPATIAS MISTAS E ASSOCIADAS:	174	174	4	1	5	3	-	-	361
XI - PSICOSES PSICOGÊNIAS (psic. situação, reação e desenvolvimentos psicopatológicos)	375	555	17	13	17	15			992
XII - NEUROSES:									2.797
12 A-Estados histéricos de conversão	158	697	6	11	8	8	-	-	
12 B-Estados ansiosos	477	488	5	5	15	17	-	-	
12 C-Estados fóbicos	68	87	1	1	2	1	-	-	
12 D-Estados compulsivos	106	51	3	-	-	1	-	-	
12 E-Estados neurastênicos	192	156	2	2	2	1	-	-	
12 F-Outras formas	116	99	4	-	2	5	-	-	
XIII- PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS:	388	186	14	40	6	-	1	-	635
0 - <u>ESTADOS MENTAIS NÃO CLASSIFICADOS:</u>									5.666
0 A-Em observação	2.732	2.020	27	14	77	43	-	-	
0 B- Por falta de elementos diagnósticos	337	386	2	12	11	5	-	-	
00 - <u>SEM PERTURBAÇÕES MENTAIS:</u>	207	105	4	6	9	1	-	-	332
TOTAL GERAL	21.588	16.056	515	439	647	462	2	2	39.711

Fonte: Serviço Nacional de Doenças Mentais

ANEXO 3

Queridos colegas e amigos,

Estou realizando o meu mestrado junto ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, sob orientação da professora Analice Palombini. O meu campo de pesquisa é a Política Nacional de Saúde Mental e a relação com a atenção à população usuária de drogas.

Até este momento, a pesquisa se deu por meio de análise documental, refazendo percursos das diferentes linhas de construção da política de saúde mental, desde os movimentos sociais, conferências, leis, portarias, resoluções e os muitos relatórios de encontros, seminários, conferências nacionais e internacionais que de alguma forma a constitui.

Ocorre que, para algumas das questões emanadas do andar da pesquisa, não encontramos respostas nos próprios documentos. Pensamos então em compartilhá-las com aqueles que fizeram/fazem parte dessa história, da construção dessa Política, como fontes vivas de informação, que podem ajudar-nos a produzir pensamento sobre seus acontecimentos, para além do que dizem os textos.

Assim, ficaria grata se pudesse contar com sua colaboração, com respeito às questões abaixo, seja em seu conjunto ou referente a uma ou outra das temáticas tratadas, conforme sua disponibilidade.

Gostaríamos muito de poder contar com a sua participação, podendo referir as informações recebidas com a devida autoria, tornando esse trabalho ainda mais coletivo. Assim sendo, ao enviar-nos as suas respostas, caso NÃO HAJA INTERESSE DE IDENTIFICAÇÃO DE AUTORIA, favor deixar registrado no e-mail de envio.

Desde já, agradecemos imensamente a disponibilidade da leitura e dizer que a sua participação é de extrema relevância para a produção deste trabalho.

Ao investigarmos a relação entre usuários de drogas e saúde mental, no Brasil, pudemos identificar registros do início do século passado com decretos leis que regularam a assistência psiquiátrica no país (Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934) e, também, nos que regularam a produção, comercialização e o uso de entorpecentes (Decreto-lei no 891, de 25 de novembro de 1938). A regulamentação da internação de toxicômanos nos hospitais psiquiátricos é contemporânea ao início dos movimentos de uma política proibicionista de drogas no país.

No entanto, quando a assistência em saúde mental passou a ser discutida pelo processo de reforma psiquiátrica, houve um silenciamento do campo da saúde mental em relação a esta população. Assim, por exemplo, no texto da lei 10.216/2001, da mesma forma que na sua justificativa e em todo o movimento de tramitação, não há referência à população usuária de drogas. “Loucura” e “pessoas em sofrimento psíquico” é o que iremos encontrar. A menção à população usuária de álcool e outras drogas volta a aparecer apenas em 2001, ano que antecede a publicação da portaria GM 336, que propõe regulamentação para CAPS tipo AD.

