

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Dissertação

**A TRAMA BIOPOLÍTICA NO CUIDADO EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
TÁTICAS E ESTRATÉGIAS PARA GOVERNO DE UMA POPULAÇÃO**

Mirela Farias Pickersgill

Pelotas, 2019

MIRELA FARIAS PICKERSGILL

**A TRAMA BIOPOLÍTICA NO CUIDADO EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
TÁTICAS E ESTRATÉGIAS PARA GOVERNO DE UMA POPULAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Enf^a Janaína Quinzen Willrich

Pelotas, 2019

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

P595t Pickersgill, Mirela Farias

A trama biopolítica no cuidado em álcool e outras drogas
: táticas e estratégias para governo de uma população /
Mirela Farias Pickersgill ; Janaína Quinzen Willrich,
orientadora. — Pelotas, 2019.

107 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade
Federal de Pelotas, 2019.

1. Saúde mental. 2. Práticas de cuidado. 3. Poder. 4.
Biopolítica. I. Willrich, Janaína Quinzen, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Mirela Farias Pickersgill

**A trama biopolítica no cuidado em álcool e outras drogas: táticas e estratégias
para governo de uma população**

**Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de
Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade
de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.**

Data da Defesa: 28 de agosto de 2019.

Banca examinadora:

.....
**Prof^a. Dr^a. Enf^a Janaina Quinzen Willrich (Orientadora). Doutora em
Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas.**

.....
**Prof^a. Dr^a. Pedag^a Paula Corrêa Henning. Doutora em Educação pela
Universidade do Vale do Rio dos Sinos.**

.....
**Prof^a. Dr^a. Enf^a. Michele Mandagará de Oliveira. Doutora em Enfermagem em
Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.**

.....
**Prof^a. Dr^a. Enf^a. Valéria Cristina Christello Coimbra. Doutora em Enfermagem
Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo.**

.....
**Prof^a. Dr^a. Enf^a. Beatriz Franchini. Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal de Pelotas.**

**Dedico este trabalho aos militantes da
Reforma Psiquiátrica Brasileira que seguem
na luta por uma saúde mental livre em todos
os aspectos.**

AGRADECIMENTOS

Este momento foi uma parte sonhada e muito desejada da minha trajetória. Mais que um título e qualificação profissional, eu imaginei que o Mestrado me traria o sentimento de esperança para seguir lutando diariamente ao lado dos que buscam, incessantemente, garantir o direito de todas as pessoas à dignidade, à saúde e à educação; e eu não estava enganada. Por isso, registro aqui todo o meu sentimento de gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para sua realização.

À Deus, por sua onipresença e condução nos momentos em que mais precisei.

Aos meus pais, por terem me inculcado desde sempre o valor inestimável da educação e da constante aprendizagem, para aperfeiçoar o que eu sou e para melhorar o mundo.

Ao PPGEnf, por oportunizar espaços para uma formação de qualidade, provocando a discussão dos diferentes modos de pensar para uma educação realmente libertadora.

Aos membros da banca examinadora, pelas palavras de incentivo durante a construção dessa pesquisa, pelo tempo investido e pelas valiosas colaborações e sugestões.

À minha orientadora, Prof^a. Janaína Quinzen Willrich, que durante todo o processo de construção deste estudo não se colocou apenas como orientadora deste, mas como uma pessoa amiga que pude contar diversas vezes. Seu apoio, compreensão, carinho e acolhimento durante o mestrado foram determinantes para eu dar continuidade e concluir esta etapa tão sonhada da minha história.

Aos colegas e professores da FEn que, dos corredores da faculdade às mensagens virtuais, me fortaleceram com palavras de afeto e motivação.

E por fim, agradeço profundamente à “Turma da Merenda”, pequeno grupo procedente da minha turma de mestrado, que deu origem a uma amizade para muito além dos limites da Universidade e que me apoiou em todos os caminhos tortuosos que trilhei nesse processo, me fazendo lembrar constantemente que eu jamais estaria sozinha.

*Eu acredito é na rapaziada
Que segue em frente e segura o rojão
Eu ponho fé é na fé da moçada
Que não foge da fera e enfrenta o leão
Eu vou à luta com essa juventude
Que não corre da raia a troco de nada
Eu vou no bloco dessa mocidade
Que não tá na saudade
E constrói a manhã desejada*

E Vamos À Luta – Gonzaguinha

RESUMO

PICKERSGILL, M. F. A trama biopolítica no cuidado em álcool e outras drogas: táticas e estratégias para governo de uma população. 2019. 104p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

Esta pesquisa teve como objetivo problematizar as práticas de cuidado em álcool e outras drogas de um CAPS AD III por meio da análise das táticas e estratégias engendradas nas práticas de cuidado de modo a conhecer as formas de governo instituídas para essa população. Trata-se de um estudo documental qualitativo inserido na vertente pós-estruturalista sob a perspectiva foucaultiana. Os dados foram coletados no CAPS AD III de Pelotas/RS e o material empírico da pesquisa compreendeu o Projeto Terapêutico deste serviço, o Cardápio de Atividades oferecidas por ele e planos terapêuticos singulares de 10 usuários obtidos a partir de prontuários. A análise de dados se deu separadamente conforme a natureza do material empírico, produzindo três temáticas de análise: "Projeto Terapêutico: estratégias na produção da norma", a qual se desdobrou no subtema: "O funcionamento e a estrutura: táticas de normalização"; "O cardápio de atividades: estratégias e táticas engendradas para o governo dos usuários de um CAPS AD". E, por fim, "Os Planos Terapêuticos Singulares: práticas de normalização e subjetivação do usuário de álcool e drogas", na qual se abordou como subtema "A ótica psiquiátrica do enclausuramento no cuidado em liberdade". Concluiu-se que o uso de drogas, problemático ou não, foi compelido a ser uma agenda da saúde pública de modo a se tornar um dos pontos no qual o poder atravessa a rede de cuidado em álcool e outras drogas com o objetivo do governo da população por meio das políticas públicas para a manutenção da ordem e de um estado de bem estar social; que a verdade do nosso tempo é oriunda de uma análise moral, social e científica que exprime as relações de poder entre Estado e população e dão forma a essas duas principais estratégias utilizadas no cuidado em álcool e outras drogas; que a lógica proibicionista reverbera como verdade para controlar o fenômeno do uso de drogas e os sujeitos desse tecido social, dando corpo a uma homogeneização social e a uma normalização dos sujeitos; que os discursos destoantes sob ambas as estratégias, abstinência e redução de danos, dão condições de possibilidade para o fortalecimento de táticas pautadas na ótica da abstinência; que a permanência de táticas de inspiração proibicionista pode ter sido uma condição de possibilidade para a implantação da nova Política Sobre Drogas Brasileira. Por fim, destaca-se que os pressupostos desta pesquisa, de que a reforma psiquiátrica foi uma condição de possibilidade para a constituição de outras estratégias e táticas para o cuidado em álcool e outras drogas e de que as práticas de cuidado dessa população buscam o seu governo, de modo a tornar o sujeito usuário um sujeito abstinêntio e produtivo foram confirmados.

Palavras-Chaves: saúde mental, práticas de cuidado, poder, biopolítica.

ABSTRACT

PICKERSGILL, M. F. The biopolitics framework in the care of alcohol and other drugs: tactics and strategies for the government of a population. 2019. 104p. Thesis (Master's Degree). Nursing Graduate Program. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2019.

The study aimed at questioning care practices of alcohol and other drugs provided by a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs (CAPS AD III), through analysis of tactics and strategies in the care practices to know the government ways instituted for such population. It is a qualitative documentary study from a post-structuralist angle, from the perspective of Foucault. Data were collected in the CAPS AD III of Pelotas, RS/Brazil, and the empirical material consisted in the Therapeutic Project of such service, as well as the Menu of Activities offered and individual therapeutic plans of 10 users obtained from medical records. Data analysis was performed separately according to the nature of the empirical material, which generated the following topics: "Therapeutic Project: strategies of production of the norm" and the subtopic "Functioning and structure: tactics of normalization", "Menu of activities: strategies and tactics for the government of users from CAPS AD", and "Individual Therapeutic Plans: practices of normalization and subjectivation of the user of alcohol and drugs". Problematic or not, it was concluded that the use of drugs was compelled to be agenda of public health, in which power goes through the network of care of alcohol and other drugs to govern population via public policies to maintain order and a state of social well being; that the current truth comes from moral, social and scientific analysis which states relations of power between State and population and shape these two main strategies used in care of alcohol and other drugs; that the prohibitionist logic reverberates as truth to control the phenomenon of drug use and the users from this social fabric, resulting in a social homogenization and a normalization of subjects; that dissonant discourses under both strategies of abstinence and harm reduction provide conditions of possibility for the strengthening of tactics based on the optics of abstinence; that the permanence of tactics from prohibitionist nature may have been a condition of possibility to implement the new Brazilian Drugs Policy. Finally, it was confirmed that the psychiatric reform was a condition of possibility to constitute other strategies and tactics for the care of alcohol and other drugs and that the care practices to such population seek government, turning the user into an abstemious and productive subject.

Keywords: mental health, care practices, power, biopolitics.

RESUMEN

PICKERSGILL, M. F. La trama biopolítica en el cuidado del alcohol y otras drogas: tácticas y estrategias para el gobierno de una población. 2019. 104p. Disertación (Maestría). Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

Esta investigación tuvo como objetivo problematizar las prácticas de cuidado en alcohol y otras drogas de un CAPS AD III a través del análisis de tácticas y estrategias engendradas en prácticas de cuidado para comprender las formas de gobierno instituidas para esta población. Este es un estudio documental cualitativo insertado en la perspectiva postestructuralista bajo la perspectiva foucaultiana. Los datos se recopilaron en CAPS AD III en Pelotas / RS y el material de investigación empírica comprendía el Proyecto Terapéutico para este servicio, el Menú de Actividades ofrecido por él y los planes terapéuticos únicos de 10 usuarios obtenidos de los registros médicos. El análisis de datos se realizó por separado de acuerdo con la naturaleza del material empírico, produciendo tres temas de análisis: "Proyecto terapéutico: estrategias en la producción del estándar", que se desarrolló en el subtema: "El funcionamiento y la estructura: tácticas de estandarización"; "El menú de actividades: estrategias y tácticas diseñadas para el gobierno de los usuarios de un AD CAPS". Y, finalmente, "Los Planes Terapéuticos Únicos: prácticas de normalización y subjetivación del usuario de alcohol y drogas", en el que se abordó el subtema "La perspectiva psiquiátrica del confinamiento en la atención en libertad". Se concluyó que el uso de drogas, problemáticas o no, se vio obligado a ser una agenda de salud pública para convertirse en uno de los puntos en los que el poder cruza la red de atención en alcohol y otras drogas con el objetivo del gobierno de población a través de políticas públicas para mantener el orden y un estado de bienestar social; que la verdad de nuestro tiempo proviene de un análisis moral, social y científico que expresa las relaciones de poder entre el Estado y la población y da forma a estas dos estrategias principales utilizadas en el cuidado del alcohol y otras drogas; que la lógica prohibicionista reverbera como una verdad para controlar el fenómeno del consumo de drogas y los sujetos de este tejido social, dando forma a una homogeneización social y una normalización de los sujetos; que los discursos discordantes bajo ambas estrategias, abstinencia y reducción de daños, proporcionan condiciones para la posibilidad de fortalecer tácticas basadas en la perspectiva de la abstinencia; que la permanencia de tácticas de inspiración prohibicionista puede haber sido una condición de posibilidad para la implementación de la nueva Política de Drogas de Brasil. Finalmente, se destaca que los supuestos de esta investigación, que la reforma psiquiátrica era una condición de posibilidad para la constitución de otras estrategias y tácticas para el cuidado del alcohol y otras drogas y que las prácticas de cuidado de esta población buscan su gobierno, con el fin de hacer que el usuario sujeto sea un tema abstinente y productivo fueron confirmados.

Palabras clave: salud mental, prácticas asistenciales, poder, biopolítica.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Cardápio de Atividades do CAPS AD III	59
QUADRO 2. Achados da Revisão de Literatura	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM/MS	Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde
HEP	Hospital Espírita de Pelotas
HIV	Human Immunodeficiency Virus
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PTS	Plano Terapêutico Singular
PTC	Projeto Terapêutico em Construção
PTF	Projeto Terapêutico Finalizado
PUBMED	Publisher Medline
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SCD	Sala de Consumo de Drogas
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBAI	Unidade Básica de Pronto Atendimento
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 Introdução	13
2 Construção do Objeto e Referencial Teórico	21
3 Objetivos	34
3.1 Objetivo Geral	34
3.2 Objetivos Específicos	34
4 Revisão de Literatura	35
5 Metodologia	40
5.1 Caracterização do Estudo	40
5.2 Material Empírico	41
5.3 Local do Estudo	41
5.4 Princípios Éticos	42
5.5 Coleta de Dados	43
5.6 Análise de Dados	44
5.7 Divulgação dos Resultados	45
6 Análise dos Dados	46
6.1 Projeto Terapêutico: estratégias na produção da norma	46
6.1.1 O Funcionamento e a Estrutura: táticas de normalização	54
6.2 O Cardápio de Atividades: estratégias e táticas engendradas para o governo dos usuários de um CAPS AD	59
6.3 Os Planos Terapêuticos Singulares: práticas de normalização e subjetivação do usuário de álcool e drogas	67
6.3.1 A Ótica Psiquiátrica do Enclausuramento no Cuidado em Liberdade	73
7 Conclusão	76
Referências	82
Apêndices	90
Anexos	103

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história, diversos tipos de movimentos em relação ao uso de drogas foram sendo propostos visando principalmente sua extinção. Porém, de acordo com Escohatado (2004), Nunes e Jóluskin (2007) e Guerra-Doce (2015), este uso permeia completamente a história da humanidade, desde as primeiras civilizações conhecidas com o uso de chás e ervas, curativas e alucinógenas, encaminhando assim a humanidade para um uso habitual de substâncias não apenas para fim recreativo, mas de saúde e ritualístico.

A expansão do uso de drogas veio acompanhada do enfraquecimento das estratégias socioculturais de regulação do consumo e da emergência de um conjunto de questões sociais e de saúde associadas a ele, tornando necessária uma intervenção reguladora do Estado, a qual tem se concretizado mediante a formulação e implantação de políticas públicas (ALVES, 2009).

A implantação de políticas nada mais é que um subterfúgio governamental para regular a vida em sociedade, exercendo desta maneira, poder sobre ela. Para Michel Foucault, o poder é intrínseco à sociedade, sendo uma produção de verdade evidenciada nos discursos (FOUCAULT, 2017).

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 2017, p.52).

Neste contexto, os discursos políticos exercem poder sobre a sociedade, sustentando-se na exclusividade do poder em relação a um conjunto de grupos que formam um mesmo contexto social. Bordin (2014) relata que Foucault traz em seus estudos que o discurso é um conjunto de verdades oriundas das relações de poder estabelecidas entre os indivíduos. Essas verdades são produzidas em um tempo e

lugar e por isso é necessário efetuar um levantamento histórico para problematizar o que estas verdades produzem, como reverberam, a que interesses respondem e a quais grupos ou sujeitos favorece (FOUCAULT, 2016a).

Ao analisar as políticas implantadas em âmbitos nacional e internacional sobre as práticas de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, identificam-se duas principais estratégias para o enfrentamento do uso problemático: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos (ALVES, 2009; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017; PASSOS; SOUZA, 2011).

Cabe salientar que, neste estudo, não tratamos sobre as práticas de cuidado apenas atribuindo o termo ao sentido consagrado no sendo comum, por um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o êxito de determinado tratamento, mas também do cuidado como uma construção filosófica, que de acordo com Ayres (2004), se remete a uma atitude prática frente às diferentes significações que as ações de saúde podem adquirir de acordo com determinados cenários nos quais se faz necessária uma ação terapêutica, com o objetivo do alívio do sofrimento ou da promoção de bem-estar mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Para Certeau (2014), estratégia é algo reconhecido como uma autoridade, um caráter dominante que se manifesta fisicamente por meio dos seus produtos e que tem o objetivo de se perpetuar por eles, de modo a promover uma uniformidade, uma homogeneização de determinado fenômeno para impor o objetivo de cada estratégia em específico. Por sua vez, táticas nada mais são do que manifestações metodológicas, ações correlacionadas a uma estratégia que transformam o objeto em foco.

Portanto, podemos compreender que o proibicionismo se utiliza da tática de proibição com vistas a reduzir a oferta e a demanda de drogas, com foco em intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas, enquanto, por outro lado, no cuidado em liberdade expresso pela redução de danos a tática é minimizar os agravos à saúde, sociais e econômicos sem necessariamente coibir o uso de substâncias (ALVES, 2009).

Cabe salientar que essas duas estratégias são utilizadas visando o governo de uma população. Foucault (2010) relata que as práticas de governo são múltiplas e se relacionam entre si, coexistindo em três esferas que permeiam a sociedade. A

primeira se refere à ordem individual e subjetiva do governo e das práticas como regra de conduta pessoal, que no tema em estudo demonstra que a conduta pessoal esperada na estratégia proibicionista é a conduta abstinência, já na estratégia de redução de danos é uma conduta que permite o uso de substâncias psicoativas, mas exige que o sujeito se conduza buscando a redução dos danos e a promoção da qualidade de vida, além de ser um sujeito produtivo. A segunda esfera das práticas de governo diz respeito às tecnologias políticas aplicadas ao corpo por meio de técnicas disciplinares ou interferências na ordem da vida de determinados grupos populacionais, como no caso deste estudo ao grupo de usuários de álcool e outras drogas. A última, e mais conhecida, se refere à soberania política de gerenciamento de uma nação, uma população ou uma sociedade.

Para Alves (2009) as conjecturas políticas bem como os benefícios e os danos associados aos discursos destoantes das políticas públicas que se relacionam a esse tema fomentaram um debate necessário e importante no que concerne ao modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas.

A estratégia de Redução de Danos, embora pareça bastante jovem, teve seu surgimento ao fim da Primeira Guerra Mundial, em 1926, na Inglaterra. Um grupo de médicos, por meio do Relatório de Rolleston, definiu diretrizes para tratamento da dependência de morfina e heroína dos militares egressos da guerra. De acordo com esse relatório, os médicos poderiam prescrever opiáceos de maneira legal para dependentes em situação de risco, tendo-se o entendimento desta conduta como um tratamento e não como uma “gratificação de adição” (FONSÊCA, 2012).

Apesar dessa regulamentação, devido a fatores culturais a estratégia não foi amplamente aceita no âmbito científico ficando por décadas na obscuridade e ressurgiu em meados da década de 80 com o aparecimento da epidemia de HIV/AIDS. A transmissão e disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis trouxe a necessidade de ações preventivas efetivas, cujos resultados não dependessem da aderência dos usuários aos tratamentos pautados na abstinência (FONSÊCA, 2012).

Diante deste cenário, em 1984, o governo holandês implantou o primeiro programa de troca de seringas em Amsterdã, sob influência do grupo Junkiebonden, associação holandesa de usuários de drogas, com vistas ao controle da epidemia de HIV e Hepatites e um modo de evidenciar a demanda dos usuários de drogas

(SODELLI, 2010). Tal iniciativa se estendeu a outros países, principalmente europeus, dando força ao movimento da redução de danos.

Na Suíça, por exemplo, foi instalada em 1986 a primeira Sala de Consumo de Drogas (SCD) que deu espaço à criação de outras salas no ano seguinte, sendo estas legalizadas juridicamente em 1988, estando apontado em parecer jurídico que estes locais eram voltados exclusivamente para a redução dos danos aos usuários por meio de abordagem supervisionada, sem qualquer permissão ou interferência em relação ao tráfico de drogas. (ALLONI; PAIVA, 2017)

Nos anos 90 no Canadá, devido às altas taxas de HIV e hepatites entre usuários de drogas, o incentivo às práticas de redução de danos tornou-se uma demanda da saúde pública, dando origem em 2003 à primeira SCD da América do Norte, em Vancouver. Na Austrália, em 1987, foi implantada uma SCD em Sydney de maneira experimental devido a uma restrição legal do país, tendo sido esta legalizada pelo parlamento de New South Wales apenas em 2010. (ALLONI; PAIVA, 2017)

No Brasil, a Redução de Danos teve início em 1989 em Santos, estado de São Paulo, quando a prefeitura implantou um serviço de distribuição de seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis. No entanto, o Ministério Público proibiu essa ação por interpretá-la como um estímulo ao consumo de drogas ilícitas. Diante do exposto, devido ao predomínio da estratégia proibicionista, o Brasil ficou ao menos uma década em atraso para a introdução da redução de danos em relação aos países europeus. (MACIEL; VARGAS, 2015).

Evidenciando a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde e na perspectiva de fornecer subsídios para a construção coletiva de ações de enfrentamento do problema, o Ministério da Saúde apresentou em 2003 a Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Nesta, inseriu a redução de danos como estratégia norteadora do cuidado e o uso de álcool e outras drogas foram positivados como um grave problema de saúde pública (ALVES, 2009).

As diretrizes desta política estão em consonância com a Reforma Psiquiátrica e com as propostas da Organização Mundial de Saúde no que tange ao cuidado desse público tendo como objetivos primordiais a garantia do direito ao tratamento e

a atenção humanizada e participativa aos usuários de drogas e suas famílias (BRASIL, 2003).

De acordo com essa política, o compromisso da saúde e do SUS consiste em criar e manter equipamentos, qualificar profissionais, elaborar políticas de saúde que estejam articuladas com outras áreas, executando e avaliando essas políticas; fortalecer seu caráter de rede, incitando outras redes à conexão. Para suprir tais expectativas é necessária a construção de vínculos, da corresponsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, objetivando transformar os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas à problemática.

