



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**LETÍCIA TORRES DE JESUS**

**INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE PESSOAS ALCOOLISTAS EM ARACAJU  
NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

**SÃO CRISTÓVÃO/SE  
2025**

**LETÍCIA TORRES DE JESUS**

**INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE PESSOAS ALCOOLISTAS EM ARACAJU  
NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) como requisito para a obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Carvalho Santos

**Linha de pesquisa:** Políticas Sociais, Movimento Social e Serviço Social

**SÃO CRISTÓVÃO/SE  
2025**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

J58i Jesus, Leticia Torres de  
Internações psiquiátricas de pessoas alcoolistas em Aracaju  
no período de 2013 a 2023 / Leticia Torres de Jesus ;  
orientadora Vânia Carvalho Santos. – São Cristóvão, SE, 2025.  
112 f.; il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade  
Federal de Sergipe, 2025.

1. Serviço social. 2. Saúde mental. 3. Alcoolismo. 4.  
Hospitais Psiquiátricos - Sergipe. 5. Política pública. 6. Drogas.  
I. Santos, Vânia Carvalho, orient. II. Título.

CDU 364.622(813.7)

**LETÍCIA TORRES DE JESUS**

**INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE PESSOAS ALCOOLISTAS EM ARACAJU  
NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe como requisito para a obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Carvalho Santos

Aprovada em: 19/05/2025

**BANCA DE DEFESA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vânia Carvalho Santos (Orientadora)  
Universidade Federal de Sergipe

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luci Mara Bertoni (Examinadora Externa)  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Milena Fernandes Barroso (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Sergipe

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Líliliana Aragão de Araújo (suplente)  
Universidade Federal de Sergipe

## AGRADECIMENTOS

*“É pau, é pedra, é o fim do caminho [...]”* (Jobim, 1972).

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe por me possibilitar o aprofundamento do saber e da produção científica.

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Vânia Carvalho, que me estimulou com suas palavras e fez com que eu acreditasse que a chegada era possível, fazendo-me sempre lembrar que eu não estava só, mesmo quando eu achava que estava um “pouco sozinha”.

A banca examinadora pela orientação na construção desta pesquisa.

A Deus que me sustentou até aqui e graças a sua misericórdia esse “fim do caminho” é apenas “um ponto” continuando nessa estrada da vida.

A minha filha, Isabelle Bispo, que me fortaleceu com sua doçura e amor, mesmo desconhecendo os desafios que eu enfrentei e os “paus” e as “pedras” que precisei tirar do caminho.

Ao meu esposo, Ciro Bispo, que cooperou nos cuidados diários quando precisei estar ausente.

A minha mãe, Marilene Maciel, fonte de sabedoria e aconchego, por ser meu “pé”, meu “chão” e por sempre me lembrar que eu não posso desistir.

Ao meu pai (*in memoriam*), Lealdo Mário, que mesmo com “espinho na mão” trabalhou para que eu quebrasse alguns ciclos geracionais.

As pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, com quem trabalhei no grupo social da DESO, que me ajudaram a entender que cada “pingo pingando” é ganho no processo de tratamento e recuperação.

Aos profissionais da saúde mental que continuam na luta pela reforma psiquiátrica e que acreditam no mundo mais humano e democrático, mesmo quando as políticas antirreforma, por vezes, nos fazem acreditar que estamos no “fundo do poço”.

Por fim, ao Serviço Social que me ajudou a enxergar o mundo sob uma perspectiva mais crítica, tirando a venda que me impedia de ver a origem dos problemas sociais e possibilitando, por meio das intervenções sociais, novas “promessas de vida”.

## RESUMO

A pesquisa teve como objeto de estudo os impactos da Política Nacional sobre Drogas nas internações psiquiátricas. O objetivo geral foi analisar as internações psiquiátricas de pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool que são realizadas pelo SUS em Aracaju, utilizando como parâmetro a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) aprovada em 2019. Tendo como objetivos específicos: 1) Traçar o perfil das pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool internadas em instituições psiquiátricas pelo SUS em Aracaju; 2) Identificar o grau de incidência das modalidades de internação psiquiátrica pelo SUS, no período de 2013 a 2023, a fim de abranger o período anterior e posterior a aprovação da PNAD/2019; 3) Detalhar as diretrizes das políticas sobre drogas voltadas ao tratamento de alcoolistas no contexto neoliberal, correlacionando-as com a (des)construção da rede de atenção psicossocial em Aracaju. Trata-se de uma pesquisa do tipo analítica que busca analisar as informações disponíveis a fim de explicar o fenômeno em estudo. Em relação aos procedimentos técnicos, utilizamos a pesquisa documental em que foram coletados dados referentes à morbidade hospitalar, no período de 2013 a 2023, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Com base na análise dos dados, constatou-se que a maior parte dos internados em Aracaju por transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool são homens, negros e adultos, geralmente hospitalizados devido a condições de saúde que exigem atendimento urgente. Os resultados alcançados também revelaram que os objetivos e as diretrizes da PNAD/2019 seguem a direção dos processos de contrarreforma. Desse modo, após sua aprovação os avanços conquistados com a reforma psiquiátrica sofreram ainda mais retrocessos. Percebemos que, no período estudado, ocorreu a restrição de gastos públicos, inclusive na área da saúde, e transferência de parte da responsabilidade estatal para sociedade civil, por meio do repasse de recursos públicos para instituições privadas, a exemplo das comunidades terapêuticas. Dessa maneira, cresce o estímulo do “tratamento” em instituições que controlam os corpos e cerceiam “liberdades” e que isolam as pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas com vista à abstinência. Identificamos que durante o período estudado houve redução das internações psiquiátricas em hospitais gerais e psiquiátricos em Aracaju, sem que tenha se evidenciado melhorias na rede de atenção psicossocial. Por outro lado, no Brasil e, conseqüentemente, em Aracaju cresceu o investimento de recursos públicos com as comunidades terapêuticas, revelando uma dualidade das estratégias governamentais na operacionalização das políticas sobre drogas. De forma geral, no período estudado, processos de desconstrução da rede de atenção psicossocial foram evidenciados, através de políticas neoliberais que reduziram o papel do Estado.

**Palavras-chaves:** Saúde Mental. Alcoolismo. Internações psiquiátricas.

## ABSTRACT

The research's objective was to study the impacts of the National Drug Policy on psychiatric hospitalizations. The general objective was to analyze psychiatric hospitalizations of people with mental and behavioral disorders due to alcohol use that are carried out by the SUS in Aracaju, using as a parameter the National Drug Policy (PNAD) approved in 2019. With the following specific objectives: 1) To outline the profile of people with mental and behavioral disorders due to alcohol use admitted to psychiatric institutions by the SUS in Aracaju; 2) To identify the degree of incidence of the types of psychiatric hospitalization by the SUS, in the period from 2013 to 2023, in order to cover the period before and after the approval of the PNAD/2019; 3) To detail the guidelines of drug policies aimed at the treatment of alcoholics in the neoliberal context, correlating them with the (de)construction of the psychosocial care network in Aracaju. This is an analytical research that seeks to analyze the available information in order to explain the phenomenon under study. Regarding the technical procedures, we used documentary research in which data on hospital morbidity were collected, from 2013 to 2023, available in the SUS Hospital Information System (SIH/SUS) of the Department of Information Technology of the Unified Health System (DATASUS). Based on the analysis of the data, it was found that most of those hospitalized in Aracaju for mental and behavioral disorders related to alcohol use are men, black and adults, generally hospitalized due to health conditions that require urgent care. The results achieved also revealed that the objectives and guidelines of PNAD/2019 follow the direction of the counter-reform processes. Thus, after its approval, the advances achieved with the psychiatric reform suffered even more setbacks. We noticed that, during the period studied, there was a restriction on public spending, including in the health area, and a transfer of part of the state's responsibility to civil society, through the transfer of public resources to private institutions, such as therapeutic communities. In this way, the incentive for "treatment" in institutions that control bodies and restrict "freedoms" and that isolate people with needs arising from drug use with a view to abstinence grew. We identified that during the period studied there was a reduction in psychiatric hospitalizations in general and psychiatric hospitals in Aracaju, without any improvement in the psychosocial care network. On the other hand, in Brazil and, consequently, in Aracaju, the investment of public resources in therapeutic communities increased, revealing a duality of government strategies in the operationalization of drug policies. In general, during the period studied, processes of deconstruction of the psychosocial care network were evident, through neoliberal policies that reduced the role of the State.

**Keywords:** Mental Health. Alcoholism. Psychiatric Admissions.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Componentes da RAPS em 2024	35
Quadro 2: Modalidade de CAPS	36
Tabela 1: Pontos de Atenção da RAPS no Brasil e em Sergipe – 2022	37
Tabela 2: Estabelecimentos com leitos de Psiquiatria em Aracaju – 2024	38
Tabela 3: RAPS em Aracaju – 2024	39
Quadro 3: Classificação das drogas	44
Quadro 4: Breve trajetória das legislações sobre saúde mental (álcool e outras drogas) no Brasil de 2000 a 2023	50
Figura 1: Leitos SUS de Psiquiatria em hospital especializado	65
Figura 2: Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais - (Cód. 87) - custeio anual	65
Tabela 4: Morbidade hospitalar do SUS - Brasil/Sergipe/Aracaju	67
Tabela 5: Internações por sexo – Aracaju.	71
Tabela 6: Internações por faixa etária – Aracaju	72
Tabela 7: Internações por cor/raça – Aracaju	75
Tabela 8: Óbitos - Brasil/Sergipe/Aracaju	78
Tabela 9: Taxa de mortalidade - Brasil/Sergipe/Aracaju	78
Tabela 10: Dias e média de permanência – Aracaju	79
Tabela 11: Caráter dos atendimentos – Aracaju	80
Tabela 12: Regime dos atendimentos – Aracaju	82
Tabela 13: Gasto total dos atendimentos – Aracaju	84

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
AIH - Autorização de Internações Hospitalares  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas  
CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde  
CNMP - Conselho Nacional do Ministério Público  
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
CFP - Conselho Federal de Psicologia  
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social  
COFEN - Conselho Federal de Entorpecentes  
CONAD - Conselho Nacional Antidrogas  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNSM - Conferência Nacional de Saúde  
CT - Comunidades Terapêuticas  
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente  
GM - Gabinete do Ministério  
HIV - Vírus da Imunodeficiência adquirida  
IH - Internações Hospitalares  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IPES - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde  
LEGISUS - Sistema de Cadastro e Consulta de Legislações do SUS  
LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas  
LNUD - Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira  
MDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro  
MDS - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome  
MNPCT - Ministério Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura  
MP - Ministério Público  
MPT - Ministério Público do Trabalho  
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Panamericana da Saúde

PAIUD - Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

PNAD - Política Nacional sobre Drogas da Assistência Hospitalar

PNASH - Programa Nacional de Assistência Hospitalar

PRH - Programa Anual de Reestruturação

PROSS - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS)

PSOL - Partido Socialismo e Liberdade

PT - Partido dos Trabalhadores

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RDC - Resolução Diretoria Colegiada

RP - Reforma Psiquiátrica

SENAPRED - Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNC - Sistema Nervoso Central

SPA - Substâncias Psicoativas

SRH-ad - Serviços Hospitalares de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

UA - Unidade de Acolhimento

UFS - Universidade Federal de Sergipe

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....</b>	<b>19</b>
2.1 As bases da política de saúde mental.....	19
2.2 O modelo hospitalocêntrico .....	28
2.3 O modelo de atenção psicossocial .....	34
<b>3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....</b>	<b>41</b>
3.1 Breves apontamentos sobre a história do álcool.....	41
3.2 A Política de drogas no Brasil: marcos legais .....	43
3.3 Intervenções para o uso prejudicial do álcool.....	58
<b>4 INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS POR USO DE ÁLCOOL EM ARACAJU .....</b>	<b>64</b>
4.1 Internações decorrentes de transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool - por ano atendimento .....	64
4.2 Perfil das pessoas internadas com transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool .....	68
4.2.1 Internações por sexo .....	68
4.2.2 Internação por faixa etária .....	72
4.2.3 Internações por cor/raça.....	74
4.3 Óbitos e taxa de mortalidade em instituições hospitalares .....	76
4.4 Aspectos gerais das internações em instituições hospitalares e as diretrizes da PNAD/2019 .....	79
4.4.1 Dias e média de permanência das internações psiquiátricas e caráter dos atendimentos .....	79
4.4.2 Regime dos atendimentos .....	81
4.4.3 Gastos em reais do atendimento .....	83
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>

<b>ANEXOS.....</b>	<b>102</b>
ANEXO 1 INTERNAÇÕES.....	102
ANEXO 2 INTERNAÇÕES POR SEXO .....	103
ANEXO 3 INTERNAÇÕES POR FAIXA ETÁRIA .....	104
ANEXO 4 INTERNAÇÕES POR COR/RAÇA .....	105
ANEXO 5 DIAS DE PERMANÊNCIA.....	106
ANEXO 6 MÉDIA PERMANÊNCIA .....	107
ANEXO 7 CARÁTER ATENDIMENTO.....	108
ANEXO 8 REGIME ATENDIMENTO .....	109
ANEXO 9 VALOR TOTAL .....	110
ANEXO 10 TAXA DE MORTALIDADE.....	111
ANEXO 11 ÓBITOS.....	112

## 1 INTRODUÇÃO

Na idade moderna, a “loucura” passa a ser compreendida como doença e aquele que estava fora da razão precisava ser isolado da sociedade. Em virtude disso, até a década de 1960, o mundo adotou padrões de tratamento direcionados às pessoas em adoecimento mental, de modo a desconsiderá-las em sua integralidade, haja vista que as práticas, ações e discursos eram carregados de preconceitos que corroboraram para a lógica da institucionalização e aprisionamento de corpos.

O hospital era a principal instituição de atendimento aos ditos “loucos”, tendo como um de seus principais objetivos excluir os “indesejáveis” do convívio social sob a perspectiva de higiene social. Essa realidade vai se alterar a partir do movimento de reforma psiquiátrica. Na década de 1960, surgiu na Itália, promovida pelo psiquiatra Franco Basaglia, uma abordagem terapêutica baseada na inserção da pessoa com doença mental em sua comunidade, de modo que se buscava a destruição do sistema asilar.

Influenciado por esse movimento, no Brasil, a realidade de exclusão social dos ditos “insanos” passa a ser questionada a partir da década de 1970 quando se intensifica a interdisciplinaridade no campo da saúde mental com a inserção de uma abordagem multidisciplinar sobre as questões que envolvem o adoecimento mental.

Nesse cenário, surge o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro que protagoniza a configuração de um novo campo de ação e de estudo, inclusive com um novo direcionamento às práticas de cuidado, por meio da construção de uma rede de atendimento psicossocial que estabelece a ampliação de serviços e dispositivos em meio aberto, além do fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos. Importa mencionar que o Movimento de Reforma Psiquiátrica é decorrente do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que surgiu no final da década de 1970, na cidade do Rio de Janeiro. Sua principal marca é a defesa do atendimento humanizado às pessoas em sofrimento mental e o fechamento das instituições manicomiais, uma vez que o tratamento em saúde mental deveria ocorrer em meio aberto, no seio de sua família e em sua comunidade.

A luta pela inclusão social das pessoas com transtornos mentais é marcada por divergências e disputas de interesses de grupos políticos, empresariais, de trabalhadores e pacientes. Hoje, as estratégias de atenção psicossocial decorrentes da reforma psiquiátrica disputam espaços com outros modelos de cuidado, como por exemplo os projetos de contrarreforma psiquiátrica que defendem o modelo médico assistencial privatista, baseado na

abstinência e no isolamento, que impactam as formas de conciliar as estratégias de cuidado e atenção às pessoas em adoecimento mental.

Ao analisar os últimos sete anos da política de saúde mental no Brasil, percebemos que as práticas de cuidado, direcionadas às pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso abusivo e prejudicial de substâncias psicoativas, seguem a lógica de isolamento desses indivíduos visando a abstinência. É sabido que essa maneira não é a adequada porque centraliza o problema na droga e desconsidera a inclusão social e a cidadania dos usuários. De 2016 a 2023, evidenciam-se as políticas neoliberais que reduzem o papel do Estado, por meio do congelamento dos gastos públicos com as políticas públicas e repasse da responsabilidade para a sociedade civil. Amplia-se a oferta de serviços de saúde, via segundo e terceiro setor, como por exemplo os serviços ofertados pelas Comunidades Terapêuticas (CTs).

Durante o processo de reflexão da pesquisadora sobre essa realidade, surgiram alguns questionamentos: na atualidade, o movimento de reforma psiquiátrica tem forças para conter a lógica manicomial de cuidado em saúde mental? Como as internações psiquiátricas têm se revelado: intervenções de cuidado ou estratégias de encarceramento dos indesejáveis sociais? Importa mencionar que o interesse da pesquisadora por trabalhar essas questões surgiu durante sua atuação como assistente social, entre 2019 e 2023, em uma empresa de saneamento básico de Sergipe, tendo como uma de suas atribuições o atendimento a empregados/as que faz/fazia uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. No trabalho de campo, a profissional percebeu os dilemas, as dificuldades e os desafios que envolvem as questões de saúde mental e verificou que a relação que cada pessoa estabelece com a(as) substância(s) psicoativa(s) de preferência é única e particular, sendo permeada por questões sociais que rebatem na forma que se administram as questões de saúde mental nos diferentes espaços.

Frente ao exposto, observamos a relevância desta pesquisa, pois é preciso compreender os caminhos trilhados pelas políticas sociais sobre drogas. Para o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), entendemos que se trata de uma temática relevante, pois, de 2013 a 2023, há seis dissertações que falam sobre saúde mental, mas nenhuma aborda, diretamente, sobre os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool. No entanto, em seu exercício profissional o/a assistente social se depara cotidianamente com as questões que dizem respeito a essa problemática e que, por isso, precisam ser constantemente analisadas e debatidas.

Deste modo, tendo em mente as limitações da pesquisa, houve delimitação no tempo e espaço. Assim, este estudo tem como objetivo geral: analisar as internações psiquiátricas de

pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool que são realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Aracaju, utilizando como parâmetro a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) aprovada em 2019.

Em relação aos objetivos específicos temos: traçar o perfil das pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool internadas em instituições psiquiátricas pelo SUS, em Aracaju; identificar o grau de incidência das modalidades de internação psiquiátrica pelo SUS, no período de 2013 a 2023, a fim de abranger o período anterior e posterior a aprovação da PNAD/2019 e detalhar as diretrizes das políticas sobre drogas voltadas ao tratamento de alcoolistas no contexto neoliberal, correlacionando-as com a (des)construção da rede de atenção psicossocial em Aracaju.

Para o direcionamento da pesquisa surgiu a seguinte questão norteadora: de que modo as modalidades de tratamento, do tipo internações psiquiátricas de pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, rebatem no processo de reforma psiquiátrica, sobretudo, no contexto de ampliação das políticas de cunho neoliberal, a exemplo da Política Nacional sobre Drogas de 2019?

No que diz respeito aos procedimentos metodológicos, a pesquisa caracteriza-se como analítica que se trata do tipo de pesquisa que analisa de forma aprofundada as informações disponíveis, com vista a explicar os fenômenos complexos (Thomas; Nelson; Silverman, 2012). Ainda, configura-se de caráter quanti-qualitativa visando uma maior amplitude na descrição e explicação do objeto de estudo, pois compreendemos que “A integração da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular (Goldenberg, 2004, p. 62).

Em relação aos procedimentos técnicos, utilizamos a pesquisa documental na qual a pesquisadora “vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (Gil, 2002, p. 45). Por isso, para coleta de dados foram utilizadas as informações disponibilizadas pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) referentes à morbidade hospitalar do SUS por meio do link <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nise.def>. Em todas as pesquisas, a linha ou coluna “ano atendimento” foi selecionada, e nas seleções disponíveis o campo “município”: Aracaju; “o capítulo CID-10”: V-transtornos mentais e comportamentais e, na “lista morbidade CID-10”: os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. O período de

coleta de dados aconteceu no mês de julho de 2024 e as variáveis analisadas dizem respeito ao ano de processamento das internações, faixa etária, cor/raça, sexo, tempo de permanência, média de permanência, óbito, taxa de mortalidade, valor total (de recursos) e caráter e regime do atendimento.

Por meio das informações do DATASUS foi possível analisar as internações psiquiátricas realizadas pelo SUS, sejam as efetivadas em instituições hospitalares públicas ou em instituições privadas que participam de forma complementar a esse sistema. Os dados trabalhados aqui dizem respeito apenas às internações psiquiátricas realizadas pelo SUS, não foram trabalhados os dados relativos aos outros tipos de internações hospitalares que são atribuíveis ao álcool e que ocorrem por doenças ou por outras condições de saúde, como por exemplo: cirrose hepática, acidentes de trânsito, quedas, lesões não intencionais, doenças respiratórias, síndrome alcoólica fetal etc.

Também foram utilizados no estudo os documentos legais disponibilizados no Portal da Legislação do Governo Federal e no Sistema de Cadastro e Consulta de Legislações do SUS (LEGISUS). No campo de busca, preenchemos o espaço com os seguintes descritores, separadamente: saúde mental, drogas, álcool. Assim, encontramos as seguintes legislações que foram trabalhadas: Lei nº 10.216/2001 - dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Portaria nº 816/2002 - institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas; Decreto nº 4.345/2002 - institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências; Portaria nº 2.197/2004 - institui, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas; Lei nº 11.343/2006 - institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; Decreto nº 6.117/2007 - aprova a Política Nacional sobre o Álcool; Portaria nº 3.088/2011 - institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria nº 131/2012 - institui incentivo às Comunidades Terapêuticas; Decreto nº 9.761/2019 - aprova a Política Nacional sobre Drogas, dentre outras. Ainda, usamos informações sobre os estabelecimentos de saúde disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DATASUS.

No que se refere ao delineamento espacial, escolhemos Aracaju como local de pesquisa por ser local de trabalho da pesquisadora e, principalmente, por ser a capital de Sergipe, configurando-se como referência estadual da rede de atenção psicossocial, sobretudo, no que diz respeito à atenção hospitalar, pois é onde está a maior quantidade de estabelecimentos de psiquiatria que promovem as internações psiquiátricas, oito no total, sendo quatro pelo SUS.

Em relação ao delineamento temporal, a pesquisadora buscou analisar o período histórico de 2013 a 2023, com vistas a trabalhar os dados dos últimos dez anos referentes às internações psiquiátricas decorrentes do transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool, de modo a abranger o ciclo anterior e posterior à aprovação da PNAD/2019. Nesse período, revezaram-se no poder governos tanto de posicionamento político de cunho proibicionista ao uso e consumo de drogas quanto de viés mais voltado a descriminalização, por isso compreendemos que, ao estudar os dados desse período, é possível analisar os impactos das políticas públicas sobre drogas que foram aprovadas dentro da perspectiva da abstinência, bem como de redução de danos.

Para o tratamento de dados utilizamos a análise crítica, recorrendo às bases do método materialismo histórico crítico-dialético que é “o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto” (Netto, 2011, p. 22). O materialismo dialético possibilita desmistificar a realidade do objeto, ao capturar a sua estrutura e dinâmica, partindo do particular para o geral até chegar a sua essência. Para tal, fizemos um percurso histórico das políticas de drogas no Brasil com foco na discussão sobre o álcool e outras drogas. Ainda, analisamos as formas de intervenções do Estado, os caminhos percorridos pelos movimentos de reforma psiquiátrica e as estratégias políticas e sociais dos sujeitos que constroem a rede de atenção psicossocial.

No cenário de crise do capital, reatualiza-se a questão social como caso de polícia, em que a barbárie social se dá pela criminalização dos/as usuários/as de drogas, principalmente, jovens, pobres e negros, e pela sua aglomeração em grandes centros urbanos, a exemplo: a região conhecida como Cracolândia, no Estado de São Paulo. A forma que o Estado tem respondido a essas expressões da questão social é com o encarceramento dos corpos, utilizando-se do sistema jurídico, prisional e militar para conter, principalmente, pobres e pretos.

Em face da realidade apresentada e atenta ao objeto e os objetivos da pesquisa e as questões que a nortearam, a presente dissertação está estruturada em cinco seções, incluindo a introdução e a conclusão, além das referências e anexos.

Na segunda seção, intitulada **A Política de Saúde no Brasil**, é feita uma discussão sobre as bases da política de saúde mental, alicerçada na luta da classe trabalhadora a partir do aparecimento da questão social. Discorremos sobre a luta antimanicomial brasileira e a construção da rede de atenção psicossocial, com a implementação de dispositivos extra-hospitalares como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ainda, põe-se em debate os

processos de contrarreforma favorecidos pelas políticas neoliberais que visam desconstruir os avanços da reforma psiquiátrica.

Na terceira seção, com o título **Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas**, são discutidos os principais marcos legais das políticas sobre drogas no Brasil, com vistas a abordar, principalmente, os impactos do uso prejudicial do álcool. São apresentadas as diferentes formas de tratamento direcionadas às pessoas com transtorno mental e comportamental devido ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas, incluindo as internações em comunidades terapêuticas.

Na quarta seção, nomeada como **Internações Psiquiátricas por uso de álcool em Aracaju**, são apresentados os resultados alcançados com a pesquisa, por meio da análise dos dados disponíveis no SIH/SUS do DATASUS, referente à quantidade de internações processadas anualmente, a identificação do perfil das pessoas internadas em Aracaju, tempo de permanência em instituições hospitalares, número de óbitos, taxa de mortalidade, regime jurídico das instituições, o caráter eletivo ou de urgência do atendimento e os custos público.

Na conclusão, fazemos uma síntese da temática abordada e dos principais resultados encontrados, com a menção da importância de novos estudos que possam preencher as questões que ficaram sem respostas e que contribuam para o aprofundamento do debate sobre a problemática das drogas, incluindo o álcool, bem como para os avanços da produção científica do Serviço Social na saúde mental. Os resultados encontrados possibilitam confirmar a relevância desta pesquisa, considerando que a problemática do álcool afeta toda a população brasileira com implicações sociais, econômicas e trabalhistas e familiares. Entretanto, nossas intenções analíticas não têm a finalidade de encerrar os debates sobre a temática das drogas e do alcoolismo. Assim, há necessidade de continuidade das discussões aqui iniciadas por meio de outras pesquisas.