Isso posto, temos os seguintes questionamentos:

A) PRESENÇA DO TEMA DROGAS NO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL

Nos movimentos de trabalhadores, usuários, familiares, da luta antimanicomial, não encontramos palavras de ordem, slogans ou situações semelhantes que tenham tomado a população usuária de drogas como parte das suas reivindicações. Mesmo a história de Carrano (que se tornou um grande ícone da luta contra os manicômios) não tornou a causa das suas internações uma grande questão para o movimento.

PERGUNTA 1: O tema das drogas se fazia presente nas discussões junto aos movimentos de luta

antimanicomial? Como?

B) REGULAMENTAÇÃO CAPS AD

Apenas na III Conferência de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, o cuidado das pessoas que usam drogas foi assumido como de responsabilidade da saúde mental. No entanto, logo a seguir, em janeiro de 2002, temos a primeira regulamentação de serviço substitutivo que faz referência ao usuário de álcool e outras drogas – portaria GM 336/2002 –, com a especificação do CAPS tipo AD.

PERGUNTA 2: Dado o breve decurso de tempo entre a realização da Conferência e a publicação da portaria, supomos que a construção de um serviço de CAPS tipo AD não se deu por indicativo da conferência. Como surge então essa proposta?

PERGUNTA 3: Em agosto de 2001, antes da III CNSM, o Ministério da Saúde promoveu o “Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Rede do SUS” cujo relatório consta no Caderno de Textos da III CNSM. Existe alguma relação entre esse Seminário e o surgimento do CAPS ad?

C) POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRS DROGAS

O texto da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas foi publicado somente em 2004. Nele, afirma-se a população usuária de drogas como parte integrante da política de saúde mental e se assume a redução de danos como principal estratégia ético-política do cuidado com os usuários de drogas.

PERGUNTA 4: Curiosamente, o texto da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas foi publicado pelo Departamento de DST/AIDS e não pela Secretaria Nacional de Saúde Mental. Quais as razões para isso?

D) GRUPO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (GAOD)

Um pouco antes da publicação desta política há dois fatos que questionamos quanto as suas relações.

O decreto de 28 de maio de 2003 previa a criação de um Grupo de Trabalho, ligado à Presidência da República, com objetivo de “avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional.” (BRASIL, 2004, p. 21). As considerações presentes nesse decreto não relacionam seu objeto à política de saúde mental, apenas aos princípios gerais do SUS. Nele, há o reconhecimento da necessidade de estabelecer um plano de atenção integral ao usuário de álcool (e não de drogas em geral), garantindo *a desinstitucionalização, a ampliação da rede de cuidados e do acesso a ela, garantindo alternativas assistenciais ambulatoriais, semi-intensivas e de âmbito comunitário*. Além disto, pretende uma regulamentação da comercialização, consumo e publicidade das bebidas alcoólicas. Embora não tenhamos identificado nas suas considerações nenhuma relação direta deste decreto com a Política de Saúde Mental, importa-nos destacar que ele acontece entre as ações de criação dos CAPS ad, mas antes da publicação do texto que embasa a da PNAD.

Um mês antes da publicação do decreto de 28 de maio, da Presidência da República, era promulgada uma Portaria que criava, no Ministério da Saúde, um grupo de trabalho composto por seus diferentes setores. Segundo Eduardo Passos (2010), este GT tinha por objetivo construir tal política por dentro do SUS. Denominado de Grupo de Álcool e Outras drogas (GAOD), foi composto por representantes do Gabinete da Secretaria Executiva, Coordenação Nacional DST/AIDS, ANVISA, Secretaria de Atenção à Saúde das seguintes áreas: Saúde Mental, Saúde do Adolescente e do Jovem, Prevenção da Violência e Causas Externas, Saúde do Trabalhador e Atenção Básica e, ainda segundo Passos (ibid.), produziu um documento que afirma a Redução de Danos como perspectiva de trabalho com drogas, como a interface clinicopolítica que se aproxima da Reforma

Psiquiátrica.

PERGUNTA 5: O texto produzido pelo GAOD é o texto publicado como a Política Integral de Atenção a Usuários de Álcool e outras drogas em 2004?

PERGUNTA 6: Existiu relação entre o grupo de trabalho ligado à Presidência da República e o Grupo de Trabalho interno do Ministério da Saúde?