Para promover o cuidado e a atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), que são serviços que oferecem atendimento à população, promovendo o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, buscando uma rede de apoio social e a corresponsabilização do próprio usuário pelo seu tratamento. Conta com equipe multiprofissional composta por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, e atende especificadamente o público adulto, porém, pode também atender crianças e adolescentes, desde que observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Podem apresentar funcionamento em horário comercial ou estendido, que é o caso do CAPS tipo II, ou de maneira intermitente com atendimento 24h por dia, que são os CAPS III (BRASIL, 2011b).

Alves (2009) relata em seu estudo que é sabido, contudo, que a formulação e implantação de políticas públicas pode contribuir para a reprodução de um modelo de atenção à saúde hegemônico ou propiciar condições para a reinvenção das práticas de cuidado.

Diante do exposto, é plausível a problematização das enunciações que circulam nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD acerca das práticas de cuidado levando a elaboração da seguinte questão norteadora: **quais as táticas e estratégias engendradas nas práticas de cuidado em álcool e outras drogas num CAPS AD?**

Esta pesquisa se justifica pelo momento histórico vivido atualmente, na qual o Brasil se encontra imerso numa onda conservadora preocupante no que tange ao tema das drogas, fato que se agravou após a publicação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que estabelece a retomada do financiamento dos hospitais psiquiátricos, o aumento do financiamento das comunidades terapêuticas, bem como a criação de serviços ambulatoriais, em prejuízo do investimento em serviços de base territorial e comunitária, colaborando desta forma para a manutenção da mentalidade manicomial.

Ainda, em 14 de dezembro de 2017, foi divulgada a Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite, que objetiva o fortalecimento da RAPS, no entanto, reajusta o valor das diárias de internação em hospitais psiquiátricos além de ampliar a oferta de leitos nos mesmos e estabelece o fortalecimento da parceria e apoio intersetorial em relação às Comunidades Terapêuticas.

Também, em 19 de dezembro de 2017, publicou-se a Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre (CONAD) 01/2017, que define que a orientação central da Política Nacional sobre Drogas deve considerar a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto a iniciativas de legalização das drogas.

Em 1º de março de 2018, foi aprovado pelo CONAD resolução que, embora não tenha força de lei, poderia resultar em mudanças práticas na política nacional sobre drogas, sobretudo ao que tange à atuação das comunidades terapêuticas, fato que realmente se confirmou com a publicação da Nota Técnica nº 11/2019, publicada em 6 de fevereiro de 2019, que inclui os hospitais psiquiátricos na RAPS, não mais incentivando o seu fechamento e reforçando a possibilidade da internação de crianças e adolescentes nesses serviços, bem como a internação em comunidade terapêutica, além de dar ênfase à abstinência como estratégia de cuidado em álcool e outras drogas, embora não tenha sido retirada do texto a estratégia de Redução de Danos.

Também, tramita no Senado o Projeto de Lei Complementar (PLC) 37, que permite a internação involuntária para desintoxicação de usuários de álcool e outras drogas, sem que seja embasada pela situação clínica do usuário e potencial risco à si e aos outros, como é regulamentado atualmente. (BRASIL, 2013)

A retomada do financiamento dos hospitais psiquiátricos e aumento do financiamento das comunidades terapêuticas em detrimento dos serviços que

utilizam a estratégia do cuidado em liberdade, a ênfase da abstinência como estratégia norteadora do cuidado em álcool e drogas, bem como a pressão para aprovação do PLC 37, ocasionam a flexibilização do cuidado aos usuários e suas famílias. Isto acaba por trazer prejuízos na obtenção de resultados satisfatórios nos indicadores que impactam na qualidade de vida dessas pessoas, por reforçarem uso da abstinência como principal possibilidade de tratamento, desconsiderando a singularização e autonomia preconizadas pela Reforma Psiquiátrica.

Minha aproximação com o tema de álcool e outras drogas, perpassa minha trajetória acadêmica e profissional. Minha atuação no Programa de Educação pelo Trabalho em Álcool e Outras Drogas (PET-Saúde Mental), ainda enquanto acadêmica, me possibilitou uma formação com foco em redução de danos, ampliando as possibilidades da compreensão do processo do uso de drogas, fato que refletiu diretamente na minha conduta enquanto profissional. Pude colocar em prática os conhecimentos advindos deste projeto quando fiz parte da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD), de junho de 2013 a outubro de 2016.

Acredito que essa formação diferenciada refletia no cuidado aos usuários do serviço de maneira bastante positiva. Minha experiência permite afirmar que visionar o usuário de drogas de maneira integral e acolhedora é um fator determinante para a adesão ao tratamento. No entanto, é possível perceber a fragilidade em que se encontra o cenário de cuidado a este público pelas novas portarias e discussões por parte do Estado para modificações na lei, o que faz necessário pesquisas que discutam esta temática, para fortalecimento das práticas de cuidado defendidas pela política de saúde mental vigente.

Por se tratar de um campo de disputas de saberes e poderes, elegi como referencial teórico desta pesquisa as teorizações acerca do poder, biopolítica e governamentalidade do filósofo Michel Foucault, pois o mesmo tensiona de maneira ampla e diferenciada conceitos importantes que embasam as problematizações das estratégias e táticas das práticas de cuidado em álcool e outras drogas.

É inegável que no campo da saúde mental, sobretudo com ênfase no uso de álcool e outras drogas, encontramos verdades, saberes e poderes atravessados nos discursos e que estes reverberam nas práticas de cuidado propostas estrategicamente para o governo da população alvo das políticas governamentais.

Assim, os conceitos foucaultianos apesar de complexos, permitem a discussão e problematização da temática a ser trabalhada e, deste modo, ao vislumbrar o desenvolvimento do estudo, considero que esta tenha sido a melhor escolha para análise dos materiais empíricos.

2. CONSTRUÇÃO DO OBJETO E REFERENCIAL TEÓRICO

Para evidenciar o objeto de estudo desta pesquisa, tão importante quanto conhecer os fatos políticos e sociais que permitiram a construção das políticas de drogas e como são postas atualmente, é problematizar as enunciações pertencentes à temática. Para tal, este estudo se utiliza da perspectiva filosófica de Michel Foucault.

Um conceito que se constitui como fio condutor na escrita desta pesquisa é o de problematização proposto por Foucault. Analisando sua obra, se verifica que o filósofo dedicou-se a tensionar esse fenômeno em uma entrevista intitulada *“Polêmica, política e problematizações”*, que posteriormente integraria apenas um de seus trabalhos¹, porém não estabeleceu uma definição precisa sobre esse fazer, bem como seus comentadores pouco se detêm a formar um conceito desse fenômeno. No entanto, a problematização atravessa toda a escrita foucaultiana desde o início de seus escritos.

Ainda, de acordo com Vinci (2015), o conceito de problematização foucaultiano vem atrelado a um giro englobante que permite a reavaliação de toda sua obra, se tornando esta o horizonte norteador da obra foucaultiana.

A ação de problematizar leva a crer que todos os objetos aos quais se estuda estão em constante devir. As relações que os compreendem se modificam constantemente, dando ênfase à premissa de que não há verdade absoluta e imutável, pois toda a verdade é uma construção de um tempo e de uma circunstância.

A problematização, portanto, permite um trabalho de pensamento e não um conjunto de regras procedimentais que conduzem o pesquisador a uma verdade, se positivando desta forma muito mais como um gesto investigativo do que uma metodologia de análise (VINCI, 2015).

Minha intenção, portanto, com este estudo não diz respeito a identificar a gênese do uso de drogas ou das políticas sobre esta temática, nem a estabelecer

estratégias de resolução sobre o tema. Sendo assim, o objeto deste estudo busca problematizar as táticas e estratégias engendradas nas práticas de cuidado de um CAPS AD, observando ambas como produtos da verdade deste tempo.

Para que possamos compreender o fenômeno a ser estudado, é importante a compreensão de dois conceitos que serão amplamente tensionados nesta dissertação: estratégia e tática. Para tal, irei fazer mão do conceito de Michel de Certeau, filósofo pós-estruturalista que, embora apresente diversas dissonâncias em relação ao pensamento foucaultiano, utilizou sua obra como fundação para construção de seu legado.

Como já mencionado anteriormente, Certeau (2014) estabelece em sua obra que a estratégia tem um caráter dominante, se manifestando fisicamente por uma instituição ou um produto desta e que tem como objetivo sua perpetuação por meio das suas produções de modo a promover uma uniformidade do objeto a ser moldado.

No que tange ao tema das drogas, podemos compreender como estratégias os dois modos que grosseiramente dividem-se o cuidado, o proibicionismo e a redução de danos. Ambos, de modo geral, são um produto de Políticas do Estado que objetivam a padronização do público-alvo, que nesse caso são os usuários de drogas. O proibicionismo objetiva a homogeneização elegendo o indivíduo abstinente como produto final das suas táticas; a redução de danos por sua vez objetiva uniformizar os usuários em indivíduos produtivos socialmente apesar do consumo.

Para colocar em funcionamento as estratégias, Certeau (2014) estabelece o que denomina por táticas. Elas são ações que se engendram às estratégias que permitem que esta tome forma; são manifestações metodológicas que moldam o objeto que sofre a ação. No caso do cuidado em álcool e outras drogas, identifica-se como tática toda a ação que de algum modo potencializa o preconizado por cada estratégia: no proibicionismo, a principal tática é a proibição; na redução de danos, é a minimização de agravos de qualquer natureza. Ainda, dentro dos serviços que fazem o cuidado em álcool e outras drogas, é possível identificar táticas específicas de acordo com a singularidade de cada indivíduo. Por exemplo, o acolhimento noturno é uma tática geralmente utilizada para a captação de usuários que tem algum vínculo laboral e que apresentam hábito de uso notívago.

Para que as estratégias e táticas para o cuidado em álcool e outras drogas fossem produzidas e reverberassem nas políticas de saúde, mudanças no campo da saúde mental aconteceram e se constituíram como condição de possibilidade.

Historicamente vista como uma forma de marginalidade, a loucura foi institucionalizada com o surgimento da Psiquiatria, com vistas a dar um sentido terapêutico ao fenômeno. Apesar do contexto de enclausuramento e exclusão social, portanto, o fazer psiquiátrico surgiu como uma nova proposta de tratamento. No entanto, este fazer aprisionou seus sujeitos à alienação, segregação social e estigma (GUEDES et al, 2010).

As mudanças produzidas na política de saúde mental no Brasil surgiram com um movimento desinstitucionalizante denominado Reforma Psiquiátrica, tendo inspiração no mesmo movimento que surgiu em diversos países.

De acordo com Guedes et al (2010), a Reforma Psiquiátrica consiste na transformação dos saberes e práticas em saúde mental, dando ênfase à uma nova percepção dos sujeitos e à uma nova compreensão do que é o sofrimento psíquico, bem como na desconstrução dos manicômios internos e externos que possibilitam diversas formas de pensar e agir.

A principal estratégia dessa reforma é a desinstitucionalização, que nada mais é que o processo de desconstrução das práticas manicomiais de modo a construir novos saberes com vistas a dar luz à subjetividade humana privilegiando a autonomia dos sujeitos e o livre exercício da cidadania (DUARTE, 2007).

Costa-Rosa (2000), faz uma análise das principais táticas que o modelo da desinstitucionalização produziu dividindo estas em quatro parâmetros: concepções do 'objeto' e dos 'meios de trabalho'; formas da organização do dispositivo institucional; formas do relacionamento com a clientela; e formas de seus efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos.

Sobre as concepções do objeto, a consideração dos fatores políticos e biopsicosocioculturais são determinantes neste novo modelo de cuidado. Neste, dá-se ênfase à reinserção social utilizando como meios básicos de tratamento as psicoterapias, laborterapias, socioterapias e há uso de um conjunto amplo de dispositivos para reintegração sociocultural além da medicação. A loucura e o sofrimento psíquico passam a não ser mais tensionadas a não fazerem parte do

cenário, mas sim reintegradas a ele como um aspecto da existência, como um patrimônio inalienável dos sujeitos (COSTA-ROSA, 2000).

Para o autor, a equipe interprofissional é o meio de trabalho norteador desse modelo, o que possibilita o intercâmbio de diferentes visões teórico-técnicas das práticas de cuidado, de modo a superar radicalmente o modelo asilar fundado na estratificação do saber dos especialismos. Também, neste, a forma da organização institucional se dá horizontalmente, propondo aos municípios a autonomia sobre seus recursos e demandas, além de propor a participação popular em todas as instâncias.

Quanto às formas de relacionamento com a clientela, Costa-Rosa (2000) aponta que as instituições adquirem um espaço de interlocução e de “suposto-saber” dando ênfase à subjetividade dos sujeitos e às práticas intersubjetivas propostas pela horizontalidade, ofertando desta maneira uma possibilidade transferencial do saber compatível com a ética da singularização.

Neste modelo, o autor ressalta que a supressão sintomática não é uma meta do tratamento nem deve ser visada diretamente, mas o que se deve ter em vista é o reposicionamento subjetivo tendo uma perspectiva de uma ética aberta para a singularização.

Diante do exposto, evidenciamos o **primeiro pressuposto** deste estudo: a política instituída pela reforma psiquiátrica foi uma condição de possibilidade para a constituição de outras estratégias e táticas para o cuidado em álcool e outras drogas.

Os CAPS AD se constituíram a partir da estratégia de desinstitucionalização proposta pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e são o ponto de atenção em saúde mental no qual as duas estratégias para o cuidado em álcool e drogas, o proibicionismo e o cuidado em liberdade, exercido pela Redução de danos, coexistem. E essa coexistência nem sempre se dá de forma harmoniosa, pois se trata de um campo de disputas de saberes e poderes que atravessam a organização do serviço e o fazer dos profissionais.

Estas estratégias instituídas a partir de políticas nada mais são que ações reguladoras da vida em sociedade, propostas pelo Estado e que, desta forma, produzem uma dissimetria do poder em relação ao Estado e população. Pela perspectiva foucaultiana, a constituição do Estado moderno tem como alicerce a

instauração da anátomo-política disciplinar e a biopolítica normativa enquanto procedimentos institucionais de formação do indivíduo e de controle da coletividade (DANNER, 2010).

Foucault (2015) afirma que o poder não é um fenômeno onipresente que agrupa tudo sob a sua unidade, mas sim um fenômeno que se produz a cada instante, sob todas as vertentes.

Desse modo, é possível verificar que “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares” (FOUCAULT, 2015, p.101).

Assim, o poder não se trata de uma instituição definida ou uma força que privilegia certo grupo social, mas, de acordo com Foucault (2015), se refere ao nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada.

[...] O poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. O poder não pertence nem a alguém nem, aliás, a um grupo; só há poder porque há dispersão, mediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens, etc. É nesse sistema de diferenças, que será preciso analisar, que o poder pode se pôr em funcionamento (FOUCAULT, 2006, p.07).

O poder entrelaçado à sociedade, tendo a população como instrumento em uma relação de poder, contempla o que Foucault chama de biopolítica, que nada mais é que uma ação de governo de natureza reguladora: se aplica à população a fim de controlar a vida, utilizando meios de transformação dos indivíduos. Nesse contexto, é necessário compreender por biopolítica a maneira pela qual se buscou racionalizar os problemas colocados para a prática governamental pelos fenômenos de uma população (CASTRO, 2016).

Para Foucault (2017) os instrumentos que o governo se utiliza para atender as necessidades da população são imanentes a essa população, tendo esta como objetivo final do governo.

A população aparece, portanto, mais como fim e instrumento do governo que como força do soberano; a população aparece como sujeito de necessidades, de aspirações, mas também como objeto nas mãos do governo; como consciente, ante o governo, daquilo que ela quer e inconsciente em relação àquilo que se quer que ela faça. O interesse individual [...] e o interesse geral [...] constituem o alvo e o instrumento fundamental do governo da população. Nascimento portanto de uma arte ou, em todo caso, de táticas e técnicas absolutamente novas (FOUCAULT, 2017, p.425).

Foucault (2017) ressalta que o ocidente conduziu a preeminência do poder chamado governo em detrimento dos outros tipos (soberania, disciplina, etc), levando ao desenvolvimento de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes.

Essa governamentalidade constituída pelas instituições, procedimentos, táticas e análises exerce o poder que tem como alvo “a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança” (FOUCAULT, 2017, p.429).

Bordin (2014) relata que o filósofo define o poder como uma verdade estabelecida nos discursos, sendo aferido por meio do comportamento, linguagem e valores e, desta maneira, reflete ou não as relações de poder.

Deste modo, para discutir as táticas e estratégias engendradas pelas práticas de cuidado destinadas a usuários de álcool e outras drogas, é necessário entender como se deu o processo de constituição das políticas públicas voltadas a esse público no Brasil e qual o contexto sob as quais estas foram fabricadas.

Em sintonia com o modelo de combate às drogas, proposto internacionalmente, o Brasil desenvolve ações de combate e punição para reprimir o tráfico. A visão de que as drogas seriam tanto um problema de saúde quanto de segurança pública, desenvolvida pelos tratados internacionais da primeira metade do século XX, foi interiorizada para a legislação nacional, até que em 1940, o Código Penal nacional positivou o posicionamento do Brasil de não criminalizar o consumo. Estabeleceu-se dessa maneira uma concepção sanitária do controle das drogas, no qual o uso é considerado doença e, ao contrário dos traficantes, os usuários não poderiam ser criminalizados, mas submetidos a rigoroso tratamento, com internação obrigatória (BRASIL, 2011).

Porém, devido ao golpe militar de 1964 e ao Decreto-Lei nº 314, de 13 de Março de 1967, o foco do modelo sanitário foi alterado para o modelo bélico de política criminal, onde os traficantes eram considerados como inimigos internos do regime. Dessa forma, a juventude pôde associar o consumo de drogas a uma conotação libertária, associada às manifestações políticas democráticas e à contracultura (BRASIL, 2011).

Instituindo o modelo político proibicionista, amparado pelo governo ditatorial, outros modos de pensar o cuidado com ênfase nas pessoas que usam drogas foram

abertos de forma lenta acompanhado de rearranjos macropolíticos, que para Passos e Souza (2011), possibilitaram a manutenção de práticas autoritárias mesmo após a implantação do Estado Democrático. De acordo com os autores, as políticas de drogas passaram a assumir uma posição estratégica nesta reforma estatal, impondo impasses para o amplo processo de democratização e restrições para a atenção equânime, integral e universal aos usuários de drogas.

A “guerra às drogas” foi um fenômeno produzido a partir de múltiplas condições de possibilidade: o fracasso econômico da década de 80, o alto índice de inflação, o aumento populacional nos grandes centros urbanos com consequente aumento da pobreza, da violência urbana e do desemprego. Foi este o contexto que colaborou para o aumento do mercado ilícito (PASSOS; SOUZA, 2011).

Para os autores, as favelas e periferias urbanas passaram a ocupar um lugar estratégico para o mercado de drogas, onde o embate direto com a polícia e com facções inimigas deu início a uma verdadeira guerra civil, na qual, de acordo com Negri e Cocco (2005), as drogas passaram gradativamente a assumir uma figura ideológica de ameaça à democracia mundial. Devido a isto, Passos e Souza (2011) relatam que a “guerra às drogas” trouxe um novo sentido para o conceito de guerra, na medida em que passa a lidar com um objeto global que torna cada vez mais imprecisa a distinção entre “conflitos externos” e “segurança interna”.

Neste contexto, a guerra às drogas toma forma como uma prática de controle social permeada pelo poder e violência policial e estatal, onde os esforços da polícia no combate ao tráfico de drogas assumem a função de controle da população que faz uso de álcool e drogas, especialmente àquela que vive nas periferias das cidades, onde práticas repressivas e violentas passam a ser exercidas com a justificativa da defesa da democracia e extermínio do consumo de drogas no país.

As intervenções do Estado na penalização dos usuários de drogas já eram vistas em meados do século XX, por meio de um aparato jurídico-institucional que estabelecia, a partir de decretos e leis, o controle e a proibição do consumo, do armazenamento e da venda de drogas, tendo por objetivo a ordem e a segurança da saúde pública na agenda nacional. Em contrapartida, usuários de drogas e traficantes eram julgados equiparando a gravidade de suas ações, obtendo ambos a exclusão do convívio social como penalidades (ROMANINI; ROSO, 2012; MACHADO; BOARINI, 2013).

Segundo Machado e Boarini (2013), as políticas proibicionistas eram amplamente positivadas, não apenas no Brasil, mas no cenário mundial, onde diversos países instituíam medidas opressoras para regular o consumo, o armazenamento e a produção de drogas, porém não instituíam nenhuma medida preventiva do uso e de seus agravos, sendo o usuário de drogas e o comerciante das substâncias ilícitas vistos, judicialmente, do mesmo modo.

A dependência química era apenas tratada na ordem biológica, não levando em conta todo o contexto psicossocial do usuário, e desta forma, a abstinência era defendida como única solução. Portanto, a principal estratégia de cuidado às pessoas que usavam drogas executada pelo governo era a construção de presídios e aumento do contingente policial fortalecendo dessa maneira o discurso proibicionista da “guerra às drogas”. No entanto, o consumo das drogas crescia em escala mundial, bem como o estigma e preconceito dos usuários, ficando cada vez mais evidente a urgência da construção de políticas que garantissem um tratamento fora da ótica da abstinência (MACHADO; BOARINI, 2013).