Na próxima seção, iniciaremos a discussão da temática por meio da explanação das contribuições da reforma psiquiátrica para a construção da política sobre drogas, bem como da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

## 2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nesta seção, são discutidas as bases da política de saúde mental brasileira, relacionando-as com as formas que o Estado capitalista, em sua fase dos monopólios, passa a intervir sobre as demandas de saúde mental. Em seguida, discorreremos sobre as contribuições da reforma psiquiátrica para construção de uma rede de atenção psicossocial voltada ao atendimento de pessoas com transtornos mentais e comportamentais, incluindo pessoas com problemas de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Logo após, fazemos uma breve distinção entre o modelo hospitalocêntrico e o modelo de atenção psicossocial.

### 2.1 As bases da política de saúde mental

O capitalismo é um sistema econômico e político, baseado na produção de mercadoria, que coloca os homens em posições desiguais, pois se alicerça na acumulação e concentração da riqueza socialmente produzida pela classe detentora dos meios de produção (os capitalistas), ao mesmo tempo que subordina a classe que detém apenas sua força de trabalho (os trabalhadores) ao capital.

De modo contraditório, o capitalismo ao produzir riqueza gera, na mesma velocidade, miséria, diferente de outras formas de miséria gerada em outros sistemas produtivos anteriores. Netto (2001, p. 43, grifo do autor), explica que “[...] a pobreza acentuada e generalizada no primeiro terço do século XIX - o *pauperismo* - aparecia como nova precisamente porque ela se produzia pelas mesmas condições que propiciavam os supostos, no plano imediato, da sua redução e, no limite, da sua supressão”. Embora o desenvolvimento dos meios de produção no capitalismo seja capaz de suprir as necessidades gerais, a acumulação e centralização da riqueza produzida inviabiliza que isso ocorra.

No momento que a classe operária toma consciência da sua condição social, enquanto classe socialmente explorada, e busca lutar contra essa condição, o pauperismo se transforma em questão social (Iamamoto; Carvalho, 2008). A consciência de classe permite que os trabalhadores se organizem para reivindicar direitos sociais. O divisor de águas é a Revolução de 1848, originada na França e, posteriormente, propagada para o resto da Europa, que marca

[...] a passagem, em nível histórico-universal, do proletariado da condição de classe em si a classe para si. As vanguardas trabalhadoras acederam, no seu processo de luta, a consciência política de que a “questão social” está necessariamente colocada à sociedade burguesa:

somente a supressão desta conduz a supressão daquela. (Netto, 2001, p. 44, grifo do autor).

Quando as expressões das desigualdades sociais, engendradas na sociedade capitalista madura, rebatem sobre o processo de acumulação de capitais, o Estado vê-se pressionado a mediar a relação contraditória entre os interesses burgueses e as necessidades dos trabalhadores. O Brasil inserido na economia periférica do sistema capitalista também vivenciou essas manifestações. É importante lembrar que, no Brasil, a partir da década de 1920 são colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, dada a aceleração da urbanização e a ampliação da classe trabalhadora em situação precária de higiene, saúde e habitação (Bravo, 2009).

Nessa época, as classes populares sofriam com a precarização dos serviços públicos, insuficientes para atender toda a demanda social, em virtude de seu caráter restrito. Os direitos humanos eram constantemente violados e a classe trabalhadora era exposta a situações de riscos e vulnerabilidades sociais. Nesse cenário, os trabalhadores

[...] amontoam-se em bairros insalubres junto às aglomerações industriais, em casas infectas, sendo muito frequente a carência - ou mesmo sua falta absoluta - de água, esgoto e luz. Grande parte das empresas funciona em prédios adaptados, onde são mínimas as condições de higiene e segurança, e muito frequentes os acidentes. (Iamamoto; Carvalho, 2008, p. 129).

Desse modo, a questão social era tratada como “caso de polícia” e a ação governamental era pautada na repressão e no assistencialismo, atribuindo-se às damas de caridade o papel que deveria ser do Estado. Resende (1997) explica que a questão social não era uma preocupação central do Estado porque a força de trabalho era quantitativamente necessária à produção e em uma economia agroexportadora eram desnecessários trabalhadores qualificados.

Nesse contexto, as vulnerabilidades na área da saúde favorecem a crescente insatisfação social e a emergência de uma série de manifestações da classe trabalhadora nas cidades. Diante do aprofundamento das desigualdades sociais, o operariado se organiza na luta por melhores condições de trabalho, moradia e saúde.

O Estado brasileiro intervém na questão social ao reconhecer o papel político da classe trabalhadora. Yamamoto e Carvalho (2008, p. 77, grifo dos autores) esclarecem que

*A questão social* não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão.

Diante dessa realidade, fez-se necessário que o Estado brasileiro interviesse de forma mais planejada em relação às demandas da classe trabalhadora, pois era preciso controlar e diminuir as insatisfações sociais. Assim, surgem as primeiras políticas sociais como respostas às expressões da questão social. Netto (2009, p. 33) explica que, elas “[...] decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas”.

Nessa conjuntura, vivia-se a fase inicial do sistema de monopólios com os Estados capitalistas em busca da ampliação do mercado internacional e a mundialização do capital por meio da especulação e expansão do mercado financeiro. Netto (2009) esclarece que é nessa fase que a questão social se põe como alvo de políticas sociais ao se internalizar na ordem econômica-política, exigindo do Estado burguês novas funções de modo a atender às condições gerais para a produção capitalista.

Com vistas à ampliação cada vez maior dos domínios capitalistas, ocorriam de forma ampliadas, transformações na estrutura do Estado e na sua forma de fazer política. Diante de modificações sociais, políticas e econômicas “[...] as respostas à questão social passam a ser canalizadas para os mecanismos reguladores do mercado e para as organizações privadas, as quais compartilham com o Estado a implementação de programas focalizados e descentralizados de ‘combate à pobreza e a exclusão social’.” (Iamamoto, 2001, p.10).

É dentro do contexto de reivindicações e greves dos movimentos trabalhistas que a questão da saúde passa também a ser foco da ação do Estado, pois amplia-se o entendimento de que sem boas condições de saúde física os trabalhadores não teriam plenas condições de uso de sua força de trabalho. Ao ser compreendida como uma questão política, a saúde passa a ser pauta e responsabilidade dos poderes públicos.

A base da política de saúde é marcada por um percurso de lutas e mobilizações da classe trabalhadora que pressionava o Estado no planejamento e execução de programas e serviços direcionados à assistência à saúde. Em relação às questões de saúde das pessoas com transtornos mentais e comportamentais, o Estado brasileiro, durante décadas, interveio sobre elas dentro de uma perspectiva biomédica e moralista, tendo como regra o isolamento como

forma de tratamento. Os hospitais psiquiátricos eram vistos como instituições de cuidado, embora privasse a liberdade e violasse os direitos das pessoas institucionalizadas, por meio de atendimento baseado no castigo, práticas vexatórias, contenções físicas e uso de medicamentos.

Nesse cenário, em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), na cidade do Rio de Janeiro/RJ, que passa a questionar o modelo de assistência às pessoas com transtorno mental adotado até então. Sua principal marca era a defesa do atendimento humanizado às pessoas em sofrimento mental e o fechamento das instituições manicomiais, uma vez que o tratamento em saúde mental deveria ocorrer em meio aberto, no seio de sua família e em sua comunidade.

O MTSM tinha como principal objetivo denunciar a violação dos direitos humanos, a repressão, a violência física e psíquica em que viviam os internos das instituições manicomiais, as condições insalubres dos asilos estatais, bem como os processos de privatização e mercantilização da psiquiatria. Dentre as reivindicações, esse movimento solicitava melhores condições de trabalho e a ampliação dos serviços ambulatoriais em saúde mental.

Desse movimento decorre o Movimento de Reforma Psiquiátrica que, contemporâneo ao Movimento de Reforma Sanitária, põe as questões de saúde dentro de uma perspectiva biopsicossocial, compreendendo-a como um processo social que é influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

Em relação ao Movimento de Reforma Sanitária, nasceu no período de contestação ao regime ditatorial, em virtude das condições precárias da assistência à saúde, por meio da mobilização de profissionais da área, cientistas, associações de moradores, sindicatos, partidos e movimento estudantil que reivindicavam o acesso universal aos serviços da saúde.

A reforma diz respeito à transformação das leis. Neste sentido,

[...] o conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (Teixeira, 2006, p. 39).

A partir da emergência do Movimento de Reforma Sanitária e do Movimento de Reforma Psiquiátrica passam a ser debatidos nos congressos, nas conferências nacionais e regionais em saúde mental, os tratamentos oferecidos aos usuários dos serviços de saúde

mental. Nesses eventos, o fenômeno dos transtornos mentais e comportamentais passa a ser discutido como uma questão médica, política, social e econômica.

Na década de 1980, o Movimento de Reforma Psiquiátrica se expande e ganha espaço nas discussões sobre a saúde mental. Em 1982, surge o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica da Previdência Social que tinha como princípios: a integração interministerial, a descentralização da gerência, a regionalização e hierarquização dos serviços, a prioridade em ações básicas de saúde, a necessidade de planejamento da cobertura assistencial e a previsibilidade orçamentária.

No ano de 1986 foi realizada, em Brasília, a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) que tinha como tema principal: “democracia é saúde”. Um dos seus anais reafirmava que a saúde é um conceito concreto, pois é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade e acesso à posse da terra.

Dentro dessa perspectiva, a saúde é reafirmada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, ou seja, não se refere apenas à ausência de doenças, mas à promoção de condições dignas de vida através do acesso ao conjunto de direitos sociais, políticos e econômicos. Nessa perspectiva,

[...] saúde é assim uma explicitação das condições de **igualdade social** na medida em que é determinada por esse conjunto de **direitos**. A noção de direito nos remete à definição de cidadania, compreendida não só pela existência formal de direitos civis, políticos e sociais, mas pela **possibilidade efetiva de exercê-los**. (Escorel, 2006, p. 182, grifos do autor).

Nesse sentido, cada ser humano tem que ser visto em sua integralidade, considerando-se as dimensões físicas, psicológicas e sociais de cada indivíduo. Dessa maneira, entendemos que a saúde mental como parte dessa integralidade também é permeada pelas questões sociais, políticas e econômicas, por isso vai além da ausência de distúrbios mentais e psíquicos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ela é definida como um estado de bem-estar social em que cada indivíduo tem consciência das suas capacidades e é capaz de enfrentar os conflitos sociais, de produzir e de contribuir com o desenvolvimento da sua comunidade (ONU, 2016)

Tais mudanças de perspectivas provocaram impactos na sociedade, de modo que a noção de desinstitucionalização ganha evidência. Em 1987, é realizado o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP, cujo lema “Por uma sociedade sem manicômios” expressava a defesa da atenção psicossocial e a indicação da internação, quando necessária,

em hospitais gerais. Nesse ano também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), no Rio de Janeiro – um desdobramento da 8ª CNS – que tinha como um de seus temas a “reforma psiquiátrica e a reorganização da assistência à saúde mental”. No relatório desta conferência já se discute um ponto polêmico que é a extinção ou profundas transformações dos manicômios judiciários (CNSM, 1988).

A I CNSM foi considerada um marco na construção da política de saúde mental brasileira, principalmente, porque foi centralmente organizada, com grande esforço de setores contra-hegemônicos do governo e uma grande sede de participação social dos diversos segmentos de base, configurando-se como o primeiro exercício democratizante, com vistas a desconstrução de formas arraigadas de se lidar com a loucura (Pitta, 2011). Convém lembrar que nesse contexto o Brasil vivia o processo de retomada da democracia, com o fim da Ditadura Militar, regime político vigente de 1964 a 1984, marcado pela violência e repressão das forças governamentais contra os movimentos sociais e de oposição ao governo militar.

Com o restabelecimento das instituições democráticas, os movimentos sociais voltados aos direitos humanos ganharam evidência. As mudanças de paradigmas sobre saúde mental passam a ocorrer no final do século XX e início do XXI no processo de luta pela construção de uma rede de atenção psicossocial que se configura como resposta do Estado a demandas dos trabalhadores, usuários e familiares da política de saúde mental decorrente do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Em 1987, é criado, em São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, voltado ao tratamento em meio aberto de pessoas com transtorno mental e comportamental.

Nesse período, os processos de reforma eram disputados por estratégias de contrarreforma, pois apesar da ampliação da rede de atendimento extra-hospitalar, parte do financiamento continuava sendo destinado às instituições manicomialis. Sobre isso, Pitta (2011, p. 4583) afirma que

[...] na era da “indústria da loucura”, em plena ditadura militar, se construíam manicômios cada vez maiores e mais lucrativos sustentados por recursos públicos. O fluxo do dinheiro público para a esfera privada nesse período é revelado no fato de que, entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil em 1970.

A construção da política de saúde mental brasileira acontece permeada de disputas que defendem a manutenção de instituições asilares no país e outras que buscam a sua substituição

por instituições de caráter aberto. Vivemos processos de contrarreforma, em que “a sistemática negação de direitos que a condição marginal dos usuários de instituições psiquiátricas e de substâncias psicoativas parece determinar, posterga e opacifica qualquer demonstração de factibilidade para as políticas de saúde mental e intersetoriais prescritas” (Pitta, 2011, p. 4587).

Durante os anos de 1990 e 2000, apesar dos movimentos e estratégias contrárias à atenção psicossocial, expandiu-se o processo de reinserção e inclusão social. Na década de 1990, ampliou-se o processo de desinstitucionalização com o fechamento de leitos psiquiátricos e abertura de serviços extra-hospitalares. No ano de 1990, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica realizada em Caracas, capital da Venezuela, produziu a Declaração de Caracas, da qual o Brasil é signatário. Nela se estabelece o compromisso dos países da América Latina promoverem a reestruturação da assistência psiquiátrica com a promoção de modelos alternativos ao hospitalocêntrico, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais.

Em 1992, estrutura-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, que propagou o conceito de saúde vinculado ao de cidadania ao afirmar que o encarceramento era causa de adoecimento, por isso fundamental seria desmistificar a “loucura”. O relatório final da II CNSM destacou a necessidade de “mudar o enfoque punitivo e coercitivo em relação às drogas, pois a lei trata assim os usuários, não combatendo os produtores e traficantes” (CNSM, 1994, p. 10). Desse modo, colocou-se em evidência as questões de saúde mental decorrentes do uso e consumo de substâncias psicoativas e as formas de tratamento dirigidas às pessoas que precisavam dele.

Na entrada do século XXI, ocorre a implantação e ampliação de CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) pelo Brasil, sobretudo a partir da publicação da Portaria SAS/MS nº 189/2002 (Brasil, 2002a) – de acolhimento a pacientes de CAPS – e a Portaria GM/MS nº 336/2002 (Brasil, 2002c) – que estabelece as modalidades de CAPS.

Em relação ao processo de construção de uma rede de atenção psicossocial em Aracaju, foco de nosso estudo, tem-se a sua constituição a partir da aprovação da Lei Federal nº 10.206/2001 que contribui na transição do modelo asilar para o de atenção psicossocial. No ano de 2002, é criado o CAPS David Capistrano Filho, primeiro dispositivo público implantado na capital sergipana dentro da lógica da reforma psiquiátrica.

No Brasil, logo após a aprovação da lei antimanicomial, ocorreu também a inserção de egressos dos manicômios em serviços residenciais terapêuticos e a instituição do Programa “De volta para casa”, criado pela Lei federal nº 10.708/2003 (Brasil, 2003a) e a oferta do

auxílio-reabilitação psicossocial, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.077/2003 (Brasil, 2003b), às pessoas com longo histórico de permanência em instituições psiquiátricas.

Em face disso, uma nova lógica de cuidado no campo da saúde mental é posta como uma necessidade ética no processo de reconstrução da cidadania das pessoas com transtorno mental, pois a ressocialização deve ser compreendida como uma estratégia e não apenas um procedimento mecânico de reinserção social. Isso requer a compreensão de que os serviços substitutivos devem funcionar como meio e não um fim na concretização dos direitos das pessoas com transtorno mental (Saraceno, 2010).

Os pactos de ressocialização estabelecidos ganham expressão com a aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, conhecida como Lei da reforma psiquiátrica (RP), que decorre do projeto de Lei nº 3.657/1989 do Dep. Paulo Delgado (PT/MG), o qual tramitou durante doze anos até sua aprovação. A Lei da RP redireciona o modelo assistencial em saúde mental; veda a internação em instituições de caráter asilar, visto que um dos objetivos do cuidado em saúde mental é a reinserção social da pessoa em seu meio, e estabelece, em seu art. 4º que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001b).

A Lei da RP ainda determina três modalidades de internações que devem ser realizadas mediante a apresentação de laudo médico. No seu art. 6º (Brasil, 2001b) estabelece que:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Embora as internações tenham sido mantidas, esse documento legal traz estratégias que controlam essa modalidade de tratamento. Nessa direção, ainda, determina que o Ministério Público, como fiscal da ordem e da lei, seja comunicado das internações involuntárias em até 72h. De modo geral, a Lei da RP permite que haja um controle maior dos estabelecimentos que promovem o tratamento em regime de internação.

Dentro dessa perspectiva, ainda em 2001 é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental - “Cuidar, sim. Excluir, não”, que consolida a reforma psiquiátrica como política de governo, ao discutir a necessidade de reorientação do modelo assistencial a partir da

ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial como substitutiva do modelo de internação hospitalar. Essa conferência contribuiu na defesa de uma rede de serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas de forma integrada ao SUS, por meio de uma série de propostas que foram elencadas. Apesar dos avanços, os dados revelam que nesse período o modelo hospitalocêntrico e privatista detinha hegemonia, pois 80% dos 260 hospitais psiquiátricos credenciados eram privados e 88% dos recursos do SUS para a saúde mental eram destinados aos hospitais psiquiátricos (CNSM, 2002).

Diante desse panorama, é criado o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria – Portaria GM/MS nº 251/2002) (Brasil, 2002b) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH – Portaria GM/MS nº 52/2004 (Brasil, 2004a), considerados estratégias para a promoção da redução progressiva e pactuada de leitos em paralelo ao aumento progressivo dos equipamentos direcionados às ações nas comunidades e no território.

Em 2005, ocorreu a “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde brasileiro que visava avaliar os resultados obtidos desde a década de 1990. No relatório construído pela CNS há o entendimento de que “é a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (Brasil, 2005a, p. 26). Em consequência disso, no que se refere às questões do uso prejudicial de álcool e outras drogas, cresce o debate sobre a importância da intersetorialidade na construção de uma rede diversificada, dentro da perspectiva da integração social dos sujeitos.

Em 2010, é realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” - que amplia a discussão da saúde mental como campo transversal às várias políticas sociais. Ocorre uma ampliação da defesa do atendimento e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais em seus territórios, de modo que se passa a questionar as longas permanências e as ausências de projetos terapêuticos, principalmente, nas instituições de caráter centradas no modelo hospitalocêntrico (CNSM, 2010).

A luta política pelo direito das pessoas com transtorno mental advinda da reforma psiquiátrica, entre as décadas de 1970 e os anos 2000, permitiu que as práticas manicomiais fossem, constantemente, questionadas. A partir dos anos 2000, é gestada uma rede de atenção

e cuidado, por meio do fechamento gradual das instituições manicomiais e a instituição e ampliação de dispositivos de atendimento a pessoas em sofrimento mental em meio aberto.

Nesse cenário, os CAPS se põem como porta de entrada dessa rede que deve ser integrada a outros dispositivos, serviços e ações construídas de forma articulada com a política de saúde, assistência social, educação, previdência e trabalho. Porém, hoje ainda verificamos a permanência de dois modelos de atenção e cuidado voltados às pessoas em sofrimento mental: o modelo hospitalocêntrico e o modelo de atenção psicossocial. A fim de apresentar suas principais diferenças, nos próximos dois itens discorre-se sobre as principais propostas de cada um desses modelos.

## 2.2 O modelo hospitalocêntrico

O modelo hospitalocêntrico é centrado no hospital, visto como principal recurso terapêutico. No Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico, o Hospital Pedro II, foi inaugurado no ano de 1852, na cidade do Rio de Janeiro, no período conhecido como Primeira República, logo depois da vinda da família real para o Brasil. A partir desse período ampliam-se as práticas de assistência aos ditos “insanos”. Em geral, os “cuidados” se davam nos locais que ficaram conhecidos como hospícios que tinham como principal prática o isolamento.

As pessoas em sofrimentos mentais institucionalizadas em hospitais psiquiátricos eram submetidas a diversos tipos de assistência que nem sempre tinham a finalidade terapêutica. O “tratamento de saúde” baseava-se em intervenções medicamentosas e técnicas invasivas, a exemplo das contenções físicas e químicas, da lobotomia, da eletroconvulsoterapia. Em **Memória da Loucura** (Brasil, 2008) explica-se que “[...] entre 1940 e 1960 algumas terapias beiravam à barbárie. Havia o eletrochoque [...], a malarioterapia (contaminação do paciente com o protozoário da malária na tentativa de criar distúrbios), a insulino-terapia (coma diabético provocado por meio de injeção de insulina) [...]”.

Nos manicômios havia total violação dos direitos das pessoas institucionalizadas, principalmente, pela privação da liberdade, do direito à vida social, familiar e comunitária e dos direitos reprodutivos e sexuais. Goffman (1974) denomina os hospitais para doentes mentais como instituições totais, pois assim como as prisões e os conventos, impõe barreiras à relação social com o mundo, por meio de proibições à saída dos internos, de forma que há uma mutilação do eu e a perda das escolhas pessoais.

Daniela Arbex (2019), no livro **Holocausto Brasileiro**, ao retratar a história dos internos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais, sobretudo no período que vai de 1930 a 1980, explica que nesse local tudo era padronizado, inclusive o diagnóstico. Além disso, o hospital apresentava carência de profissionais médicos, psiquiátricos e clínico, sendo raridade encontrá-los nesse local até o início da década de 1950.

O enclausuramento das pessoas em sofrimento mental em instituições manicomiais permitiu uma série de violações dos direitos humanos, pois cerceou a liberdade e desconsiderou as individualidades e necessidades sociais. Os muros altos e fechados dessas instituições impediam a visibilidade do sofrimento físico e mental, ao passo que mostrava para a sociedade uma aparente normalidade ao retirar do convívio social os ditos “degenerados”.

Ainda sobre o hospital de Barbacena, Arbex (2019, p. 25) relata que nesse local,

[...] a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar.

Também ao relatar a precarização dos hospitais psiquiátricos, Machado (2009, p. 36) afirma que, na década de 1970,

[...] a situação da assistência psiquiátrica no Brasil se apresentou caótica, com mais de sete mil doentes internados sem cama e hospitais psiquiátricos sem especialistas. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era seis vezes maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades.

Embora o Movimento de Reforma Psiquiátrica tenha surgido para questionar e eliminar essas práticas, a realidade revela que elas ainda persistem. O **Relatório de Inspeção Nacional**<sup>1</sup>, fruto da inspeção realizada no ano de 2018 em 40 hospitais psiquiátricos brasileiros, mostra que os prédios dessas instituições dispunham de “precárias condições físicas de instalações,

---

<sup>1</sup> O relatório é resultado da inspeção nacional em 40 hospitais psiquiátricos (dos 131 estabelecimentos ativos, na época, no CNES), promovida pelo Ministério Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

mobiliário, limpeza, conforto acústico, luminoso e térmico, número de leitos nas enfermarias”. (CFP, 2020, p. 65). Na vistoria, ainda, identificou-se o desrespeito à privacidade e singularidade das pessoas internadas, uma vez que havia banheiros sem portas, compartilhamento de objetos de higiene pessoal, a exemplo de sabonetes e escovas de dentes, e vestuários. Situações que colocam em risco a saúde dessas pessoas pela possibilidade de contaminação e transmissão de doenças. (CFP, 2020).

Nos “hospícios contemporâneos” ainda são múltiplas as violações dos direitos humanos, de modo que não são espaços de saúde, mas locais de asilamento e que vão de encontro ao que estabelece as diretrizes de saúde e a Lei da RP que no seu art. 2º reza que

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

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

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Vemos um retrocesso a partir de práticas que descontextualizam a desinstitucionalização, através do incentivo ao aumento de leitos psiquiátricos em instituições asilares. Tavares (2024) traz a observação de que, a partir de 2017, há um apontamento da política de saúde mental para um sentido contrário ao que é preconizado pela reforma psiquiátrica, sendo que no mandato presidencial de Jair Messias Bolsonaro, no Brasil,

[...] o Hospício está sendo reinserido como horizonte no Brasil, junto ao crescimento das Comunidades Terapêuticas, em um governo ao mesmo tempo conservador e neoliberal, aliado dos/as empresários/as da loucura e de associações médicas reacionárias, e que construiu sua bandeira nacional como estandarte [...]. (Tavares, 2024, p. 13).

Nesse cenário, convém lembrar que a Portaria GM/MS nº 3.588/2017 (Brasil, 2017b) (revogada pela Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023) reinseriu o hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é a rede de serviços e programas que oferecem atenção integral e tratamento às pessoas com transtornos mentais e comportamentais no Sistema Único de Saúde (SUS). De maneira geral, o que vem ocorrendo é um retrocesso, pois o direito à reabilitação psicossocial é desconsiderado. Assim, não há garantia da inserção na família, no trabalho e na comunidade, em total desrespeito à proteção social e à saúde, de modo a assegurar qualidade de vida. Temos ainda que considerar que há uma tendência do gerenciamento das questões das drogas voltado à exclusão social, como o incentivo do tratamento em comunidades terapêuticas.

É importante destacar que o conceito de comunidades terapêuticas (CTs) foi desenvolvido pelo médico sul-africano, Maxwell Jones, no Reino Unido, na década de 1930, como alternativa ao tratamento manicomial dado ao doente mental. Sua ampliação ocorreu após o fim da 2ª guerra mundial com o acolhimento dos soldados vindos da guerra com quadros de adoecimento mental. Contudo, ao longo dos anos, modificou-se o papel dessas entidades que, cada vez mais, se adequam às funcionalidades do mercado capitalista (Costa, 2020).

No Brasil, as CTs surgem no contexto da reforma psiquiátrica, configurando-se como uma alternativa aos hospitais psiquiátricos. Contudo, ao longo do tempo, as mudanças nos paradigmas de cuidado em saúde alteraram a lógica de atenção dessas instituições. A transferência, por parte do Estado, da responsabilidade pelo tratamento de indivíduos com transtornos mentais decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas ao terceiro setor tem contribuído para a expansão das CTs, incluído aquelas com viés segregador.

Em virtude disso, o governo brasileiro, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços, editou a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 101/2001 (Brasil, 2001a). Esse ato normativo estabelece o procedimento técnico que disciplina as exigências mínimas para o funcionamento das CT no âmbito da segurança sanitária, pois os serviços realizados em regime de internação devem estar sob controle e fiscalização da Anvisa.

Tempos depois, o Ministério da Saúde editou a RDC nº 29/2011 que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária que as instituições que atendem pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas devem ter para se manterem em funcionamento. Seguindo essa lógica, o governo federal amplia o papel dessas

entidades na rede de atendimento psicossocial, sobretudo, através da Portaria GM/MS nº 131/2012 que institui incentivo financeiro para o custeio de serviços de atenção em regime residencial, voltados a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS (Brasil, 2012).

O Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), vinculado ao Ministério da Justiça, edita a Resolução nº 01/2015 (Brasil, 2015) com o objetivo de regulamentar as CTs, definindo o período máximo de acolhimento em 12 meses a cada 2 anos, os direitos do acolhido, o conteúdo do Plano de Atendimento Singular (PAS) e a articulação com a rede de serviços, mediante apoio e pactuação com os gestores locais. Nessa mesma direção, a Portaria nº GM/MS nº 1.482/2016 inclui as CTs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde (Brasil, 2016b).

Em 2018, o governo federal publica o Edital de Credenciamento nº 01/2018 das CTs com o objetivo de credenciar e remunerar as entidades que acolhem de forma voluntária e em regime residencial as pessoas com problemas decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas. Porém, a

[...] transferência de atribuições do Estado para o terceiro setor denota a incompatibilidade entre a política pública desenvolvida pelo CAPS-ad e a política pública desenvolvida por CTs subsidiadas com recursos públicos, posto que enquanto o acolhimento do usuário dentro do CAPS-ad gera um custo de recursos públicos, o pagamento pelo Estado do acolhimento do usuário pelas CTs gera um custo acrescido da margem de excedente econômico (o lucro), pois configura-se como o desenvolvimento de uma atividade econômica, ainda que não seja esse o objetivo idealizado para o terceiro setor. (Costa, 2020, p. 55).

Desse modo, as CTs utilizam-se do tempo de permanência para obter o lucro de sua atividade econômica. Para tal, amplia ao máximo a permanência das pessoas em tratamento dentro de suas acomodações, isolando-as do convívio social, objetivando a remuneração estatal, indo de encontro aos preceitos da reforma psiquiátrica. Identificamos, portanto, que as práticas realizadas nesses estabelecimentos divergem com os princípios da luta antimanicomial.

Em Inspeção Nacional realizada em Comunidades Terapêuticas pelo Conselho Federal de Psicologia, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, no ano de 2017, foi identificado que, nas instituições vistoriadas, a internação é apresentada como primeiro recurso

no processo de tratamento. Nessa inspeção, constatou-se a existência de práticas que violam os direitos humanos, como a privação de liberdade, a violação da liberdade religiosa, a imposição de laborterapia, a internação sem prazo determinado, entre outras. Além disso, quando o interno descumpre alguma regra da comunidade, são aplicadas diversas punições, entre as quais o aumento da carga de laborterapia, pois o trabalho é utilizado como ferramenta de disciplina (CFP, 2018).

Em vista dessa realidade, em 2019, a Portaria nº 562, do Ministério da Cidadania, cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento das CTs com o intuito de acompanhar e fiscalizar os serviços contratados pelo Estado, no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). A SENAPRED foi extinta durante a gestão presidencial de Luiz Inácio Lula da Silva, por meio da Medida Provisória nº 1.154, de 1º de janeiro de 2023, e a competência da política sobre drogas acabou sendo transferida para o Ministério da Justiça e Segurança Pública e Ministério da Saúde.

A partir de 2023 temos uma descontinuidade do financiamento das CTs, pois o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), vinculada ao Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), por meio da Resolução CNAS/MDS nº 151/2024<sup>2</sup>, retirou-as do rol das organizações sociais, por isso não é mais possível o financiamento dessas instituições com recursos da política de assistência social.

Temos um novo cenário em formação. No entanto, considerando os últimos anos é notável que o modelo hospitalocêntrico permanece vivo e em plenas condições de destituir os direitos conquistados com a reforma psiquiátrica. Em face disso, em todas as regiões brasileiras, do norte ao sul e do leste ao oeste, assistimos notícias sobre violações de direitos das pessoas usuárias de drogas.

No início de 2025 a Prefeitura de São Paulo, na gestão de Ricardo Nunes, do Partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB), construiu um muro de concreto de 40 m (em substituição dos antigos tapumes de metal) na região da “Cracolândia”, sob o pretexto de proteger as pessoas que ali se encontram do fluxo de veículos nas vias. Em virtude dessa situação, o Supremo Tribunal Federal (STF) foi acionado por parlamentares do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e requereu explicações da gestão municipal (Falcão, 2025).

---

<sup>2</sup> <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/regulacao/visualizar.php?codigo=6742>

Ao analisar essa situação, vemos claramente o objetivo de confinar pessoas e restringir o acesso delas aos espaços públicos, em total desrespeito aos seus direitos fundamentais.

Portanto, a realidade revela que nos espaços que deveriam ser de cuidado há uma desvalorização dos projetos que consideram as singularidades. Ao mesmo tempo, há um direcionamento das ações para uma padronização das formas de tratamento. Assim, vem sendo construídas estratégias em total desencontro ao que preconiza o art. 2º da Lei Federal nº 10.216/2001 que propõe o modelo de atenção psicossocial. Apesar de todo o retrocesso social e humano que as instituições asilares carregam, percebemos que elas continuam ganhando forças.

### **2.3 O modelo de atenção psicossocial**

O modelo de atenção psicossocial é centrado na construção de uma rede composta por dispositivos extra-hospitalares. Decorre do movimento de reforma psiquiátrica que revelou que o antigo modelo hospitalocêntrico era ineficaz no tratamento das pessoas com transtorno mental, pois o atendimento ofertado desconsiderava-as como sujeitos de direitos, vendo-as como um objeto da medicina.

A luta antimanicomial trouxe possibilidades e alternativas de cuidado de pessoas que até a década de 1960 tinham sua liberdade cerceada e seus direitos violados apenas por ter algum transtorno mental. O peso político e social está na constituição de uma rede de atenção psicossocial (RAPS) para atendimento, através da inserção e da reabilitação social na família, na comunidade e no trabalho.

No Brasil, a RAPS foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011 com o objetivo de atender pessoas em sofrimento mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ela é formada por sete componentes que devem oferecer cuidado integral e assistência multiprofissional, quais sejam: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial (Brasil, 2011) (Quadro 1).

De modo geral, cada nível de serviço da RAPS corresponde a pontos de atenção à saúde mental, isto é, dispositivos e serviços de saúde e de saúde mental que devem oferecer serviços dentro da perspectiva da redução de danos e da atenção humanizada. Convém mencionar que

a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 inseriu as CTs na RAPS, como serviços residenciais de caráter transitório.

**Quadro 1: Componentes da RAPS em 2024**

<b>Componentes da RAPS</b>	<b>Pontos de Atenção</b>
Atenção básica	-Unidade Básica de Saúde; -Equipe de atenção básica para populações específicas; -Centros de Convivência.
Atenção psicossocial especializada	-Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de urgência e emergência	-SAMU 192; -Sala de Estabilização; -UPA 24 horas; -Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; -Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
Atenção residencial de caráter transitório	-Unidade de Acolhimento (UA): Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), destinados a adultos (maiores de 18 anos) em uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI), destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos); -Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluindo as CTs.
Atenção hospitalar	-Enfermaria especializada em Hospital Geral; -Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias de desinstitucionalização	-Serviços Residenciais Terapêuticos.
Reabilitação psicossocial	-Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.

Em cada um dos pontos de atenção da RAPS, os serviços para atendimento e acompanhamento das pessoas em sofrimento mental devem estar bem definidos e estruturados. É preciso também que haja formação de equipe multiprofissional para apoio especializado com capacidade de responder os casos leves, moderados e graves de transtornos mentais e comportamentais. Desse modo, nenhum ponto deve ser priorizado em detrimento de outro, mas todos devem funcionar de modo articulado, dentro da lógica da intersetorialidade, por meio da referência e da contrarreferência. É necessário também que o sujeito participante dessa rede, seja o autor de sua própria história, tendo autonomia e liberdade para contribuir com a construção do seu plano de atendimento singular.

Em relação aos objetivos dos componentes da RAPS, temos que:

Na **atenção básica** ocorre a oferta de serviços com vistas à promoção da saúde mental dentro das unidades básicas de saúde (UBS), através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e dos Centros de Convivência, locais em que se trabalham as formas de cuidado e prevenção de transtornos mentais, bem como ações de redução de danos.

Na **atenção psicossocial especializada**, os CAPS são os pontos de atenção tido como portas de entrada para a rede de serviços de saúde. Eles são dispositivos essenciais no atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Quadro 2).

**Quadro 2: Modalidade de CAPS**

<b>Modalidade</b>	<b>Público</b>	<b>Porte do município</b>
CAPS I	Transtornos mentais graves e persistentes	> 20 mil hab.
CAPS II	Transtornos mentais graves e persistentes	> 70 mil hab.
CAPS III (atendimento de 24h)	Transtornos mentais graves e persistentes	> 200 mil hab.
CAPS AD	Necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	> 70 mil hab.
CAPS AD III (atendimento de 24h)		> 200 mil hab.
CAPS i	Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes	> 150 mil hab.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.

A Portaria GM/MS nº 336/2002 estabelece o funcionamento e as modalidades dos CAPS, sendo que em 2011 foi editada a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 que redefine as modalidades de CAPS dentro da RAPS. É importante acentuar que, de 2002 a 2022, os dados do Ministério da Saúde (MS) referente a RAPS revelam que ocorreu a expansão da rede de atenção psicossocial com a instituição de novos CAPS, com o aumento de 342 dispositivos habilitados para 2.836. Deste modo, alcançou-se uma cobertura de 1,33 unidades para cada 100 mil habitantes (Brasil, 2022).

Na **atenção de urgência emergência**, têm-se os serviços de atendimento a pessoas que estão em situações de risco e que requerem cuidados imediatos para impedir o agravamento na fase aguda das crises psicóticas, a exemplo do SAMU e das UPAs.

Na **atenção residencial de caráter transitório**, os pontos de atenção são: as unidades de acolhimento que oferecem cuidados contínuos de saúde em ambiente residencial, por um tempo de permanência de até seis meses (24h/d) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório; e os serviços de atenção em regime residencial, entre os quais

as comunidades terapêuticas, que devem funcionar de forma articulada à atenção básica e aos CAPS.

Nas **estratégias de desinstitucionalização**, os pontos de atenção são os serviços residenciais terapêuticos (SRT) que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, com internação de longa permanência (dois ou mais anos ininterruptos).

Na **atenção hospitalar**, cujos pontos de atenção são os hospitais gerais e os hospitais psiquiátricos, o Brasil tem uma cobertura de 0,07 de leitos de saúde mental para cada 1 mil habitantes. No total, são 14.614 leitos, sendo que 12.662 estão distribuídos em 106 hospitais psiquiátricos e 1.952 em 322 hospitais gerais. Embora os leitos psiquiátricos ainda sejam predominantes, desde 2007 há uma tendência de ampliação dos leitos em hospitais gerais.

Em Sergipe, após o início do processo de reforma psiquiátrica, os hospitais de caráter hospitalocêntrico foram fechados, a exemplo do Centro Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno, em 2002, e da Clínica Psiquiátrica Santa Maria, desativada em 2012. Em relação à RAPS, em 2022, os seus pontos de atenção eram compostos por diversos serviços, dentre os quais: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e 94 leitos habilitados no SUS, o que representava uma cobertura hospitalar de 0,04 leitos para cada 1 mil habitantes (Brasil, 2022) (Tabela 1).

**Tabela 1: Pontos de Atenção da RAPS no Brasil e em Sergipe - 2022**

<b>Pontos de Atenção</b>	<b>Brasil</b>	<b>Sergipe</b>
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	2.836	44
Unidades de Acolhimento (UA)	70	3
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	890	11
Leitos habilitados no SUS - Hospitais gerais	1.952	14
Leitos habilitados no SUS - Hospitais psiquiátricos	12.662	80

Fonte: Adaptado de Brasil, 2022.

Em 2024, a atenção hospitalar tinha 265 leitos de saúde mental e psiquiatria disponíveis, sendo que 241 estavam distribuídos em 8 estabelecimentos localizados em Aracaju (hospital geral e hospital especializado), dos quais 45% eram de instituições privadas (Tabela 2). No Estado há outros leitos de Psiquiatria geridos por hospitais estaduais, como o Hospital Regional de Nossa Senhora da Glória (10 leitos), no alto sertão sergipano, e o Hospital Jessé de Andrade Fontes (15 leitos), localizado em Estância, no sul sergipano (Sergipe, 2023)

que contribuem, de certa forma, para a descentralização da demanda em saúde mental. Contudo, é na capital que a atenção hospitalar está centralizada.

Na capital de Sergipe, os leitos nos estabelecimentos públicos geridos pelo governo estadual e federal, como o Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) e Hospital Universitário, e os particulares e filantrópicos conveniados, como o Hospital Cirurgia, Hospital São José e Clínica de Repouso São Marcelo, tem o objetivo de atender a demanda dos 75 municípios sergipanos. Importante mencionar que temos ainda o Hospital de Custódia e Psiquiátrico de Sergipe (HCPS), localizado no Bairro América, voltado à custódia e tratamento de pessoas com transtorno mental e comportamental que cumprem alguma medida de segurança. Devido às limitações de nossa pesquisa, não discutiremos o tratamento oferecido nesse tipo de estabelecimento.

**Tabela 2: Estabelecimentos com leitos de Psiquiatria em Aracaju - 2024**

<b>Estabelecimento</b>	<b>Leitos particulares</b>	<b>Leitos do SUS</b>	<b>Total Geral</b>
Clínica Reintegrar Saúde Mental	28	-	28
Recomeçar Centro-Terapêutico	24		24
Equilíbrio Clínica Dia	17	-	17
Clínica de Repouso São Marcelo	40	80	120
Hospital São José	-	14	14
Hospital Cirurgia	-	16	16
Hospital de Urgência de Sergipe	-	14	14
Hospital Universitário de Sergipe	-	8	8
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>132</b>	<b>241</b>

Fonte: Adaptado de CNES (Brasil, 2024a).

Em relação à demanda de atenção hospitalar específica do município de Aracaju, o governo municipal mantém convênio com o Hospital São José, instituição de direito privado, para o atendimento dos casos de surtos e urgências psiquiátricas de sua população. Observando a realidade apresentada, vemos a importância dos CAPS no gerenciamento da demanda em saúde mental com vistas a evitar o aparecimento e agravamento das crises psiquiátricas.

Importante lembrar que os hospitais são unidades que devem ser utilizados somente quando os demais dispositivos da RAPS se mostrarem insuficientes para o tratamento de pessoas em adoecimento mental, conforme preconiza a reforma psiquiátrica. No acolhimento de sujeitos com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, os serviços hospitalares devem permitir a integralidade do cuidado, em situações de abstinência e intoxicações severas, acolhendo a pessoa hospitalizada por um período de curta duração, com

foco na desinstitucionalização. Ademais, deve ocorrer a substituição de unidades de caráter asilar por unidades de caráter de base comunitária e em meio aberto, por isso a assistência tem que ser prestada em serviços substitutivos aos hospitais.

Em Aracaju, além da atenção hospitalar, a RAPS dispõe de diversos outros pontos de atenção (Tabela 3). A capital sergipana foi uma das pioneiras no processo de estruturação de uma rede de atenção psicossocial, tendo a constituição do primeiro CAPS justamente no ano em que foi aprovada a Lei Federal nº 10.216/2001 (Brasil, 2001). A partir daí, foram implantados outros dispositivos extra-hospitalares em vários pontos desta capital.

**Tabela 3: RAPS em Aracaju - 2024**

Pontos de Atenção	Ano de criação	Regime	Bairro	Quantidade
CAPS infanto-juvenil Dona Ivone Lara <sup>3</sup>	2001	Convênio CIRAS <sup>4</sup>	Inácio Barbosa	6
CAPS Ad III Primavera	2002	Público	Farolândia	
CAPS David Capistrano Filho	2002	Convênio CIRAS	17 de março	
CAPS Ad III infanto juvenil Vida	2004	Público	Novo Paraíso	
CAPS III Liberdade	2005	Público	Siqueira Campos	
CAPS III Jael Patrício	2008	Público	Dom Luciano	
Unidades de Acolhimento (UA) - adulto	-	Público	Atalaia	1
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	-	Convênio CIRAS	Orlando Dantas, Inácio Barbosa	2
Ambulatório de Atendimento em Saúde Mental (Ament) <sup>5</sup>	2023	Público	América	1
Serviço de atendimento ambulatorial nas UBS <sup>6</sup>	-	Público	-	14

Fonte: Aracaju, 2024

Hoje, os dispositivos de atenção psicossocial estão distribuídos por todas as regiões com vistas a cobrir as demandas de saúde mental da população aracajuana, seja dos residentes

<sup>3</sup> Antes denominado CAPS Arthur Bispo do Rosário. Em 2017, sob a administração do CIRAS, teve seu nome alterado.

<sup>4</sup> CIRAS (Centro de Integração Raio de Sol), antes denominada Rosa Azul, é uma organização social voltada ao atendimento de pessoas com deficiência e que está em funcionamento desde 1982. Fonte <https://ciras.org.br/historia>.

<sup>5</sup> Anexo ao Caps Vida.

<sup>6</sup> 10 adultos e 4 infantojuvenil.

dos bairros periféricos ou centrais. Temos ainda serviços voltados à saúde mental preventiva, inseridos em 14 das 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes na rede de saúde municipal, o que nos mostra que ainda há limitações no serviço ambulatorial visto que 68,8% das UBS carecem desse serviço. Apesar disso, é válido mencionar a implantação do Ambulatório de Atendimento em Saúde Mental (Ament), no ano de 2023, que traz a possibilidade de ampliação da assistência ambulatorial em saúde mental.

De maneira geral, nos últimos anos poucas mudanças foram realizadas na rede com vistas a sua melhoria e ampliação. Além disso, ocorreram processos de privatização dos CAPS que contribuíram para o enfraquecimento da RAPS. Em 2016, efetivou-se a privatização do CAPS David Capistrano Filho que passou a ser administrado pela organização social Centro de Integração Raio de Sol (CIRAS). Apesar da resistência dos trabalhadores que lutaram contra a terceirização e transferência da gestão, bem como do posicionamento de entidades que, como o CRESS/SE<sup>7</sup>, repudiaram a privatização, hoje a administração desse CAPS é privada.

É preciso ressaltar que, em 2008, Aracaju ficou conhecida como “a capital da qualidade de vida”. Contudo, no *ranking* de 2023 sequer entrou na lista das 20 melhores cidades para se viver no Brasil<sup>8</sup>. Embora a gestão municipal tente manter o discurso que temos serviços públicos de excelência, precisamos ficar atentos às manifestações da expressão da questão social que se alastram pela capital e que afetam sobremaneira a saúde mental das pessoas e, conseqüentemente, impactam na qualidade dos serviços disponíveis.

Vimos que a reforma psiquiátrica ao longo dos anos permitiu a construção de uma rede estruturada e capaz de atender a diversidade das necessidades das pessoas em sofrimento mental. No entanto, percebemos que ainda é preciso continuar na luta pela ampliação do acesso e da assistência desses sujeitos, de modo que todos aqueles que precisam de cuidados sejam atendidos, dentro da perspectiva da atenção psicossocial. Para isso, são necessários maiores investimentos na implantação de dispositivos extra-hospitalares para ampliar a cobertura e qualidade da rede, incluindo os voltados aos usuários de álcool e outras drogas. Nesse sentido, discutiremos na próxima seção a construção da política sobre álcool e outras drogas no Brasil, trazendo os principais marcos legais, bem como as diferentes formas de tratamento voltadas às pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool.

---

<sup>7</sup> Fonte: <https://cress-se.org.br/nota-de-repudio-a-privatizacao-dos-servicos-do-caps-david-capistrano/>

<sup>8</sup> Fonte: <https://www.nenoticias.com.br/aracaju-fora-das-melhores-em-qualidade-de-vida/>

### 3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Nesta seção, são feitos apontamentos sobre a história do álcool, explicando os principais marcos legais das políticas sobre drogas no Brasil e o conceito de substâncias psicoativas, por meio de um breve debate sobre a “guerra às drogas”. Em seguida, abordamos os impactos sociais do álcool que, embora seja uma droga lícita, provoca sérios danos à vida e à saúde. Logo após, discutiremos sobre as diferentes formas de tratamento direcionado às pessoas com transtorno mental devido ao uso de álcool e outras drogas e as estratégias da política neoliberal em isolar essas pessoas em comunidades terapêuticas (CTs).

#### 3.1 Breves apontamentos sobre a história do álcool

Neste tópico são feitas apenas breves anotações sobre a história do álcool, tendo em vista que há uma diversidade de estudos internacionais e nacionais que falam sobre a origem e os diferentes processos de fabricação das bebidas alcoólicas, como por exemplo: **Álcool e drogas na história do Brasil** (Carneiro, 2005) e **Bebida, abstinência e temperança: na história antiga e moderna** (Carneiro, 2019). As pessoas que quiserem aprofundar mais a leitura dessa temática podem recorrer a esse e outros historiadores.

A literatura apresenta alguns apontamentos sobre a história do álcool, quais sejam:

1. A história caminha junto com a das bebidas, seja nos processos de uso medicamentoso, ritualístico, alimentar. Em diversas épocas, cada bebida alcoólica foi utilizada para diversos fins, inclusive no Médio Oriente a cerveja era um tipo de “pão doce” (Curry, 2020);
2. Em cada período, temos diferentes valores de uso e de troca para os diferentes tipos de bebidas alcoólicas. No Brasil, no período colonial, a cachaça foi utilizada como moeda de troca no tráfico de escravos (Souza, 2004);
3. A história do álcool é dividida em duas eras: a das bebidas fermentadas e as destiladas (Júnior, 1934). A fermentação é realizada por um micro-organismo, o *saccharomyces cerevisiae*, que quebra a molécula da glicose, presente em cereais, frutas e legumes, transformando-a em etanol e gás carbônico. As bebidas destiladas surgem a partir do processo de aquecimento do álcool etílico resultante do processo de fermentação;
4. O registro mais antigo de bebidas fermentadas foi encontrado na China e é de cerca de 9 mil anos A.C., produzida a partir da mistura de mel, frutas e arroz (Curry, 2020);

5. As bebidas destiladas surgem na Idade Média, mas no Brasil ocorreu pouco antes de 1650, uma vez que até esse período não havia registros de alambiques (Júnior, 1934);
6. O processo de produção alcoólica é natural, mas a partir do uso pelo homem de matérias-primas provenientes da natureza (determinado pelas condições de vida, práticas e necessidades de cada povo) foram criados diferentes tipos de bebidas alcoólicas. Assim, temos a disposição o saquê do arroz, o vinho da uva, a cerveja de cereais, dentre tantas outras bebidas;
7. O álcool configura-se como um produto que apresenta riscos à saúde e à vida social, mas também é “fonte de alegrias”, pois provoca sensações de felicidade. No organismo humano, o etanol age no cérebro, liberando serotonina, dopamina e endorfinas, de modo que, após sua ingestão, há sensação de tranquilidade, bem-estar e prazer (Curry, 2020). Por causa disso, o consumo do álcool perpassa gerações e, mesmo com riscos, o consumidor que faz seu uso de forma prejudicial, muitas vezes, continua bebendo;
8. No Brasil, três bebidas marcaram a história do consumo de bebidas alcoólicas, no século XVI e XVII: o cauim do índio, o vinho do luso e a cachaça do africano (Júnior, 1934). Assim, temos que a formação do povo brasileiro é determinada também pelos diferentes processos de produção alcoólica, com destaque para a “branquinha”, isto é, a cachaça brasileira;
9. No período colonial brasileiro, a produção de aguardentes iniciou-se em pequenos engenhos vinculados a camadas mais baixas da população. Devido ao seu preço barato, a cachaça brasileira tinha como principais consumidores escravos e brancos pobres, uma vez que a elite consumia vinhos e aguardentes portugueses importados (Souza, 2004). Ante o exposto, o acesso a esses produtos tem relação com a classe social e, conseqüentemente, o nível de poder aquisitivo;
10. O acesso às bebidas alcoólicas também tem relação com a restrição do acesso a outras fontes de prazeres humanos. Júnior (1934) explica que cachaça era a distração dos pobres que não tinham outra forma de se entreter, uma vez que lhes eram tolhidos o direito ao lazer, à cultura e ao esporte. Hoje, a realidade é parecida, uma vez que algumas pessoas recorrem a um produto barato e de fácil acesso com o objetivo de obter um mínimo de prazer, mesmo que ele venha acompanhado de riscos.

Portanto, o álcool é um produto histórico, natural e inerente às questões que envolvem os homens/mulheres, por isso, não há como dissociá-lo da vida humana em suas diferentes relações sociais. Assim, em vista de sua complexidade e inserções ao longo do tempo nas

diferentes culturas, no próximo item faremos uma explanação dos principais marcos legais que contribuíram para a construção das políticas públicas sobre o álcool no Brasil.

### **3.2 A Política de drogas no Brasil: marcos legais**

As drogas são substâncias capazes de alterar a função biológica e a estrutura do organismo. Dentro desse quadro, encontram-se as substâncias psicoativas (SPA) que ao entrar no organismo atuam no Sistema Nervoso Central (SNC), alterando as funções cerebrais, seja deprimindo-o, estimulando-o ou perturbando-o. De acordo com Romaní (1999, p. 53 *apud* Ferrugem, 2019, p. 21) a SPA são

[...] substâncias químicas que se incorporam ao organismo humano, com capacidade para modificar várias funções deste (percepção, conduta, motricidade, etc., cujos efeitos, consequências e funções estão condicionados, sobretudo, pelas definições sociais, econômicas e culturais que geram nos conjuntos sociais que as utilizam).