Ainda na década de 70, duas leis foram instituídas com estratégia proibicionista. A Lei nº 5.726/71 instituiu medidas repressivas ao consumo e ao tráfico de drogas, sem remeter a cuidados de saúde com pessoas que usavam drogas. Segundo Santos e Oliveira (2012), os criminosos que eram considerados viciados eram submetidos a internações compulsórias em hospitais psiquiátricos até serem considerados curados pela lógica biomédica, cura que significava que estas pessoas precisavam se conduzir de maneira a se manter abstinência. A Lei nº 6.368/1976 intensificou a medicalização dos usuários de drogas, mesmo retirando a obrigatoriedade das internações psiquiátricas e tratamentos hospitalares, e desta forma ainda reforçava a visão de dependência com enfoque na repressão ao tráfico de drogas (MACHADO; BOARINI, 2013; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

A ruína da “guerra às drogas” teve início no fim da década de 80, com a percepção da falência das políticas proibicionistas, evidenciada pelo aumento do consumo de drogas e da força dos movimentos sociais em defesa dos direitos humanos das pessoas que usam drogas. Dessa forma, o governo começou a articular a construção de políticas voltadas às necessidades dos usuários de drogas, com foco na prevenção de agravos e promoção de saúde, porém apenas na década

de 90 o tema foi colocado na agenda nacional como uma questão de saúde pública (MACHADO; BOARINI, 2013).

A Reforma Psiquiátrica, instituída a partir da Lei 10.216/2001, permitiu a reformulação da assistência, cuidado e tratamento das pessoas que usam drogas. A partir dela, os cuidados de saúde mental, extensivo aos usuários de drogas, se tornaram responsabilidade não só dos serviços de alta complexidade em saúde, mas também dos dispositivos que compõem a atenção básica. O acompanhamento dos usuários passa então a ser realizado nos mais diferentes serviços, que contavam com território bem estabelecido, como Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial, até às equipes itinerantes, como as de Redução de Danos, fazendo o cuidado sob as mais diversas abordagens. (FRANCHINI, 2016; MACHADO; BOARINI, 2013; PACHECO, 2013). No entanto, apesar do aumento da oferta de serviços para o cuidado de pessoas que usam drogas, ainda há dificuldades de acesso destes usuários aos serviços (BASTOS; BERTONI, 2014; HERREIRA, 2019).

Também em 2001, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), com o objetivo de construir uma sociedade livre do uso de drogas. De maneira ambígua, esta política apresentava discurso proibicionista e ao mesmo tempo apoiava a criação de estratégias de redução de danos na prevenção das doenças infectocontagiosas, porém não trazia uma definição para o que seriam essas estratégias (MACHADO; BOARINI, 2013; PACHECO, 2013).

Em 2002, foi instituído o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas por meio da Portaria GM/MS nº 816, instituindo a articulação das esferas municipal, estadual e federal para a garantia da assistência e do cuidado integral das pessoas que usam drogas.

Em 2003, foi instituída a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, visando não mais a repressão e o controle do consumo, mas estabelecendo diretrizes de cuidado, se tornando, dessa forma, como citado por Pacheco (2013), um marco importante ao que tange as garantias de cuidado com as pessoas que usam drogas. Com essa política, o Estado admitiu a existência de um atraso histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange às ações de enfrentamento dessa temática (ROMANINI; ROSO, 2012; PACHECO, 2013).

Essa política apresenta um discurso que conclama a sociedade a estabelecer uma parceria como corresponsável pela redução da demanda do uso de drogas (BRASIL, 2003). Neste sentido, se orienta pelo princípio da “responsabilidade compartilhada”, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos.

Essa política ressaltou a importância de ações e estratégias que superassem o proibicionismo, com ênfase na descentralização do atendimento e na universalidade do acesso pautados nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. A partir dela, houve então uma remodelação da assistência às pessoas que usam drogas, com a incorporação do cuidado integral e articulado, protagonizando o usuário para além do seu consumo, assumindo para sua lógica de cuidado uma perspectiva holística de modo a suprir todas as necessidades desse público, não só da esfera biológica, mas também psicossocial (SANTOS; OLIVEIRA, 2012; MACHADO; BOARINI, 2013).

Por meio desta política, foi proposta a criação de uma rede de atenção psicossocial com serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, possibilitando desta forma um cuidado em liberdade e articulado entre a rede de saúde. Desse modo, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), que oferecem atendimento de acordo com as necessidades específicas de cada usuário e preconizam a integralização dos usuários a um ambiente social e concreto, designado como seu território, onde este desenvolve seu cotidiano com a rede social, constituindo desta forma a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Outro serviço instituído por essa política foram os Programas de Redução de Danos. Inicialmente propostos como programas e posteriormente absorvidos como estratégia de cuidado, a Redução de Danos (RD) tem como objetivo a prevenção de agravos ocasionados pelo uso de álcool e outras drogas sem, necessariamente, interferir na oferta ou consumo. De acordo com o exposto no corpo da política, essa estratégia visa a autonomia do sujeito buscando a inclusão social e a cidadania para os usuários de drogas em seus contextos de vida marginais (BRASIL, 2004b).

Em 2005, para adequação aos pressupostos instituídos na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a nomenclatura da Política Nacional Antidrogas foi alterada para Política Nacional sobre Drogas, bem

como seu conteúdo no que tange a prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico, pautando-se atualmente nos princípios da redução de danos (MACHADO; BOARINI, 2013; PACHECO, 2013).

Em 2006, a Lei 11.343/2006, que revogou as Leis 10.409 de 2002 e 6.368 de 1976, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que objetiva a articulação de medidas de prevenção ao uso de drogas, de reinserção social dos usuários, estabelece normas para a repressão e define os crimes referentes ao tráfico de drogas (SANTOS; OLIVEIRA, 2012; PACHECO, 2013; FERREIRA, 2013).

Ferreira (2013) e Santos e Oliveira (2012) ressaltam que pela primeira vez houve uma diferenciação entre o usuário de drogas e o traficante perante a lei, possibilitando maiores chances de reabilitação e reinserção do usuário na sociedade, quando deixa de analisar o indivíduo sob a ótica de criminoso. Os autores também reforçam que o SISNAD representa um avanço em relação às políticas anteriores, pois prioriza a valorização do ser humano, a reinserção social e o fortalecimento do vínculo e do convívio familiar.

Dentre os objetivos do SISNAD está a formulação da Política Nacional sobre Drogas, de modo a equiparar os planos nacionais com os regionais, estaduais e municipais, estabelecendo prioridades por meio da definição de critérios técnicos, econômicos e administrativos (PACHECO, 2013). Essa política dá prioridade às ações de prevenção e avança no que tange às políticas de redução de danos (BRASIL, 2006).

Em 2010, o Decreto nº 7.179, de 20 de maio, intitulado Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas é divulgado, estabelecendo o desenvolvimento de ações intersetoriais imediatas, com campanhas permanentes de mobilização nacional. Dentre seus objetivos estão estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua (BRASIL, 2010a). Sob a coordenação geral do Ministério da Justiça, esse plano envolve a participação de vários Ministérios, Secretarias e Organizações Não Governamentais, pela emergência do recrudescimento nos índices da violência correlacionados ao uso de drogas (BRASIL, 2010a).

No fim de 2011, construído a partir do Decreto nº 7.179, foi implantado o Programa “Crack, é possível vencer”, alicerçado em três eixos norteadores: cuidado, autoridade e prevenção (FIOCRUZ, 2013).

O eixo “Prevenção” objetiva o fortalecimento dos fatores de proteção e redução dos riscos para o consumo de drogas, por meio do fortalecimento de vínculos e da ampla informação. O eixo “Cuidado” propõe a estruturação de redes de atenção de saúde e assistência social para atendimento das pessoas que usam drogas e suas famílias, provendo acolhimento, com olhar holístico e integral, levando em conta a redução de danos à saúde como princípio. Já o eixo “Autoridade” objetiva a redução da oferta de drogas ilícitas, focando seus esforços na articulação das forças de segurança para repressão ao tráfico e crime organizado (BRASIL, 2011b).

Deste modo, evidencia-se novamente o discurso antagônico das políticas de drogas, no qual a abordagem proibicionista está garantida no combate ostensivo ao tráfico, para a redução da oferta de drogas mediante mecanismos de repressão e criminalização, indo de encontro ao discurso da abordagem em redução de danos, explicitada nos eixos de cuidado e prevenção propostos pelo programa.

Por um lado, temos a abertura para um discurso regido pela ideia do uso de drogas como um fato histórico e como problema de saúde pública, que instituiu a estratégia de redução de danos; por outro, temos o discurso que traz a compreensão do uso de drogas como danoso à sociedade e fator a ser combatido por expressar um risco à segurança pública e ao controle da sociedade, instituindo a estratégia proibicionista.

Entretanto, embora estas duas estratégias operem por diferentes táticas, ainda assim as duas fazem parte do discurso político que visa instituir o governo de uma população a partir de mecanismos e ações que exigem que os sujeitos se conduzam da maneira esperada. Tal fato evidencia o **segundo pressuposto** deste estudo: as práticas de cuidado em relação aos usuários de álcool e outras drogas buscam o governo de uma população, de forma a tornar o sujeito usuário um sujeito abstinência e produtivo.

Para Franchini (2016), as políticas públicas na área de álcool e outras drogas vêm sofrendo importantes transformações nos últimos anos com vistas a diminuir as

lacunas assistenciais, sobretudo para usuários de crack, como o aumento e a diversidade da rede de atenção e acesso a estes usuários.

No entanto, o discurso político antagônico trazido por novos acordos sobre o tema drogas no âmbito da saúde e da segurança abre espaço para que ações proibicionistas sejam implantadas conforme escolha do governo de forma a controlar e reprimir a população.

3. OBJETIVOS

a. Objetivo Geral:

Problematizar as práticas de cuidado em álcool e outras drogas de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas;

b. Objetivos Específicos:

Analisar as táticas e estratégias engendradas pelas práticas de cuidado;

Conhecer as formas de governo instituídas pelas práticas de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Para a contextualização do estudo, foi realizada revisão livre com busca em três bases de dados, Scielo, LILACS e BDTD, em fevereiro de 2018. Para tal, não foi estabelecido um limite de tempo. Foram utilizados descritores controlados e não controlados pela especificidade do tema e estes foram divididos em três blocos sendo eles: bloco 1 – “política pública de saúde” e “saúde pública”, bloco 2 – “análise do discurso”¹ e bloco 3 – “álcool e drogas”, “dependência química”, “redução do dano” e “transtornos relacionados ao uso de substâncias”.

Nas bases Scielo e LILACS, os descritores foram colocados utilizando-se os booleanos OR entre os descritores dos blocos e AND entre os blocos em si. Na BDTD, a pesquisa foi realizada utilizando-se de um descritor de cada bloco por vez.

Os idiomas contemplados foram: português, inglês e espanhol. Utilizou-se como critério para inclusão documentos que tivessem relação com análise do discurso e álcool e outras drogas. Foram utilizados como critérios de exclusão pesquisas com viés biomédico, pesquisas com crianças e adolescentes e pesquisas em que a temática central não fosse álcool e outras drogas.

Na base de dados LILACS foram encontrados 327 documentos, sendo que destes 03 eram duplicados e por isso foram excluídos, restando 324, no qual após a análise dos títulos foram selecionados apenas 12. Na base de dados Scielo, foram encontrados 208 documentos, dos quais 65 duplicados e por isso excluídos, restando 143 artigos. Após análise dos títulos foram selecionados 07 artigos. Na BDTD foram encontrados 84 documentos, dos quais 8 foram excluídos por serem duplicados, restando 76 teses e dissertações. Após a análise dos títulos, foram selecionados 17 documentos.

¹ Esta pesquisa pretendia inicialmente trabalhar com a análise do discurso das políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas sob a perspectiva foucaultiana, no entanto, teve sua metodologia alterada ao longo de sua construção.

Após a exclusão a partir da leitura dos títulos, dos 36 artigos selecionados, 5 encontravam-se em duplicidade e por isso foram excluídos, perfazendo um total de 31 documentos para leitura dos resumos. Destes, foram considerados elegíveis apenas 5 artigos e 5 dissertações.

Os documentos excluídos durante a coleta nas bases de dados apresentavam viés biomédico, compreendiam pesquisas com crianças e adolescentes ou eram pesquisas em que a temática central não era o uso de álcool e outras drogas.

Posteriormente à leitura dos artigos selecionados, foi elaborado um quadro (Apêndice A) para análise dos estudos com os dados referentes à autoria, periódico científico, local do estudo, objetivos, ano de publicação, metodologia e resultados encontrados.

Sobre os achados da revisão, apesar de os objetivos citados nos corpos dos trabalhos serem diferentes, é importante citar que em sua totalidade, apresentavam uma caracterização do fenômeno “drogas”, fosse pela discussão das práticas de atenção, fosse pela discussão do discurso político e da contextualização histórica. Ressalta-se que a discussão sobre o arcabouço de ideais políticos e sobre o poder presente na formação e nas práticas de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas no contexto brasileiro e internacional permearam todos os documentos encontrados.

Dos artigos selecionados nesta revisão, quatro utilizaram a análise do discurso para discussão dos dados, porém apenas um artigo e duas dissertações utilizam-se deste método sob a perspectiva de Michel Foucault.

Perilla e Afanador (2013) trazem em seu estudo que o modelo biomédico influenciou as práticas de atenção à saúde em âmbito internacional desde que as discussões sobre o tema emergiram, preconizando a farmacoterapia no tratamento para os transtornos relacionados ao uso de substâncias. As autoras utilizaram em sua análise do discurso a perspectiva foucaultiana e concluíram que o campo de saberes e práticas em saúde mental permanece em disputa entre modelo biomédico e psicossocial, o que torna de extrema importância a discussão sobre o trabalho nesta área e o saber coletivo, de modo a construir um modelo que supere o ideal de saúde mental reducionista.

Para Marinho (2010), apesar da implantação de políticas progressistas e do trabalho direcionado por elas, os serviços destinados aos cuidados em saúde mental

apresentam dificuldades no que tange ao funcionamento, tanto pelo déficit de recursos humanos quanto materiais. Além disso, cita em seu estudo que os próprios profissionais se contradizem em suas práticas dentro destes serviços, pois muitas vezes indicam a abstinência do uso de drogas como alternativa para aderência ao tratamento, não levando em conta a política de Redução de Danos e seus benefícios amplamente positivados cientificamente ao que cerne o cuidado de usuários de drogas. Sob esse aspecto, a autora problematiza que o poder de decisão e a vontade dos usuários sobre como se conduzirá seu processo de tratamento fica em segundo plano, trazendo de maneira impositiva, inerente ao modelo biomédico, a decisão profissional e externando assim a dificuldade de se trabalhar fora do viés curativista.

Bucher e Oliveira (1994) abordam que as análises das relações de poder envolvidas no discurso da “guerra às drogas” indicam um processo disciplinar com contexto autoritário, discriminatório e repressivo, fato que contribui com a sujeição do cidadão a um ideário de harmonia social, que ajuda a encobrir as contradições dos discursos políticos e sustenta relações de força, contrastando com a abordagem indicada no âmbito da saúde pública, que cita o uso de drogas como um problema no que tange à saúde da população em sentido amplo, e não como uma ameaça à “ordem social”.

Rodrigues (2016) destaca que as políticas públicas de saúde com foco na proibição e criminalização são prejudiciais sob múltiplos aspectos e subvertem o direito da população à saúde. Bravo (2002) também partilha destas percepções quando em seu estudo aborda que as internações judicializadas tem um caráter punitivo, o que descaracteriza o papel terapêutico da internação para desintoxicação. Também, relata que as políticas de tratamento compulsivo aos usuários de drogas provocam a penalização dos usuários, ficando estes sob o duplo estigma de doentes e criminosos. Estas iniciativas se engendram com as políticas proibicionistas relacionadas à “guerra às drogas”, que procuram incriminar determinados grupos sociais.

Alves (2009) relata que os modelos de atenção aos usuários de drogas no âmbito nacional permeiam discursos antagônicos. Pela ótica proibicionista, com adoção de ações repressivas e militarizadas, afirma o compromisso do país, mediante firmamento de acordos e convenções internacionais, com o combate ao

tráfico e consumo de drogas ilícitas. Por outro lado, aceita os questionamentos sobre o conteúdo da legislação brasileira, particularmente no que se refere à abordagem do consumo de drogas lícitas e ilícitas como um problema de saúde pública, e não apenas como um problema jurídico-policial, admitindo aos usuários de drogas o direito à cidadania, até mesmo de fazer o consumo de drogas sob a perspectiva da redução de danos, muito embora o consumo ainda constitua um crime de acordo com a legislação penal.

Queiroz et al (2014) mostram que o discurso político não é esclarecedor sobre a abordagem que deve ser utilizada nas práticas de atenção ao usuários de álcool e outras drogas, colaborando para a manutenção de contradições nos serviços de saúde e configurando a presença simultânea de práticas com ideal de abstinência e de redução de danos, com estas últimas sendo executadas, ainda, de maneira limitada.

Zanchin (2013) também partilha desta opinião e, como produto da sua análise de discurso pautada nos preceitos foucaultianos, cita que a existência desses posicionamentos diferentes demonstra o quanto a área necessita discutir a problemática do uso de drogas e aprimorar a sua resposta às necessidades da sociedade. Dantas (2016) relata que a criminalização do uso de drogas interfere negativamente no modo como o usuário é percebido socialmente, afetando o cuidado em saúde. Refere que apesar da política de Redução de Danos, estratégias mais progressistas de cuidado são limitadas pela lei brasileira. Logo, profissionais tendem a orientar suas práticas em princípios morais e que se aproximam com essa vertente, o que dificulta o vínculo e adesão dos usuários ao tratamento.

Galiego (2013) traz em seu estudo que é necessário problematizar a aversão sistemática, demonização ou fobia das drogas, que dão margem a ações contrárias à Reforma Psiquiátrica e à atenção psicossocial e que é necessário introduzir os trabalhadores na produção de teorias como uma possibilidade direta de problematizar os processos de produção do saber comuns da realidade universitária.

Diante do exposto, vê-se a necessidade da realização de pesquisas referentes a esta temática, não só pela quantidade limitada de publicações, mas também pelo quase inexistente uso da ótica foucaultiana para análise dos dados. Também, verifica-se diante dos achados que o discurso antagônico das políticas de drogas interfere diretamente nas práticas de atenção à saúde, tornando o tema de

grande relevância para as práticas em saúde mental com ênfase no cuidado integral de pessoas que usam drogas.

5. METODOLOGIA

5.1. Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo documental qualitativo inserido na vertente pós-estruturalista de inspiração foucaultiana.

Para Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) a pesquisa documental permite a extração de informações que possibilitam ampliar o entendimento do objeto cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa se aprofunda nas relações, nos processos e nos fenômenos que não podem ser descritos apenas pela operacionalização de variáveis. Esta forma de pesquisa sugere uma observação próxima e comprometida em moldar procedimentos de construção e análise de dados às características do objeto de estudo (CARDANO, 2017).

A vertente pós-estruturalista permite a desconstrução, a desnaturalização, propondo, de acordo com Oliveira (2014), uma análise externa à racionalidade moderna, colocando em suspeita as verdades e as narrativas da modernidade, pois elas fazem parte de um “regime de verdades”, compondo desta forma um conjunto de ações descentradas e mutáveis. Costa, Silveira e Sommer (2003) ressaltam que as pesquisas com referencial pós-estruturalistas não objetivam apontar o êxito ou a utilidade dos diferentes posicionamentos teóricos, mas a compreensão sobre a construção de determinado objeto. Portanto, não se busca nesta pesquisa verificar a efetividade da política de drogas vigente, mas sim compreender como esta política foi e vem sendo construída na modernidade.

A perspectiva foucaultiana, advinda do pós-estruturalismo, também não tem intenção de desenhar o objeto de estudo, mas sim de desconstruí-lo. Para

Albuquerque-Júnior (2011), essa inspiração não permite ao final da pesquisa ter um rosto mais nítido do objeto, mas sim um desenho deste borrado, descentrado, mascarado, distorcido e surreal, permitindo desta forma descobrir o objeto como um produto dos discursos que o definiram, que o delimitaram naquele dado momento histórico.

5.2. Material Empírico

O material empírico desta dissertação é constituído por documentos que organizam as estratégias e táticas para o cuidado aos usuários de álcool e drogas de um CAPS AD III do município de Pelotas/RS, são eles: o Projeto Terapêutico do CAPS AD III, o cardápio de atividades oferecidas por esse serviço e planos terapêuticos singulares de 10 usuários, obtidos a partir do prontuário destes. Este número de planos terapêuticos foi estipulado de modo a tornar possível uma apreciação profunda e cuidadosa dos dados registrados, visto que esta pesquisa apresenta uma análise qualitativa.

Devido ao acesso a dois Projetos Terapêuticos do serviço, um finalizado que foi submetido para apreciação do Conselho Municipal de Saúde e outro ainda em fase de construção, os excertos do Projeto Terapêutico finalizado serão identificados pelas letras PTF acrescidos do número da página (ex: PTF, p.10), e os fragmentos do Projeto Terapêutico em construção serão identificados pelas letras PTC acrescidos do número da página (ex.: PTC, p.10).

Os Planos Terapêuticos Singulares serão identificados pelas letras PTS acrescidas do número 1 ao 10 de acordo com a ordem de coleta dos dados.

Na análise dos dados também foi discutido o cardápio de atividades do serviço, que está representado no Quadro 1 (p.59). Este foi elaborado por meio de informações coletadas nos prontuários e em livros de registro de frequência dos usuários no serviço.

5.3. Local do Estudo

Os dados foram coletados no CAPS AD III de Pelotas/RS, serviço especializado no acompanhamento e tratamento de usuários de álcool e outras drogas. Pelotas é a terceira maior cidade do RS com mais de 300 mil habitantes.

Possui uma rede de saúde que conta com 97 estabelecimentos, dentre eles oito CAPS, sendo um deles CAPS AD III.

Pelotas possui uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) composta, segundo Secretaria Municipal de Saúde (2015), por 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 37 na zona urbana e 13 na zona rural. Até o presente momento, das cinquenta UBS, 21 da zona urbana e 10 da zona rural possuem ESF, e oito UBS estão em fase de implantação da ESF. Possui seis hospitais gerais e apenas um com leitos 100% SUS. Conta ainda com um Centro de Especialidades e dois Centros de Especialidades Odontológicas, uma Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI), dois ambulatorios vinculados a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e a Universidade Católica de Pelotas (UCPel) (CARDOSO, 2017).

5.4. Princípios Éticos

Foi solicitada a autorização da Gerência de Saúde Mental do município de Pelotas para a realização da pesquisa. Após esta aprovação, o projeto foi submetido na Plataforma Brasil, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da UFPel sob o número 2.627.733.

Esta pesquisa respeitou as observações da Resolução nº 466², do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, quanto aos referenciais bioéticos à preservação da autonomia, não maleficência, beneficência, equidade e justiça. Além disso, essa resolução assegura os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do estado (BRASIL, 2012).

Garantiu-se também o respeito às normas ético-legais vigentes de acordo com a Resolução nº 564 de 2017 do Conselho Federal de Enfermagem³, em

² Resolução 466/2012, do Ministério da Saúde, sobre os aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos.

³ Capítulo II (dos deveres): Art. 57. Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos; Art. 58. Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas; Art. 59. Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem. Capítulo III (das proibições): Art. 95. Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos; Art. 96. Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família e coletividade; Art. 97. Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos; Art. 98. Publicar resultados de pesquisas que identifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia.

especial às presentes no Capítulo II, artigos 57, 58 e 59, que trata dos deveres, e no Capítulo III, artigos 95, 96, 97 e 98, que trata das proibições (COFEN, 2017).

A pesquisa não apresentou riscos ou benefícios para sujeitos uma vez que se tratou de coleta e análise de dados secundários: Projeto Terapêutico, Cardápio de Atividades e Planos Terapêuticos Singulares.

Os dados coletados foram analisados reservadamente de modo a não expor as pessoas envolvidas nos registros. Os mesmos foram digitalizados e armazenados em um pendrive e serão resguardados pelo período de cinco anos sob responsabilidade da pesquisadora e transcorrido este tempo, serão apagados.

A identidade dos usuários aos quais pertencem os prontuários foi preservada, garantindo o anonimato. Deste modo, não foram citados nomes, uma vez que a pesquisa objetivou analisar as práticas de cuidado presentes nos documentos analisados sem intervir na pessoalidade de cada documento.

5.5. Coleta de dados

A coleta de dados se deu no mês de setembro de 2018 e para a seleção dos prontuários para a análise do PTS utilizou-se um roteiro da coleta de dados (APÊNDICE D).

Como critério de seleção dos prontuários a serem analisados, utilizou-se a participação em atendimento na primeira semana do mês de setembro de 2018, em atividade individual ou coletiva. Prontuários de usuários que foram acolhidos neste período foram excluídos, pois neste momento não há um PTS já determinado e/ou em andamento para análise. Os prontuários foram separados de acordo com o dia de atendimento, sendo avaliados individualmente quanto à qualidade dos registros e o tempo de acompanhamento do usuário pelo serviço, perfazendo um total de 10 prontuários para análise.

Por meio do roteiro para coleta de dados (APÊNDICE D) buscou-se identificar as práticas de cuidado em álcool e outras drogas de modo a problematizar as táticas, as estratégias e as formas de governo que estão sendo instituídas nesse serviço.

No mesmo período da seleção dos prontuários, foi solicitado à Coordenação do CAPS AD III o Projeto Terapêutico, documento oficial que trata da implantação do serviço, porém o documento que foi disponibilizado era um projeto não finalizado

que apresentava em seu corpo escrito diversas lacunas e apontamentos que demonstravam que este era um documento provisório e não o finalizado. Devido a isso, por um longo período, diversas vezes fora solicitado o Projeto Terapêutico finalizado para a realização da análise, porém sem sucesso.

Diante deste impasse, viu-se a necessidade de buscar esta documentação em outro ponto da rede de gestão pública. Em julho de 2019, fez-se contato com o Conselho Municipal de Saúde do município, pois tal projeto teoricamente deveria ter sido aprovado em assembleia para ser submetido à análise posterior do Governo Federal. A equipe do Conselho localizou o Projeto Terapêutico submetido para apreciação da casa, bem como a ata da Assembleia Geral Ordinária (ATA nº 15/2013) que tratou do tema e o parecer da Comissão de Finanças deste Conselho, disponível no informativo interno do Conselho intitulado “De olho na Saúde” (Ano 6, edição 143). Tais materiais não compõem o material empírico dessa dissertação, no entanto, o acesso a essa documentação possibilitou trazer à luz da análise diversos apontamentos e questionamentos e, por isso, tais documentos foram utilizados para a discussão dos dados.

5.6. Análise dos Dados

Foi realizada análise de inspiração nas teorizações acerca do poder, biopolítica e governamentalidade do filósofo Michel Foucault.

Pela perspectiva foucaultiana, não existem origens. O autor trabalha com gênese, nascimento, formação, construção, rupturas, continuidades.

É preciso saber reconhecer os acontecimentos da história, seus abalos, suas surpresas, as vacilantes vitórias, as derrotas mal digeridas, que dão conta dos atavismos e das hereditariedades [...] A história, com suas intensidades, seus desfalecimentos, seus furores secretos, suas grandes agitações febris com suas síncope, é o próprio corpo do devir (FOUCAULT, 2017, p.61).

Dessa forma, suas problematizações são sempre marcadas pela ideia de que todo processo histórico está em constante transformação, pela ação de lutas e pela construção de verdades inerentes aos discursos e suas relações de poder ao longo do tempo. Em sua obra, é evidenciado que cada transformação possui uma gênese particular.

Este estudo, portanto, tem como objetivo problematizar as práticas de cuidado em álcool de outras drogas, a partir da análise das táticas e estratégias presentes no material empírico, levando em conta que os discursos são práticas que constituem a realidade e produzem verdades, e que dizem respeito a um determinado tempo e espaço.

5.7. Divulgação dos Resultados

Os resultados serão divulgados por meio da defesa pública de dissertação de Mestrado e posteriormente será feita a disponibilização da mesma para consulta pública na biblioteca da UFPel e no banco de Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Pretende-se também realizar a divulgação dos resultados por meio de publicação de artigos em periódicos científicos pertinentes à temática.

Ainda, serão informados à Secretaria Municipal de Pelotas e ao CAPS AD III os resultados da pesquisa como forma de propiciar um retorno ao serviço objetivando a reflexão do processo de cuidado.

6. ANÁLISE DOS DADOS

Após a leitura dos dados coletados, estes foram organizados separadamente conforme a natureza do material empírico, produzindo três temáticas de análise. A primeira aborda o “Projeto Terapêutico: estratégias na produção da norma”, a qual se desdobrou no subtema: “O funcionamento e a estrutura: táticas de normalização”. A segunda temática traz para a análise “O cardápio de atividades: estratégias e táticas engendradas para o governo dos usuários de um CAPS AD”. E, por fim, a terceira temática analisa “Os Planos Terapêuticos Singulares: práticas de normalização e subjetivação do usuário de álcool e drogas”, na qual se abordou como subtema “A ótica psiquiátrica do enclausuramento no cuidado em liberdade”.

6.1. Projeto Terapêutico: estratégias na produção da norma

O projeto terapêutico do CAPS AD III foi construído pela Coordenação de Saúde Mental do município de Pelotas em 2013 com objetivo de captar recurso federal para implantação do CAPS AD na modalidade tipo III (24h), conforme a Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu o financiamento considerando a necessidade de garantir recursos financeiros para a consolidação da implementação dos CAPS, com vistas ao acesso integral às ações de saúde mental, álcool e outras drogas e a identificação e acompanhamento dos usuários destes serviços.

Tal financiamento teve como base a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da publicação da Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011.

O Projeto do CAPS AD III foi submetido para análise do Conselho Municipal de Saúde do município de Pelotas em julho de 2013, obtendo em agosto do mesmo

ano parecer favorável da Comissão de Finanças, bem como tendo sido aprovado em Assembleia Geral Ordinária do Conselho Municipal de Saúde em 01 de agosto de 2013, de acordo com a Ata nº 15/2013.

O documento refere que, em 2004, a adoção da Política Nacional sobre Drogas representou um grande avanço no tratamento dos usuários, indicando um modelo de assistência que ia ao encontro das preconizações da Reforma Psiquiátrica, objetivando a desinstitucionalização do usuário do sistema de saúde mental e proporcionando, por meio de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma atenção que ia além do processo saúde-doença, possibilitando a compreensão do indivíduo por todos os seus aspectos biopsicossociais. Somado a isto, a criação da Lei Federal 10216/2001, denominada Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), tornou dissociável o cuidado pelo modelo médico-jurídico e abriu as portas para uma lógica centrada na estratégia de redução de danos.

Ainda, o Projeto Terapêutico finalizado expõe que o uso de drogas não é apenas uma questão psiquiátrica e sim um problema de saúde pública, necessitando o rompimento com estereótipos e a superação do estigma dos usuários, de modo a promover um olhar holístico e promovendo estratégias que diminuam os riscos do uso, tanto para o usuário, quanto para sua família e para a sociedade. Nesse sentido, indica a necessidade de problematização da temática para que se torne possível dar conta da demanda que chegavam aos serviços da rede do município.

O Projeto Terapêutico finalizado traz no discurso a estratégia do cuidado em liberdade, no entanto reforça a ideia de que o uso de drogas é um problema em si e que deve ser de algum modo contornado pelo Estado. A partir dessa lógica, podemos verificar a valorização da implantação do serviço como uma forma de governo do indivíduo usuário de drogas se utilizando do que Foucault (2017) chama de poder disciplinar e de biopoder, de modo a balizar as condutas dos usuários em acompanhamento no serviço.

Para Foucault (2017), o poder atravessa a estrutura social por meio de uma rede microfísica articulada ao Estado, não estando centrada em determinada instituição ou nicho social ou político, nem é algo imutável ou homogêneo. O filósofo demonstra que as relações de poder perpassam o Estado e estão presentes em toda a sociedade, engendradas no tecido social, se transmutando constantemente.

Deste modo, o poder disciplinar é

[...] nada mais que uma forma de certo modo terminal, capilar, do poder, uma última intermediação, certa modalidade pela qual o poder político, os poderes em geral vêm, no último nível, tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras, a maneira como todos esses poderes, concentrando-se para baixo até tocar os próprios corpos individuais, trabalham, modificam, dirigem o que Servan chama de fibras moles do cérebro' (FOUCAULT, 2006, p.50).

O poder disciplinar tem um papel regulador na sociedade com um efeito individualizante a ser justificado pelo estado de bem estar social, que surge de uma demanda social urgente na qual o Estado se responsabiliza no delineamento do comportamento social pela dificuldade das políticas liberais suprirem as necessidades da sociedade. (FERREIRINHA; RAITZ, 2010)

O biopoder, por sua vez, assume duas formas: a anátomo-política do corpo e a biopolítica da população. De acordo com Furtado e Camilo (2016), a anátomo-política se refere aos dispositivos disciplinares encarregados do extrair do corpo humano sua força produtiva, por meio do controle do tempo e do espaço no interior de instituições; já a biopolítica é um saber político voltado para o controle da população, sendo produzida na ordem coletiva como um dispositivo da segurança.

Foucault (2008) explana que segurança é um fenômeno diferente de lei ou de disciplina. Para ele, as leis trabalham no imaginário, pois proíbem a partir de uma formulação do que se pode ou não fazer. A disciplina, por sua vez, trabalha como complementar à realidade, prescrevendo e produzindo obrigações artificiais e coercitivas. Já a segurança, sem proibir ou prescrever, trabalha no nível da realidade, anulando, limitando e regulando por meio de instrumentos de proibição e prescrição.

A população, portanto, se converte em objetivo do dispositivo de segurança enquanto o indivíduo é apenas um objeto instrumental. Para Foucault,

[...] a população como sujeito político, como novo sujeito coletivo absolutamente alheio ao pensamento jurídico e político dos séculos precedentes, está em via de aparecer aí na sua complexidade, com suas cesuras. [...] ela aparece tanto como objeto, isto é, aquilo sobre o que, para o que são dirigidos os mecanismos para obter sobre ela certo efeito, [quanto como] sujeito, já que é a ela que se pede para se comportar deste ou daquele jeito. A população coincide com a antiga noção de povo, mas de maneira tal que os fenômenos se escalonam em relação a ela e que haverá certo número de níveis a reter e outros que, ao

contrário, não serão retidos ou serão retidos de outra maneira (FOUCAULT, 2008, p.56).

Deste modo, podemos exemplificar que a anátomo-política, portanto, se refere aos espaços de cuidado em saúde mental, de modo mais específico no modelo asilar como nos anunciou Foucault em *“Vigiar e Punir”* (2014). Já a biopolítica da população concerne a regulação das massas, fazendo mão de saberes e práticas que admitam gerir as taxas de natalidade, fluxos de migração, epidemias, aumento da longevidade, etc. As estratégias proibicionistas e de cuidado em liberdade, portanto, fazem parte da estratégia biopolítica para governo da população que faz uso de drogas.

Fazendo uma análise destes modos de poder, podemos identificar um elemento que atravessa ambos, contemplando a disciplina e a regulamentação, produzindo um equilíbrio entre a ordem disciplinar e a ordem da população. Esse elemento é a norma, que de acordo com Foucault (2016b), pode se aplicar tanto a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. A partir disso, a norma da disciplina e a norma da regulamentação produzem o que Foucault chama de sociedade de normalização, uma sociedade regida por essa norma ambivalente, na qual coexistem indivíduo e população, corpo e vida, individualização e massificação, disciplina e regulamentação (POGREBINSCHI, 2004).

Para Foucault (2008), nos dispositivos disciplinares a norma opera no corpo individual. A normação é o efeito de enquadramento produzido por mecanismos disciplinares que buscam adequar indivíduos a modelos previamente estabelecidos. Nos dispositivos de seguridade, a norma opera por meio da normalização, que identifica padrões na realidade, partindo do apontamento do que é normal e do que é anormal, o que determina a norma. Neste sentido, “o normal é que é primeiro, e a norma se deduz dele, ou é a partir deste estudo de normalidades que a norma se fixa” (FOUCAULT, 2008, p. 83).

Portanto, enquanto os dispositivos disciplinares fabricam uma descrição para posicionar, corrigir e controlar os corpos, os dispositivos de seguridade produzem “estratégias para governar a população a partir do jogo entre liberdade e segurança” (LOPES et al, 2010, p.12).

Podemos refletir, portanto, que governar e implantar políticas públicas não são apenas necessidades da sociedade, mas o modo regulador que o Estado encontra para exercer o seu poder em relação à sociedade, garantindo assim sua sustentabilidade. Portanto, as políticas públicas são ferramentas de governo.

E quais os instrumentos que o governo utilizará para alcançar esses fins [...] ? Campanhas, através das quais se age diretamente sobre a população, e técnicas que vão agir indiretamente sobre ela e que permitirão aumentar, sem que as pessoas se deem conta, a taxa de natalidade ou dirigir para uma determinada região ou para uma determinada atividade os fluxos de população etc (FOUCAULT, 2017, p.425).

Foucault (2006) ressalta que para que se possa analisar o funcionamento da psiquiatria, não se deve focar a análise na compreensão do dispositivo asilar em si, bem como analisar o funcionamento desta área a partir do discurso supostamente verdadeiro da psiquiatria, mas sim analisar prioritariamente o funcionamento do biopoder engendrado na psiquiatria.

No caso do Projeto Terapêutico, se ressalta o crescente uso de drogas, sobretudo de crack, no município, de modo a sensibilizar a gestão política para a falta de controle que tal fenômeno geraria no que tange ao poder estatal sobre a sociedade, defendendo assim a necessidade de ampliar as formas de governo dessa população a partir da ampliação do atendimento prestado pelo serviço.

Nesse sentido, a importância de entender como controle social vai muito além do controle jurídico/judiciário:

Chega-se, assim, à contestação da grande separação atribuída a Montesquieu, ou pelo menos formulada por ele, entre o poder judiciário, poder executivo e poder legislativo. O controle dos indivíduos, uma espécie de controle social punitivo dos indivíduos ao nível de suas virtuosidades não pode ser efetuado pela própria justiça, mas por uma série de outros poderes laterais, à margem da justiça, como a polícia e toda uma rede de instituições de vigilância e de correção – a polícia para a vigilância, as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas e pedagógicas para a correção. É assim que, no século XIX, desenvolveu-se em torno da instituição judiciária e para lhe permitir assumir a função de controle dos indivíduos ao nível de sua periculosidade, uma gigantesca série de instituições que vão enquadrar os indivíduos ao longo de sua existência; instituições pedagógicas como a escola, psicológicas ou psiquiátricas como o hospital, o asilo, a polícia etc. Toda essa rede de um poder que não é judiciário deve desempenhar uma das funções que a justiça se atribui nesse momento: função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades (FOUCAULT, 2001, p.85-86).

Podemos analisar, portanto, que apesar do discurso de que o uso de drogas deve ser analisado como um problema de saúde pública e que se deve romper a barreira do estigma do uso, que este fenômeno já é visto como um problema social e político e pode enfraquecer o poder estatal por meio da fragilização da segurança pública as quais esses indivíduos são comumente relacionados.

Quando o usuário de drogas encontra-se inserido no meio judiciário, este dá conta do controle. No entanto, no cuidado em liberdade, este poder judiciário é dificultado, cabendo ao serviço de saúde, um dispositivo tecnológico psiquiátrico e psicológico, corrigir essa virtualidade em nome do controle social, fortalecendo em suas engrenagens o poder de normalização.

Desta forma, quando o uso de drogas foge à norma, torna-se necessário a fabricação de ações, tanto biopolíticas quanto disciplinares, para que os fenômenos sociais retornem para a faixa da norma, resultando numa normalização do fenômeno. No que concerne ao uso de drogas, há um subjugamento do indivíduo usuário quando da caracterização como doente, dessa forma levando à supressão do direito ao seu próprio corpo, tornando sua autonomia de escolha secundária ao bem estar social. Como citado por Rodrigues (2016), “a insanidade favorece o mecanismo de controle dos corpos, voluntariamente ou não, na condição de sujeito compelido a algo mesmo contra sua vontade”.

No entanto, compreende-se que a elaboração de um projeto é uma exigência organizacional de qualquer âmbito da gestão pública para controle e dimensionamento financeiro e é construído de modo a sensibilizar a gestão sobre a necessidade de determinado serviço ou ação, evidenciando o possível enfraquecimento de seu poder para que seja autorizado o investimento financeiro em âmbito social com o intuito de sustentar a máquina pública.

Como estratégia principal que podemos absorver da contextualização do PTF, está a indicação da estratégia norteadora do cuidado nesse processo: a redução de danos (PTF, p.5).

O projeto propõe um *modus operandi* baseado na estratégia do cuidado em liberdade, em consonância com os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira e indica claramente esse viés como norteador para justificar as atividades que são propostas no documento.

Na contextualização do serviço, o projeto expõe dificuldades e potencialidades do CAPS AD tipo II e seu funcionamento naquele momento, de modo a favorecer a compreensão do leitor sobre a realidade vivenciada pelos profissionais da equipe atuante:

O CAPS AD Pelotas vem se esforçando para contornar obstáculos e manter a qualidade no atendimento prestado. Além do atendimento padrão, regularmente oferecido pelos CAPS, nosso serviço conta também com um Ponto de Leitura cadastrado junto ao Ministério da Cultura, que inclui uma boa biblioteca, ações de Redução de Danos dentro do serviço, com a atuação de dois agentes redutores de danos junto da equipe, convênio com uma Comunidade Terapêutica (regulamos dez leitos SUS), e com uma Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (com dez leitos SUS). Contudo, no momento atual, de crescente demanda por tratamento, sobretudo da dependência de crack, se faz necessário repensar a rede de atenção, qualificando os serviços e construindo uma nova e sólida Política Municipal para Álcool e Outras Drogas. É necessário articular e consolidar a rede, ampliando a capacidade de atendimento. (PTF, p.4)

É relatado que naquele dado momento o CAPS AD contava com aproximadamente 4 mil pacientes cadastrados, tendo sido observado um aumento significativo pela procura do serviço oferecido nos dois anos anteriores à construção desse projeto. Indica-se que a média de pacientes acolhidos era de 21 pessoas por mês até março de 2013, saltando para 70 pessoas nos anos seguintes. Também, documenta que foi observada pela equipe atuante a diminuição da faixa etária da clientela, levando a necessidade do acolhimento de usuários de drogas a partir dos 12 anos de idade e da implantação de um terceiro turno de atendimento para ampliar o acesso e a capacidade de atendimento. Apesar disso, é exposto que tais iniciativas são primárias e que havia necessidade de crescimento do serviço de modo a otimizar o atendimento, permitindo o acolhimento e acompanhamento de usuários nos momentos de maior vulnerabilidade, como horário noturno e finais de semana, oferecendo a possibilidade de desintoxicação e manejo de situações de crise relacionadas ao uso de álcool e outras drogas nos leitos do próprio CAPS, sem necessidade de encaminhamento para outros serviços ou municípios.