Sendo assim, as drogas sempre fizeram parte da história e sempre farão, independente das posições políticas e ideológicas existentes, pois inserem-se no sistema de necessidades sociais. Seu uso e consumo ocorrem a partir de diferentes motivações, como por exemplo:

[...] tratar doenças; aliviar “sofrimentos” do corpo e da “alma”; alterar a disposição física e mental; melhorar o humor; controlar a ansiedade; regular o sono, o apetite; alterar os sentidos e a percepção; estimular a criatividade e a sensibilidade; compor ritos culturais, religiosos, de interação social ou de convivência [...]. Motivações que são socialmente determinadas e que transformam o modo como os indivíduos sociais se relacionam com os diferentes psicoativos (naturais ou sintéticos), alterando seu significado e padrões de consumo. (Brites, 2016, p.7).

Em cada sociedade e cultura institui-se normas que tratam das questões das drogas, definindo aquelas de uso permitido e as de uso proibido ou restrito. Por isso, uma droga pode ser classificada de diferentes formas a depender do país que controla sua produção, circulação, venda e consumo. Ao analisar a sua classificação, vemos que ela tem o caráter farmacológico, político e moral.

De modo geral, as drogas podem ser classificadas com base em diferentes critérios, como sua origem (natural, sintética ou semissintética), sua legalidade (lícitas ou ilícitas) e os efeitos que provocam no organismo humano (estimulantes, depressores ou perturbadoras), como podemos observar no Quadro 3.

**Quadro 3: Classificação das drogas**

Classificação das drogas		
Quanto à origem	Natural	Substâncias extraídas da natureza. Ex.: álcool, maconha.
	Sintética	Substâncias produzidas em laboratório. Ex.: anfetamina
	Semissintética	Substâncias produzidas em laboratório, mas contém substâncias naturais. Ex.: <i>ecstasy</i> , LSD.
Quanto à legalidade	Lícita	Produção, venda e uso regulamentados pelo governo. Ex.: álcool
	Ilícita	Produção, venda e uso não regulamentados pelo governo. Ex.: cocaína.
Quanto aos efeitos no organismo	Depressora	Inibe, suprime ou diminui alguns aspectos da atividade do sistema nervoso central. Ex.: álcool, morfina.
	Estimulante	Ativa, acentua e aumenta a atividade do sistema nervoso central. Ex.: cocaína, anfetamina.
	Perturbadora	Alteram as atividades do sistema nervoso central. Ex.: maconha, <i>ecstasy</i> .

Fonte: Adaptado de Bertolote, 2010.

É importante entender que cada sujeito que consome substâncias psicoativas estabelece uma relação única com ela(s). Dependendo da forma que se faz uso e o porquê de se fazer uso, a relação pode ser de equilíbrio ou causadora de riscos e danos à saúde. Nesse sentido, Ferragem (2019, p. 27) explica que

[...] se há pessoas que estabelecem relações problemáticas com as drogas, em nível de depender deste uso, há muitas outras que fazem uso esporádicos, recreativos, que oscilam entre períodos de usos intensos e outros com usos moderados. Há tantas formas de se relacionar com as substâncias quanto há substâncias psicoativas.

Em relação ao uso problemático, algumas pessoas que consomem essas substâncias psicoativas podem vir a desenvolver transtornos mentais e comportamentais ou sofrerem com uma série de outros agravos à saúde que geram impactos na vida social, familiar, no trabalho e demais relações humanas. No entanto, esses problemas de saúde se revelam de forma desigual, pois é mediado por questões que dizem respeito às condições de vida, ao território, ao gênero, a raça e a classe. Deste modo,

Se há acessos extremamente desiguais à produção de riqueza, as exposições aos riscos de um uso de drogas também são desiguais. Ou seja, as pessoas mais pobres, especialmente os negros, estão mais expostos aos riscos de um consumo de drogas, seja pelas condições de vida e pelo não acesso a políticas públicas, seja pelo potencial risco de violência e encarceramento. (Ferrugem, 2019, p. 32).

Podemos considerar que é uma problemática que atinge todas as classes sociais, em diferentes níveis de complexidade. Contudo, é a população preta e pobre, que não dispõe de recursos suficientes para suprir suas necessidades básicas diárias e que tem dificuldades de acesso a serviços públicos, que sofrerá os maiores impactos gerados pela questão das drogas. Essa situação se agrava para aqueles que vivem em regiões onde predomina o tráfico e a insegurança pública. Ademais, para a população negra, a suscetibilidade de exposição aos riscos e vulnerabilidades do uso e consumo de drogas são ainda maiores, em virtude do preconceito e da estigmatização a ela imputada.

Importante mencionar que Goffman (1980) explica que o estigma desumaniza e coloca em posição de inferioridade indivíduos que estão em situação de inabilitação para aceitação social. Deste modo, vemos que quando se trata da população usuária de drogas há um processo de desqualificação social, pois a sociedade tende a caracterizar e inferiorizar determinadas características físicas e comportamentais.

Em geral, o usuário de drogas “[...] no âmbito da sociedade burguesa, tem seu *status* de cidadania parcialmente reconhecido pelo Estado, não sendo, portanto, entendidos como indivíduos dignos de gozar sua liberdade e autonomia, mesmo que nos limites do capitalismo neoliberal vigente” (Paiva; Costa, 2017, p. 54). Assim, são desconsideradas as individualidades e os direitos humanos desses sujeitos, sobretudo, dentro da lógica do proibicionismo.

As políticas proibicionistas contribuíram para que as substâncias psicoativas se tornassem um problema social. Por isso,

[...] historicamente, podemos afirmar que o uso de substâncias psicoativas tornou-se um problema de saúde pública, em nível mundial, somente a partir do século XX, quando surgem as primeiras leis proibindo seu uso. Leis pautadas na moral e permeadas pelo medo. (Bertoni; Fernandes; Batista, 2019, p. 20).

No mundo, o modelo político de “guerra às drogas” está vigente há pouco mais de cem anos. Segundo Ferrugem (2019, p. 44) “[...] o marco inicial desse paradigma envolve as resoluções na primeira Conferência Internacional sobre o Ópio, no ano de 1912, em Haia,

antecedida pela reunião de países em Xangai”. Entretanto, desde a década de 1980, a política de “guerra às drogas” dos EUA, adotada por outros países, a exemplo do Brasil, se retroalimenta. Temos legislações brasileiras orientadas no paradigma proibicionista que reproduzem políticas moralistas e que criminalizam o usuário de drogas ilícitas, pois são vistas como algo negativo e que devem ser reprimidas, como por exemplo: a PNAD/2019 que defende uma sociedade livre de drogas.

Ainda dentro da perspectiva proibicionista, temos em discussão o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 45/2023, apresentado pelo senador Rodrigo Pacheco, do Partido Social Democrático (PSD) de Minas Gerais, que criminaliza o porte de qualquer droga ilícita. Ele já foi aprovado no Senado em dois turnos e seguiu para a Câmara dos Deputados. O texto dessa PEC estabelece que caberá à autoridade pública definir se a pessoa flagrada responderá como traficante ou usuário, situação já prevista na Lei de Drogas, mas também determina que se ela for considerada usuária deve ser condenada a pena alternativa e encaminhada para tratamento (Craide, 2024). Nesse sentido,

[...] são características das políticas proibicionistas e definidas como medidas de alta exigência ações baseadas no medo à repressão, na persuasão moral e na intolerância ao uso de drogas, que impõem a abstinência como pré-condição para o ingresso em um programa de tratamento. (Machado; Boarini, 2013, p. 582).

Por outro lado, há movimentos brasileiros que defendem a liberdade do uso e consumo de substâncias psicoativas, de modo legalizado e não discriminatório, isto é, antiproibicionista. Um dos eventos ligados a essa perspectiva é a “Marcha da Maconha”, organizada desde os anos de 1990. Na mesma direção, recentemente, vivenciamos um ato judicial histórico, de viés mais progressista: a decisão do STF que, no dia 25/06/2024, em julgamento descriminalizou o porte da maconha, considerando-o como ato ilícito penal e definindo a quantidade de 40g ou seis pés dessa planta como de uso pessoal. Dessa maneira, estabeleceu-se critérios mais objetivos para a distinção entre usuário e traficante (Richter, 2024);

É certo que o tema das drogas é polêmico, pois é atravessado por vários discursos moralizantes e que reproduz o estigma das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas ilícitas. Isto pode refletir nas formas de atenção e cuidado em saúde mental, uma vez que o uso pode ser associado à pessoa em adoecimento mental, a população em situação de rua e em vulnerabilidade social, de modo que para elas seja ofertado o mesmo tratamento: a exclusão do convívio em sociedade (Silva; Abrahão, 2020).

Quando se trata das consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas, vemos que são múltiplas e atingem toda a sociedade e o Estado. Contudo, a ideia de um mundo sem drogas leva a uma guerra não necessariamente sobre o produto/mercadoria, mas contra as pessoas que delas fazem uso e as consomem, sobretudo, pessoas pretas, pobres e periféricas. Nesse sentido, Ferrugem (2019, p. 51) explica que

[...] no Brasil temos uma guerra às drogas que assume contornos discriminatórios e seletivos. Uma política repressiva que consome recursos financeiros e que não reduz a oferta e nem a demanda por drogas. A cada apreensão e incineração de drogas pela polícia torna-se mais visível o desequilíbrio entre repressão, produção e comércio.

Por causa disso, é reproduzida uma política de “enxugar gelo”, em que se desconsidera o cerne da problemática social. O proibicionismo escolhe seu alvo determinado por questões de raça e classe. Ferrugem (2019, p. 92), ainda, explica que “na guerra às drogas, há uma sinergia entre o racismo e o ódio de classe, a junção desses marcadores sociais determina as vítimas dessa guerra”. Ao relacionar os usuários de drogas ilícitas, de modo taxativo, à delinquência ou a fatores patológicos, coloca-os em situação de maior desigualdade e marginalização. Por isso, o debate sobre as substâncias psicoativas deve considerar que

[...] determinados marcadores sociais (como gênero e raça, além da pobreza) devem ser tomados como analisadores que expressam as dificuldades vivenciadas por parte da população brasileira, em especial no que diz respeito às implicações que as drogas apresentam em diferentes contextos sociais. (Paiva e Costa, 2017, p. 60).

Diante de discursos estigmatizantes e preconceituosos, é preciso discutir o papel da educação sobre drogas, baseada nos direitos humanos, abordando inclusive o termo droga, pois ele

[...] tem contribuído também para naturalizar um tratamento desigual entre usuárias/os de psicoativos, já que as pessoas que usam psicoativos lícitos são geralmente tratadas como sujeitos de direitos, ao passo em que, às/aos usuárias/os de psicoativos ilícitos, é relegada a condição culturalmente condenável de viciadas e drogadas. (Brites, 2016, p. 8).

É dessa forma que determinados grupos sociais, sobretudo das classes marginalizadas, passam a ter seus direitos violados, sendo tratados como sujeitos de segunda ordem, pois são vistos juridicamente como criminosos pelo fato de consumirem drogas classificadas como

ilícitas, mesmo que estas não representem grandes riscos sociais. Bertoni; Fernandes e Batista (2019, p. 20) explicam que

[...] a desigualdade econômica brutal faz com que só alguns cumpram as leis: os que estão abaixo da linha da pobreza e que encontram em espaços propícios para que o Estado Penal, as polícias militares e civis tenham acesso sem qualquer impedimento. Uma “segurança” que resulta em lucro para as milícias.

Essa situação é decorrente da precarização das políticas públicas dirigidas às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas psicoativas. No Brasil, na política de saúde mental há uma lacuna assistencial quando se trata das questões de saúde relativas ao atendimento das pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Justamente foi em um “[...] cenário de criminalização, patologização e consequente lacuna assistencial que surgem tardiamente no início dos anos 2000 as primeiras políticas na área”. (Paiva; Costa, 2017, p. 62). A partir daí, os governos editaram vários instrumentos políticos e normativos que visam atender as demandas de saúde mental daqueles que sofriam com os problemas decorrentes do uso e consumo de drogas.

Em diferentes momentos históricos, o movimento higienista<sup>9</sup>, o discurso religioso e dogmático e a legislação proibicionista enquadraram o uso de drogas em três categorias: doença, pecado e crime. O modelo com foco no produto desconsiderou práticas de cuidado e atenção em saúde mental com centralidade nas pessoas. Além disso, o modelo biomédico, voltado ao atendimento dessas pessoas, provocou o engessamento das formas de tratamento, de modo que

[...] a longa duração do paradigma unicausal e sua definição negativa de saúde (como ausência de doença) facilitaram a disseminação quase universal da ideia de que apenas a abstinência total significaria um horizonte possível para o tratamento da dependência química. (Alarcon; Belmonte; Jorge, 2012, p. 66).

Sob essa ótica, as formas de cuidado ficaram restritas ao campo da Medicina, dentro de uma perspectiva biológica, de maneira que os condicionantes sociais, econômicos e políticos foram desconsiderados. Até a segunda metade do século XX, foi “a hegemonia do modelo biomédico, institucionalizado pelo Estado, que organizou a racionalidade do ensino,

---

<sup>9</sup> Em 1923, surge no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), idealizada pelo médico psiquiatra Gustavo Riedel, tendo o objetivo de, por meio de atendimentos psiquiátricos modernos, “aperfeiçoar a raça” e prevenir fatores de degeneração, pois se acreditava que as doenças mentais eram transmitidas geneticamente, por isso era preciso impedir a sua transmissão, uma vez que, desta forma, tendiam a se agravar (Tamano, 2022).

da pesquisa e da assistência à saúde em todos os níveis e em todos as profissões posteriormente capazes de conexão direta com a medicina [...]” (Alarcon; Belmonte; Jorge, 2012, p. 66).

Nessa perspectiva, a “questão das drogas” passa a ser entendida como uma expressão da questão social tornando-se alvo das políticas sociais com o Estado capitalista agindo de forma estratégica. No Brasil, as primeiras legislações que revelam os indícios da construção de uma política de drogas surgem no início do século XX, baseado no aparato jurídico internacional. Em 1938, é aprovado o Decreto nº 891 (Brasil, 1938) que regulamenta a fiscalização de entorpecentes e define a toxicomania como doença cuja modalidade de tratamento era a internação, ligada ao ideal de abstinência.

Desse momento em diante, o Estado amplia seu papel no processo de controle da produção, distribuição e consumo de drogas. Ainda, define as substâncias psicoativas e faz a distinção entre usuário, traficante e dependente químico. A partir disso, são redirecionadas às linhas das políticas públicas, sendo priorizadas, geralmente, três linhas de ações no enfrentamento dessa problemática social: a da redução da oferta, da redução da demanda e da redução de danos.

Nesse viés, em 1976, é sancionada a Lei nº 6.368 (Brasil, 1976) que dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que causem dependência física ou psíquica. No ano de 1980, o Decreto nº 85.110 (Brasil, 1980) instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e normatizou o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) que foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), no ano de 1998.

Dessa forma, observamos que, ao longo dos anos, no Brasil, a construção de políticas sociais voltadas à problemática das drogas se debruça, principalmente, sobre duas áreas: a da segurança pública e a da saúde pública. A primeira tem o foco na repressão e proibição e a segunda na redução de danos e promoção de cuidados. Em determinados períodos uma área prevaleceu sobre a outra, por isso precisamos compreender que

Se o uso de álcool e outras drogas têm sido observado hoje como questão de saúde pública, mais especificamente, de saúde mental, o cenário das regras, assim como a literatura especializada demonstram que houve momentos em que a questão foi tratada de modo meramente jurídico/policial. (Vargas; Campos, 2019, p. 1043).

Em geral, quando analisamos as políticas de saúde mental dirigidas às pessoas com transtorno mental decorrente do uso de álcool ou outras drogas, identificamos dois tipos de

abordagem: a proibicionista e a de redução de danos. A primeira tem como foco a abstinência com modelos de tratamento que busca o isolamento social dessas pessoas, principalmente, em comunidades terapêuticas, enquanto a segunda busca a inserção social com a inclusão desses sujeitos em serviços extra-hospitalares.

No Brasil, a estratégia de redução de danos (RD) surge em 1989, na cidade de Santos/SP, como uma iniciativa do médico sanitário David Capistrano, tendo em vista a alta concentração de casos de AIDS decorrentes do uso de drogas injetáveis. Nessa época, a RD tinha como medida a contenção da epidemia de contágio do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis, por meio da implementação de programas de distribuição de seringas aos usuários de drogas injetáveis (Machado; Boarini, 2013).

Em geral, as ações das políticas de drogas são desarticuladas, pois fragmentam o “problema” em vários ministérios sem uma real articulação intersetorial. Isso é uma característica das políticas sociais fragmentadas que são construídas no sistema dos monopólios (Netto, 2009).

No Brasil, de 2000 a 2023, dentro da política pública de governo federal, diversas decisões se materializaram em leis, decretos e portarias que permitiram a constituição de uma rede de atenção psicossocial e a consolidação da política de saúde mental e da política sobre drogas. Em relação às principais decisões concretizadas nos últimos governos, em alguns períodos a agenda da saúde mental foi priorizada mais que em outros. Nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) e Dilma Rousseff (2011-2016) foram aprovadas as principais legislações direcionadas à constituição da RAPS (Quadro 4).

#### **Quadro 4: Breve trajetória das legislações sobre saúde mental (álcool e outras drogas) no Brasil de 2000 a 2023**

(continua)

<b>Período/Governo</b>	<b>Legislações</b>
1995-2003 Fernando Henrique Cardoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Portaria MS/GM nº 106/2000</b> - Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS;</li> <li>- <b>Lei nº 10.216/2001</b> - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;</li> <li>- <b>Portaria MS/GM nº 816/2002</b> - Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas;</li> <li>- <b>Decreto nº 4.345/2002</b> - Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências.</li> </ul>
2003-2011 Luiz Inácio Lula da Silva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Portaria MS/GM nº 2.197/2004</b> - 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;</li> </ul>

Período/Governo	Legislações
	<p>- <b>Portaria MS/GM nº 1.612/2005</b> - Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas;</p> <p>- <b>Lei nº 11.343/2006</b> - Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad;</p> <p><b>Decreto nº 6.117/2007</b> - Aprova a Política Nacional sobre o Álcool;</p> <p>- <b>Portaria MS/GM nº 1.190/2009</b>- Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010);</p> <p>- <b>Decreto nº 7.179/2010</b> - Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;</p> <p>- <b>Portaria MS/GM nº 2.841/2010</b>- Institui o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas - CAPS AD III.</p>
2011-2016 Dilma Rousseff	<p>- <b>Decreto nº 7.637/2011</b> - Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;</p> <p>- <b>Portaria MS/GM nº 3.088/2011</b> - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);</p> <p>- <b>Portaria MS/GM nº 121/2012</b> - Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas;</p> <p>- <b>Portaria MS/GM nº 130/2012</b> - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros;</p> <p>- <b>Portaria MS/GM nº 615/2013</b> - Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento.</p>
2016-2019 Michel Temer	<p>- <b>Portaria MS/GM nº 544/2018</b> - Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências;</p> <p>- <b>Portaria MS/GM nº 1.482/2016</b> - Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde.</p>
2019-2023 Jair Messias Bolsonaro	<p>- <b>Decreto nº 9.761/2019</b> - Aprova a Política Nacional sobre Drogas;</p> <p>- <b>Decreto nº 9.926/2019</b> - Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Revogado).</p>
2023 Luiz Inácio Lula da Silva	<p>- <b>Decreto nº 11.511/2023</b> - Institui o Grupo de Trabalho para Mitigação e Reparação dos Efeitos do Tráfico de Drogas sobre as Populações Indígenas;</p> <p>- <b>Lei nº 14.819/2024</b> - Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares.</p>

Quando se trata de políticas públicas é importante considerar que elas se concretizam em decisões, planos, metas e ações governamentais. No Brasil, três modelos de políticas sobre drogas foram implementadas, a partir da aprovação de três documentos legais: a Política Nacional Antidrogas de 2002, no governo de Fernando Henrique Cardoso; a Política Nacional sobre Drogas de 2005, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, e a Política Nacional sobre Drogas de 2019, no governo de Jair Messias Bolsonaro. Cada uma das políticas sobre drogas representa a posição política de cada governo que a instituiu, dentro da relação que a ordem do capital define, pois, no sistema capitalista, as leis geralmente servem aos interesses da classe dominante. Além disso, compreendemos que as três possuem uma certa similaridade no direcionamento adotado quando se considera o caráter clínico e necessidade de intervenções médicas.

Dessa maneira, na síntese da Política Nacional Antidrogas, aprovada pelo Decreto nº 4.345/2002 (Brasil, 2002e), havia a defesa do proibicionismo a partir do ideal de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido das lícitas. Apesar de sua perspectiva moralista, um de seus pressupostos básicos era a distinção entre usuário, pessoa em uso indevido, dependente e traficante. Desse modo, seus pressupostos contribuíram para a implementação de diferentes formas de intervenção, inclusive ações de redução de danos sociais e à saúde.

Nesse contexto, há uma maior integração da política de álcool e outras drogas dentro do campo da saúde mental. Assim, foi instituído no âmbito do SUS, por meio da Portaria GM/MS nº 816/2002 (Brasil, 2002d), o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Um de seus objetivos era a promoção da atenção a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, através da organização e implantação de uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares articulada a rede de atenção psicossocial.

Seguindo a linha temporal, em 2005, a Resolução do CONAD nº 3 atualiza a política instituída em 2002 ao realinhar as estratégias de intervenção, com foco na redução dos danos sociais e à saúde. Observamos mudança de perspectiva na gestão com a substituição do termo "antidrogas" pelo "sobre drogas". Dessa forma, a política passa a se chamar Política Nacional sobre Drogas. É interessante pontuar que em seu texto o termo abstinência é suprimido, o que revela traços de uma política mais progressista. Dentre seus pressupostos estava a distinção do tratamento dado ao usuário/dependente daquele dado ao traficante, de modo que as ações estivessem voltadas para o sujeito e não para a substância de uso, com vistas ao tratamento, recuperação e reinserção social (Brasil, 2005b).

Nesse contexto, a Lei nº 6.368/1976 é revogada por meio da aprovação da Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006) que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) que tinha como principais finalidades: prevenir o uso indevido, promover a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e estabelecer normas para repressão à produção proibida e ao tráfico ilícito de drogas. Definiu ainda que esse sistema deve atuar de forma articulado com o SUS (Sistema Único de Saúde) e o SUAS (Sistema Único da Assistência Social).

Ademais, em relação ao tratamento do usuário ou dependente de drogas, a Lei nº 11.343/2006 define que devem ser priorizadas as modalidades ambulatoriais e as internações devem ocorrer, de modo excepcional, em unidades de saúde e hospitais gerais, por um período máximo de 90 dias, tempo necessário para a desintoxicação. Ainda trata do acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora ao estabelecer que a adesão e permanência nesse local deve ser voluntária e que o tratamento ocorra em um ambiente residencial capaz de contribuir para a formação de vínculos entre os residentes. Logo, é vedado o isolamento físico e há obrigação de avaliação médica prévia e construção do plano individual de atendimento.

Isto posto, notamos que a aprovação dessa lei marca uma mudança na direção das políticas de drogas ao criar um sistema articulado que envolve várias políticas públicas e que requer, conforme os seus princípios da RP, o respeito aos direitos humanos fundamentais e a responsabilidade compartilhada do Estado e da sociedade na execução de suas ações. Dentro dessa direção, em 2008, o Conselho Nacional Antidrogas transforma-se em Conselho Nacional sobre Drogas.

Outro documento substancial na construção dessa política é o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas de 2011, cujo objetivo foi o combate à “epidemia das drogas”, em especial, o uso do *crack* e de substâncias ilícitas. Esse plano teve ampla difusão na mídia, a partir das ações do governo federal, em conjunto com o governo de São Paulo, na região da Cracolândia. Embora ele tenha sido revogado no ano de 2020, através da Decreto nº 10.473 (Brasil, 2020a), permaneceu o foco do governo no combate ao consumo de produtos psicoativos ilícitos com ampliação das políticas de cunho higienista e asilar, por meio das autorizações de internações involuntárias, inclusive de pessoas que não se enquadram no diagnóstico de dependentes químicos.

No ano de 2022, uma investigação do Ministério Público (MP) de São Paulo sobre uma ação realizada pela prefeitura na região da Cracolândia, apontou que das 23 pessoas internadas involuntariamente, apenas 3 eram dependentes químicos (Tavares, 2022). São situações como

essa que mostram que a política de controle de corpos atinge, principalmente, pessoas em situações de vulnerabilidades, sem proteção jurídica e social, cujos direitos civis e sociais são violados através de ações que contam, inclusive, com a participação do Estado.

Em estudo sobre as internações em hospitais de custódia de pessoas consideradas inimputáveis por doença mental e que praticaram fatos definidos como crime, Costa (2023, p. 53) afirma que “[...] os meios que a sociedade escolhe para punir ou para tratar a população carcerária se apresentam como um poderoso sinal de avanço ou de retrocesso do processo civilizatório”. Quando utilizamos o mesmo parâmetro para analisar o tratamento de pessoas com transtornos mentais e comportamentais internadas em hospitais psiquiátricos, vemos que há muito o que se avançar, pois a lógica do isolamento de corpos por tempo indeterminado permanece forte.

Nessa direção, a exclusão social é o norte das políticas higienistas, por isso a principal finalidade das medidas de segurança adotadas pelo Estado é excluir de forma seletiva os considerados anormais, embora elas apareçam com a finalidade declarada de proteção, tratamento e recuperação dos indivíduos (Costa, 2023). A falsa proteção também está nas medidas de saúde adotadas pelo Estado quando prioriza as instituições hospitalares no tratamento das pessoas com transtornos mentais e comportamentais.

Desse modo, em busca de uma sociedade livre de drogas, adotam-se ações que desconsideram as particularidades de cada pessoa em adoecimento mental, direcionando o mesmo padrão de atendimento e tratamento. Dentro dessa lógica, em 2019, foi editado o Decreto nº 9.761 (Brasil, 2019a) que regulamenta a Política Nacional sobre Drogas e que tem como um de seus objetivos a promoção e manutenção da abstinência. Além de não citar as estratégias de redução de danos, estimula o trabalho das CTs, geridas por instituições privadas, cujo objetivo é vender serviços para obter lucro. Para isso, isolam as pessoas em adoecimento mental durante um período maior que o necessário para a desintoxicação, por um prazo que pode chegar a doze meses ou mais de isolamento, ou seja, de forma contrária ao que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Tal situação se complexifica com a integração das CTs ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)<sup>10</sup>.