O projeto traz como objetivo geral do CAPS AD III realizar ações de atenção e assistência aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, grupal, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico e de orientação, na perspectiva da Redução de Danos.

Como objetivos específicos do serviço são citados a possibilidade de prover atenção integral e contínua a pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas, de acordo com a Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde; o aperfeiçoamento das intervenções preventivas como forma de reduzir danos sociais e à saúde, representado pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas; a constituição de um serviço de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida; a promoção de cuidados intensivos com os leitos de internação; a responsabilização pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e outras drogas no seu âmbito territorial; a manutenção da capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local; a coordenação, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, das atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas; a articulação da rede, principalmente a Unidade de Acolhimento Transitório Infanto-Juvenil, para dar suporte efetivo ao funcionamento do serviço; a supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais no âmbito do território e/ou do módulo assistencial, no que tange a questão do uso de álcool e outras drogas; a realização de atividades preventivas no tocante à temática nas escolas e instituições parceiras; a atualização do cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental, regulamentados pela Portaria/GM/MS no 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; e a disponibilização de programas de Educação Permanente e Supervisão Clínico-Institucional à equipe técnica do serviço.

A partir dos objetivos é possível identificar que o CAPS AD de Pelotas se coloca no centro da rede de atenção psicossocial de Pelotas e como o ordenador do cuidado aos sujeitos a esse público, especialmente aos usuários de crack nesse território, ou seja, a política para usuários de álcool e outras drogas estabelece a norma e tudo que foge desta exige medidas de normalização e estratégias de governo. Essa responsabilização do serviço expressa seu pertencimento ao poder de normalização, de modo a realizar o governo dos corpos e colocando em

suspensão a neutralidade psiquiátrica, a utilizando como uma forma de poder dentro desta normalização.

6.1.1 O funcionamento e a estrutura: táticas de normalização

No que tange ao funcionamento prático das atividades propostas pelo projeto, é indicado que o serviço funcionaria 24h por dia, inclusive aos feriados e finais de semana utilizando como recursos terapêuticos o acolhimento diurno e noturno, o atendimento individual, em grupos, em oficinas terapêuticas, as visitas domiciliares, o atendimento de familiares, as atividades comunitárias e o atendimento de desintoxicação, intra ou extra serviço, de acordo com a avaliação técnica.

Sobre o acolhimento diurno, pontua-se que poderiam ser de casos novos ou não (reacolhimentos) que seriam realizados por um técnico plantonista todos os dias, incluindo finais de semana e feriados. Sobre o acolhimento noturno, o documento expõe que seria realizado para pacientes já em tratamento e não indica técnico de referência. Ainda neste íterim, o documento cita:

Casos vindos de outro ponto de atenção ficarão condicionados ao contato e combinação prévia com a equipe; haverão 10 (dez) leitos, para realizar intervenções a situações de crise (abstinência e/ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave e comorbidades) e, também, repouso e/ou observação. A regulação dos leitos de acolhimento noturno será realizada com base nos critérios clínicos e necessidade de desintoxicação, bem como critérios psicossociais (observação, repouso, proteção, manejo de conflitos) (PTF, p.6).

Observou-se que parte desse excerto foi suprimido no Projeto Terapêutico finalizado, pois de acordo com o Projeto Terapêutico em construção, no seguimento deste trecho, apresentavam-se os seguintes apontamentos:

Durante os finais de semana e feriados os casos avaliados que necessitem de acolhimento noturno deverão ser encaminhados para avaliação médica ONDE (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência). Nos casos que a avaliação médica não indicar internação em Hospital Geral, o usuário deverá retornar para o CAPS que o acolheu no primeiro dia útil; sempre que houver necessidade de avaliação médica, e o CAPS não dispuser deste profissional no momento, o usuário deverá ser encaminhado para o serviço de urgência de referência; QUE É QUAL; o pronto socorro; ubai; upa. Os casos que necessitem de internação em hospital geral serão encaminhados para a Unidade Eduardo Cortez, na Sociedade Beneficência Portuguesa, ou para os hospitais de Pedro Osório, Piratini ou São Lourenço, via terceira Coordenadoria Estadual de Saúde (PTC, p.6).

Os excertos supracitados demonstram a busca pela organização do fluxo de atendimento da rede de atenção psicossocial. No entanto, no Projeto Terapêutico finalizado não há menção sobre a oferta de acolhimento noturno a não ser o de usuários que já estiveram em tratamento anteriormente (reacolhimento) ou condicionando este acolhimento a um encaminhamento com contato prévio por parte das equipes de outros pontos da rede.

É importante pontuar que a avaliação, de acordo com o PTC, para utilização dos leitos de acolhimento noturno são condicionadas estritamente a avaliação médica, em desacordo com o critério de avaliação psicossocial citado acima no excerto e preconizado pela Portaria nº 130 do Ministério da Saúde em seu artigo 5º, inciso VI que determina que a regulação ao acesso dos leitos de acolhimento noturno deve ser feita “com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros”, estando esta avaliação sob responsabilidade, portanto, de todo profissional integrante da equipe psicossocial e não apenas ao profissional médico. No entanto, no excerto apresentado pelo PTF, não há menção sobre quem fará a avaliação clínica e psicossocial dessa demanda.

Também, mesmo tendo sido apontado no PTC, em ambos os projetos não é estabelecido quais os serviços de urgência são referências para avaliação médica quando o serviço não dispuser desse profissional. O PTC ainda questiona no excerto acima se tal serviço de referência seria o Pronto Socorro, a UBAI⁴ ou a UPA, no entanto, veremos adiante por excertos dos PTS que o encaminhamento para avaliação médica geralmente não é para esses serviços.

Devido ao fato da inexistência de tais dados no PTF, quando submetido para apreciação do Conselho Municipal de Saúde, o projeto teve alguns questionamentos em assembleia geral ordinária:

[...] explica que o CAPS AD III não terá um atendimento de urgência, logo, não fará este serviço. A conselheira J.Q. coloca que a Portaria 3088 diz que o CAPS é um lugar de controle de crise e por isso não deve ser necessário o encaminhamento para procurar atendimento, assim como os usuários que procuram o CAPS não devem ser agendados, pois isto não é acolhimento. [...] registra que o CAPS AD

⁴Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI): unidade básica de atendimento com funcionamento das 8h às 23h, criada em 2010 para diminuir o fluxo do Pronto Socorro Municipal de Pelotas. Utiliza o Protocolo de Classificação de Risco para triagem dos casos, tendo capacidade para atender pacientes que se enquadram nas cores amarelo e verde.

terá 10 leitos para internação emergencial dos usuários. A conselheira H.H. fala que o CAPS é porta de entrada, conforme Decreto 7508/2011, logo o usuário não precisará passar por outro serviço para ser encaminhado; quanto ao serviço de urgência e emergência, questiona quem fará esse trabalho. A Sra. A.C. fala que o CAPS AD III é mais um passo para qualificar a rede de atenção à Saúde Mental, assim como a Unidade de Acolhimento, mas ainda não resolverão todos os problemas da rede; a SMS está em tentativas com o HE-UFPEL, para que seja disponibilizado o atendimento de urgência e emergência em Saúde Mental, o que ainda está no início das conversas (ATA 15/2013, p.6).

De acordo com Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, a atenção de urgência e emergência em saúde mental é formada pelos seguintes pontos de atenção: SAMU, sala de estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros. Contudo, a Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 do Ministério da Saúde, também estabelece o CAPS AD III deve funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de modo a participar diretamente do resgate voltado aos usuários com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, objetivando a minimização do sofrimento e a sua exposição, além de ser o local de referência para cuidado e proteção de usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade, como recaídas, abstinência, ameaças de morte, entre outros.

Apesar de estarem estabelecidos em portarias governamentais os serviços que fazem parte da rede de atenção psicossocial no que tange ao cuidado de urgência e emergência em saúde mental, o corpo do PTF não faz menção dos serviços no território pelotense que atenderão esta demanda, abrindo margem para a não responsabilização dos serviços em rede integrada por falta de contratualidade prévia, o que fragiliza o cuidado em momento de crise para o usuário de álcool e outras drogas.

O Projeto Terapêutico finalizado cita como atendimentos individuais a administração medicamentosa, a psicoterapia e a orientação; como atendimento em grupo, a psicoterapia coletiva, o grupo operativo e as atividades de suporte social. Também, é indicado que as oficinas terapêuticas seriam realizadas por profissionais de nível médio ou superior e que as atividades comunitárias enfocariam a integração do usuário de álcool e outras drogas na comunidade e sua inserção familiar e social.

Estabelece que os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberiam uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberiam duas refeições diárias e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberiam 4 (quatro) refeições diárias.

O PTF também indica que a equipe técnica realizaria reunião todas as quartas-feiras pela manhã, em dois momentos distintos: no primeiro participariam todos os funcionários do CAPS III para discussão e orientação dos aspectos gerais de funcionamento e sobre o manejo nas diversas situações da semana; no segundo participariam os técnicos para discussão dos acolhimentos, formulação e avaliação dos Planos Terapêuticos Singulares (PTS) dos pacientes em tratamento e discussões de casos.

Sobre o Plano Terapêutico Singular (PTS), é estabelecido no PTF que o mesmo seria elaborado pela equipe multidisciplinar, de acordo com o plano geral da patologia do paciente, com diagnóstico nosológico e aspectos psicossociais, com as medidas imediatas para manejo da sintomatologia aguda e planejamento das atividades e seguimento do tratamento. Cita como uma sugestão da equipe técnica, sendo negociado e acordado com o paciente e seus familiares de modo a garantir a corresponsabilização pelo tratamento. É estabelecido que deve constar no prontuário a avaliação biopsicossocial para formulação diagnóstica e proposta de tratamento, sendo permitida a participação em atividades de modalidades distintas que contemplem de forma integral as necessidades específicas de cada usuário. Também, é estabelecido que cada usuário tenha um técnico de referência e que as anotações da evolução dos sintomas quanto ao comprometimento nos três níveis (leve, moderado e grave) de acordo com os aspectos de adesão, manutenção, comprometimento biológico, psíquico, familiar, social e legal seriam feitas por este profissional.

Para o funcionamento do serviço, o PTF aborda questões da estrutura, como os recursos humanos e o espaço físico. Em relação a primeira questão o PTF traz como equipe técnica: três médicos psiquiatras em regime de 20 horas semanais cada, dois médicos clínicos em regime de 20 horas semanais cada, dez enfermeiros em regime de 30 horas semanais cada, seis psicólogos em regime de 20 horas semanais cada, um terapeuta ocupacional, quatro assistentes sociais, dois profissionais superiores de Artes, um profissional superior de Artes com habilitação

em música, um profissional superior de Educação Física com regime de 20 horas semanais, um farmacêutico, quatorze técnicos de Enfermagem, quatro técnicos administrativos, quatro agentes redutores de danos, um artesão, um coordenador, quatro serventes gerais, três merendeiras ou cozinheiras e quatro guardas municipais.

Apesar desta indicação de equipe técnica, o documento também traz que, durante o funcionamento diurno, para atender 40 pacientes por turno, podendo chegar a um máximo de 60 pacientes, a equipe mínima deveria ser composta por um médico clínico, um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação ou experiência em saúde mental, cinco profissionais de nível universitário, um farmacêutico, quatro técnicos de enfermagem, um artesão, um oficial administrativo, dois agentes redutores de danos, um merendeiro, um servente geral e um guarda municipal; para os plantões de 12 horas de acolhimento noturno, a equipe mínima indicada é de um enfermeiro, um profissional de nível universitário, dois técnicos de enfermagem, um agente redutor de danos, um oficial administrativo, um merendeiro, um servente geral e um guarda municipal; para o funcionamento diurno nos sábados, domingos e feriados, para o plantão de 12 horas, a equipe mínima indicada é de um enfermeiro, um profissional de nível superior, três técnicos de enfermagem, um oficial administrativo, um agente redutor de danos, um merendeiro, um servente geral e um guarda municipal.

Sobre os recursos estruturais (físicos) necessários para a implantação do serviço e realização das atividades, o documento indica uma sala de espera, uma recepção, um posto de enfermagem, quatro salas para atendimento individual, uma cozinha, uma despensa, um refeitório, um almoxarifado, uma lavanderia, quatro banheiros com chuveiro (masculino e feminino), dois dormitórios para repouso (masculino e feminino), uma área de lazer externa, duas salas para oficina terapêutica, duas salas para atividades grupais, um espaço para oficina de marcenaria, um espaço de convivência e biblioteca e um espaço para ginástica para realização do projeto AcADemia no CAPS.

Para viabilidade das estruturas supracitadas, o documento cita os valores financeiros de incentivos para o serviço que era proposto pelos governos Federal e Estadual e faz uma projeção dos investimentos para a implantação e manutenção do

serviço, porém, visto a irrelevância destes dados para esta pesquisa, estes não serão descritos.

Ao analisar a organização do serviço sob a luz dos conceitos foucaultianos, percebe-se as ramificações do poder que tece uma rede biopolítica que institui um maior controle e vigilância e em cada espaço e momento vai prescrevendo e reforçando formas do ser usuário de droga no tecido social a partir de estratégias e táticas para o seu governo, conforme discutido nas próximas temáticas.

6.2 O cardápio de atividades: estratégias e táticas engendradas para o governo dos usuários de um CAPS AD

As atividades oferecidas para o tratamento e acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas neste serviço é diversa e permeia desde atendimentos individuais até atividades coletivas de diversas modalidades.

Construiu-se o quadro a seguir, com indicação das atividades realizadas por dia e turno, para que possamos compreender de maneira mais clara o contexto a ser analisado posteriormente. A denominação das atividades foi estritamente reproduzida dos registros de atividades do serviço, não sendo seus nomes uma dedução.

QUADRO 1. Cardápio de Atividades do CAPS AD III

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
MANHÃ	OFICINA DE ARTESANATO OFICINA DE MEDITAÇÃO E REIKI ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	OFICINA DE MARCENARIA OFICINA DE ARTESANATO OFICINA DE MÚSICA EM VÍDEO GRUPO DE PROMOÇÃO À ABSTINENCIA – ÁLCOOL MASCULINO ATENDIMENT	REUNIÃO DE EQUIPE	OFICINA DE ARTESANATO FEMININA OFICINA DE PINTURA OFICINA DE CANTO E CORAL-OKÊ OFICINA DE MUSCULAÇÃO GRUPO DE MANUTENÇÃO ALCOOLISTAS MASCULINO	OFICINA DE PRÁTICA VOCAL E INSTRUMENTAL GRUPO DE MOTIVAÇÃO – PROMOÇÃO A ABSTINENCIA - ÁLCOOL MASCULINO GRUPO DE TABACO ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS		

		OS INDIVIDUAIS		(QUINZENAL) GRUPO DE ALTA MD E ÁLCOOL (1X MÊS) GRUPO DE TABACO ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS			
TARDE	OFICINA DE MEDITAÇÃO E REIKI OFICINA DE MUSCULAÇÃO GRUPO MD MASCULINO GRUPO MD FEMININO GRUPO DE PROMOÇÃO À ABSTINÊNCIA FEMININO GRUPO DE FAMILIARES (QUINZENAL) GRUPO DE ALTA MD E ÁLCOOL(1X MÊS) GRUPO DE MANUTENÇÃO DE ALCOOLISTAS MASCULINO (1X MÊS) ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	OFICINA DE ARTESANATO OFICINA DE MEDITAÇÃO E REIKI GRUPO DE MD MASCULINO GRUPO FAMILIAR ALCOOLISTAS (QUINZENAL) ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	OFICINA DE ARTESANATO OFICINA DE MUSCULAÇÃO GRUPO DE MD MASCULINO GRUPO DE ALTA MD E ÁLCOOL (1X MÊS) ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	OFICINA DE MEDITAÇÃO E REIKI OFICINA DE ZUMBA GRUPO DE ADOLESCENTES GRUPO DE REDUÇÃO DE DANOS GRUPO DE PROMOÇÃO A ABSTINÊNCIA DE ALCOOL MASCULINO GRUPO DE MANUTENÇÃO DE ÁLCOOL FEMININO (QUINZENAL) ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	OFICINA DE MUSCULAÇÃO GRUPO DE DE PROMOÇÃO A ABSTINÊNCIA DE ALCOOL FEMININO ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS		
NOITE	GRUPO DE MÚLTIPLAS DROGAS MASCULINO			GRUPO DE PROMOÇÃO A ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL MASCULINO	GRUPO DE MÚLTIPLAS DROGAS MASCULINO		

Neste momento, restringiram-se os atendimentos individuais apenas a atendimentos realizados por psicólogos, psiquiatras, clínicos gerais e assistentes

sociais, visto que são os profissionais que naquele momento apresentavam disponibilidade de agendamento nesse serviço.

Também, é importante ressaltar que todas as atividades realizadas pelo serviço tem estabelecido uma tolerância para atrasos e que usuários que apresentem mais de duas ausências consecutivas são automaticamente desligados da atividade.

Quando observamos o Quadro 1 (p.59), notamos que não há menção de atividades propostas aos sábados e domingos, bem como há uma oferta restrita das mesmas no período noturno. A grande maioria das atividades se concentra no período diurno e em dias úteis, o que vai de encontro com a justificativa para implantação do projeto terapêutico do serviço, na qual é pontuado que pelo serviço se caracterizar pelo funcionamento 24 horas estaria disponível para assistir os indivíduos usuários de drogas no momento de maior vulnerabilidade, que de acordo com o projeto supracitado seriam a noite e em finais de semana.

Essa dificuldade do serviço em adequar sua oferta de cuidado de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários é expressa no excerto abaixo:

Diz não ter vindo a consulta psicológica porque não foi liberado do trabalho (trabalha até as 18h). Falo da importância de não perder a consulta e fico de remarcar para um horário a tardinha. Agendado consulta com A. dia 19/11 as 17h45 (PTS7).

A análise do cardápio de atividades demonstra, portanto, que apesar de o PTF pontuar como justificativa para a implantação na modalidade III a ampliação do acesso e da assistência aos usuários de drogas nos períodos de maior vulnerabilidade, o serviço não oferece na prática essa assistência na medida em que pretendia proporcionar quando na construção do projeto, pois, no período noturno e em finais de semana, há poucas atividades terapêuticas ou nenhuma em determinados dias que possam oferecer esse cuidado.

De acordo com Domiciano Siqueira (LANCETTI, 2011), esta cristalização burocrática das atividades não permite que os usuários utilizem plenamente o serviço:

[...] está ali perto, mas não serve pra eles, e muitas vezes, não é só por causa de preconceito dos técnicos de saúde, que atendem bem ou atendem mal [...]; é porque o próprio sistema de horário de funcionamento não combina com o horário em que eles buscam o atendimento. Então, eles simplesmente sabem que aquilo não é pra eles; [...] é pra quem tem o mínimo de desejo de ter saúde, que se

sujeita a horários predeterminados [...]. Entender, então, que [...] funciona dessa forma, é entrar em sintonia com eles. Estando em sintonia com essas pessoas e com esses processos, elas começam a buscar na gente uma alternativa para os problemas que tem (LANCETTI, 2011, p.56)

Isso exemplifica que o sujeito usuário de drogas, apesar de se esperar que se reinsira socialmente, deve ainda ser controlado neste ambiente, estabelecendo horários específicos de atendimento que o restringem, apesar da especificidade desse grupo, às mesmas regras sociais as quais são submetidos os demais cidadãos.

Um exemplo que temos disso é o estabelecimento de uma tolerância para atrasos nas atividades propostas pelo serviço. Ora, se sabe que o indivíduo usuário de drogas é por natureza fora do padrão social considerado normal, por que as atividades das quais ele pode participar não estão de acordo com suas especificidades como sugere o PTF?

De acordo com Wandekoken, Quintanilha e Dalbello-Araújo (2015), o controle do tempo e do espaço, dispositivos burocráticos comuns na vida em sociedade, configura uma forma de controle da vida que vai além do aprisionamento do corpo, indo ao encontro da lógica manicomial. A partir disso, podemos refletir que a lógica manicomial ainda é encontrada nos serviços de saúde mental, sendo percebida em diversas práticas tutelares, como na hegemonia burocrática em detrimento do cuidado.

Sobre tal fenômeno, Foucault (2014) disserta:

[...] um novo conjunto de obrigações é imposto, outro grau de precisão na decomposição dos gestos e dos movimentos, outra maneira de ajustar o corpo a imperativos temporais. O que é definido [...] não é um horário – um quadro geral para uma atividade; é mais que um ritmo coletivo e obrigatório, imposto do exterior; é um 'programa'; ele realiza a elaboração do próprio ato; controla do seu interior seu desenrolar e suas fases. Passamos de uma forma de injunção que media ou escandia os gestos a uma trama que os obriga e sustenta ao longo de todo o seu encadeamento. Define-se uma espécie de esquema anátomo-cronológico do comportamento. [...] O tempo penetra o corpo, e com ele todos os controles minuciosos do poder (FOUCAULT, 2014b, p.149).

Também, percebe-se a partir da análise do cardápio de atividades a descontextualização do cuidado em liberdade por meio de atividades com lógica proibicionista. De acordo com Passos e Souza (2011), a tática da abstinência

preconizada por essa estratégia, corrobora para os discursos jurídico, médico-psiquiátrico e moral religioso que descrevem os usuários de drogas como criminosos, doentes e imorais.

Melo (2016) relata em seu estudo que os discursos predominantes médico-psiquiátrico, religioso e bélico permitem que os usuários de álcool e outras drogas sejam representados como antissociais, imorais e criminosos, sugerindo desta forma que a única resolução para esta problemática se dê por meio da exclusão/separação do convívio social como forma de tratamento. Esses discursos contribuíram para a compreensão de que a abstinência é considerada fator imprescindível no tratamento (FERNANDES; FUZINATTO, 2012).