Em um contexto de intensificação do neoliberalismo, a aprovação da PNAD/2019 revela o caráter privatista de cuidado ao defender o financiamento público das comunidades terapêuticas com vistas ao isolamento do indivíduo para a promoção e manutenção de sua

---

<sup>10</sup> As Comunidades terapêuticas passam a integrar o SISNAD a partir da aprovação do Decreto nº 9.761/2019 e da Lei nº 13.840/2019.

abstinência. Em virtude disso, coloca-se em segundo plano os serviços em meio aberto, a exemplo: os Centros de Atendimento Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS-AD<sup>11</sup>), os serviços residenciais terapêuticos, as unidades de acolhimento e os centros de convivência e cultura. Também desconsidera que algumas pessoas em tratamento de saúde mental têm desinteresse em parar o consumo de substâncias psicoativas e que, por isso, o engessamento de práticas de saúde pode implicar na eficácia do tratamento, a médio e longo prazo.

Nesse sentido, a nova política altera e exclui as conquistas e avanços da luta antimanicomial, pois favorece as internações em instituições de cunho asilar, a exemplo das CTs. Porém, “a solução das ‘comunidades terapêuticas’, na sua maioria, oferece apenas o enclausuramento do problema, na ausência de uma ação mais efetiva e eficaz do Estado” (Pitta, 2011, p. 4588).

Portanto, sob uma perspectiva messiânica, na qual é preciso salvar a sociedade dos males das drogas, a PNAD/2019 traz como um de seus objetivos “conscientizar e proteger a sociedade brasileira dos prejuízos sociais, econômicos e de saúde pública que são causados pelo uso, pelo uso indevido e pela dependência de drogas lícitas e ilícitas” (Brasil, 2019a). Em suas orientações gerais, também afirma que o Estado deve estimular, garantir e promover ações voltadas ao tratamento, recuperação e reinserção social por meio de órgãos governamentais, não-governamentais e entidades privadas.

Importante ressaltar que a PNAD/2019 reconhece que o uso de substâncias lícitas também pode ser indutor da dependência, e não apenas as ilícitas. Contudo, as suas diretrizes são contrárias à legalização das substâncias ilícitas e reforçam o acolhimento em comunidades terapêuticas com foco na abstinência. Dessa maneira, traça-se uma política como base em único objetivo e que desconsidera as estratégias de redução de danos. Ainda, há o estímulo e apoio, inclusive financeiro, das CTs, que em sua maioria são vinculadas a entidades religiosas e que se utilizam de práticas que não são de saúde para intervir sobre problemas psicológicos e mentais.

No primeiro ano de mandato do presidente Bolsonaro, além da PNAD, outras duas normas jurídicas alteram de modo substancial a direção das políticas sobre drogas: a Lei nº 13.840/2019 (Brasil, 2019c) que altera diversas normas legais, inclusive a Lei nº 11.343/2006 que institui o SISNAD, e o Decreto nº 9.926/2019 que dispôs sobre o CONAD e que modificou

---

<sup>11</sup> A Portaria 336/2002 (Brasil, 2002c), que institui as diversas modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), inclui o CAPS-AD como dispositivo voltado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

a sua composição, ao excluir os representantes de órgãos e entidades profissionais e os das organizações da sociedade civil (Brasil, 2019b).

A Lei nº 11.343/2006, a partir das alterações legislativas, traz a necessidade de elaboração do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas. Para tal, em seu art. 8º-D lista-se doze objetivos (Brasil, 2006):

- I - promover a interdisciplinaridade e integração dos programas, ações, atividades e projetos dos órgãos e entidades públicas e privadas nas áreas de saúde, educação, trabalho, assistência social, previdência social, habitação, cultura, desporto e lazer, visando à prevenção do uso de drogas, atenção e reinserção social dos usuários ou dependentes de drogas;
- II - viabilizar a ampla participação social na formulação, implementação e avaliação das políticas sobre drogas;
- III - priorizar programas, ações, atividades e projetos articulados com os estabelecimentos de ensino, com a sociedade e com a família para a prevenção do uso de drogas;
- IV - ampliar as alternativas de inserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas, promovendo programas que priorizem a melhoria de sua escolarização e a qualificação profissional;
- V - promover o acesso do usuário ou dependente de drogas a todos os serviços públicos;
- VI - estabelecer diretrizes para garantir a efetividade dos programas, ações e projetos das políticas sobre drogas;
- VII - fomentar a criação de serviço de atendimento telefônico com orientações e informações para apoio aos usuários ou dependentes de drogas;
- VIII - articular programas, ações e projetos de incentivo ao emprego, renda e capacitação para o trabalho, com objetivo de promover a inserção profissional da pessoa que haja cumprido o plano individual de atendimento nas fases de tratamento ou acolhimento;
- IX - promover formas coletivas de organização para o trabalho, redes de economia solidária e o cooperativismo, como forma de promover autonomia ao usuário ou dependente de drogas egresso de tratamento ou acolhimento, observando-se as especificidades regionais;
- X - propor a formulação de políticas públicas que conduzam à efetivação das diretrizes e princípios previstos no art. 22;
- XI - articular as instâncias de saúde, assistência social e de justiça no enfrentamento ao abuso de drogas; e
- XII - promover estudos e avaliação dos resultados das políticas sobre drogas.

Embora esse plano preveja a integração entre os órgãos públicos e privados e a articulação entre as políticas sociais para o enfrentamento dos problemas decorrentes do uso e consumo dessas substâncias, o que se viu foi uma política alinhada às perspectivas conservadoras do governo. A forma que o governo federal geriu as estratégias de atenção às pessoas com transtorno mental devido ao uso de drogas tentou desconstruir toda a política de saúde mental estruturada na reforma psiquiátrica, uma vez que centralizou a construção de

novas diretrizes pelos órgãos governamentais e retirou a participação da sociedade civil das discussões dessa política.

Apesar dos desafios atuais com a sistemática negação de direitos, Pitta (2011, p. 4588) diz que

a Reforma Psiquiátrica Brasileira segue defendendo ações efetivas em rede na Atenção Básica, nos Ambulatórios Especializados, nos CAPS AD III, nas Unidades Residenciais Transitórias, nos Serviços Residenciais Terapêuticos, nos leitos em Hospitais Gerais e nas pequenas enfermarias especializadas. Ainda enfatiza os Pontos de Encontro, os Centros de Convivência, as Oficinas de Geração de Renda e Trabalho e o "gerenciamento de casos" nas comunidades, baseados na lógica de redução de danos. Defende ainda ações intersetoriais de inclusão social no trabalho, na escola, nas artes, nos esportes, na cultura e a produção de chances de novos protagonismos sociais que ocupem o lugar das drogas nos projetos de vida dos usuários.

Apesar disso, o movimento de reforma psiquiátrica ainda segue vivo. Mas, o que se vê é o enfraquecimento de suas estratégias de desinstitucionalização, inclusive dentro de governos de cunho progressista. Em 2023, no governo de Lula, a Portaria MDS nº 907/2023 (Brasil, 2023b) aprovou o Planejamento Estratégico Institucional do MDS para o período de 2023 a 2026 que estabelecia metas de contratação pelo governo federal de vagas em comunidades terapêuticas. Lula também criou o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas, vinculado ao MDS, por meio do Decreto nº 11.392/2023 (Brasil, 2023a). Na época, surgiram críticas de entidades e movimentos sociais ligados ao tema sobre a criação desse departamento, inclusive o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Recomendação nº 01/2023, sinalizou a sua extinção<sup>12</sup>. Diante disso, o governo o renomeou para Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas, por via do Decreto nº 12.099/2024 (Brasil, 2024b).

Diante do cenário atual, compreendemos que a assistência em saúde mental requer um conjunto de ações multidisciplinares e serviços intersetoriais continuados. É preciso que as necessidades das pessoas sejam consideradas em sua integralidade, através de ações intersetoriais, pois, do contrário, corre-se o risco de criar padrões de tratamento para as pessoas em adoecimento mental. Faz-se necessário também que aqueles que trabalham no campo da saúde mental considerem as particularidades de cada usuário e entendam que os cuidados em saúde mental dependem de várias áreas do saber e da participação efetiva do usuário e de sua

---

<sup>12</sup> <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>

família e de toda a comunidade. Por isso, é importante uma formação continuada. No próximo item, discutiremos formas de intervenções voltadas ao uso prejudicial de álcool, de modo que se compreenda como a gestão das políticas sobre drogas produz indicadores que impactam as vivências.

### **3.3 Intervenções para o uso prejudicial do álcool**

No Brasil, temos alguns estudos sobre o uso de álcool, como o II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas (LENAD) e o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (LNUD), realizados em 2012 e 2017, respectivamente. Esses levantamentos contribuíram para o aprofundamento das discussões acerca do uso de álcool pela população brasileira e revelaram que o álcool é a droga mais consumida no país. É importante frisar que consideramos nesta pesquisa os dados desses dois levantamentos, embora o II LENAD seja de 2012, ou seja, posterior ao período analisado em nosso estudo. Em virtude de não dispormos de dados nacionais mais recentes, acreditamos que esses estudos fornecem informações relevantes sobre a realidade brasileira no início do século XXI.

O II LENAD revelou que 50% da população brasileira já fez uso em algum momento da vida e que 38% das mulheres e 62% dos homens consumiram álcool nos últimos doze meses anteriores à pesquisa. Em geral, bebe-se em grande quantidade e com frequência, pois 61% dos não abstêmios declararam beber até 4 doses em uma única ocasião e 53% consumiam com regularidade, no mínimo uma vez na semana. Os homens bebem mais que as mulheres (62% e 38%, respectivamente), em uma frequência e doses maiores. Em relação à faixa etária, o primeiro gole ocorreu antes dos 15 anos para 22% da população brasileira. A prevalência de consumo abusivo na população adulta é de 0,06% entre as mulheres e 3,25% entre os homens. Em relação à dependência, para os homens a prevalência é de 10,48% e para as mulheres é de 3,63% (Laranjeira, 2012).

Quando comparada às demais drogas, sejam lícitas ou ilícitas, o álcool é uma das que apresentam maior risco de morte e de incapacidade, pois seu uso prejudicial pode provocar uma série de danos à saúde humana e gerar impactos sociais, econômicos, trabalhistas e previdenciários. Esses dados corroboram com pesquisa da OMS que afirma que o consumo de álcool é fator causal de mais de 200 doenças e lesões, sendo que 5,3% de todas as mortes no mundo resultam do uso de risco do álcool e que 5,1% da população mundial tem transtorno mental por uso de álcool (OPAS, [s.d]).

O uso cada vez mais precoce e frequente, geralmente em doses elevadas, pode agravar essa situação. Em 2017, o III LNUD revelou que há a prevalência do uso de bebidas alcoólicas em 30,1% da população brasileira e para 16,1% o consumo dá-se em *binge drinking*, isto é, beber 6 ou mais doses em uma única ocasião (Bastos; Vasconcelos; De Boni; Coutinho, 2017).

O uso abusivo ou de risco pode levar à síndrome da dependência alcoólica, a síndrome da abstinência e a distúrbios comportamentais. O álcool pode causar problemas individuais e problemas sociais e tem relação com a violência, embora seja arriscado estabelecer relação direta de causa e efeito entre os dois, levando em conta que o número de pessoas que bebem é maior do que os que praticam algum tipo de ilegalidade. Contudo, seu uso de risco pode se configurar como um problema de cunho transversal. É certo que

[...] as relações são múltiplas e variadas, mas o consumo de álcool é, no mínimo, um importante facilitador de situações de violência. Não faltam evidências científicas de sua participação nos homicídios, suicídios, violência doméstica, crimes sexuais, atropelamento e acidentes envolvendo motoristas alcoolizados. Estatísticas internacionais apontam que em cerca de 15% a 66% de todos os homicídios e agressões sérias, o agressor, vítima, ou ambos tinham ingerido bebidas alcoólicas. Da mesma maneira, o consumo de álcool está presente em cerca de 13% a 50% dos casos de estupro e atentados ao pudor. No Brasil, dados do Cebrid apontam que 52% dos casos de violência doméstica estavam ligados ao álcool. (Laranjeira; Duailibi; Pinsky, 2005, p. 176).

O entendimento do alcoolista como uma pessoa que precisa de cuidados de saúde é recente, pois “foi há pouco mais de cem anos que o alcoolismo se tornou um problema médico, e o alcoólatra, um potencial paciente, alvo de ação da medicina” (Carvalho, 2012, p. 84). Nessa direção, a 10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) aprovada em 1990, na categoria “F” elenca os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, compreendido como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que pode se desenvolver após o uso contínuo de álcool.

O alcoolismo atinge todas as classes sociais de forma distinta, sendo determinado por fatores condicionantes e determinantes, a exemplo de: condições fisiológicas, sociais, econômicas, trabalhistas, familiares e ambientais. Segundo Vaissman (2004, p. 189),

[...] sabe-se que a origem da dependência alcoólica e de outras dependências químicas é de ordem multifatorial, portanto haveria causas psicológicas, causas socioculturais (ação do estresse no ambiente de trabalho, tipo de

ocupação, fatores étnicos) e causas biológicas (ligadas a teorias metabólicas e genéticas).

Diante disso, no Brasil, a mudança de perspectiva sobre a pessoa que faz uso abusivo ou é dependente de álcool vai se alterar a partir de 2002. Havia a necessidade de reformular e adequar o modelo de assistência oferecida pelo SUS ao usuário de álcool e outras drogas, uma vez que o tratamento de cunho higienista, moralista e asilar não supria as necessidades dessas pessoas. Assim, foi editada a Portaria GM/MS nº 816/2002 que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Como consequência, se estabeleceu a implantação no país de 250 CAPS-AD no período de três anos. Em 2003, o Ministério da Saúde apresentou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUD) com vistas a superar o atraso histórico brasileiro diante do grave problema de saúde pública relativo ao uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2003c).

A implantação dos primeiros CAPS-AD permitiu a estruturação de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social. Deste modo construiu-se

[...] uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos. (Brasil, 2005a, p. 41).

Em 2004, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS nº 2.197/2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, ao instituir o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Também estabeleceu os principais componentes desse programa que são: a atenção básica; os CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência; e a rede de suporte social, como as associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil. Ainda definiu que os serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas - SHR-ad serão instalados em hospitais gerais, a fim de evitar as internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2004b).

Desse modo, a construção da rede de atenção à saúde mental mostrou que havia a necessidade de as políticas públicas intersetoriais darem respostas eficazes e sensíveis às

particularidades da clínica de álcool e outras drogas. Em 2007 é aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, por meio do Decreto nº 6.117/2007, com

[...] princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidades associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (Brasil, 2007).

Ao analisar a política nacional sobre álcool, compreendemos que as estratégias de tratamento devem levar em consideração toda uma rede de serviço, a exemplo dos CAPS-AD, UBS, hospitais gerais, rede de suporte social. Apenas em situações de maior complexidade, a internação é uma alternativa para tratar o alcoolismo, pois o tratamento deve ocorrer, em regra, em meio aberto, dentro do meio social que o indivíduo está inserido. Ela também busca ampliar o acesso ao tratamento no SUS, com a inserção na rede pública de saúde de recursos comunitários não governamentais que trabalham com o tratamento e reinserção social dos usuários e dependentes de álcool (Brasil, 2007).

Dessa maneira, o cuidado em saúde é efetivado em pontos de atenção. Dentro do SUS, as formas de cuidado voltadas à pessoa alcoolista ocorrem em três níveis: primário, secundário e terciário. O primário que é voltado à prevenção de doenças por meio da promoção da saúde através de campanhas educativas que visam retardar ou evitar o uso do álcool; o secundário que é dirigido a intervenção precoce através de diagnósticos e tratamento e o terciário orientado à reabilitação e reintegração da pessoa que tem o diagnóstico de alcoolismo (Brasil, 2003).

Destacamos que, em 2009, foi editada a Portaria GM/MS nº 1.190/2009 que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2010). Dentre de seu conjunto de ações, o PEAD visava: ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção no SUS; diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas e construir respostas intersectoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários (Brasil, 2009).

Apesar dos avanços alcançados com o processo de reforma psiquiátrica, temos nos últimos anos o processo de desmonte da política de saúde mental com o esvaziamento das estratégias de reforma psiquiátrica. Verificamos que há a reatualização de velhas práticas de

asilamento e da questão social como caso de polícia, de forma que o gerenciamento do sistema se dá a partir do encarceramento de massas. Assim, o Estado adota novas formas de gerir a questão social pela via da política social, por meio do controle e disciplinamento da classe trabalhadora (Behring, 2009).

As medidas adotadas no Estado Penal têm como objetivo reduzir os direitos humanos.

Logo,

[...] o Estado (Penal e Assistencial) passa a adotar medidas que reduzem concepções de cidadania e democracia a meros formalismos, e, além disso, passa a atuar como juiz na vigilância e gerenciamento de grupos sociais que representam o próprio declínio/impossibilidade capitalista de produzir riqueza com igualdade de distribuição. (Paiva; Costa, 2017, p. 66).

Desse modo, o Estado, em vez de ampliar as políticas sociais voltadas à proteção social, lança mão do aparato policial e do judiciário para conter as “classes perigosas”, sobretudo, jovens pobres e negros, populações de rua, movimentos sociais. Hoje, observamos o amadurecimento do Estado Penal no qual há a escalada da violência e criminalização das pessoas consideradas disfuncionais ao capitalismo. Nele, há a adoção de políticas focalizadas e meritocráticas, além da ampliação da mercantilização de serviços, em que se transfere o papel estatal para o mercado e para a sociedade civil, como por exemplo as comunidades terapêuticas (Brisola, 2012).

Não há dúvidas que, nos últimos anos, há uma opção clara dos governos brasileiros pelas comunidades terapêuticas. Isto revela o caráter privatista que se concretiza por meio da transferência de parte da gestão da política de drogas para o mercado. Dessa forma, o governo promove o enfraquecimento da RAPS e, conseqüentemente, o desfavorecimento dos CAPS-AD, ao passo que promove e favorece o financiamento das comunidades terapêuticas (Costa, 2020).

É certo que as internações psiquiátricas não se tratam apenas de uma estratégia de saúde, considerada uma das modalidades de tratamento, mas também uma estratégia política e econômica. Brisola (2012) afirma que o enfrentamento do tráfico de drogas e armas nas favelas também é umas das formas de criminalização dos pobres e da pobreza, assim como o isolamento dos indesejáveis em hospitais psiquiátricos também é uma estratégia de controle das massas com vistas a mascarar as injustiças sociais.

Dentro da perspectiva de criminalização do pobre e da pobreza, recoloca-se a questão social como caso de polícia, em bases ainda mais perversas, mediante o avanço da precarização da força de trabalho e aumento do desemprego. O Estado Penal, ao intervir sobre as expressões

da “questão das drogas”, utiliza-se de estratégias de contenção daqueles que são vistos como ameaças à população em geral, independentemente de serem apenas usuários ou dependentes químicos.

Logo, a lógica da institucionalização dos corpos faz com que aqueles que deveriam ser encaminhados para o sistema público de saúde, a fim de serem inseridos em dispositivos extra-hospitalares de saúde mental, sejam direcionados ao sistema penal, enquanto outros vão para as instituições psiquiátricas. A fim de ampliar a análise sobre essa questão com vistas a entender a realidade em Aracaju, na próxima seção, são exibidos os dados de internações psiquiátricas pelo SUS processadas na capital do Estado de Sergipe, decorrentes de transtorno mental e comportamento devido ao uso de álcool.

## 4 INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS POR USO DE ÁLCOOL EM ARACAJU

Nesta seção, são apresentados os dados referentes às internações psiquiátricas por uso de álcool em Aracaju pelo SUS, entre os anos de 2013 e 2023, com informações sobre a quantidade de internações psiquiátricas, o perfil dos internados, número de óbitos, taxa de mortalidade, tempo de permanência, regime jurídico das instituições, caráter eletivo ou de urgência do atendimento e gasto total das internações. Ainda, ao longo do texto são discutidas as diretrizes da PNAD 2019 e sua relação com a (des)construção da rede de atenção psicossocial na capital sergipana.

### 4.1 Internações decorrentes de transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool - por ano atendimento

A efetivação das políticas públicas ocorre no campo das mediações, por isso é preciso situá-las dentro da realidade social sob o ponto de vista da totalidade. As políticas sociais não devem ser analisadas como fatos isolados, em sua expressão imediata, mas como manifestação do contraditório da realidade (Behring; Boschetti, 2007). Neste sentido, é analisado o rumo tomado pela reforma psiquiátrica e os desdobramentos da política de saúde mental brasileira, inclusive com a redução dos investimentos públicos na rede de atenção psicossocial nos últimos anos.

No Brasil, desde meados dos 1990, a reforma psiquiátrica sofre interferências da hegemonia das políticas neoliberais que trouxeram implicações para a continuidade das suas propostas, apesar dos ganhos adquiridos com a luta antimanicomial. A redução do papel do Estado contribuiu para a precarização e sucateamento dos serviços públicos (Bisneto, 2009).

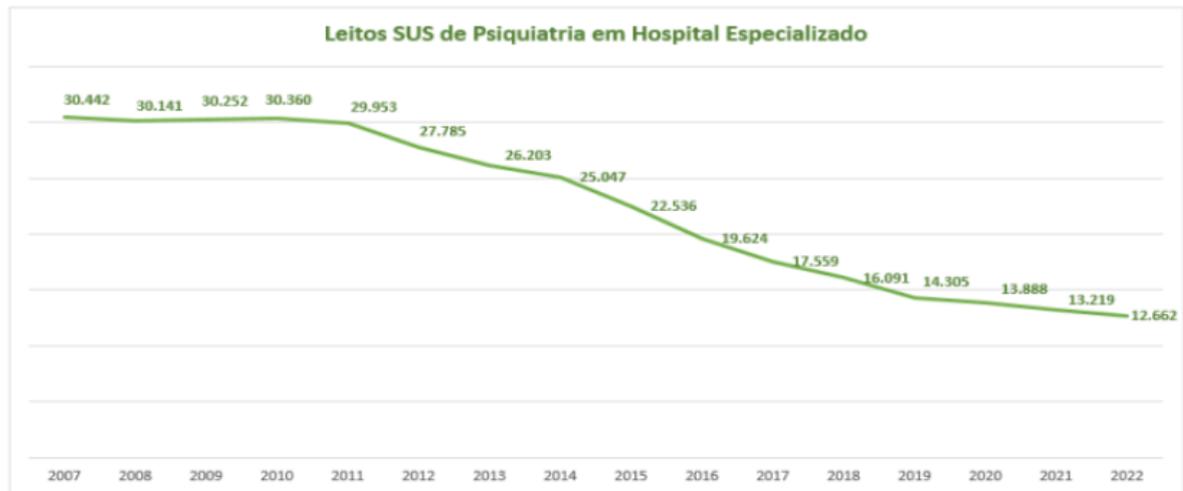
No campo da saúde mental,

[...] os governos estão interessados em diminuir os custos da assistência psiquiátrica dos hospitais do Estado. Aproveitam-se da onda neoliberal para não internar pacientes, mesmo sem criar serviços alternativos suficientes, diminuindo verbas e não contratando novos profissionais. Mas contraditoriamente (ou não!), os governos continuam interessados em repassar verba pública para os empresários do setor psiquiátrico e “terceiro setor” filantrópicos, através de convênios [...]. (Bisneto, 2009, p. 42).

Importante frisar que, desde a implementação da Lei Federal nº 10.216/2001, os números de leitos psiquiátricos foram reduzidos. No período de 2010 a 2021 houve redução de 38,9%, indo de 50.296 para 30.743. Inclusive, nesse mesmo período, ocorreu também uma

diminuição de 53,6% das internações que são totalmente atribuíveis ao álcool (CISA, 2023). A redução de leitos em hospitais psiquiátricos é uma das propostas do movimento antimanicomial, tendo em vista o processo de desinstitucionalização.

**Figura 1: Leitos SUS de Psiquiatria em hospital especializado**



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Cnes - junho/2022

**Figura 2: Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais - (Cód. 87) - custeio anual**



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - CGMAD/Deciv/Saps/MS - junho/2022

Nessa direção, os leitos em hospitais gerais devem ser priorizados, pois são fundamentais no processo de reabilitação psicossocial, uma vez que promovem o atendimento em um período curto de internação. Convém ressaltar que, entre 2007 e 2021, houve

decréscimo dos leitos de Psiquiatria do SUS em hospital especializado e desde 2013 ocorreu o aumento dos leitos em hospitais gerais (Brasil, 2024d).

O crescimento do número de leitos em hospitais gerais é um dos ganhos trazidos pela reforma psiquiátrica, mas é preciso ficar atento aos meios que os governos têm utilizado para atender as demandas em saúde mental. Diminuir os recursos públicos destinados aos hospitais psiquiátricos sem ampliar os custos com a assistência comunitária pode comprometer o tratamento de pessoas em adoecimento mental. Além disso,

[...] a internação psiquiátrica deve ser considerada um recurso terapêutico com forte potencial iatrogênico, na medida em que é um procedimento que induz à recorrência (reinternações), pior prognóstico a longo prazo de transtornos psiquiátricos, aumento desproporcional para custo do sistema de saúde e de assistência, além da formação de estigma, isolamento e fragmentação das relações sociais dos hospitalizados. (Pitta, 2019, p. 9).

Dentro dessa lógica, os serviços extra-hospitalares são instrumentos fundamentais para a efetivação do direito à vida comunitária das pessoas em sofrimento psíquico. Porém, o panorama da saúde mental brasileiro se agravou após a queda de repasses para o custeio de novas habilitações de CAPS. O Boletim nº 7/2023 - Monitoramento do Orçamento da Saúde, elaborado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), mostra que, entre 2017 e 2021, não houve investimentos direcionados à ampliação da rede. De forma perversa, os recursos foram reduzidos, indo de R\$2,3 bilhões para R\$0,02 bilhões, sendo destinados apenas para o pagamento de despesas correntes (Nobre; Rosa, 2023). Por outro lado, no governo de Michel Temer e Bolsonaro houve o crescimento exponencial de recursos destinados às comunidades terapêuticas. Em 2019 o número de vagas financiadas pelo governo federal quadruplicou, de 2.900 para 11 mil, com a estimativa de 20 mil vagas em 2020 (Brasil, 2020b).

Logo, os números comprovam o caráter privatista do governo federal na gestão e operacionalização das políticas públicas, incluindo a de saúde mental. Em Aracaju, os dados do DATASUS mostram que, entre 2013 e 2015, processou-se 633.549 internações, sendo que 329.246 ocorreu em entidades sem fins lucrativos e em entidades privadas, o que representa 51,9% do total (Brasil, 2024b). Isso gera preocupação, pois o serviço público vem sendo desconstruído em favor de interesses que não representam os anseios de toda a coletividade. Nesse cenário, a problemática de saúde das pessoas com transtorno mental devido ao uso de álcool e outras drogas se agrava, pois há o repasse de responsabilidades para as instituições privadas, a exemplo das CTs. Nesses locais não há tratamento em saúde mental, com protocolos clínicos como nos hospitais, mas apenas ações terapêuticas e, principalmente,

religiosas que generalizam as demandas e desconsideram o perfil das pessoas internadas, conforme consta em Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP *et. al*, 2018).

No que se refere à morbidade hospitalar na capital de Sergipe, de 2013 a 2023, ocorreu a redução das internações de pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Nota-se essa redução, principalmente, após o golpe contra a presidenta Dilma Rousseff que culminou na mudança de governo - e o seu vice Michel Temer assumindo a presidência - em 2016. Além disso, notamos a diminuição de forma mais intensa depois da aprovação da PNAD em 2019. Nesse período, processou-se um total de 1.660 internações hospitalares, das quais não podemos aferir quantas foram de reinternações (Tabela 4).

**Tabela 4: Morbidade hospitalar do SUS<sup>13</sup> - Brasil/Sergipe/Aracaju**

Ano	Brasil	Sergipe	Aracaju
2013	47.001	93	82
2014	45.871	255	221
2015	42.514	538	512
2016	37.730	444	402
2017	36.381	202	153
2018	35.721	153	107
2019	35.385	93	56
2020	29.543	59	37
2021	28.451	46	32
2022	29.427	50	29
2023	28.951	57	29
<b>Total</b>	<b>396.975</b>	<b>1.990</b>	<b>1.660</b>

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024. Adaptado pela autora.

<sup>13</sup> Sobre os dados de morbidade hospitalar do SUS, é preciso fazer uma observação: as unidades hospitalares que participam do SUS preenchem as Autorizações de Internações hospitalares (AIH) e as enviam para os gestores estaduais ou municipais. Após o seu processamento pelo DATASUS ocorre a liberação de créditos referentes às internações hospitalares. Há diferenças na quantidade de AIH e IH (internações hospitalares) em cada ano de atendimento. As AIH consideram as prorrogações (longa permanência), enquanto as IH não as consideram. Para o estudo, consideramos apenas a quantidade de IH que são as AIH pagas no período sem considerar as prorrogações.

Observamos ainda que 83,4% de todas as internações processadas no Estado de Sergipe ocorreram na capital, o que revela a importância dos serviços disponíveis em Aracaju para o atendimento da demanda existente. Em contrapartida, é necessário ficar atento à centralização de serviços, pois pode comprometer a efetivação do tratamento de pessoas e a universalidade da saúde.

Ao analisar os dados de nosso estudo, compreendemos que essa redução não está atrelada diretamente ao processo de desinstitucionalização, mas à restrição de gastos públicos trazida pela Emenda Constitucional nº 95/2016 aprovada no governo de Michel Temer. Ainda, nos últimos anos, os governos federais investiram no modelo asilar ao priorizar o serviço privado que absorve a maior parte da demanda em saúde mental, principalmente de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Tudo isso tem relação com a redução das internações psiquiátricas pelo SUS.

É preciso ficar atento à redução no número de internações psiquiátricas pelo SUS, pois não há, necessariamente, elo com os princípios da reforma psiquiátrica. De forma geral, é necessário também que a internação seja apresentada como último recurso e não como primeiro. Deste modo, para a concretização de políticas públicas eficientes e em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica, precisamos de serviços que atendam as especificidades de seu público-alvo. Por isso, no próximo tópico traremos informações sobre indicadores relativos a sexo, cor e idade das pessoas internadas pelo SUS em Aracaju. Devido às limitações da pesquisa, não serão analisados outros dados relativos ao perfil populacional, a exemplo de classe econômica, escolaridade e renda.

## **4.2 Perfil das pessoas internadas com transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool**

### **4.2.1 Internações por sexo**

O detalhamento sobre o perfil das pessoas internadas nos serviços de saúde mental é importante para que se construam projetos terapêuticos singulares (PTS) que respeitem a individualidade de cada sujeito em tratamento, com assistência humanizada em todos os serviços que compõem a rede assistencial. Para tal, é importante considerar as diferenças que existem entre homens e mulheres relativas ao gênero/sexo.

Sabemos que o ato de beber trata-se de um fenômeno complexo que requer intervenções distintas, haja vista as diferenças entre homens e mulheres. Quando consideramos

o gênero/sexo, vemos que há expectativas heterogêneas em relação ao uso de álcool (Fachini; Furtado, 2012). De maneira geral, algumas pessoas consomem pela facilitação social, outras pelo aprimoramento sexual. No dia a dia, é comum ouvirmos frases do tipo: “Vou beber para criar coragem” e “Vou beber para esquecer os problemas”. Em vista disso, o uso de bebidas alcoólicas é determinado pelo contexto cultural que influencia de modo distinto o processo de construção de expectativas, por isso os manejos e as formas de prevenção e cuidado devem considerar as diferenças comportamentais de uso entre homens e mulheres (Fachini; Furtado, 2012).

Homens e mulheres consomem álcool por motivos diversos e sofrem consequências distintas desse consumo, por isso precisam de intervenções diferentes nas ações de prevenção e promoção do cuidado. Fachini e Furtado (2012, p. 71) explicam ainda que

[...] a necessidade de se considerar nas avaliações clínicas o contexto cultural em que se realiza o consumo de álcool pelo indivíduo, bem como os valores culturais que esse indivíduo apresenta, além da história pessoal e familiar do beber, uma vez que conteúdos transgeracionais e estilo parental contribuem para o beber dos jovens, principalmente para o gênero feminino.

Assim sendo, o uso de álcool é comum nos dois gêneros, nas diferentes faixas etárias e classes sociais. Mas beber intensamente é mais tolerado quando se refere ao gênero masculino. De modo geral, os homens têm certa permissividade, sendo muitas vezes estimulados a consumir bebidas alcoólicas, mesmo quando há histórico de problemas, pois o uso está ligado a sociabilidade masculina (Fachini; Furtado, 2012). Consumir bebida alcoólica tem relação direta com a construção de papéis sociais dados aos homens e às mulheres. As mulheres são educadas para a prática do cuidado e da família, ao contrário do gênero masculino, em que o cuidado não tem importância enquanto sua definição identitária (Philipp; Fanny; Vásquez, 2019).

Além disso, os estigmas relacionados ao uso de álcool por mulheres fazem com que elas ainda consumam em espaços privados. Podemos comprovar isso apenas observando a realidade, os bares, por exemplo, são espaços frequentados de forma majoritária por homens. Essa disparidade entre homens e mulheres não é apenas uma questão da realidade atual. No século XVIII, “o consumo de bebidas alcoólicas, por outro lado, só era socialmente aceitável, quando feito por homens; portanto, mulheres e bebidas formam um par historicamente com desconfiança” (Souza, 2004, p. 70). Podemos observar que o estigma que as mulheres

carregam é antigo e tem relação com uma sociedade machista que limita os espaços que não são domésticos.

Ademais, quando as mulheres precisam de tratamento há maiores obstáculos e barreiras sociais, pois há menos tolerância em relação ao consumo de bebidas alcoólicas por elas, principalmente, quando já se encontram em uso prejudicial (Fachini; Furtado, 2012). Em razão disso, a intolerância e o estigma podem colocar barreiras no acesso aos centros de diagnóstico e tratamento para as pessoas do gênero feminino.

Gomes e Brilhante (2021, p. 10) explicam que:

Às mulheres dependentes químicas, ficam reservados estigmas peculiares, que as associam a comportamentos inadequados, abandono da família e da sua casa, prostituição, vergonha e falta de moral, que se somam às vulnerabilidades às quais elas já estão expostas pelo simples fato de serem mulheres e pelo exercício do poder masculino, potencializando os riscos de serem violentadas e mortas.

Nesse sentido, vemos que as questões de gênero exercem influência sobre os problemas relativos ao uso de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas, embora haja uma tendência comportamental de risco voltada ao sexo masculino.

No cenário das verticalidades e de subordinação que persistem nas relações de gênero com significado negativo para as mulheres, é interessante ver, efetivamente, na atualidade, que o comportamento de grande risco, no que se refere ao consumo de drogas, mostra diferenças positivas enquanto um menor consumo de mulheres. (Philipp; Fanny; Vásquez, 2019, p. 45).

Quando levamos em conta o fator biológico, as mulheres estão mais suscetíveis a desenvolver complicações clínicas relacionadas ao uso do álcool e sofrem mais riscos de mortalidade quando comparadas as pessoas do sexo masculino. Isso porque elas sofrem complicações físicas mais rápido, em virtude de menores níveis séricos da enzima álcool-desidrogenase que atua no processo de metabolização do álcool, como consequência absorve 30% a mais desse produto quando comparado aos homens (Nóbrega; Oliveira, 2005).

Por outro lado, no que diz respeito às internações em Aracaju, de 2013 a 2023, a maioria dos internados foram homens (89,3%) (Tabela 5). Em dados períodos ocorreram pequenas variações no aumento do percentual de mulheres internadas, mas ainda são minorias nas instituições psiquiátricas.

De forma geral, compreendemos que eles se internam mais que elas, pois se colocam em situações de riscos mais altos, uma vez que são os maiores consumidores de álcool,

bebendo com mais frequência e em maiores quantidades. De tal maneira, estão mais suscetíveis às consequências do uso prolongado de bebidas alcoólicas. Todavia, as mulheres consomem menos álcool em relação aos homens devido ao julgamento que ainda é árduo. Há uma maior pressão social no sentido de que elas não iniciem o uso e, quando ele ocorre, há uma maior pressão para que elas parem. (Nóbrega; Oliveira, 2005).

**Tabela 5: Internações por sexo - Aracaju**

Ano/Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
<b>2013</b>	72	87,8	10	12,2
<b>2014</b>	192	86,8	29	13,2
<b>2015</b>	479	93,5	33	6,5
<b>2016</b>	363	70,8	39	29,2
<b>2017</b>	131	85,6	22	14,4
<b>2018</b>	91	85	16	15
<b>2019</b>	47	83,9	9	16,1
<b>2020</b>	33	89,1	4	10,9
<b>2021</b>	27	84,4	5	15,6
<b>2022</b>	27	93,1	2	6,9
<b>2023</b>	22	75,8	7	24,2
<b>Total</b>	<b>1.484</b>	<b>89,3</b>	<b>176</b>	<b>10,7</b>

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024. Adaptado pela autora.

Esses dados nos impõe um alerta no sentido de olhar com mais atenção às necessidades de mulheres que fazem uso prejudicial de álcool e que, em virtude das múltiplas funções que exercem e do estigma social, podem ter suas carências postostas. Por isso, os pontos de atenção em saúde mental precisam estar preparados para receber as demandas, tendo em conta as especificidades e as diferenças que existem entre o sexo feminino e masculino. Em relação aos comportamentos da masculinidade, há de se combater as práticas machistas que afetam também a saúde dos homens, pois os impedem de se colocarem como seres que precisam de cuidado e atenção.

#### 4.2.2 Internação por faixa etária

Os estudos comprovam que os riscos do uso prejudicial de álcool são mais perceptíveis na fase adulta, uma vez que os problemas se manifestam, em geral, em longo prazo. Entretanto, os resultados deste estudo mostram que na adolescência os danos já podem ser percebidos. Em Aracaju, no período de 2013 a 2023, há registros de 16 pessoas internadas com transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool, na faixa etária dos 15 aos 19 anos, o que representa 1% do universo (Tabela 6). Apesar de ser, aparentemente, um percentual pequeno, gera preocupação, pois mostra que o consumo perigoso se dá cada vez mais cedo.

**Tabela 6: Internações por faixa etária - Aracaju**

Ano	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 +
2013	-	13	27	24	15	2	1	
2014	2	27	66	65	49	11	1	
2015	6	51	139	194	91	27	3	1
2016	6	50	114	144	60	25	3	
2017	1	8	32	68	34	10	-	
2018	-	9	35	34	21	6	2	
2019	-	9	19	4	13	10	1	
2020	-	4	20	9	1	3	-	
2021	1	5	5	11	9	1	-	
2022	-	3	8	9	8	1	-	
2023	-	5	10	7	7	-	-	
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>184</b>	<b>475</b>	<b>569</b>	<b>308</b>	<b>96</b>	<b>11</b>	<b>1</b>

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024. Adaptado pela autora

No Brasil, a idade legal para uso e consumo de bebidas alcoólicas é a partir dos 18 anos, quando o indivíduo atinge a maioridade, conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei nº 8.069/1990 (Brasil, 1990). Porém, o primeiro gole, para a maioria da população, se dá na faixa etária dos 15 anos (Laranjeira, 2012). Isto revela as falhas nas políticas de proteção das crianças e adolescentes relacionadas à prevenção do consumo precoce do álcool. Ainda, temos que considerar os aspectos culturais que contribuem para o início do consumo de bebidas alcoólicas, uma vez que eles influenciam os padrões de consumo, as preferências e as percepções sobre o álcool que está nos diferentes rituais e celebrações.

Em virtude disso, os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes são violados, com prejuízo da proteção integral que assegure as oportunidades e facilidades, facultando-lhes o pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Portanto, há descumprimento do dever da família, da comunidade, da sociedade

em geral e do poder público na efetivação desses direitos. Por isso, levando em conta que o consumo de álcool é influenciado pelo meio social, é fundamental analisar as condições que as crianças e adolescentes estão inseridas, a fim de evitar as consequências do uso precoce de bebidas alcoólicas.

Em estudo realizado na cidade de Vitória da Conquista/BA, constataram que o início do consumo do álcool para 61% dos entrevistados ocorreu na adolescência, sob influência de amigos, familiares e por motivos individuais. Os lugares de consumo são, geralmente, a própria casa, bares, a casa de amigos e clubes (Soares; Cirqueira; Oliveira; Lima, Alves; Silva; Duarte, 2017). Diante do exposto, o risco está perto do indivíduo, encontra-se dentro dos lares, na vizinhança e nas rodas de amigos, por isso é preciso estar atento às condições sociais que favorecem o consumo.

Levando em consideração que a adolescência é a fase da experimentação, tem que se ter cuidado e atenção aos ambientes que os jovens vivem, pois quanto mais vulnerável, mais propício o sujeito estará do consumo prejudicial. Além disso, quando o início da ingestão de álcool se dá nessa fase da vida, em geral, as consequências do uso prolongado se manifestam na vida adulta (Soares; Cirqueira; Oliveira; Lima, Alves; Silva; Duarte, 2017). Os dados encontrados nesta pesquisa corroboram com essa informação, pois no período estudado 81,4% das pessoas internadas em Aracaju eram adultas, compreendendo, principalmente, os grupos da faixa etária que vai dos 30 aos 59 anos de idade.

É preciso frisar que, diferente das demais drogas, o uso e consumo do álcool é incentivado pela sociedade, inclusive por meio da indústria de *marketing* (Soares; Cirqueira; Oliveira; Lima, Alves; Silva; Duarte, 2017). Hoje, ainda, é comum vermos propagandas que associam bebidas alcoólicas a situações de bem-estar, de prazer e a ideia de sucesso. Temos *slogans* de marcas de cervejas que associam o consumo à satisfação: “A cerveja que desce redondo”, referindo-se a algo bom e agradável; outra que traz a ideia de novas possibilidades com o “Abre sua mente” e outra que alude a algo gostoso e saudável com o “Viva sua sede”. Assim, utilizam-se de abordagens de comunicação com o objetivo de vender seus produtos, com estratégias que visam estimular a ingestão cada vez mais cedo, em doses elevadas e frequentes.

Em virtude disso, é fundamental pensar em estratégias que se contraponham às políticas de incentivos à alcoolização precoce. Entendemos que elas devem ser promovidas pelo governo federal por meio de campanhas, nas redes sociais e na TV aberta, que tragam avisos sobre os efeitos colaterais que o álcool provoca no organismo, bem como os danos sociais e a

saúde. Acreditamos que frases que trazem o alerta do “Beba com moderação” ou “Se beber não dirija” são insuficientes, tendo em mente que cada vez mais aumenta-se o índice de pessoas que consomem álcool e que se colocam em situações de insegurança. Dessa maneira, devem ser criados planos de ações semelhantes aos que são elaborados nas políticas de prevenção ao tabaco. Além da necessidade de maior regulamentação das propagandas, principalmente porque elas têm os jovens como alvo principal.

De modo geral, observamos a necessidade de ampliar as políticas de prevenção voltadas ao público mais vulnerável, principalmente, as crianças e os adolescentes. Portanto, as áreas da saúde, educação e assistência social precisam estar articuladas, a fim de fortalecer a atenção psicossocial nas comunidades escolares, conforme prever a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares<sup>14</sup>.

#### **4.2.3 Internações por cor/raça**

No que diz respeito aos dados referentes a cor/raça, os negros são os que mais são internados em Aracaju. Dos 15,6% das IH que tiveram os dados relativos à cor/raça preenchidos, 91% são de pessoas negras (14,2%), considerando o somatório dos que se consideram pretos e pardos, conforme a classificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a denominação étnica ou racial (Tabela 7).

Importante mencionar que 84,2% das internações não tiveram os dados sobre etnia registrados. Isso revela a desvalorização no registro de dados sensíveis durante o preenchimento das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Esses dados são relevantes para o estudo do perfil epidemiológico dos diferentes grupos populacionais do Brasil e obrigatório, conforme estabelece a Portaria GM/MS nº 344/2017 (Brasil, 2017a), em seu art. 1º estabelece que:

Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

---

<sup>14</sup> Instituída por meio da Lei nº 14.819, de 16 de janeiro de 2024.

**Tabela 7: Internações por cor/raça – Aracaju**

Ano/Cor/raça	Branca		Preta		Pardo		Amarela		Sem informação	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>2013</b>	-	-	-	-	21	25,6	-	-	61	75,4
<b>2014</b>	-	-	-	-	21	9,5	-	-	200	90,5
<b>2015</b>	-	-	-	-	25	4,8	1	0,2	486	94,9
<b>2016</b>	-	-	2	0,5	56	14,9	5	1,2	339	84,3
<b>2017</b>	2	1,3	-	-	26	16,9	5	3,2	120	78,4
<b>2018</b>	-	-	-	-	8	7,4	1	0,9	98	91,5
<b>2019</b>	-	-	2	3,5	21	37,5	2	3,5	31	55,3
<b>2020</b>	-	-	-	-	8	21,6	3	8,1	26	70,2
<b>2021</b>	-	-	-	-	5	15,6	6	18,7	21	65,6
<b>2022</b>	-	-	-	-	14	48,2	-	-	15	51,7
<b>2023</b>	-	-	1	3,4	26	89,6	-	-	2	6,8
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0,1</b>	<b>5</b>	<b>0,3</b>	<b>231</b>	<b>13,9</b>	<b>23</b>	<b>1,3</b>	<b>1.399</b>	<b>84,2</b>

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024. Adaptado pela autora

Essa omissão de dados que tratam do perfil étnico-racial gera impactos relevantes na formulação de políticas públicas de saúde, pois as melhorias de saúde não acontecem, uma vez que os serviços desprezam as demandas dos assistidos. Portanto, há necessidade de capacitar os profissionais de saúde para que no momento da coleta e preenchimento de formulários procedam com o quesito que trata da cor/raça, a fim de que haja o processamento dos dados condizentes com a realidade. De todo modo, os dados são expressivos e revelam que a população negra é a mais suscetível aos riscos causados pelo uso prejudicial do álcool, principalmente, no seu nível mais avançado.

Ao fazer um paralelo entre sexo e raça, os dados revelam também que há uma “desvantagem” masculina ligada ao fator de “disposição” aos comportamentos de risco. Como vimos, os homens são os que mais se internam porque eles se arriscam mais que as mulheres e são mais estimulados ao uso do álcool. Porém, dentro do grupo masculino, quando consideramos as questões de raça e gênero, os homens negros estão mais predispostos a situações de riscos relacionados à saúde, pois o racismo institucional os afeta. No Brasil, ser negro e usuário de drogas, principalmente as ilegais, significa que alguns processos e procedimentos de saúde serão executados de modo discriminatório e negligente (Ribeiro; Nascimento, 2019).

Importante mencionar que o racismo institucional é uma forma de discriminação racial que está internalizada nas normas, políticas e práticas das instituições públicas e privadas. Na saúde, manifesta-se no acesso desigual aos serviços de saúde pelos grupos raciais e étnicos socialmente discriminados, colocando-os em situações de desvantagens (López, 2012). Em

virtude disso, a população negra e pobre sofrerá com a negligência e omissão dentre dos serviços de saúde.

O racismo, a violência e a questão das drogas são faces da segregação, inclusive no campo da saúde mental. Nesse cenário,

[...] o resultado da política pautada na guerra as drogas vêm se revelando enquanto guerra as pessoas que fazem uso de drogas, tendo como perfil os jovens negros e as pessoas mais vulneráveis, sendo emergente a ampliação de discussão e compreensão do fenômeno para a modificação de práticas higienistas, segregadores e promotoras de exclusão social e iniquidade (Ribeiro; Nascimento, 2019, p. 13).

Em vista disso, a segregação racial impacta nas diferentes formas de restrição de espaços, serviços e oportunidades. Isto gera iniquidades com maiores consequências para a população mais vulnerável, a pobre e preta. Levando isso em conta, é fundamental que haja promoção de práticas inclusivas capazes de barrar as políticas segregacionistas que têm como foco as internações compulsórias e que geram a mortificação de corpos.

#### **4.3 Óbitos e taxa de mortalidade em instituições hospitalares**

Os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas podem gerar incapacidades e mortalidades. Embora seja um risco prevenível, o álcool contribui para a redução de anos de vida. Entre 1990 e 2015, o álcool subiu da 11ª para a 9ª posição no ranking global de fatores de risco à saúde. Observa-se que a mortalidade associada ao seu consumo é proporcionalmente mais elevada em países de baixa renda, quando comparada à de países de alta renda (Melo; França; Malta; Garcia; Mooney; Naghavi, 2017). Percebemos que as mortes devido ao uso nocivo do álcool ainda são expressivas em razão das falhas nas políticas públicas, principalmente, nos países pobres, onde o acesso da população a serviços sociais e políticas com foco na prevenção é deficitário.

As regiões mais pobres em que a população tem menos oportunidades de emprego, moradia, cultura e lazer podem sofrer as maiores consequências do uso nocivo do álcool. Melo; França; Malta; Garcia; Mooney e Naghavi (2017), ao estudarem as três condições responsáveis pela carga da mortalidade prematura no Brasil (cirrose, câncer hepático e transtornos devido ao uso de álcool), explica que cresce o número absoluto de mortes, principalmente, na faixa etária dos 50 a 59 anos, sobretudo, na região nordeste, nos Estados de Sergipe, Ceará,

Pernambuco, Paraíba e Alagoas. Isso também pode refletir que há um maior consumo de álcool nesta região.

As disparidades regionais se agregam às diferenças de gênero e cor. Batista (2005) esclarece que os homens morrem mais que as mulheres e homens negros morrem mais que homens brancos, sendo que as principais causas mortes masculinas são por transtornos mentais (álcool e outras drogas), por doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose e HIV/AIDS) e por causas externas (homicídio). Notamos, mais uma vez, que esses óbitos são evitáveis e ocorrem devido às falhas nas políticas públicas de saúde e segurança. Logo, morre-se por falta de cuidado.

Importante lembrar que as questões sociais afetam de forma mais direta a população pobre, sendo que a saúde é uma das áreas que mais sofrem impactos da desigualdade social, seja em seus aspectos ambientais, biológicos e mental. Nesse cenário, a população negra encontra-se em maior desvantagem. Nas palavras de Batista (2005, p. 78):

O aprofundamento da violência estrutural e o acirramento das desigualdades sociais, também podem estar relacionados com a maior mortalidade de homens negros por transtornos mentais e causas externas - agressões com armas de fogo, objetos contundentes, homicídios e atropelamentos.

Em virtude disso, temos uma população mais vulnerável aos riscos e consequências que o uso prejudicial do álcool pode causar. Por esse motivo, as políticas de saúde mental devem levar em consideração as questões de raça e cor, a fim de que se possam diminuir as disparidades sociais e as mortalidades.

Durante o período de estudo, em Aracaju houve 17 óbitos por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, dentro das instituições que promovem as internações psiquiátricas pelo SUS. Isso representa 48,5% do total de mortes que ocorreram no Estado de Sergipe devido a essa morbidade (Tabela 8).

No mesmo período, nas instituições da capital a taxa de mortalidade foi de 1,02, com os maiores índices no ano de 2019 e 2020 (Tabela 9), é válido ressaltar que o período se refere a gestão do governo de Jair Messias Bolsonaro.

De acordo com os dados, em 2014 tivemos a menor taxa de mortalidade registrada e em 2019 a maior. Embora, a partir de 2021 não tenha ocorrido registro, verificamos que as taxas médias de mortalidades estadual e do município de Aracaju foram maiores que a nacional. Tal fato revela que ainda é preciso mais atenção a essa morbidade, tendo em vista

que é fator de mortalidade. Nesse sentido, as mortes revelam que ainda há falhas no sistema de saúde. Embora, nos últimos anos, a tendência das políticas de saúde mental tenha sido no sentido de trabalhar para reduzir os óbitos nas instituições psiquiátricas, eles ainda ocorrem.