Das atividades propostas, apesar de a estratégia de redução de danos ser indicada como estratégia norteadora do cuidado nesse serviço, há diversos grupos que em sua própria titulação indicam a promoção da abstinência, ressaltando esse caráter da estratégia proibicionista, o que reforça o segundo pressuposto desta pesquisa, de que as práticas de cuidado em relação aos usuários de álcool e outras drogas buscam o governo da população de modo a tornar o sujeito usuário um sujeito abstinente e produtivo.

Foucault (2017) pontua que o governo se define como uma maneira correta de dispor as coisas para conduzi-las não ao bem comum, mas a um objetivo adequado a cada uma das coisas a governar. No caso da população usuária de álcool e outras drogas, tal fenômeno se exprime no ideário da abstinência e da produtividade, sendo uma finalidade específica para o governo dessa população. Ainda, ressalta o autor:

[...] no caso da teoria do governo não se trata de impor uma lei aos homens, mas de dispor as coisas, isto é, utilizar mais táticas do que leis, ou utilizar ao máximo as leis como táticas. Fazer, por vários meios, com que determinados fins possam ser atingidos. [...] a finalidade do governo está nas coisas que ele dirige, deve ser procurada na perfeição, na intensificação dos processos que ele dirige e os instrumentos do governo, em vez de serem constituídos por leis, são táticas diversas. Na perspectiva do governo, a lei não é certamente o instrumento principal (FOUCAULT, 2017, p.418).

É possível verificar pela titulação dos grupos que o foco mais urgente de atenção no uso abusivo não é crack, como o projeto terapêutico afirma, mas sim o uso de álcool, que é uma droga legalizada. Logo, se verifica que a legalidade do uso de uma substância é indiferente para o governo da população, pois este se refere ao

controle das massas no nível da segurança, sendo um dispositivo biopolítico e não disciplinar, embora esse poder muitas vezes atravesse as práticas de cuidados.

Para Foucault (2017),

[...] gerir a população não queria dizer simplesmente gerir a massa coletiva dos fenômenos ou geri-los somente no nível de seus resultados globais. Gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe. A ideia de um novo governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina. [...] Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem a população como seu alvo principal e os dispositivos de segurança como seus mecanismos essenciais (FOUCAULT, 2017, 428).

Deste modo, a governamentalidade concerne no conjunto de procedimentos, táticas, análises e cálculos que permitem que o poder seja exercido sob a população, tendo a economia política como saber e os dispositivos de segurança como instrumentos técnicos essenciais intrínsecos a esse fenômeno. A preeminência do poder de governar resultou no desenvolvimento de aparelhos específicos de governo e de conjunto de saberes, estabelecendo táticas que permitem definir, incessantemente, o que deve ou não competir ao Estado, devendo ele ser compreendido como base nas táticas gerais da governamentalidade (FOUCAULT, 2017).

O álcool é uma droga lícita e, devido a isso, o controle sobre o seu uso depende do governo da população usuária por meio dos dispositivos de segurança e seu poder biopolítico. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004), cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas e seu uso indevido é responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Em relação à América Latina, os dados são ainda mais preocupantes: cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos neste continente, índice quatro vezes maior do que a média mundial, estão relacionados ao uso indevido de álcool.

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (BRASIL, 2007), que utilizou como variáveis para análise a frequência do uso de álcool e sua quantidade, expõe que 52% dos brasileiros podem ser classificados como bebedores. Destes, 24% bebem frequentemente e de maneira pesada e 29% são bebedores pouco frequentes e não fazem uso pesado. O

estudo mostra, portanto, que quase metade dos bebedores consome álcool com alto risco para sua saúde.

Por sua vez, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI et al, 2007), estudo que envolveu as 108 maiores cidades brasileiras, concluiu que o uso de álcool apresentou prevalência de 74,6% para pelo menos uma vez na vida e a dependência de álcool prevalência de 12,3% na população estudada. Ainda, aponta que na Região Nordeste a prevalência de dependência é ainda maior, chegando a 13,8%. Já ao que tange sobre o uso de crack ao menos uma vez na vida, a taxa de prevalência encontrada foi de apenas 1,5% nas cidades estudadas.

A Pesquisa Nacional Sobre o uso de Crack (BASTOS, BERTONI, 2014), que abrangeu as 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, concluiu que 0,81% da população amostrada consome crack e/ou similares de forma regular. Essa proporção representa cerca de 370 mil usuários regulares em números absolutos. Nesses mesmos municípios, a estimativa para o número de usuários de drogas ilícitas em geral, com exceção da maconha, foi de 2,28%, ou seja, aproximadamente 1 milhão de usuários. Desta forma, usuários de crack e/ou similares correspondem a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais do país. Os autores pontuam que, embora o consumo em locais públicos seja bastante visível em função da magnitude das metrópoles e do tamanho expressivo das cenas de uso, as estimativas de proporção de usuários de crack e/ou similares não são mais elevadas na região Sudeste, ao contrário da percepção do senso comum.

Este levantamento ainda pontua que a formulação e coordenação de um estudo sobre o uso de crack no Brasil se deu pela ampla mobilização da opinião pública, das instâncias políticas e dos meios de comunicação em torno das cenas abertas de uso de crack, popularmente chamadas de “cracolândias”, devido à escassez de informações acerca desses espaços.

Devido o fato de o álcool ser uma droga legalizada e exceder os limites do que o Estado consegue impositivamente controlar, se transfere o foco para um novo alvo, mais frágil nas relações de poder por ser um fenômeno da atualidade. O crack, droga surgida já no século XXI, pouco foi estudado com relação aos seus impactos na sociedade e, portanto, está mais propenso a ser influenciado pelos discursos.

O Estado não consegue interpor um poder disciplinador para o uso de álcool, pois a máquina judiciária permite esse “descontrole” em função da sua legalidade, e, deste modo, cria-se uma verdade deste tempo: a epidemia do crack. O usuário de drogas por sua vez, já estigmatizado como uma ameaça ao bem estar social, passa a ser protagonista de um controle pelo Estado que se justificaria para a manutenção da ordem e assim, fortalecendo ações de repressão.

Também, a partir da análise do cardápio de atividades surge o questionamento sobre o suporte aos familiares de usuários de álcool e outras drogas. O artigo 5º da Portaria nº130/2012 estabelece o CAPS AD III como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares, estando este pertencente ao processo de cuidado de modo a colocá-lo como um dos atores da construção do PTS, além de ofertar cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário ao serviço. No artigo 6º da mesma portaria, se estabelece que o CAPS AD III deve promover junto aos usuários e familiares a compreensão das políticas públicas e prover atendimento individual e em grupo para familiares.

O cardápio apresenta dois grupos de atendimento à família que são realizados quinzenalmente, um com o foco em familiares de alcoolistas e outro com foco em familiares de usuários de múltiplas drogas. De acordo com o Projeto Terapêutico finalizado, faz parte do objetivo geral do dispositivo em modalidade III realizar ações de atenção/assistência também para familiares de usuários de álcool e outras drogas, de forma integral e abrangente. Também, de acordo com Martins, Pillon e Luis (2004), a família é a personagem mais comprometida com a situação e a que mais possui recursos para auxiliar o usuário de drogas, desde que devidamente estimulada e acompanhada.

No entanto, observa-se pelo cardápio de atividades que o único suporte dado à familiares neste dispositivo são os atendimentos em grupo. Também, se o uso de drogas é uma epidemia de tamanha gravidade a ponto de ser atribuída como uma importante responsável pela insegurança pública, não seriam quatro grupos mensais um quantitativo muito baixo para realizar intervenções com a família, o mais importante núcleo de relação interpessoal dos indivíduos? Se essas são as táticas utilizadas para suporte dos familiares de usuários de álcool e outras drogas, a

família está participando da construção do PTS juntamente com o usuário e a equipe de atendimento psicossocial?

Percebe-se pelo cardápio de atividades que há uma dificuldade do serviço em oferecer acompanhamento constante e acolhedor aos familiares. De acordo com Azevedo e Miranda (2010), estes almejam a participação ativa no tratamento do usuário, porém são barrados pela falta de ampliação de outras formas participativas, em virtude da infraestrutura ou da gestão organizacional deficitária. Deste modo, esta demanda reprimida sinaliza um problema a ser superado pelos CAPS, visto que pode proporcionar a insatisfação do usuário e da família ao longo do tratamento.

6.3 Os Planos Terapêuticos Singulares: práticas de normalização e subjetivação do usuário de álcool e drogas

O conceito de Plano Terapêutico Singular (PTS) modificou-se através do tempo juntamente com o SUS, sendo um importante dispositivo de integração e organização das equipes de saúde por se tratar de “um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade” (BRASIL, 2010b, p.94).

Para Oliveira (2007), o PTS envolve um conjunto de propostas de ações terapêuticas articuladas construídas para um indivíduo, uma família ou para a coletividade com o propósito de construir uma estratégia de intervenção que faz mão dos recursos da equipe, do território, da família e do próprio usuário e que envolve uma pactuação entre todos os envolvidos nesse processo.

Segundo o Ministério da Saúde (2010b), o PTS não pode ser considerado isoladamente o necessário para produzir mudanças nos modelos de atenção e de gestão, porém, é um importante disparador destes processos nas práticas de saúde.

De acordo com Carvalho et al (2012) e Hori e Nascimento (2014), o PTS é um instrumento potente no cuidado em saúde mental que possibilita a participação do usuário no seu processo de cuidado permitindo desse modo a construção de sua autonomia e das relações no contexto de vida dos usuários e de suas famílias.

O trabalho em equipe é essencial para a elaboração de pactuações e implica no compartilhamento de percepções e reflexões de profissionais de diferentes áreas

do conhecimento objetivando a compreensão da situação ou problema à luz da análise. A construção do PTS deve ser um processo coletivo interdisciplinar ao que tange o cuidado em saúde, além de envolver os outros atores sociais pertencentes à situação em discussão, afirmando deste modo a responsabilização de todos os sujeitos envolvidos neste processo. (BRASIL, 2010b; OLIVEIRA, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010b), formular e operar um PTS demanda a realização de três movimentos sobrepostos e articulados: a coprodução da problematização, a coprodução de projeto e a cogestão do processo.

A coprodução da problematização se refere “ao processo que produz o acesso dos sujeitos à singularidade do caso em discussão” (BRASIL, 2010b, p.95). De modo sintetizado, podemos dizer que se trata do reconhecimento das especificidades e dos fatores biopsicossociais do indivíduo e das situações problemáticas as quais ele está exposto e como estes fatores podem interferir na adesão, no andamento e no acompanhamento do tratamento.

A coprodução de projeto se refere à elaboração de possibilidades de intervenção para cada singularidade identificada no processo anterior, de modo a organizar e planejar essas intervenções de maneira clara e objetiva. É importante ressaltar que essa construção deve ser conjunta, entre equipe/profissional e usuário, para haver maior chance de sucesso e menor possibilidade de dano.

A cogestão do processo nada mais é do que a avaliação do processo de intervenção. É um movimento que deve ser realizado em um momento próprio para tal, como as reuniões de equipe, onde sejam avaliadas as intervenções e sejam realizadas novas pactuações, buscando a formação de uma rede de cogestão e de sustentação do projeto proposto inicialmente.

Diante do exposto, é importante ressaltar que o PTS, nos serviços de saúde, pode ser encontrado nos prontuários de cada paciente, não sendo necessariamente sua indicação como algo explícito, mas estando registrado ao longo das anotações dos profissionais.

Desta forma, para que compusesse o corpus dessa pesquisa, dados sobre este dispositivo foram extraídos dos prontuários de dez usuários em acompanhamento do CAPS AD III em questão.

Como critério de seleção dos prontuários a serem analisados, utilizou-se a participação em atendimento na primeira semana de setembro de 2018, em

atividade individual ou coletiva. Prontuários de usuários que foram acolhidos neste período foram excluídos, pois neste momento não há um PTS já determinado e em andamento para análise. Os prontuários foram separados de acordo com o dia de atendimento e foram avaliados individualmente levando em consideração a qualidade dos registros e o tempo de acompanhamento do usuário pelo serviço, até que se totalizasse 10 prontuários que demonstrassem qualidade do material a ser analisado.

Foi possível verificar como táticas presentes no cuidado em álcool e outras drogas neste serviço a psicoterapia, a avaliação psiquiátrica, avaliação psiquiátrica em momento de crise, a avaliação clínica, a avaliação social, o grupo de múltiplas drogas, grupo de tabaco, grupo de promoção de abstinência de álcool, grupo de redução de danos, grupo de adolescentes, oficina de artesanato, oficina de pintura, oficina canto coral-okê, oficina de marcenaria, oficina de musculação, oficina de meditação e reiki e a oficina de prática vocal e instrumental.

Importante destacar que o grupo de redução de danos foi documentado em apenas um PTS selecionado na pesquisa, enquanto o grupo de promoção de abstinência de álcool por sua vez foi documentado em três e o de múltiplas drogas em seis. O grupo de promoção de abstinência de álcool trabalha claramente sob a luz da vertente proibicionista, apesar de no Projeto Terapêutico finalizado ser estabelecida a estratégia de Redução de Danos como norteadora do cuidado neste serviço.

A partir da análise dos registros dos prontuários, se tornou mais evidente ainda uma temática de suma importância a ser problematizada nesta pesquisa: o governo dos corpos no cuidado em liberdade.

Como já descrito anteriormente, o poder disciplinar atravessa o cuidado em saúde mental, colocando cada ator dessa configuração em um lugar específico onde cada um exerce o seu poder. No entanto, pelas táticas de cuidado se tratar de uma materialização de uma estratégia de governo dos corpos, é inegável que elas balizem as diretrizes de conduta a serem esperadas como produto dessas ações. É possível afirmar esta colocação a partir dos seguintes registros:

Vem para musculação, sai sem avisar com o paciente L. Ambos desligados (PTS2).

Não está cumprindo o PTS, oriento e combino os atendimentos (PTS2).

Fugou do grupo ontem e hoje para usar droga. Paciente nega uso (PTS2).

Conforme combinado com G., paciente irá para UAA (PTS2).

Diz não ter vindo a consulta psicológica porque não foi liberado do trabalho (trabalha até as 18h). Falo da importância de não perder a consulta e fico de remarcar para um horário a tardinha. Agendado consulta com A. dia 19/11 as 17h45 (PTS7).

Por meio de tais excertos, podemos verificar o quão potente é o governo dos corpos dentro das táticas engendradas no cuidado em álcool e outras drogas. O usuário do serviço deve se adequar aos mecanismos organizacionais para dispor do acompanhamento especializado, como participar integralmente de uma atividade, expresso nos registros de PTS2. Importante ressaltar que, como citado anteriormente, que há uma regra de participação nas atividades que estabelece que a ausência por duas vezes consecutiva na atividade tem como consequência a exclusão do usuário nesta. No entanto, ao usuário não participar integralmente do grupo naquele momento, o registro expõe que o mesmo é excluído dessa atividade o que fortalece o poder do profissional e coloca o usuário em um papel de subserviência, fragilizando sua autonomia dentro do serviço.

De acordo com Wandekoken, Quintanilha e Dalbello-Araújo (2015), essas práticas tutelares de supremacia da burocracia em detrimento do cuidado muitas vezes são justificadas pelas equipes devido às atividades a serem realizadas na instituição para que o usuário do serviço permaneça em abstinência, muito embora os CAPS AD devam atuar sob a lógica da Redução de Danos.

Além disto, percebe-se na análise do excerto do PTS7 a questão do acesso ao serviço. A Lei 10.216/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, reforçou as diretrizes preconizadas pelo SUS quanto à universalidade e equidade de acesso e ao direito à assistência aos usuários de serviços de saúde mental. No entanto, conforme exposto pelo excerto, o acesso ao tratamento ainda é por vezes dificultado pela indisponibilidade de assistência em horários que não compreendem os turnos habituais de funcionamento dos serviços.

Lancetti (2011) ressalta que apesar das especificidades do público atendido pelos CAPS AD, os pacientes têm de se adaptar às atividades ofertadas pelo serviço, criando desta forma uma corrente tecnocrática e burocrática, na qual os

serviços segmentarizam-se, com profissionais regidos pelas dificuldades e que se enclausuram em diversas formas de corporativismo.

Costa, Corrêa e Silva (2014) trazem em seu estudo que o padrão de encaminhamento do CAPS a que estudaram evidenciava a frágil implantação dos dispositivos de base comunitária com acolhimento noturno. Contudo, por apresentar funcionamento 24h, o CAPS AD III deveria facilitar o acesso à assistência para usuários de álcool e outras drogas com restrição de horários.

Uma questão de importante problematização que surgiu na análise dos PTS diz respeito aos atendimentos às crises, conforme se pode observar nos excertos abaixo:

Aparentemente ele realmente parece estar muito necessitado de ajuda nesse momento. Peço que venha as 17 horas para avaliação com o médico do plantão (PTS3).

Retorna bem angustiado [...] peço que retorne mais tarde para avaliação (PTS3).

Avaliação marcada em sua carteirinha era para ontem (PTS3 – sobre atendimento de crise).

Paciente com insônia, ansiedade, alucinações auditivas, ouvindo vozes por vezes, com muita ansiedade. [...] Se piorar, equipe de crise ou HEP” (PTS5).

No momento de crise, tendo seu atendimento agendado para avaliação médica de crise como citado no PTS3, se demonstra que mesmo estando em um momento considerado de vulnerabilidade clínica e psíquica, o usuário do serviço deve se submeter aos trâmites organizacionais de modo a manifestar o poder do dispositivo em detrimento ao cuidado prestado, pois de acordo com o preconizado pelas políticas de saúde mental, o momento de crise é uma urgência e necessita de acolhimento e avaliação imediata. Além disso, conforme excerto do PTS5, o encaminhamento para hospital psiquiátrico é apontado como uma possibilidade quando da piora do paciente.

Contudo, é necessário pontuar que, muito embora pareça que a avaliação médica esteja sendo colocada como determinante para o manejo do usuário, os registros revelam que há uma avaliação psíquica e social neste primeiro atendimento, que exprime a sensibilidade na percepção do profissional de que o usuário do serviço está em um momento de fragilidade.

Na lógica da clínica ampliada proposta pela reforma psiquiátrica, nenhum saber profissional se sobrepõe ao outro e todos os profissionais da equipe psicossocial devem trabalhar de modo a ofertar ao usuário do serviço um tratamento que leve em consideração as dimensões biopsicossociais que perpassam o sujeito e sua crise (MARTINS, 2017). Segundo a autora, a dicotomia de saberes gera conflitos de poder que refletem na prática.

Outra demanda registrada nos PTS que merece atenção foi o uso de táticas de controle de fissura utilizada por usuários de crack, conforme se pode observar nos seguintes excertos:

[...] refere abstinência de crack mas segue usando maconha (PTS10)

Após a alta revela não ter usado mais crack mas está usando maconha. [...]. O irmão usa maconha mas não quer tratar-se. Aciono o Redução para visita e para tentar trazê-lo ao CAPS AD (PTS10)

Abstinente de crack, porém segue usando maconha moderadamente e fumando muito cigarro (PTS10)

O uso de maconha por usuários de crack é uma tática de Redução de Danos bastante relevante e amplamente praticada nos cenários de uso. Ribeiro et al (2010) evidenciam que o uso de álcool e maconha são mecanismos utilizados que tem como objetivo o alívio dos sintomas desagradáveis causados pela fissura e por sintomas paranoides transitórios. Silveira et al (2017) corroboram com esta colocação e apontam que o uso dessas substâncias pode servir como mecanismo de proteção na diminuição dos níveis de fissura em usuários de crack.

Podemos ainda verificar de acordo com tais fragmentos que, apesar da abstinência não ser o objetivo do acompanhamento, esta aparece em evidência nos registros e que, apesar de a Redução de Danos ser apontada pelo PTF como estratégia norteadora do cuidado, há um grupo específico de promoção de abstinência de álcool, evidenciando uma ótica proibicionista no cuidado prestado, conforme o seguinte excerto:

Paciente participou do grupo PA álcool, mantendo abstinência (PTS8).

A estratégia de Redução de Danos (BRASIL, 2004b), norteadora do cuidado neste CAPS AD, visa a autonomia do sujeito com vistas a inclusão social e a cidadania para os usuários de drogas. No entanto, este objetivo não se cumpre

quando, conforme excerto do PTS10, se estabelece a busca ativa para a presença de um usuário no serviço que claramente não deseja tratamento.

6.3.1 A ótica psiquiátrica do enclausuramento no cuidado em liberdade

Conforme exposto anteriormente, o Projeto Terapêutico finalizado apresenta como proposta a implantação de 10 leitos para intervenções em situação de crise. No entanto, é importante trazer à luz da análise que emergiram dos PTS fragmentos que vão de encontro ao discurso proposto pelo projeto:

Paciente encaminhado ao HEP devido à intoxicação (PTS2).

Encaminhamento para o HEP. Justificativa: paciente usuário de múltiplas drogas em situação de risco social (PTS3).

Encaminhamento para o HEP. Justificativa: paciente usuário de crack e álcool, em situação de risco social, motivado, pensamentos suicidas sem plano. Encaminhamento para internação após contato com regulação de leitos (PTS3).

Vem ao CAPS encaminhado pelo Centro Pop [...], bastante intoxicado sem conseguir parar com o uso [...]. Faço contato com a regulação de leitos, encaminhamento para o HEP com reserva de leito (PTS4).

Paciente vem ao CAPS acompanhado da filha, veio com encaminhamento do HEP, ficou internado 30 dias para desintoxicação (PTS4).

Paciente com insônia, ansiedade, alucinações auditivas, ouvindo vozes por vezes, com muita ansiedade. [...] Se piorar, equipe de crise ou HEP (PTS5).

Encaminhamento para HEP. Justificativa: [...] paciente sem condições de enfrentar a abstinência sem tratamento. Encaminhamento para internação hospitalar após contato com a central de leitos (PTS7).

Encaminhamento para Eduardo Cortêz – Beneficência Portuguesa (PTS8).

Paciente comparece ao CAPS [...], quer ir para a UAA ou ficar no acolhimento do CAPS AD.[...] Como paciente estava um pouco agitado e com risco de agressão, falo com psiquiatra reguladora N., consigo vaga e encaminhamento ao HEP (PTS10).

Apesar de o CAPS AD III ter em sua estrutura leitos para desintoxicação, dos 10 prontuários selecionados para análise do PTS, mais da metade continham fragmentos de encaminhamento a outro serviço da rede de saúde para este fim. É relevante pontuar que apenas um encaminhamento foi realizado para leito

psiquiátrico em hospital geral; os demais tiveram como referência a internação em hospital psiquiátrico com lógica manicomial.

Foucault (2017) afirma que o modo asilar de funcionamento do cuidado psiquiátrico, quando de sua criação, foi pautado na segurança do indivíduo e de sua família de modo a prover novos hábitos intelectuais e morais, além de o acompanhamento médico com a promessa de cura. Se expressa nestas justificativas o peso de um discurso carregado de relações de poder, no qual o indivíduo considerado louco era enclausurado e se apresentava sob o domínio da prática médica.

Diante do exposto, devemos problematizar a seguinte questão: se a estratégia norteadora do cuidado no CAPS AD é a redução de danos e o serviço dispõe de leitos para este tipo de cuidado, por que ainda se faz mão de um dispositivo asilar na rede de cuidado?

De acordo com Fontanelle (2010), a priorização da internação em hospitais psiquiátricos como dispositivo para cuidado aponta para um modo de olhar o sujeito com transtornos mentais como aquele que rompe com uma adequação social. Desta forma, o usuário de álcool e outras drogas é colocado à margem da normalização, estando fora do padrão social considerado normal dos indivíduos e, portanto, considerado inadequado.

Silva (2007) pontua que ao gerarem uma ressonância social, as situações de crise em saúde mental se transformam em emergências psiquiátricas e, deste modo, o fator psíquico se torna irrelevante, pois o sujeito que apresenta algum transtorno é considerado o inadequado socialmente.

Apesar de se utilizar de táticas pautadas na estratégia do cuidado em liberdade evidenciada pelo discurso da política para balizar as ações de cuidado em álcool e outras drogas, o que se exprime da prática registrada nos PTS sinaliza o quanto o poder e o governo dos corpos estão presentes nas táticas engendradas no cuidado e reverberam por meio de táticas sob a ótica proibicionista e manicomial.

Indo de encontro com as políticas que incentivam o cuidado em liberdade, os encaminhamentos a um hospital psiquiátrico mesmo se tendo na rede de atenção psicossocial um dispositivo que provém o cuidado clínico em situação de crise e comorbidades, deixa evidente as condições de possibilidade para a retomada de táticas pautadas no proibicionismo, reforçando práticas disciplinares ainda mais

duras para a subserviência do usuário de drogas, o que constrói ao longo do tempo uma nova verdade sobre o cuidado e empodera o retrocesso das práticas em saúde mental, tão evidenciado na história da luta antimanicomial brasileira.

Também, torna-se relevante problematizar que, mesmo a rede de atenção psicossocial em álcool e outras drogas tendo disponível para uso leitos no próprio dispositivo central dessa rede, o mesmo cumpre com seu papel diante a ausência de práticas que viabilizem a inserção social e a autonomia em horário noturno e em finais de semana? Até que ponto o que está sendo proporcionado não é o enclausuramento dos sujeitos evidenciado pelo modo asilar dentro de um dispositivo que deveria funcionar sob a ótica psicossocial?

7 CONCLUSÃO

O uso de drogas, apesar de atravessar a história da humanidade, apresentando caráter problemático ou não, ainda é visto na atualidade como um dos principais aspectos da insegurança pública. Deste modo, foi compelido a ser uma agenda da saúde pública de modo a se tornar um dos pontos onde o poder atravessa a rede de cuidado em álcool e outras drogas objetivando o governo da população para a manutenção da ordem e de um estado de bem estar social.

A verdade do nosso tempo sobre o uso de substâncias é amplamente balizada pelos discursos com lógica proibicionista e de cuidado em liberdade, sendo estas oriundas de uma análise moral, social e científica que exprime as relações de poder entre Estado e população e dão forma a essas duas principais estratégias utilizadas no cuidado em álcool e outras drogas.

As táticas utilizadas no Centro de Atenção Psicossocial estudado evidenciam, mesmo que as políticas de drogas vigentes no momento da coleta e análise de dados tivessem como norteadoras o cuidado em liberdade evidenciado pela Redução de Danos, o quanto ainda nos dias atuais reverberam como verdade nas práticas a lógica proibicionista de modo a controlar o fenômeno do uso de drogas, bem como os sujeitos desse tecido social.

O poder engendrado nos mecanismos de cuidado produzidos nas táticas assistenciais do CAPS AD III subjetivam os sujeitos que fazem parte desse cenário, dando corpo a uma homogeneização social e a uma normalização dos sujeitos, determinando o que é ou não patológico.

Os discursos destoantes sobre esta temática fomentam a prática de ações sob ambas as estratégias, dando condições de possibilidade para o fortalecimento de táticas pautadas na ótica da abstinência apesar da comprovação científica de sua baixa funcionalidade.

Especialmente no Brasil, após décadas do movimento da Reforma Psiquiátrica ter sido garantido em lei, estamos vivenciando uma mudança política grave no que concerne ao cuidado em álcool e outras drogas.

Em abril deste ano, o atual presidente Jair Bolsonaro assinou a nova Política Nacional sobre Drogas, publicada por meio do Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019, que tira o protagonismo da Redução de Danos como estratégia norteadora do cuidado e prevê o tratamento baseado na lógica da abstinência, além do fortalecimento ao modelo de tratamento das comunidades terapêuticas e o estímulo à visão de que usuários e traficantes devem ser diferenciados não conforme a quantidade de droga apreendido no flagrante, mas sim conforme as circunstâncias deste. Ademais, o documento deixa claro o posicionamento contrário do atual governo quanto à descriminalização de drogas, em especial da maconha, droga hoje descriminalizada e legalizada em diversos países.

A coleta e análise dos dados desta pesquisa ocorreram anteriormente à publicação deste decreto e, portanto, apresentava como política de referência a que fora publicada em 2002. No entanto, é necessário refletir que, muito embora a política anterior determinasse a Redução de Danos como fio condutor do cuidado em saúde mental com ênfase em álcool e drogas, diversas táticas realizadas no CAPS AD III estudado demonstram que a lógica da abstinência nunca deixou de ser o foco dentro dos serviços especializados.

Muitas práticas instituídas por este serviço não acompanharam a proposta de ampliação do cuidado prevista nessa lei, demonstrando um engessamento do modo de cuidar, padronizando a abstinência como o resultado a ser atingido no tratamento, sem levar em conta a singularidade dos sujeitos.

Esse fato, por conseguinte, leva a crer que a permanência dessas táticas nos serviços especializados pode ter sido uma condição de possibilidade para a implantação da nova Política Sobre Drogas Brasileira, indo na contra mão do movimento ocorrido em diversos países nos últimos anos, de descriminalização do uso de drogas e da legalização, sobretudo do uso de maconha devido ao fato de estudos científicos mais recentes demonstrarem o potencial terapêutico do uso de *cannabis* em diversos quadros clínicos patológicos, o que reforça a necessidade de maior investimento em pesquisas desta temática.

Ademais, em maio de 2019, governo barrou a divulgação dos resultados do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a partir de edital público lançado em 2014 pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Senad), órgão ligado ao Ministério da Justiça, após o ministro da Cidadania, Osmar Terra, discordar dos resultados. Esta pesquisa ouviu mais de 16 mil pessoas entre 2014 e 2017, envolvendo mais de 500 profissionais de diferentes áreas, sendo, portanto, a mais atualizada e maior pesquisa nacional sobre o uso de drogas no território brasileiro.

Oficialmente, o Governo Federal declarou que o embargo a este estudo se deu por falhas metodológicas no decorrer da pesquisa. No entanto, a Fiocruz⁵ declarou que o plano amostral empregado neste levantamento foi, em 2018, aprovado e publicado nos anais do *Joint Statistical Meeting*, reunião das diversas Associações Estatísticas Mundiais, sendo referendado, portanto, pelo Consórcio Internacional de Estatística. A Fiocruz, por intermédio da Procuradoria Federal junto à Fundação, acionou a Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal (CGU/AGU), que faz intermediação de conflitos entre órgãos públicos e até a publicação desta dissertação permanece em aguardo de posicionamento.

Diversas fontes midiáticas⁶, contudo, indicam que o levantamento fora barrado devido à contrariedade em relação ao discurso defendido pelo atual governo no que cerne à temática das drogas, pois aponta que não existe uma epidemia de uso de drogas no Brasil. O ministro Osmar Terra, inclusive, relatou em entrevistas que a Fiocruz tem “viés de defender a liberação das drogas”.

⁵FIOCRUZ. Nota sobre o veto do Governo Federal ao 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira. 2019. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-assegura-qualidade-de-pesquisa-nacional-sobre-drogas-0>>

⁶THE INTERCEPT BRASIL. Guerra à pesquisa: estudo que governo escondeu mostra que não há epidemia de drogas no Brasil. 2019. Disponível em <<https://theintercept.com/2019/05/31/estudo-drogas-integra/>>

GGN. Por que o estudo censurado da Fiocruz desmente a política de drogas de Bolsonaro? 2019. Disponível em <<https://jornalggn.com.br/politica/por-que-o-estudo-censurado-da-fiocruz-desmente-a-politica-de-drogas-de-bolsonaro/>>

G1. Após pesquisa sobre uso de drogas ser censurada, AGU ouve Fiocruz e Ministério da Justiça. 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/06/03/apos-pesquisa-sobre-uso-de-drogas-ser-censurada-agu-ouve-fiocruz-e-ministerio-da-justica.ghtml>>

O GLOBO. Moro autorizou divulgação de pesquisa sobre drogas da Fiocruz, mas sem chancela do governo. 2019. Disponível em <<https://oglobo.globo.com/sociedade/moro-autorizou-divulgacao-de-pesquisa-sobre-drogas-da-fiocruz-mas-sem-chancela-do-governo-23700958>>

Ainda, conforme Decreto nº 9.926 de 19 de julho de 2019, o governo federal retirou a participação da sociedade civil do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), responsável por acompanhar e atualizar as políticas e programas sobre o tema no país. Ao todo, oito entidades perderam seus assentos: a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o Conselho Federal de Educação (CFE), a União Nacional dos Estudantes (UNE) e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Também foram excluídos profissionais ou especialistas de manifesta sensibilidade sobre o tema que eram indicados pelo presidente do Conselho: um da imprensa, um antropólogo, um do meio artístico e dois de organizações do terceiro setor. Além disso, o Conad passou a ser composto apenas por representantes do governo e dos conselhos estaduais antidrogas, tendo como presidente o ministro da Justiça e Segurança Pública, atualmente Sr. Sergio Moro.

Diante da tentativa de censura dos dados sobre o uso de drogas no Brasil ao domínio público, da tentativa de desqualificar um órgão de pesquisa reconhecido internacionalmente pela sua excelência na área, além da retirada da sociedade civil do Conselho responsável por acompanhar e atualizar as políticas e programas sobre o tema no país, juntamente com a aprovação de uma nova Política Sobre Drogas pautada na preconização da abstinência como fio condutor no cuidado em álcool e outras drogas, vê-se que não é interesse do atual governo que pesquisas científicas com análise problematizadora e que não corroborem para o fortalecimento da estratégia proibicionista sejam publicadas.

Mediante os resultados produzidos pela análise de dados, se confirma o pressuposto de que a política instituída pela reforma psiquiátrica foi uma condição de possibilidade para a constituição de outras estratégias e táticas para o cuidado em álcool e outras drogas. Também, se confirma que as práticas de cuidado dessa população buscam o seu governo, de modo a tornar o sujeito usuário um sujeito abstinência e produtivo. Ademais, se verifica que este estudo atingiu seus objetivos de problematização das práticas de cuidado em álcool e outras drogas de um CAPS AD, analisando as táticas e estratégias engendradas pelas práticas de cuidado e evidenciou as formas de governo instituídas para controle dessa população.

Torna-se importante advertir que a preconização da abstinência como único produto esperado do acompanhamento e tratamento de usuários de álcool e outras drogas traz prejuízo nos indicadores que impactam na qualidade de vida do usuário, pois desconsideram a singularização e a autonomia desses indivíduos e colocam como objetivo principal do cuidado a abstinência em detrimento da escolha dos sujeitos e do seu bem estar.

Em vista disso, devemos refletir sobre as práticas instituídas pelo CAPS AD III estudado para que se amplie a discussão sobre uma reorganização do cardápio de atividades do serviço, para que o mesmo entre em consonância com seu Projeto Terapêutico e disponha de atividades que estimulem o autocuidado e a reinserção social e respeitem a escolha individual de forma plena.

Ofertar estas atividades durante os finais de semana, por exemplo, além de ser uma particularidade intrínseca à modalidade a que este CAPS pertence, é uma necessidade para se possibilitar o cuidado integral dos usuários de álcool e outras drogas, visto que muitas vezes são durante os finais de semana que os usuários apresentam episódios de uso abusivo. Também, pelo mesmo motivo, há de se analisar a ampliação das atividades noturnas, facilitando ainda que os usuários do serviço possam diuturnamente se inserir em outros espaços sociais, que não os de tratamento.

Também, torna-se emergente a necessidade de refletir sobre o atendimento de crise no espaço ambulatorial, para que se atenda de portas abertas o que os espaços do modelo asilar se propõem a atender de portas fechadas. É necessário aproveitar efetivamente os leitos que o serviço dispõe nos atendimentos à crise e vulnerabilidade, para que não mais sejam utilizados outros pontos de atenção que corroborem com práticas manicomiais.

Ainda, o engendramento do serviço ao território por meio da Estratégia de Saúde da Família e de outros dispositivos sociais é uma potencialidade a ser levada em conta. As equipes de saúde mental que operam em territórios que dispõem de ESF devem fortalecer as relações com essas equipes, pois esta práxis tem uma grande potência para a socialização do conhecimento e possibilita o cuidado compartilhado.

Além disso, as organizações sociais do território, sejam elas espaços religiosos, de educação, de produção cultural ou de quaisquer outra natureza, são

novos *settings* terapêuticos a serem fortalecidos, pois estão em sintonia com as novas formas de se trabalhar com saúde mental, bem como favorecem a reinserção social proposta pela Reforma Psiquiátrica.

É importante pontuar que os resultados deste estudo não devem ser generalizados. Sabemos que práticas pautadas no cuidado em liberdade são realizadas em diversos espaços da rede de atenção psicossocial em todo o país e que estas práticas são fruto de um movimento de resistência constante de profissionais e instituições de ensino. Até mesmo no CAPS AD III estudado existe um movimento de resistência que embora tímido, não sucumbiu ao longo das mudanças políticas e da conservadora cultura local.

Esta pesquisa teve como limitações a dificuldade de acesso aos materiais empíricos, como o Projeto Terapêutico finalizado, bem como a dificuldade para escolha dos PTS para análise, visto que muitos prontuários apresentavam registros vagos e incompletos.

Destarte, se torna de extrema importância o fomento às pesquisas com esta temática, de modo a embasar cientificamente as táticas norteadas pela lógica do cuidado em liberdade, além de colaborar para que estas sejam fortalecidas nos serviços de saúde mental com base territorial da rede de atenção psicossocial atual, de modo a garantir a efetividade dos tratamentos disponibilizados à população, além do protagonismo dos sujeitos usuários de drogas no seu tratamento, bem como demonstrar por meio de dados científicos a efetividade da estratégia do cuidado em liberdade, evidenciado pela Redução de Danos, e de acordo com a Reforma Psiquiátrica brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLONI, R. T. F.; PAIVA, L. G. M. **Salas de Consumo de Drogas: situando o debate no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé, 2017.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 25, nº 11, pp.2309-2319. Rio de Janeiro, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, vol.14, n.1, p.56-63, 2010.

BASTOS, F.; BERTONI, N. (Org) **Pesquisa Nacional sobre uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BORDIN, T. M. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. **Revista Saberes**, v. 1, n.10, p.225-235, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 314, de 13 de Março de 1967**. Define os crimes contra a segurança nacional, a ordem política e social e dá outras providências. Brasília - DF: 1967.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília – DF: 2010a.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília – DF: 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília – DF: 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 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. Poder Executivo. Brasil – DF: 2001.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil. Poder Executivo. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Crack: é possível vencer**. 1ª ed. Brasília – DF: 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. Brasília: 2004b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, 2012.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília, 2007.

BRASIL. Senado Federal. **História do combate às drogas no Brasil**. In.: Iniciativas do governo no combate às drogas. Jornal do Senado. Brasília – DF, 2011.

Disponível em:

<<https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas/historia-do-combate-as-drogas-no-brasil.aspx>> Acessado em 16/07/19.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei Complementar nº 37 de 2013**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília – DF, 2013. Disponível em:

<https://legis.senado.leg.br/sdleggetter/documento?dm=3745225&ts=1561407943961&disposition=inline> Acessado em 16/07/19.

BRAVO, O. A. Tribunales terapéuticos: vigilar, castigar y/o curar. **Revista Psicología & Sociedad**, vol.14, n.2, p.148-162, 2002.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. **Revista de Saúde Pública**, vol.28, n.2, p.137-145, 1994.

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. Análise do Discurso sobre Redução de Danos num CAPSad III e em uma Comunidade Terapêutica. **Rev. Temas em Psicologia**. vol. 25, nº 2, p.647-660, 2017.

CARDANO, M. **Manual de Pesquisa Qualitativa – A contribuição da teoria da argumentação**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotóxicas/Departamento de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo, 2007.

CARVALHO, L. G. P.; MOREIRA, M. D. S.; RÉZIO, L. A.; TEIXEIRA, N. Z. F. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **Revista O Mundo da Saúde**. vol. 36, nº 3, p.521-525, 2012.

CASTRO, E. **Introdução a Foucault**. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault – um percurso sobre seus temas, conceitos e autores**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: 1. artes de fazer**. 22ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2017.

COREN/RS. **Legislação e Código de Ética**: guia básico para o exercício da enfermagem. Rio Grande do Sul: COREN, 2017.

COSTA, M. V.; SILVEIRA, R. H.; SOMMER, L. H. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, n. 23, p.36-61, 2013.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Loucura & Civilização collection, p.141-168. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

DANNER, F. O Sentido da Biopolítica em Michel Foucault. **Revista Estudos Filosóficos**, n.4, p.143-157, 2010.

DANTAS, S. S. **Os instrumentos legais sobre drogas e a produção de sentidos sobre o usuário: entre o proibicionismo, a (des)criminalização e a Redução de Danos**. 2016. 133f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2016.

DUARTE, M. L. C. **Avaliação da atenção aos familiares num centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa**. 2007. 173f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2007.

ESCOHOTADO, A. **A história elementar das drogas**. Lisboa: Antígona, 2004.

FERNANDES, V. R.; FUZINATTO, A. M. Drogas: proibição, criminalização da pobreza e mídia. **Anais do Congresso Internacional de Direitos e Contemporaneidade: Mídia e Direitos da Sociedade em Rede** – Universidade Federal de Santa Maria, p.1-11, 2012.

FERREIRA, RZ. **O sentido antropológico de dons e dádivas entre grupos de usuários de crack e outras drogas**. 2013 - Dissertação (Mestrado Faculdade de Enfermagem) Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2013.

FERREIRINHA, I. M. N.; RAITZ, T. R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, vol.44, n.2, p.367-383, 2010.

FIOCRUZ. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?**/ Org.: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014

FONSÊCA, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, vol.1, n.1, p.11-36, 2012.

FONTANELLE, A. S. **Sujeitos em crise: estratégias de intervenção de profissionais em Centro de Atenção Psicossocial – CAPSII**. 120f. 2010. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2010.

FORTES, F. A. P. **A repressão e a proibição ao comércio de “drogas ilícitas”: uma análise a partir do inc. XLIII do art. 5º da constituição federal.** Dissertação de mestrado. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2010. 233p.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2001.

FOUCAULT, M. **Polêmica, política e problematização.** In: Ética, sexualidade, política: ditos e escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France (1977-1978).** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **O governo de si e dos outros: Curso no Collège de France (1982-1983).** Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso.** 24ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FOUCAULT, M. **História da Loucura: na idade Clássica.** 11ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: volume 1 - a vontade de saber.** 6ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense Uniersitária, 2016a.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade.** 2ª ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2016b.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2017.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** 42ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014b.

FRANCHINI, Beatriz. **Experiências de pessoas usuárias de substâncias psicoativas nos serviços de saúde em um município na fronteira entre Brasil e Uruguai.** 2016. 120f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2016.

FURTADO, R. N.; CAMILO, J. A. O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, vol.16, n.3, p.34-44, 2016.

GALIEGO, A. H. B. **O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção**

Psicossocial Álcool e Outras Drogas. 2013. 78f. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Assis, 2013.

GUEDES, A. C.; KANTORSKI, L. P.; PEREIRA, P. M.; CLASEN, B. N.; LANGE, C.; MUNIZ, R. M. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, vol.12, nº 3, p.547-553, 2010.