**Tabela 8: Óbitos - Brasil/Sergipe/Aracaju**

Ano	Brasil	Sergipe	Aracaju
2013	273	1	1
2014	287	2	2
2015	294	11	6
2016	287	9	5
2017	239	1	-
2018	257	2	-
2019	257	5	2
2020	254	1	1
2021	286	3	-
2022	277	-	-
2023	206	-	-
<b>Total</b>	<b>2.917</b>	<b>35</b>	<b>17</b>

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024. Adaptado pela autora

**Tabela 9: Taxa de mortalidade - Aracaju**

Ano	Brasil	Sergipe	Aracaju
2013	0,58	1,08	1,22
2014	0,63	0,78	0,90
2015	0,69	2,02	1,17
2016	0,76	1,81	1,24
2017	0,66	0,50	-
2018	0,72	1,31	-
2019	0,73	5,38	3,57
2020	0,86	1,69	2,70
2021	1,01	6,82	-
2022	0,94	-	-
2023	0,71	-	-
<b>Total</b>	<b>0,74</b>	<b>1,70</b>	<b>1,02</b>

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024. Adaptado pela autora

Em vista disso, acreditamos que uma das estratégias para o aprimoramento do SUS é o controle social, pois é uma ferramenta indispensável no processo de gestão. Por meio do acompanhamento e fiscalização da política de saúde mental é possível garantir que os recursos públicos sejam investidos de modo a permitir a manutenção e qualidade dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial, inclusive das instituições que promovem as internações psiquiátricas. Para tal, são fundamentais estratégias governamentais que visem o tratamento no menor tempo possível, com participação dos usuários atendidos, em conjunto

com os profissionais de saúde e familiares. Por conseguinte, será possível reduzir os índices de mortalidade devido aos transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool.

#### **4.4 Aspectos gerais das internações em instituições hospitalares e as diretrizes da PNAD/2019**

De forma breve, neste item são discutidos os dados relativos ao tempo de permanência das instituições psiquiátricas, a natureza jurídica das entidades, o caráter e o custo total dos atendimentos referente às internações psiquiátricas devido ao uso de álcool em Aracaju.

##### **4.4.1 Dias e média de permanência das internações psiquiátricas e caráter dos atendimentos**

O tempo de permanência das internações psiquiátricas é um dado importante para analisar a política de saúde mental promovida pelo governo federal. Contudo, ele precisa ser considerado em conjunto com outras informações de saúde, a fim de avaliar a qualidade da assistência em saúde mental e verificar se a política sobre drogas está estruturada ou não sob os princípios da reforma psiquiátrica.

**Tabela 10: Dias e média de permanência - Aracaju**

<b>Ano</b>	<b>Dias de Permanência</b>	<b>Média de Permanência</b>
<b>2013</b>	369	15,9
<b>2014</b>	1.306	9,5
<b>2015</b>	2.089	10,7
<b>2016</b>	5.475	9,3
<b>2017</b>	3.744	16,1
<b>2018</b>	2.464	12,4
<b>2019</b>	1.322	43,8
<b>2020</b>	2.453	49,1
<b>2021</b>	1.816	29,6
<b>2022</b>	946	32,2
<b>2023</b>	935	37,2
<b>Total</b>	<b>1.078</b>	<b>14,5</b>

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024. Adaptado pela autora

O Ministério da Saúde orienta que o período máximo de permanência nas instituições psiquiátricas seja de 90 dias, em regime de curta permanência, isto é, apenas em situações de crise, abstinência e intoxicações. Em Aracaju, durante o período estudado, a média de permanência foi de 14,5 dias (Tabela 10).

Os anos de 2019 e 2020 foram os que apresentaram as maiores médias, 43,8 e 49,1 dias, respectivamente. Notamos também que a partir de 2019 há um aumento da média de permanência das pessoas institucionalizadas nas instituições hospitalares, em comparação com os anos anteriores.

Nas instituições manicomiais a regra que predomina é a das longas permanências, inclusive com a institucionalização dos sujeitos. Todavia, em relação às internações psiquiátricas em estudo, a realidade é diferente. Isso é graças aos avanços que a reforma psiquiátrica trouxe para a assistência e o cuidado das pessoas com transtornos mentais e comportamentais, inclusive relacionados ao álcool e outras drogas.

É importante lembrar que os problemas decorrentes do uso prejudicial do álcool ocorrem a curto e longo prazo. Geralmente, as pessoas costumam buscar ajuda quando esses problemas sociais e de saúde já estão em estágio avançado. Assim, das pessoas que vieram a ser internadas no município de Aracaju, 99,3% precisaram de atendimento médico em caráter de urgência, isto é, em situações de gravidade e que requerem atenção imediata (Tabela 11).

**Tabela 11: Caráter dos atendimentos - Aracaju**

Ano	Eletivo		Urgência	
	N	%	N	%
<b>2013</b>	1	1,2	81	98,7
<b>2014</b>	-	-	221	100
<b>2015</b>	1	0,2	511	99,8
<b>2016</b>	1	0,2	401	99,8
<b>2017</b>	1	0,6	152	99,3
<b>2018</b>	1	0,9	106	99
<b>2019</b>	-	-	56	100
<b>2020</b>	4	10,8	33	89,1
<b>2021</b>	1	3	31	99
<b>2022</b>	-	-	29	100
<b>2023</b>	-	-	29	100
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>0,6</b>	<b>1650</b>	<b>99,3</b>

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024. Adaptado pela autora

Seja no tratamento eletivo ou de urgência, o tempo de permanência das internações psiquiátricas deve ser o menor tempo possível. Em relação às CTs, a Portaria GM/MS nº

3.088/2011, art. 9º, define o tempo de permanência em até 9 meses (Brasil, 2011). Porém, nesses locais, o período de internação pode chegar a 12 meses ou mais, em total desrespeito ao que preconiza as diretrizes da lei antimanicomial.

Além disso, a Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas revelou que nessas instituições há existência de um período inicial de internação, de um a dois meses, em que a comunicação do interno com seus familiares é cortada. Ainda, em algumas CTs há impossibilidade de saída caso a pessoa internada deseje, pois há retenção de documentos pessoais, dinheiro e cartões, bem como há um jogo de manipulação emocional. Embora inseridas na RAPS, em geral, esses estabelecimentos impedem a integração social e sua interlocução com os demais serviços da rede não ocorrem de forma sistemática (CFP, 2018).

Por esse motivo, há um caminho pedregoso a ser trilhado em prol da efetivação dos princípios da reforma psiquiátrica. A luta é para que as instituições que realizam as internações psiquiátricas promovam a integração social do interno em seu meio social e em parceria com os demais dispositivos que compõem a RAPS. O tratamento deve se dar mediante práticas de saúde que considerem a singularidade e individualidade de cada indivíduo, por meio da construção do PTS. Logo, as instituições que não promovem tais práticas devem ser excluídas da rede de saúde, pois ferem os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica.

#### **4.4.2 Regime dos atendimentos**

O regime de atendimento em saúde se refere à forma como o cuidado é prestado ao paciente, especialmente no que diz respeito à duração, local e intensidade do atendimento. Em relação à natureza jurídica dos estabelecimentos, a maioria das internações ocorreram em instituições privadas, o que representou 46,6% do total (Tabela 12). Contudo é importante mencionar que 60,8% do atendimento não teve o dado sobre o regime informado, o que revela mais uma vez falhas durante o registro das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Em virtude disso, compromete-se a acurácia dos dados e a efetividade da gestão hospitalar.

Vemos que as falhas incluem inconsistências nos campos obrigatórios e que dificultam o planejamento e a alocação de recursos, como também comprometem a transparência e a qualidade da informação em saúde. Portanto, o aprimoramento dos processos de registro e a capacitação das equipes responsáveis são medidas essenciais para garantir maior confiabilidade aos dados e, conseqüentemente, à tomada de decisão em políticas públicas.

De todo modo, os dados revelam que as instituições privadas detêm relevância no atendimento da demanda de saúde mental em Aracaju. Isso pode se configurar como um risco, tendo em vista que as instituições privadas devem atuar no SUS apenas em caráter complementar, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988, em seu art. 199 (Brasil, 2016a).

**Tabela 12: Regime dos atendimentos - Aracaju**

Ano	Público		Privado		Ignorado	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
2013	-	-	82	100	-	-
2014	2	0,9	219	99,1	-	-
2015	1	0,2	382	74,6	129	25,1
2016	-	-	-	-	402	100
2017	-	-	-	-	153	100
2018	-	-	-	-	107	100
2019	-	-	-	-	56	100
2020	-	-	-	-	37	100
2021	-	-	-	-	32	100
2022	-	-	-	-	29	100
2023	-	-	-	-	29	100
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>0,18</b>	<b>683</b>	<b>42,6</b>	<b>974</b>	<b>60,8</b>

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024. Adaptado pela autora

Entretanto, no sistema neoliberal, as propostas políticas são para garantir a assistência por meio dos sistemas públicos e privados, com a participação destes últimos através de parcerias e convênios, inclusive com incentivos fiscais. Nesse sentido, um dos objetivos da PNAD/2019 é

Regulamentar, avaliar e acompanhar o tratamento, o acolhimento em comunidade terapêutica, a assistência e o cuidado de pessoas com uso indevido de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas e com dependência química, a partir de uma visão holística do ser humano, observadas a intersetorialidade e a transversalidade das ações. (Brasil, 2019a).

Portanto, há um estímulo para o acolhimento em comunidades terapêuticas de pessoas com transtornos decorrentes do álcool e outras drogas. Contudo, a lógica não deve ser a substituição do serviço público pelo privado, uma vez que a participação da iniciativa privada

no SUS deve ocorrer apenas quando os serviços prestados pelos órgãos e instituições públicas forem insuficientes. Por isso, convém ampliar os recursos públicos voltados à rede de atenção psicossocial, a fim de que os serviços disponham de estrutura adequada e equipe profissional suficiente e capacitada.

#### **4.4.3 Gastos em reais do atendimento**

Vimos que os custos socioeconômicos do uso do álcool envolvem gastos com as políticas sociais que dependem do fundo público, cujos recursos são disputados por grupos com interesses diversos. Hoje, nessa disputa, temos de um lado os interessados pela efetivação das políticas reformistas que propõem o fortalecimento da rede de atenção psicossocial pelo SUS e de outro os antirreformistas que se voltam às instituições privadas.

No sistema capitalista, “o fundo público funciona como mecanismo útil para o capital ao financiá-lo por meio de investimentos diretos e/ou indiretos, com políticas sociais, principalmente, relacionadas à manutenção e reprodução da força de trabalho” (Santos; Pereira, 2022, p. 356). Portanto, é fundamental para a sobrevivência do capitalismo e a acumulação social, uma vez que assegura a rotatividade do capital, principalmente, em momentos de crise, com a alocação de recursos para políticas estratégicas.

No que se refere aos valores do fundo público utilizado com as internações psiquiátricas em Aracaju, vemos que houve uma redução de valores em reais investidos, conforme ocorreram as reduções de internações psiquiátricas. Durante o período estudado, foram gastos R\$ 1.011.096,98 em internações psiquiátricas por transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool, com um gasto médio de R\$ 609,04. Em 2016, tivemos o menor gasto médio por internações psiquiátricas no valor de R\$ 206,97 e, em 2020, o maior no valor de R\$ 2.502,28 (Tabela 13). É relevante destacar que os gastos também são determinados pela quantidade de internações, pelo tempo de permanência e pela complexidade do quadro de saúde das pessoas internadas. Isso pode ser observado ao compararmos os anos de 2022 e 2023, nos quais houve a mesma quantidade de internações, mas os valores dos gastos foram diferentes.

Importante frisar que de 2001 a 2009, no Brasil, tivemos uma diminuição de 39,5% em internações psiquiátricas, ao passo que o gasto com ações extra-hospitalares aumentou em 404,2%. No entanto, isso não significa que houve aumento de investimentos na prevenção do uso de drogas (Zurita; Melo; Oliveira; Latorre; Mathias, 2016). Nos anos posteriores, a

tendência de crescimento não ocorreu, principalmente, quando comparamos os investimentos nas comunidades terapêuticas. Convém lembrar que desde 2006 as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras entraram na disputa por recursos públicos, visto que a Lei nº 11.343/2006 determinou o acolhimento do usuário e dependentes de drogas nesses locais (Brasil, 2006).

**Tabela 13: Gasto total do atendimento - Aracaju**

Ano	Internações	Gastos (R\$)	Gastos Médio (R\$)
2013	82	R\$ 58.624,14	714,92
2014	221	R\$ 105.611,18	477,87
2015	512	R\$ 189.391,00	369,90
2016	402	R\$ 105.970,12	206,97
2017	153	R\$ 113.042,36	738,83
2018	107	R\$ 62.793,77	586,85
2019	56	R\$ 119.785,82	2.139,03
2020	37	R\$ 92.584,72	2.502,28
2021	32	R\$ 46.389,65	1.449,67
2022	29	R\$ 46.993,21	1.620,45
2023	29	R\$ 52.018,57	793,74
<b>Total</b>	<b>1.660</b>	<b>R\$ 1.011.096,98</b>	<b>609,04</b>

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024. Adaptado pela autora

Importante mencionar que desde 2010 as CTs são financiadas pelo FUNAD (Fundo Nacional Antidrogas), criado pela Lei nº 7.560/1986 e regulamentado pela Lei nº 11.343/2006. Os recursos desse fundo são voltados à redução da oferta e redução da demanda e são geridos pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP). Embora sua finalidade principal seja financiar ações, projetos e programas relacionados à política sobre drogas, o FUNAD tem sido utilizado como contraponto à reforma psiquiátrica e funciona como elo de sustentação da contrarreforma (Costa; Mendes, 2023).

O funcionamento da RAPS e a garantia do direito ao tratamento e recuperação com inserção na família, no trabalho e na comunidade dependem de investimentos públicos vultosos. Porém, a partir do golpe de 2016 que resultou no Governo Temer, a política sobre drogas e as diretrizes do governo federal têm destinado recursos públicos significativos para as comunidades terapêuticas (Santos; Pereira, 2022). Na mesma direção, desde 2017 há uma

tendência de queda no orçamento destinado aos CAPS, inclusive os CAPS-AD, e demais dispositivos públicos extra-hospitalares da RAPS (Costa; Mendes, 2023).

Em estudo realizado, Santos e Pereira (2022) detalham que somente no ano de 2020 o governo federal destinou R\$ 99.225.578,00 para todas as modalidades de CAPS, enquanto para as CTs foram destinados R\$ 300.000.000,00. Dessa maneira, “a lógica do manicômio ganha novas roupagens em forma de estímulo à centralidade em modelos especializados e hospitalocêntricos” (Santos; Pereira, 2022, p. 368). Vale ressaltar, mais uma vez, que a partir de 2023 houve uma mudança de direção com cortes nas verbas destinadas às comunidades terapêuticas (CTs). Além disso, por meio do Plano Plurianual (PPA 2024-2027), o financiamento destinado a essas instituições foi reduzido de R\$ 223,2 milhões em 2024 para R\$ 177,7 milhões em 2025, representando um corte de R\$ 45,5 milhões (CONTE, 2025).

É importante lembrar que as políticas públicas são frequentemente cofinanciadas, ou seja, seus custos de implementação e manutenção são distribuídos entre as diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipal) e, em alguns casos, também contam com a participação da iniciativa privada ou de organizações da sociedade civil. Portanto, temos que considerar as responsabilidades dos três entes da federação no financiamento.

Além dos recursos provenientes das esferas governamentais, as emendas parlamentares exercem um papel significativo no financiamento e na operacionalização de políticas sociais, sobretudo no setor da saúde. Essas emendas permitem que deputados e senadores direcionem recursos do orçamento público para áreas e instituições específicas, entes públicos e entidades privadas sem fins lucrativos, conforme suas prioridades.

É crucial refletir que “a reforma psiquiátrica não é uma estratégia de redução de gastos e necessita constantemente do aumento de investimentos para uma assistência de qualidade” (Zurita; Melo; Oliveira; Latorre; Mathias, 2016). Nesse sentido, à medida que se reduzem os leitos em hospitais psiquiátricos, torna-se indispensável ampliar os investimentos nos demais dispositivos da RAPS, com ênfase especial nos CAPS, que assumem papel central no cuidado territorial e comunitário.

Portanto, ao analisarmos os aspectos gerais das internações em instituições hospitalares e as diretrizes da PNAD/2019, compreendemos que o caminho trilhado pela reforma psiquiátrica é de avanço, mas também de retrocessos, pois dentro da rede de saúde mental há uma diversidade de estratégias que não se coadunam. Em virtude disso, o processamento das internações psiquiátricas pelo SUS e pela rede privada ocorre a partir de interesses políticos divergentes.

## 5 CONCLUSÃO

A partir das reflexões delineadas neste estudo, observamos que vivemos processos de contrarreforma psiquiátrica cada vez mais perversos nos quais reatualiza-se práticas de asilamento de pessoas em adoecimento mental, entre elas as que possuem o diagnóstico de transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e outras drogas. Assim, tem-se a institucionalização e aprisionamento de corpos por meio da inserção em instituições em que a exclusão do meio social é indicada como recurso principal no processo de tratamento.

Frente às questões indagadas, o estudo evidenciou que a questão das drogas é um tema transversal que envolve as diferentes áreas do saber, por isso alcança as diferentes perspectivas teóricas que influenciam os diálogos sociais e a maneira que se estruturam as políticas de saúde mental. Na conjuntura atual, o Estado responde à questão das drogas com o aprisionamento dos corpos, utilizando-se do sistema jurídico, prisional e militar para conter, principalmente, pobres e pretos.

Assim, ressurgem práticas que violam os direitos humanos, uma vez que o tratamento em saúde mental passa a ser direcionado para práticas que não são de saúde. Também ocorre a inserção das Comunidades Terapêuticas na rede de atenção psicossocial, embora seus pilares, baseados no isolamento, na abstinência e na laborterapia, caminhem na direção da desconstrução da reabilitação psicossocial que deve ocorrer na família, na comunidade e no trabalho.

Fica evidenciado que, no Brasil, a partir do golpe político de 2016 por meio do *impeachment* da presidenta Dilma, a situação da política de saúde se agravou, em virtude do congelamento dos gastos públicos com as políticas públicas. O neoliberalismo cada vez contribui para que haja uma redução do papel do Estado com o enxugamento dos gastos públicos com as políticas sociais, ao passo que aumenta a influência do mercado. Por esta razão, há o favorecimento dos serviços privados quando do repasse e distribuição do dinheiro público, bem como o estímulo à privatização de empresas estatais.

Assim, nos últimos anos, ocorreu um crescimento exponencial das comunidades terapêuticas financiadas com recursos públicos e ampliação dos leitos de psiquiatria em instituições privadas conveniadas ao SUS. Convém mencionar que a partir de 2001 com a aprovação da lei de reforma psiquiátrica, Lei nº 10.216/2001, ocorreu a redução dos leitos de psiquiatria em hospitais especializados e seu crescimento exponencial nos hospitais gerais. Contudo, há uma tendência que reatualiza a lógica manicomial.

É válido frisar que os dados da pesquisa evidenciaram que a PNAD/2019 é uma política neoliberal que gera impactos na qualidade dos serviços públicos, na medida que é uma política restritiva, de caráter privatista e fragmentada. Desse modo, ocorre o enfraquecimento da política de saúde mental, por meio do direcionamento de recursos públicos para outras políticas assistenciais que não correspondem aos princípios da luta antimanicomial. É assim que os dispositivos extra-hospitalares como os CAPS vêm perdendo espaços, cada vez mais, para as comunidades terapêuticas. Além disso, em 2017 tivemos a reinserção dos hospitais psiquiátricos na rede de atenção psicossocial, quando é evidente que eles deveriam ser extintos.

É notável que em Aracaju temos uma rede formada por pontos de atenção que respondem todas as especificidades em saúde mental, a exemplo de CAPS, UA, SRT, ambulatórios de saúde, leitos em hospital geral. Porém, a estrutura de serviços públicos vem sendo atacada pela redução não só de recursos públicos, mas também das tentativas de desconstrução das estratégias de redução de danos.

Em relação ao nosso objetivo geral que foi “analisar as internações psiquiátricas de pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool que são realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Aracaju, utilizando como parâmetro a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) aprovada em 2019”, os resultados desta pesquisa revelaram que ocorreu redução significativa dessas internações durante o período estudado, sobretudo, a partir de 2017. Entretanto, vimos que a maior parte das internações ocorreram em instituições privadas conveniadas ao SUS o que revela que as políticas neoliberais rebatem na rede de atenção psicossocial de modo a enfraquecer os serviços públicos.

A partir da análise dos dados disponíveis no SIH/SUS, processados pelo DATASUS, ainda foi identificado que a maioria das pessoas com transtorno mentais e comportamentais devido ao uso de álcool internadas em Aracaju foi de homens, negros e adultos. Em geral, são internados em virtude de quadros de saúde que requerem urgência. Também tivemos uma taxa de mortalidade superior à média nacional, o que mostra que ainda precisamos melhorar os serviços disponíveis; e, desde 2017, uma taxa de permanência das internações psiquiátricas superior ao dos anos anteriores, embora a média no período estudado seja de 14,5 dias.

No período estudado, as pessoas que mais se internam são os adultos, depois idosos e por último crianças e adolescentes. Diante disso, é fundamental intensificar as estratégias de prevenção, a fim de diminuir as consequências do uso prejudicial do álcool na sociedade e evitar que o consumo ocorra na fase da infância e adolescência. Desse modo, é possível contribuir para que os danos sociais, ambientais e de saúde causados pelo álcool apareçam cada

vez menos nas faixas etárias menores. Para tal, é necessário ampliar políticas de combate ao consumo precoce, com foco na educação de crianças e adolescentes. Por meio das redes assistenciais e de saúde, a exemplo do SUAS e SUS, o trabalho de sensibilização deve ocorrer com a participação das famílias e de toda a sociedade.

O estudo também possibilitou identificar que em Aracaju se concentra a maior parte dos serviços voltados à atenção hospitalar em Sergipe. Deste modo, é importante que os governos revejam estratégias a fim de descentralizar a promoção das internações psiquiátricas pelo SUS. Embora seja um estado pequeno, compreendemos que quanto mais perto os serviços estiverem das pessoas que serão assistidas, mais fácil para aderência e permanência no tratamento.

Contatamos ainda que durante o preenchimento das AIH, há informações sobre as pessoas internadas que são ignoradas no envio e processamento, como por exemplo os dados sobre etnia/cor. Isso compromete a análise do perfil dos usuários do SUS e, conseqüentemente, da assistência em saúde. Há um risco quando se desconsideram esses dados, pois isso pode provocar uma brecha no exame das condicionalidades de saúde. Também, durante o preenchimento da AIH, há desatenção no registro do campo que se refere ao regime jurídico das instituições. Entendemos que faz parte de uma estratégia que impacta na transparência de informações públicas. Diante disso, é importante o aprimoramento do instrumental da AIH pelos profissionais de saúde, a fim de que os dados condigam ao máximo com a realidade e que contribuam para construção de políticas de saúde eficazes.

Percebemos que o isolamento de pessoas com transtornos mentais e comportamentais em instituições asilares deve ser inviabilizado, pois engessam as formas de atenção e cuidado dessas pessoas. Nesse sentido, o debate sobre a legalização das drogas é um ponto primordial que deve ser trabalhado, visto que o combate ao uso de drogas ilícitas, da forma que ocorre hoje no Brasil, gera vítimas e contribui para o encarceramento de corpos. A realidade revela que o controle de substâncias psicoativas com centralização nos seus efeitos apenas farmacológicos não é indicativo de segurança social. O álcool que é uma droga lícita provoca sérios danos ao organismo e a saúde e apesar disso é incentivado. Por isso, tem que se ter uma melhor regulação, a fim de assegurar proteção social e qualidade de vida para todos.

Concluimos que a luta agora é pelo fortalecimento dos dispositivos extra-hospitalares, a fim de que o tratamento de saúde se dê em meio aberto, em conformidade aos princípios da reforma psiquiátrica. Embora tenha várias formas de acolhimento e assistência em saúde mental, esses dispositivos devem ser priorizados, conforme o que é preconizado pelo

movimento de reforma psiquiátrica, consolidada na Lei Federal nº 10.216/2001. Apesar dos processos de contrarreforma, a luta antimanicomial ainda tem energia para conter a lógica de “cuidado” em saúde mental baseado no isolamento e restrições de direitos sociais.

Os governos municipais, estaduais e federal devem também criar diálogos sociais, por meio das políticas públicas, integrando os diferentes campos do saber, de modo que se reestruture a rede de atenção psicossocial com foco na integralidade dos sujeitos, na interdisciplinaridade e na intersetorialidade dos serviços, com estruturas políticas que garantam o crescimento econômico, aliado à promoção da justiça social, em condições de reduzir as desigualdades sociais.

Por fim, esperamos que as perguntas que não puderam ser respondidas neste trabalho e os eixos que não foram aprofundados, em virtude das limitações da pesquisa, sejam futuramente esclarecidas. Devido à delimitação temporal, faz-se necessário que outras pesquisas aprofundem as discussões que aqui não foram possíveis, analisando o período posterior a 2022. Sabemos que, a partir de 2023, há uma nova tendência do governo federal relacionada à redução do financiamento das comunidades terapêuticas, o que pode influenciar na quantidade de internações psiquiátricas pelo SUS em instituições hospitalares. Por isso, é válido analisar os impactos dessa decisão na gestão das políticas sobre drogas.

Desejamos que essas discussões continuem dentro do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), por meio de novos estudos que ampliem o debate sobre a temática do álcool que é tão relevante para o Serviço Social, uma vez que rebate no exercício do assistente social. É importante também que se ampliem os estudos sobre as demais internações hospitalares que são atribuíveis ao álcool, seja de forma direta ou indireta, a fim de que se discutam novas estratégias para diminuir os agravos provocados pelo uso prejudicial de bebidas alcoólicas. Além disso, ainda são necessárias outras pesquisas que visem aprofundar o debate sobre o estigma e o racismo institucional que implicam na qualidade de vida das pessoas que fazem uso de drogas, pois são fatores que interferem na gestão das políticas de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ALARCON, Sergio; BELMONTE, Pilar Rodriguez; JORGE, Marco Aurélio Soares. O campo de atenção ao Dependente Químico. In: ALARCON, Sergio e JORGE, Marco Aurélio Soares. **Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 63-81.

ARACAJU. **Com implementação de ambulatório, Prefeitura amplia oferta de atendimento em saúde mental**. Prefeitura de Aracaju, 26 nov. 2023. Disponível em: [https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/103819/com\\_implementacao\\_de\\_ambulatorio\\_prefeitura\\_amplia\\_oferta\\_de\\_atendimento\\_em\\_saude\\_mental.html](https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/103819/com_implementacao_de_ambulatorio_prefeitura_amplia_oferta_de_atendimento_em_saude_mental.html). Acesso em: 22 de mai. de 2024.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; VASCONCELOS, Mauricio Teixeira Leite de; DE BONI, Raquel de; REIS, Neilane Bertoni dos; COUTINHO, Carolina Fausto de Souza. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira (LNUD)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BATISTA, Luís Eduardo. **Masculinidade, raça/cor e saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 13-22, mar. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xcPrrMCTKJvHgswHBWkySyD/>. Acesso em: 06 de mar. de 2025.

BEHRING, Elaine. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In.: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BERTOLETE, José Manoel. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. Disponível em: [https://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/988/Gloss%C3%A1rio\\_d\\_e\\_%C3%A1lcool\\_e\\_drogas.pdf](https://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/988/Gloss%C3%A1rio_d_e_%C3%A1lcool_e_drogas.pdf). Acesso em: 21 de abr. de 2024.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BERTONI, Luci Mara; FERNANDES, Ângela Viana Machado; BATISTA, Williane de Fátima Vieira. Medo, proibição e discurso político sobre drogas. In: BERTONI, Luci Mara; FERNANDES, Ângela Viana Machado. **Memória, álcool e drogas: contribuições ao debate**. Brasília, DF: *Technopolitik*, 2019.

BRISOLA, Elisa. **Estado penal, criminalização da pobreza e Serviço Social**. *Revista SER Social*, Brasília, v. 14, n. 30, p. 127-154, jan./jun. 2012. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12824/11197](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12824/11197). Acesso em: 30 de jan. 2024.

BRASIL. Decreto nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1938. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm). Acesso em: 26 de jan. 2023.

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976 (revogada). Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1976. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/16368.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16368.htm). Acesso em: 06 de mai. de 2023.

BRASIL. Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980 (revogado). Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1980. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 12 de fev. de 2024.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF: 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso em: 18 de mar. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO-RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101\\_31\\_05\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101_31_05_2001.html). Acesso em: 05 de jun. de 2023.

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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm). Acesso em: 06 de mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretário de Assistência à Saúde. Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento de acolhimento/observação/repouso de pacientes em acompanhamento nos Centros de Atendimento Psicossocial III. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: [https://www.mprj.mp.br/documents/20184/76319/portaria\\_189\\_02.pdf](https://www.mprj.mp.br/documents/20184/76319/portaria_189_02.pdf). Acesso em: 24 de jul. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anexo\\_legis.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anexo_legis.pdf). Acesso em: 12 de fev. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviço. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002c. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 12 de fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Instituir o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002d. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816\\_30\\_04\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html). Acesso em: 11 de fev. de 2024.

BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002e. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4345.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm). Acesso em: 24 de jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2003a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm). Acesso em: 06 de mai. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077\\_31\\_10\\_2003.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077_31_10_2003.html). Acesso em: 06 de mai. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 09 de mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html). Acesso em: 17 de jul. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Instituir, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html). Acesso em: 13 de fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 11 de out. de 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Resolução CONAD nº 3, de 27/10/2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: CONAD, 2005b.

Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101642>. Acesso em: 24 de jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm). Acesso em: 29 de fev. de 2024.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 23 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm). Acesso em: 06 de mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Memória da loucura**: apostila de monitoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html). Acesso em: 24 de jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 24 de jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html). Acesso em: 05 de jun. de 2023.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (CONAD). Resolução CONAD nº 1, de 19/08/2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, as entidades caracterizadas como comunidades terapêuticas. Brasília, DF: CONAD, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf>. Acesso em: 11 de fev. de 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: DF, Senado Federal, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482\\_25\\_10\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html). Acesso em: 29 de fev. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 01 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html). Acesso em: 05 de mar. de 2025.

BRASIL. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 22 de mar. de 2025.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm). Acesso em: 23 set. 2022.

BRASIL. Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019 (revogado). Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9926.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9926.htm). Acesso em: 05 de jun. de 2023.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019c. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm#art2](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm#art2). Acesso em: 16 de mar. 2024.

BRASIL. Decreto nº 10.473, de 24 de agosto de 2020. Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10473.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10473.htm). Acesso em: 12 de fev. de 2024.

BRASIL, Ministério a Cidadania e Assistência Social. **Comunidades terapêuticas devem atender 20 mil dependentes de álcool e drogas.** Brasília, DF: Ministério da Cidadania e Assistência Social, 30 de jan. de 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/01/comunidades-terapeuticas-devem-atender-20-mil-dependentes-de-alcool-e-drogas>. Acesso em: 19 de jan. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária da Saúde. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e>

programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/. Acesso em: 14 de out. de 2023.

BRASIL. Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/decreto/d11392.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11392.htm). Acesso em: 24 de jul. de 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Portaria nº 907, de 7 de agosto de 2023. Aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para os anos 2023 - 2026. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mds-n-907-de-7-de-agosto-de-2023-501509367>. Acesso em: 24 de jul. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde no Brasil (DATASUS). **Cadastro Nacional De Estabelecimentos Hospitalares. Elasticnes - Leitos Hospitalares**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/leitos>. Acesso em: 25 de mar. de 2024.

BRASIL. Decreto nº 12.099, de 04 de julho de 2024. Altera o Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2024b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2024/decreto/d12099.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d12099.htm). Acesso em: 24 de jul. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2024c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 07 de ago. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Hospitalar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica/atencao-hospitalar>. Acesso em: 19 de jan. de 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRITES, Cristina. (org.). **O estigma do uso de drogas**. Série: assistente social no combate ao preconceito. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2016. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>. Acesso em: 24 de jul. de 2024.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. Higiene e Eugenia: brevíssima genealogia da trama discursiva antialcoólica no Brasil. In: ALARCON, Sérgio e JORGE, Marco Aurélio Soares. (Org.) **Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 83-102.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA). **Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2023**. Brasília, DF: CISA, 2023. Disponível em: <https://cisa.org.br/biblioteca/downloads/artigo/item/426-panorama2023>. Acesso em: 26 de mai. de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO/MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 05 de set. de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional - 2ª edição – março 2020**. Brasília DF: CFP, 2020. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio\\_Inspecao\\_HospPsiq.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf). Acesso em: 05 de set. de 2024.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 8. Brasília, 1987. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/8**. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, 43 p. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/images/1CNSM\\_JUN\\_1987.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/1CNSM_JUN_1987.pdf). Acesso em: 14 de out. de 2023.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (Brasília: 1992). **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/images/2conf\\_mental.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/2conf_mental.pdf). Acesso em: 14 de out. de 2023.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - INTERSETORIAL, 4, 2010. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/images/3\\_CNSM.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/3_CNSM.pdf). Acesso em: 14 de out. de 2023.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_final\\_4\\_conferencia\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_4_conferencia_saude_mental.pdf). Acesso em: 15 de mar. de 2023.

CONTE, Mateus. **Governo Lula corta R\$ 45,5 mi das comunidades terapêuticas.** Revista Oeste, [s.l.], 26 mar. 2025. Disponível em: <https://revistaoeste.com/politica/governo-lula-corta-r-455-mi-das-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 26 mai. 2025.

COSTA, Cezar A. R. **Criminalização da loucura:** articulações críticas entre saber e poder, punição e sistema econômico e controle e exclusão. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2023.

COSTA, Pedro Henrique Antunes; MENDES, Kíssila Teixeira Mendes. **O Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e a contrarreforma psiquiátrica.** *Argumentum*, Vitória, v. 15, n. 3, p. 141-155, set. /dez. 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/39919/28450>. Acesso em: 27 de mar. de 2025.

COSTA, Yuri Veronez Carneiro. **A opção pelas comunidades terapêuticas na política de saúde mental no Brasil contemporâneo.** Dissertação (Mestrado) 115 fls. Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-graduação em Direito da Saúde, Santos/SP, 2020. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=10260027](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=10260027). Acesso em: 11 de fev. de 2024.

CRAIDE, Sabrina. **Senado aprova PEC sobre criminalização da posse de drogas:** Medida inclui na Constituição distinção entre traficante e usuário. Agência Brasil, Brasília, 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2024-04/senado-aprova-pec-sobre-criminalizacao-da-posse-de-drogas>. Acesso em: 21 de jul. de 2024.

CURRY, Andrew. **A história do consumo do álcool ao longo dos tempos.** *National Geographic* Portugal, 2020. Disponível em: [https://www.nationalgeographic.pt/historia/a-historia-do-consumo-do-alcool-ao-longo-dos-tempos\\_1180](https://www.nationalgeographic.pt/historia/a-historia-do-consumo-do-alcool-ao-longo-dos-tempos_1180). Acesso em: 31 de jan. de 2025.

ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In. TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

FACHINI, Alexandre; FURTADO, Erikson Felipe. **Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool.** Revista Psiquiatria Clínica. São Paulo, 2012, p. 68-73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/ScdRJpYmxTx4WgsdwxFfxpS/>. Acesso em: 17 de jan. de 2024.

FALCÃO, Galvão. **Moraes dá 24 horas para prefeito de SP explicar muro na Cracolândia.** G1, São Paulo, 16 de jan. de 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/google/amp/sp/sao-paulo/noticia/2025/01/16/moraes-da-24h-para-nunes-explicar-muro-construido-na-cracolandia.ghtml>. Acesso em: 05 de fev. de 2025.

FERRUGEM, Daniela. **Guerra às Drogas e a Manutenção da Hierarquia Racial.** Belo Horizonte: Letramento, 2019.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. p. 16-24 e 43-67. Disponível em [https://www.academia.edu/7128572/A\\_Arte\\_de\\_Pesquisar\\_Mirian\\_Goldenberg](https://www.academia.edu/7128572/A_Arte_de_Pesquisar_Mirian_Goldenberg). Acesso em: 08 de mai. de 2023.

GOMES, Erika Ravena Batista; BRILHANTE, Aline Veras Moraes. **Contações femininas: gênero e percepções de mulheres dependentes químicas**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 30, n. 4, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CFb79DHtbgB4JYxddVDshwg/>. Acesso em: 17 de jan. de 2025.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 4ª Edição. São Paulo: Atlas, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 23ª ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A Questão Social no Capitalismo**. Temporalis, ano 2, n. 3. Brasília: ABEPSS/GRAFLINE, 2001. p. 9-32.

JÚNIOR, A. Almeida. **O alcoolismo no Brasil-Colônia** (origens do aguardentismo nacional). Revista da Faculdade de Direito de São Paulo, São Paulo, 30(2), 217-245, 1934. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdsp/article/view/65325/67930>. Acesso em: 31 de jan. de 2025.

LARANJEIRA, Ronaldo; DUAILIBI, Sérgio Marfiglia; PINSKY, Ilana. **Álcool e violência**: a psiquiatria e a saúde pública. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 27(3), 2005, p. 176-177. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/yYbWPr5tFywY9NFFVCz54rz/>. Acesso em: 27 de jul. de 2024.

LARANJEIRA, Ronaldo (Supervisão). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)** – 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LEGISUS. **Sistema de Cadastro e Consulta de Legislações do SUS. Brasília**, [s.d.]. Disponível: <https://snalegisusexterno.saude.gov.br/legisus-externo/visao/externo/principal.html>. Acesso em: 24 de mai. de 2024.

LÓPEZ, Laura Cecília. **O conceito de racismo institucional**: aplicações no campo da saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/hxpmJ5PB3XsWkHZNwrHv4Dv/>. Acesso em: 24 de mai. de 2024.

MACHADO, Graziela Scheffer. Reforma Psiquiátrica e Serviço Social o trabalho dos assistentes sociais na equipe do CAPS. In: VASCONCELOS, Eduardo M (org.). **Abordagens Psicossociais**, vol. III: perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Rucitec, 2009. p. 32-120.

MACHADO, Vier Letícia; BOARINI, Maria Lucia. **Políticas Sobre Drogas no Brasil**: a Estratégia de Redução de Danos. Psicologia, Ciência e Profissão, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-

595, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/xvTC3vVCqjDNYw7XsPhFkFR/>. Acesso em: 20 de jul. de 2024.

MELO, Ana Paula. Souto; FRANÇA, Elizabeth Barboza; MALTA, Deborah Carvalho; GARCIA, Leila Posenato; MOONEY, Meghan; NAGHAVI, Mohsen. **Mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devidos ao uso de álcool**: carga global de doenças no Brasil, 1990 e 2015. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, 20 de maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PvZkBQZ3GYGVbcGkwgf4Sfg>. Acesso em: 11 de mar. de 2025.

NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito da “Questão Social”**. Temporalis, ano 2, n. 3. Brasília: ABEPSS/GRAFLINE, 2001. p. 41-49.

NETTO, José Paulo. Estado e questão social no capitalismo dos monopólios. In.: NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo, Expressão Popular, 2011.

NOBRE, Victor; ROSA, Dayana. **Monitoramento do Orçamento da Saúde**: Saúde Mental. Boletim IEPS n. 7. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-monitoramento-07-2023>. Acesso em: 08 de jan. de 2024.

NÓBREGA, Maria do Perpetuo S.S.; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. **Mulheres usuárias de álcool**: análise qualitativa. Rev. Saúde Pública n° 39 (5), out. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SLtSd6ZhqtzTsWgG4qBmzmf/>. Acesso em: 11 de mar. de 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. [OPAS]. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. **Álcool**. [s.l], [s.d]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>. Acesso em: 16 de mai. de 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. [ONU]. Nações Unidas do Brasil. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial**. Brasília, DF, 10 outubro 2016. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/74566-saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial>. Acesso em: 07 de jul. de 2024

PAIVA, Fernando Santana; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Desigualdade social, políticas sobre drogas e direitos humanos: uma reflexão sobre a realidade brasileira. In.: VECHIA, Marcello Dalla; RONZANI, Telmo Mota; PAIVA, Fernando Santana de; BATISTA, Cássia Beatriz; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. **Drogas e direitos humanos**: reflexões em tempos de guerra às drogas. 1ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/drogas-e-direitos-humanos-reflexoes-em-tempos-de-guerra-as-drogas-pdf>. Acesso em: 14 de fev. de 2024.

PHILIPP, Rita Radl; FANNY, Martine Radl; VÁSZQUEZ, Begona Gómez. Gênero e consumo de drogas em jovens na Alemanha e Espanha. In: BERTONI, Luci Mara; FERNANDES, Ângela Viana Machado; BATISTA, Williane de Fátima Vieira. **Memória, álcool e drogas**: contribuições ao debate. Brasília, DF: Technopolitik, 2019.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica brasileira**: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4421–4429, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/>. Acesso em: 19 de set. de 2023.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **A Violência da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil**: Um Ataque à Democracia em Tempos de Luta pelos Direitos Humanos e Justiça Social. *Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades*, Salvador, n. 246, jan/abr., p. 6-14, 2019. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/525>. Acesso em: 12 de dez. de 2024.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério e Costa, Nilson (org). **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

RIBEIRO, Andrea Leite; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. **Racismo institucional e os usos de álcool e outras drogas**: uma reflexão bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, 14 (edsup), 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/24099>. Acesso em: 22 de mar. de 2025.

RICHTER, André. **STF descriminaliza porte de maconha para uso pessoal**: julgamento foi concluído com maioria de votos. Agência Brasil, Brasília, 25 jun. 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2024-06/stf-descriminaliza-porte-de-maconha-para-uso-pessoal>. Acesso em: 21 de jul. de 2024.

SANTOS, Maria de Fátima Moura Porto dos; PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. **Fundo Público e a Política de Saúde Mental**: Análise do Orçamento do Governo Federal. *Rev. FSA*, Teresina, v. 19, n.9, art. 18, p. 353-371, set. 2022. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2554#>. Acesso em: 26 de mar. de 2025.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

SERGIPE, Governo do Estado de. Secretaria de Estado da Saúde. **Governo do Estado implantará serviço de referência especializada em saúde mental no alto sertão sergipano**. Sergipe, 13 de nov. de 2023. Disponível em: <https://saude.se.gov.br/governo-do-estado-implantara-servico-de-referencia-especializada-em-saude-mental-no-alto-sertao-sergipano/>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SOARES, Fernanda de Jesus, CIRQUEIRA, Daiana; OLIVEIRA, Paula Rocha; LIMA, Tatiane Souza; ALVES, Adriana Lopes Rodrigues; SILVA, Matheus Lemos; DUARTE, Stênio Fernando Pimentel. **Análise dos motivos dos jovens e adultos consumirem álcool**. *Rev. Psicologia [S. l.]*, v. 11, n. 35, p. 554–566, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/756/1065>. Acesso em: 18 de mar. de 2025.

SOUZA, Ricardo Luiz de. **Cachaça, vinho, cerveja**: da Colônia ao século XX. Revista Estudos Históricos, [s.l.], v. 1 n. 33, 2004. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/reh/article/view/2211/1350>. Acesso em: 31 de jan. de 2025.

SILVA, Maria Alice Bastos; ABRAHÃO, Ana Lúcia. **Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas**: uma análise guiada por narrativas. Interface - Comunicação Saúde, Educação, Botucatu, v. 24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Y3nLq5bS957jdWG7LPz9vhP/>. Acesso em: 16 de mai. de 2023.

TAMANO, Luana Tiekko Omena. **A Campanha Antialcoólica da Liga Brasileira de Higiene Mental**. Revista de História, São Paulo, n. 181, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rh/a/Tmz5MHYHLTz6hM3dDmy58jP/>. Acesso em: 08 de jul. de 2024.

TAVARES, Bruno. **Das 23 pessoas da Cracolândia internadas involuntariamente desde abril, só 3 são dependentes, afirma MP**. G1 São Paulo, 21 de jun. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/06/21/das-23-pessoas-da-cracolandia-internadas-involuntariamente-desde-abril-so-3-sao-dependentes-afirma-mp.ghtml>. Acesso em: 16 de mar. de 2024.

TAVARES, Arthur Daibert Machado; SILVEIRA, Marília; TSALLIS, Cleopatre. **Hospício é cemitério**. Psicologia & Sociedade, nº 36, Recife, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/TnKJ3DtpzzrHcMtcQydmVJf/>. Acesso em: 05 de set. de 2024.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de pós-graduação em saúde coletiva, 2006.

THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K.; SILVERMAN, Stephen J. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed 2012.

VAISSMAN, Magda. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

VARGAS, Annabele de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. **A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX**. Ciência e Saúde Coletiva 24 (3), Rio de Janeiro, p. 1041-1050, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N7fjsQbtcMYvnBmPXLznnMN/>. Acesso em: 27 de jul. de 2024.

ZURITA, Robismeire Calvo Melo; MELO, Emiliana Cristina; OLIVEIRA, Rosana Rosseto de; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. **Evolução dos gastos hospitalares com internações psiquiátricas por drogas**. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/bWf3XyqjQpfgXB4TFC9sVyL/>. Acesso em: 26 de mar. de 2025.

## ANEXOS

## ANEXO 1 INTERNAÇÕES


 Ministério da Saúde

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

AJUDA

NOTAS TÉCNICAS

DATASUS

## MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SERGIPE

**Internações por Ano atendimento segundo Ano atendimento**  
 Município: 280030 ARACAJU  
 Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool  
 Período: 2013-2023

Ano atendimento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>221</b>	<b>512</b>	<b>402</b>	<b>153</b>	<b>107</b>	<b>56</b>	<b>37</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>1.660</b>
2013	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82
2014	-	221	-	-	-	-	-	-	-	-	-	221
2015	-	-	512	-	-	-	-	-	-	-	-	512
2016	-	-	-	402	-	-	-	-	-	-	-	402
2017	-	-	-	-	153	-	-	-	-	-	-	153
2018	-	-	-	-	-	107	-	-	-	-	-	107
2019	-	-	-	-	-	-	56	-	-	-	-	56
2020	-	-	-	-	-	-	-	37	-	-	-	37
2021	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-	-	32
2022	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	-	29
2023	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	29

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas:

## ANEXO 2 INTERNAÇÕES POR SEXO



INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

AJUDA

NOTAS TÉCNICAS

DATASUS

### MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SERGIPE

#### Internações por Sexo segundo Ano atendimento

Município: 280030 ARACAJU

Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool

Período: 2013-2023

Ano atendimento	Masc	Fem	Total
<b>TOTAL</b>	<b>1.484</b>	<b>176</b>	<b>1.660</b>
2013	72	10	82
2014	192	29	221
2015	479	33	512
2016	363	39	402
2017	131	22	153
2018	91	16	107
2019	47	9	56
2020	33	4	37
2021	27	5	32
2022	27	2	29
2023	22	7	29

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## ANEXO 3 INTERNAÇÕES POR FAIXA ETÁRIA



Ministério da Saúde

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

AJUDA

NOTAS TÉCNICAS

DATASUS

### MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SERGIPE

Internações por Faixa Etária 1 segundo Ano atendimento

Município: 280030 ARACAJU

Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool

Período: 2013-2023

Ano atendimento	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>184</b>	<b>475</b>	<b>569</b>	<b>308</b>	<b>96</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1.660</b>
2013	-	13	27	24	15	2	1	-	82
2014	2	27	66	65	49	11	1	-	221
2015	6	51	139	194	91	27	3	1	512
2016	6	50	114	144	60	25	3	-	402
2017	1	8	32	68	34	10	-	-	153
2018	-	9	35	34	21	6	2	-	107
2019	-	9	19	4	13	10	1	-	56
2020	-	4	20	9	1	3	-	-	37
2021	1	5	5	11	9	1	-	-	32
2022	-	3	8	9	8	1	-	-	29
2023	-	5	10	7	7	-	-	-	29

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## ANEXO 4 INTERNAÇÕES POR COR/RAÇA



INFORMAÇÕES DE SAÚDE

**DATASUS** Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

AJUDA

NOTAS TÉCNICAS

DATASUS

### MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SERGIPE

Internações por Cor/raça segundo Ano atendimento  
 Município: 280030 ARACAJU  
 Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais  
 Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool  
 Período: 2013-2023

Ano atendimento	Branca	Preta	Parda	Amarela	Sem informação	Total
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>231</b>	<b>23</b>	<b>1.399</b>	<b>1.660</b>
2013	-	-	21	-	61	82
2014	-	-	21	-	200	221
2015	-	-	25	1	486	512
2016	-	2	56	5	339	402
2017	2	-	26	5	120	153
2018	-	-	8	1	98	107
2019	-	2	21	2	31	56
2020	-	-	8	3	26	37
2021	-	-	5	6	21	32
2022	-	-	14	-	15	29
2023	-	1	26	-	2	29

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## ANEXO 5 DIAS DE PERMANÊNCIA

 Ministério da Saúde

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

**DATASUS** Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

AJUDA

NOTAS TÉCNICAS

DATASUS

### MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SERGIPE

**Dias permanência segundo Ano atendimento**

Município: 280030 ARACAJU

Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool

Período: 2013-2023

	Ano atendimento	Dias permanência	
<b>TOTAL</b>			<b>23.997</b>
2012			369
2013			1.306
2014			2.089
2015			5.475
2016			3.744
2017			2.464
2018			1.322
2019			2.453
2020			1.816
2021			946
2022			935
2023			1.078

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## ANEXO 6 MÉDIA PERMANÊNCIA



INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

AJUDA

NOTAS TÉCNICAS

DATASUS

### MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SERGIPE

#### Média permanência segundo Ano atendimento

Município: 280030 ARACAJU

Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool

Período: 2013-2023

	Ano atendimento	Média permanência
<b>TOTAL</b>		<b>14,5</b>
2013		15,9
2014		9,5
2015		10,7
2016		9,3
2017		16,1
2018		12,4
2019		43,8
2020		49,1
2021		29,6
2022		32,2
2023		37,2

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## ANEXO 7 CARÁTER ATENDIMENTO

 Ministério da Saúde

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

AJUDA

DATASUS

**DATASUS** Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

NOTAS TÉCNICAS

### MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SERGIPE

Internações por Ano atendimento segundo Caráter atendimento

Município: 280030 ARACAJU

Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool

Período: 2013-2023

Caráter atendimento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>221</b>	<b>512</b>	<b>402</b>	<b>153</b>	<b>107</b>	<b>56</b>	<b>37</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>1.660</b>
Eletivo	1	-	1	1	1	1	-	4	1	-	-	10
Urgência	81	221	511	401	152	106	56	33	31	29	29	1.650

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

**ANEXO 8 REGIME ATENDIMENTO**

Ministério da Saúde

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

AJUDA

NOTAS TÉCNICAS

DATASUS

**MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SERGIPE****Internações por Regime segundo Ano atendimento**

Município: 280030 ARACAJU

Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool

Período: 2013-2023

Ano atendimento	Público	Privado	Ignorado	Total
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>683</b>	<b>974</b>	<b>1.660</b>
2013	-	82	-	82
2014	2	219	-	221
2015	1	382	129	512
2016	-	-	402	402
2017	-	-	153	153
2018	-	-	107	107
2019	-	-	56	56
2020	-	-	37	37
2021	-	-	32	32
2022	-	-	29	29
2023	-	-	29	29

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

**ANEXO 9 VALOR TOTAL**

Ministério da Saúde

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

AJUDA

NOTAS TÉCNICAS

DATASUS

**MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SERGIPE****Valor total segundo Ano atendimento**

Município: 280030 ARACAJU

Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool

Período: 2013-2023

	Ano atendimento	Valor total
<b>TOTAL</b>		<b>1.011.096,98</b>
2012		17.892,44
2013		58.624,14
2014		105.611,18
2015		189.391,00
2016		105.970,12
2017		113.042,36
2018		62.793,77
2019		119.785,82
2020		92.584,72
2021		46.389,65
2022		46.993,21
2023		52.018,57

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

**ANEXO 10 TAXA DE MORTALIDADE**

 Ministério da Saúde

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

AJUDA

NOTAS TÉCNICAS

DATASUS

**MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SERGIPE****Taxa mortalidade segundo Ano atendimento**

Município: 280030 ARACAJU

Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool

Período: 2013-2023

	Ano atendimento	Taxa mortalidade
<b>TOTAL</b>		<b>1,02</b>
2013		1,22
2014		0,90
2015		1,17
2016		1,24
2019		3,57
2020		2,70

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## ANEXO 11 ÓBITOS



Ministério da Saúde

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

AJUDA

NOTAS TÉCNICAS

DATASUS

### MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SERGIPE

#### Óbitos segundo Ano atendimento

Município: 280030 ARACAJU

Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais

Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool

Período: 2013-2023

	Ano atendimento	Óbitos
<b>TOTAL</b>		<b>17</b>
2013		1
2014		2
2015		6
2016		5
2019		2
2020		1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)