GUERRA-DOCE, E. Psychoactive substances in prehistoric times: examining the archaeological evidence. **Time and mind: the journal of archaeology, consciousness and culture**, vol.8, p.91-112, 2015.

HERREIRA, L. F. **Mulheres que fazem uso de Substâncias Psicoativas: entre desafios e potencialidades do cuidado integral na Estratégia Saúde da Família.** 2019. 105f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2019.

LANCETTI, A. **A clínica peripatética.** São Paulo: HUCITEC, 2011.

LOPES, M. C.; LOCKMANN, K.; HATTGE, M. D.; KLAUS, V. **Inclusão e Biopolítica.** In: Cadernos IHU Ideias. 30p. Ano 8, nº 144, Unisinos, 2010.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.3, p.580-595, 2013.

MACIEL, M. E. D.; VARGAS, D. Redução de danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas. **Cogitare Enfermagem**, vol. 20, n.1, p.207-210, 2015.

MARINHO, A. M.. **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas: reconstrução de uma prática.** 2010. 194f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2010.

MARTINS, A. C. C.; PILLON, S. C., LUIS, M. A. V. **A família e sua importância na atenção a dependentes de substâncias psicoativas.** In: Luis MAV, Pillon SC, organizadores. Assistência a usuários de álcool e drogas no estado de São Paulo. Ribeirão Preto: FIERP/USP, 2004.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Mental**, vol.11, n.20, p. 226-242, 2017.

MELO, M. C. **Sentidos construídos sobre a internação em Comunidades Terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas.** 2016. 171f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2016.

MINAYO, M.S. **O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 14ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

NEGRI, A.; COCCO, G. **Global: biopoder e luta em uma América Latina globalizada**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

NUNES, L. M.; JÓLLUSKIN, G. O uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Portugal**, vol. 4, p.230-237, 2007.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2007. 176p.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 6 ed. Rio de Janeiro. Vozes; 2014.

OLIVEIRA, S. G. **Melhor em Casa?: um estudo sobre a atenção domiciliar**. Tese de Doutorado. Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2014. 157p.

PACHECO, M. A. A. G. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE**. Dissertação. Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará – UECE, 2013. 143p.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Revista Psicologia & Sociedade**, v.23, n.1, p.154-162, 2011.

PERILLA, M. M.; AFANADOR, L. P. Formación del discurso en salud mental en la primera mitad del siglo XX. **Rev MedUNAB**, v.16, n.3, p.118-126, 2013.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n.63, p.179-201, 2004.

QUEIROZ, I. S.; GOMES, A. P.; REIS, A. L.; KNUPP, D. F. D.; AQUINO, C. R. Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas. **Revista Saúde em Debate**, vol.38, n.100, p.80-93, 2014.

RABINOW, P.; ROSE N. O conceito de biopoder hoje. **Revista Política e Trabalho**, n.24, p.27-57, 2006.

RIBEIRO L. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J Bras Psiquiatr**, vol.59, n.3, p.210-2018, 2010.

RODRIGUES, R. C. R. **Política de drogas e subjetividade – contribuições das perspectivas de Michel Foucault e da biopolítica para os discursos**

contra(a)dictos. 2016. 104f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2016.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v.32, n.1, p.82-97, 2012.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v.1, n.1, 2009

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

SILVA, M. V.. **A clínica integral: O paradigma “Psicossocial” como uma exigência da clínica das psicoses.** In: In-Tensa, Ex-Tensa - Programa de intensificação de cuidados e pacientes psicóticos. Ano 1, n.1,p.40-41. Salvador: UFBA, 2007.

SILVEIRA, K. L.; OLIVEIRA, M. M., ALVES, P. F. Fatores associados à fissura em usuários de crack: revisão sistemática. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** vol.13, n.2, p.109-114, 2017.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas [periódico na Internet]**, vol. 3, nº 2, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

VINCI, C. F. R. G. A problematização e as pesquisas educacionais: sobre um gesto analítico foucaultiano. **Filosofia e Educação**, vol.7, nº 2, p. 195-219, 2015.

WANDEKOKEN, K.; QUINTANILHA, B.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas. **Revista Subjetividades**, vol.15, n.3, p.389-397, 2015.

WILLRICH, J. Q. **A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e subjetivação.** Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. 2016. 321p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol.** 376p. Geneva: World Health Organization, 2004.

ZANCHIN, J. T. **Discursos científicos sobre o fenômeno de drogas: uma análise das publicações da saúde coletiva brasileira.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. 2013. 154p.

APÊNDICES

APÊNDICE A
QUADRO 2. ACHADOS DA REVISÃO SISTEMATIZADA

TÍTULO	REVISTA/UNIVERSIDADE	LOCAL	AUTOR	ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias	Revista de Saúde Pública	São Paulo - SP - Brasil	Richard Bucher, Sandra R.M. Oliveira	1994	Discutir sobre a ideologia de textos com foco nos sentidos não-literais para contextualizar os discursos com o momento histórico de sua produção, detectando formas de manutenção de poder presentes nas relações sociais.	Foi utilizada a teoria da análise do discurso. Utilizou-se pesquisa interessada para obtenção dos estudos a serem discutidos.	Conclui que as análises dos mecanismos de poder envolvidos no discurso de "combate às drogas" indicam formas de um processo disciplinar referentes a um contexto autoritário, discriminatório e repressivo, contrastando com a abordagem do "problema das drogas" que o situa no âmbito da saúde pública
Tribunales Terapéuticos: vigilar, castigar y/o curar	Psicologia & Sociedade	Belo Horizonte - MG - Brasil	Omar Alejandro Bravo	2002	Discutir sobre o papel punitivo das internações estabelecidas judicialmente (compulsória no Brasil).	Foi utilizada a teoria da análise do discurso. Utilizou-se pesquisa bibliográfica livre para discussão do tema.	As internações estabelecidas judicialmente apresentam caráter punitivo. Aborda que as políticas de tratamento compulsivo aos usuários de drogas provocam a

							penalização dos usuários. Estas iniciativas se relacionam com as políticas denominadas de "tolerância zero" que procuram incriminar grupos sociais e tipos subjetivos particulares.
Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas	Cadernos de Saúde Pública	Rio de Janeiro - RJ - Brasil	Vânia Sampaio Alves	2009	Caracterizar os modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas existentes no contexto brasileiro.	Foi utilizada a teoria da análise do discurso. Utilizou-se pesquisa bibliográfica livre para discussão do tema.	Os modelos de atenção aos usuários de drogas no Brasil permeiam entre a abordagem proibicionista (firmamento de acordos e convenções internacionais para o combate ao tráfico e consumo de drogas ilícitas) e de redução de danos (cidadania dos usuários e consumo com redução de danos sociais e à saúde).
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas:	Universidade Federal do Ceará	Fortaleza – Ceará - Brasil	Angélica Mota Marinho	2010	Analisar os CAPS AD como dispositivos de atenção aos usuários de	Pesquisa exploratória e descritiva realizada em	Todos os CAPS participantes apresentam dificuldades no funcionamento, seja pela falta de

re-construção de uma prática					drogas com base nos preceitos das políticas atuais	quatro CAPS AD de Fortaleza, utilizando-se de observação e entrevista.	profissionais como de gerenciamento, apesar de atenderem um grande público e serem reconhecidos pela comunidade.
Discursos científicos sobre o fenômeno de drogas: uma análise das publicações da saúde coletiva brasileira	Universidade Federal de Santa Catarina	Florianópolis – SC - Brasil	Janaína Turcato Zanchin	2013	Analisar os discursos científicos do campo da saúde coletiva a respeito dos usuários de drogas no Brasil considerando o contexto das políticas públicas da área.	Utilização de cinco periódicos acadêmicos como campo para busca por artigos, onde selecionou-se apenas artigos publicados entre 2003 e 2012, totalizando 256 publicações. Foi utilizado como método a análise do discurso sob a perspectiva foucaultiana.	Descreveram-se três perfis distintos para uso de diferentes drogas: um para usuários de tabaco e derivados, outro para uso de álcool e outro para usuários de drogas ilícitas. Verificou-se que o perfil do adolescente e jovem usuário de drogas é um dos focos do campo da saúde coletiva. Cita dissonâncias no foco em RD. Observaram-se distintos discursos vigentes sobre o usuário de drogas, com distintas propostas de atuação junto à este público, porém com uma proposta hegemônica.

Formação do discurso em saúde mental no primeiro semestre do século XX	MedUNAB	Bucaramanga - Colômbia	Mónica Mojica Perilla, Laura Del Pilar Cadena Afanador	2013	Compreender a influência que o modelo biomédico exerceu na formação do discurso em saúde mental durante a primeira metade do século XX.	Análise do discurso sobre a perspectiva de Michel Foucault combinada com a análise da sociologia do conhecimento de Ludwik. Utilizou-se pesquisa interessada para obtenção dos estudos a serem discutidos.	O modelo biomédico foi instituído predominantemente na primeira metade do século XX, deixando a cargo de psiquiatras e médicos a indicação de tratamento. Conclui que o campo de saberes e práticas em saúde mental permanece em disputa entre modelo biomédico e psicossocial.
O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas	Universidade Estadual Paulista	Assis – SP - Brasil	Anúncia Heloísa Bortoletto Galiego	2013	Superação micropolítica da divisão social do trabalho no modo capitalista de produção, entre pesquisadores e trabalhadores assistenciais, objetivando a recuperação da práxis e a produção do conhecimento fora do laço social universitário.	Foi utilizado o Dispositivo Intercessor (DI), uma ferramenta para a práxis da atenção e para a produção do conhecimento, que tem como seus pilares epistemológicos o Materialismo Histórico, a Análise Institucional, a Psicanálise do campo de Freud e Lacan e a Filosofia de	É necessário problematizar a aversão sistemática, demonização ou fobia das drogas, que dão margem a ações contrárias à Reforma Psiquiátrica e da APS. A forma como se organizam os modos de produção da atenção têm incidência direta na produção de subjetividade. Assim, operar a partir do DI, pode contribuir para avanços importantes na construção da

						Deleuze.	APS. Introduzir os trabalhadores na produção de teorias é forma direta de problematizar os processos de produção do saber comuns do discurso da universidade.
Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas	Saúde em Debate	Belo Horizonte - MG - Brasil	Queiroz, Isabela Saraiva de; Gomes, Arthur Parreiras; Reis, Alexandre Lana; Aquino, Carina Ribeiro de; Knupp, Danielle Fanni Dias	2014	Realizar levantamento das concepções sobre drogas de profissionais da rede de saúde mental e da atenção primária de Belo Horizonte.	Abordagem quantitativa utilizando entrevista estruturada. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais diretamente ligados à assistência do CAPS-AD e em Centros de Saúde de Belo Horizonte.	A política governamental não é esclarecedora sobre a abordagem a ser utilizada, colaborando para a manutenção de contradições nos serviços de saúde com a presença simultânea de práticas fundamentadas no ideal de abstinência e práticas de redução de danos.
Os instrumentos legais sobre drogas e a produção de sentidos Sobre o usuário: entre o proibicionismo, a	Universidade Federal de Sergipe	São Cristóvão – SE - Brasil	Suene de Souza Dantas	2016	Analisar a influência dos instrumentos legais sobre drogas no modo como os usuários de substâncias	Estudo etnográfico em um CAPS AD, com profissionais e usuários do serviço. Utilizou-se observação e entrevistas semiestruturadas	A criminalização do uso de drogas interfere negativamente no modo como o usuário é percebido socialmente, afetando o cuidado em saúde. Apesar da RD,

(des)criminalização e a Redução de danos					psicoativas (SPA) se percebem e são percebidos socialmente.	as quais foram analisadas à luz do referencial teórico-metodológico das práticas discursivas.	estratégias mais progressistas de cuidado são limitadas pela lei brasileira, que é proibicionista, e altamente criminalizadora. Logo, profissionais tendem a orientar suas práticas em princípios morais e que se afinam com essa vertente, o que dificulta o vínculo e adesão dos usuários ao tratamento.
Política de drogas e subjetividade: contribuições das perspectivas de Michel Foucault e da biopolítica para os discursos contra(a)dictos	Universidade Federal do Ceará	Fortaleza – Ceará - Brasil	Rita de Cássia Rebouças Rodrigues	2016	Refletir sobre as políticas de álcool e drogas no Brasil, analisando seus processos de construções no contexto histórico através do conceito de biopolítica de Michel Foucault.	Pesquisa qualitativa com, através de estudo de caso, utilizando análise do discurso como método, numa perspectiva histórica e antropológica.	Retrata pela ótica foucaultiana o corpo como objeto pertencente ao Estado e por isso, produz racismo, que redundando em demarcação entre os corpos que devem morrer e que devem viver. No viés antropológico, o etnocídio é utilizado para evidenciar a atuação das políticas repressivas ao uso e comércio de drogas.

APÊNDICE B**CARTA DE ANUÊNCIA ÀS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS****FACULDADE DE ENFERMAGEM****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Prezado(a) Gestor(a),

Venho por meio desta, solicitar sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “Práticas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: táticas e estratégias em cena”. A presente pesquisa tem por objetivo problematizar as enunciações sobre as práticas de atenção em álcool e outras drogas de modo a evidenciar as táticas e estratégias engendradas pelas práticas de atenção a partir da política de álcool e drogas, com vistas à elaboração da dissertação, a qual é requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPEL.

Trata-se de uma pesquisa documental, tendo como materiais empíricos o Projeto Terapêutico do CAPS Álcool e Drogas, pertencente à rede de atenção psicossocial desta secretaria, bem como o cardápio de atividades desenvolvidas pelo serviço e os prontuários do mesmo, para análise do PTS. Assume-se o compromisso ético de resguardar todos os atores que de alguma forma estarão envolvidos pela pesquisa, garantindo seu anonimato, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007.

Certas de contar com o apoio e acolhida, desde já agradeço e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enf^a Mirela Farias Pickersgill

Email: mirelapick@hotmail.com

Tel: (53)99148.8887

APÊNDICE C
SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Prezado(a) Presidente,

Ao cumprimentá-lo cordialmente, venho através deste, solicitar a V. S^a. a apreciação e aprovação do projeto de pesquisa intitulado “Práticas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: táticas e estratégias em cena”. A presente pesquisa tem por objetivo problematizar as enunciações sobre as práticas de atenção em álcool e outras drogas de modo a evidenciar as táticas e estratégias engendradas pelas práticas de atenção a partir da política de álcool e drogas.

O estudo terá como benefício o conhecimento das táticas e estratégias utilizadas pelos CAPS AD na região nas práticas de cuidado ao que tange os usuários de álcool e outras drogas e suas famílias. Trata-se de uma pesquisa documental que utilizará como material empírico os Projetos Terapêuticos dos referidos serviços, bem como os planos terapêuticos singulares de usuários dos mesmos e cardápio de atividades oferecidas. Ressaltamos que o estudo não apresenta riscos, pois não implicará em nenhuma coleta de materiais biológicos e ou procedimentos invasivos. Devido à análise dos planos terapêuticos singulares a partir dos prontuários, cabe ressaltar que todos os atores envolvidos neste processo terão suas identidades resguardadas, em consonância com a Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007.

Os dados coletados serão utilizados para a elaboração da dissertação de Mestrado da pesquisadora principal, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/RS. Além

disso, os resultados servirão para produção científica de artigos e apresentação de trabalhos em eventos na área da saúde, objetivando diminuir a lacuna de conhecimento referente a temática aqui apresentada.

Por se tratar de uma pesquisa documental, porém que abrange o cuidado a seres humanos, os dados apenas serão coletados após aprovação deste Comitê, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Desde já agradecemos, colocando-nos a disposição para esclarecimentos.

Pelotas, ____ de _____ de 2018.

Mirela Farias Pickersgill
Pesquisadora
Email: mirelapick@hotmail.com
Tel: (53)99148.8887

APÊNDICE D**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Roteiro para a Coleta de Dados**MATERIAL ANALISADO:**

- () Projeto Terapêutico
- () Cardápio de Atividades
- () PTS - Prontuário (n__)

DATA:

Identificar nas práticas de cuidado:

Quanto aos objetivos:

- Qual o objetivo principal da atividade?
- Para quem é indicado?
- Que tipo de resposta produziu na vida do usuário?
- Como são negociadas as atividades?

Quanto à logística:

- Qual o profissional responsável pela prática?
- Como é conduzida a atividade?
- Qual a estrutura oferecida para realizar a atividade?
- Qual sua periodicidade?
- Há alguma “regra” para participação da atividade?
- Há um número máximo de participantes?

APÊNDICE E**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO**

Pelo presente termo eu, Mirela Farias Pickersgill, enfermeira mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel, me comprometo à manter o mais absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação pessoal a qual tiver acesso por meio da coleta de dados para a pesquisa intitulada “Práticas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: táticas e estratégias em cena”.

Para tanto, comprometo-me em manter o anonimato dos participantes cujos dados forem coletados nos registros por meio dos prontuários sob a guarda dos serviços de saúde que compõem essa pesquisa. Também me responsabilizo por não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas ou instituições não autorizadas pelos órgãos aos quais pertencem.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para a elaboração da dissertação de Mestrado da pesquisadora principal e produção científica de artigos e resumos, de modo a contemplar os objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Pelotas, ____ de _____ de 2018.

Mirela Farias Pickersgill
Pesquisadora
Email: mirelapick@hotmail.com
Tel: (53)99148.8887

APÊNDICE F**DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO)**

Eu, Mirela Farias Pickersgill, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “Práticas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: táticas e estratégias em cena”, solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre, com a seguinte justificativa: trata-se de uma pesquisa retrospectiva com uso de prontuários para análise dos planos terapêuticos individuais, pertencentes aos serviços que abrangem esta pesquisa.

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade;
- b) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante bem como a sua não estigmatização;
- c) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- d) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado e serão usados exclusivamente para fins científicos, em conformidade com o que prevê os termos da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os participantes, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Pelotas, 21 de março de 2018.

Mirela Farias Pickersgill

Pesquisadora

Endereço: Rua Gomes Carneiro, nº 1, Centro, Pelotas/RS. Tel.: (53) 9148.8887.

E-mail: mirelapick@hotmail.com

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: táticas e estratégias em cena

Pesquisador: MIRELA FARIAS PICKERSGILL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88150418.5.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.627.733

Apresentação do Projeto:

A expansão do uso de drogas veio acompanhada do enfraquecimento das estratégias socioculturais de regulação do consumo e da emergência de um conjunto de questões sociais e de saúde associadas a ele. As práticas de cuidado atuais são norteadas por duas estratégias presentes na política sobre drogas: o proibicionismo e a redução de danos. O crescimento no uso de álcool e drogas tem sido um grande problema de saúde pública, logo avaliar as práticas de trabalho que buscam aprimorar os CAPS é fundamental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Problematizar as enunciações sobre as práticas de cuidado em álcool e outras drogas.

Objetivo Secundário:

- Analisar as táticas e estratégias engendradas pelas práticas de cuidado e conhecer as formas de governo instituídas pelas práticas de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: Produzir conhecimento sobre a temática estudada, tal conhecimento poderá ser útil para produzir melhorias no serviço.

Riscos: perder prontuários e documentos no serviço.

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.627.733

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto propõe dispensa do TCLE. Carta de anuência dos dois serviços que serão avaliados estão adequadas. Avaliação qualitativa do processo de trabalho do CAPS AD.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos adequados.

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os documentos estão adequados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1103965.pdf	05/04/2018 12:27:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDissertacaoMirelaPickersgill.pdf	05/04/2018 12:26:48	MIRELA FARIAS PICKERSGILL	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	05/04/2018 12:24:55	MIRELA FARIAS PICKERSGILL	Aceito
Outros	CartaAnuenciaPelotas.pdf	05/04/2018 12:24:08	MIRELA FARIAS PICKERSGILL	Aceito
Outros	CartaAnuenciaRioGrande.pdf	05/04/2018 12:23:29	MIRELA FARIAS PICKERSGILL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.627.733

PELOTAS, 29 de Abril de 2018

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA DE ANUÊNCIA ÀS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

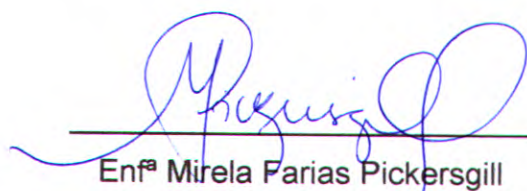
Prezado(a) Gestor(a),

Venho por meio desta, solicitar sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada "Práticas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: táticas e estratégias em cena". A presente pesquisa tem por objetivo problematizar as enunciações sobre as práticas de atenção em álcool e outras drogas de modo a evidenciar as táticas e estratégias engendradas pelas práticas de atenção a partir da política de álcool e drogas, com vistas à elaboração da dissertação, a qual é requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPEL.

Trata-se de uma pesquisa documental, tendo como materiais empíricos o Projeto Terapêutico do CAPS Álcool e Drogas, pertencente à rede de atenção psicossocial desta secretaria, bem como o cardápio de atividades desenvolvidas pelo serviço e os prontuários do mesmo, para análise do PTS. Assume-se o compromisso ético de resguardar todos os atores que de alguma forma estarão envolvidos pela pesquisa, garantindo seu anonimato, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007.

Certa de contar com o apoio e acolhida, desde já agradeço e me coloco à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente,



Enfª Mirela Farias Pickersgill

Email: mirelapick@hotmail.com

Tel: (53)99148.8887

*Biente e
de acordo
Gabriela L. Haack
Coordenação Rede AD
SMS - Mat. 20526
29/03/18*