



Textos para Discussão

PANORAMA SOBRE A POLÍTICA DE DROGAS E SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Prevenção e tratamento



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Jair Bolsonaro

Ministro da Saúde
Luiz Henrique Mandetta

Secretaria-Executiva
João Gabbardo dos Reis

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Nísia Trindade Lima

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Natalia Santos de Souza Guadalupe

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade das autoras, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da "Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030"/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T649p Toledo, Lidiane

Panorama sobre a política de drogas e saúde mental no Brasil contemporâneo: prevenção e tratamento / Lidiane Toledo, Carolina Coutinho, Francisco Inácio Bastos. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.
26 p. – (Textos para Discussão; n. 41)

Bibliografia: p. 22-26.

I. Drogas. 2. Saúde Mental. 3. Prevenção. 4. Brasil. I. Coutinho, Carolina. II. Bastos, Francisco Inácio. III. Fundação Oswaldo Cruz. IV. Título. V. Série.

CDU: 616-084:615.32+613.86

Textos para Discussão
Nº 41

PANORAMA SOBRE A POLÍTICA DE DROGAS E SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Prevenção e tratamento

Discussão da agenda 2030, dentro do objetivo 3.5:

“Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool”.

Lidiane Toledo
Carolina Coutinho
Francisco Inácio Bastos

Documento apresentado durante o Seminário sobre Abuso de Substâncias,
realizado em 21 de novembro de 2019, na Fiocruz.

Rio de Janeiro, março 2020

AUTORES

Lidiane Toledo

Enfermeira (Fac. Novo Milênio/ES), doutora em epidemiologia em saúde pública (Escola Nacional de Saúde Pública/RJ), pesquisadora associada no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz).

Carolina Coutinho

Bacharelado e Licenciatura em Biologia (UVA/RJ) e Doutorado em epidemiologia em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). É pesquisadora Associada do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz).

Francisco Inácio Bastos

Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com estágios de pós-doutorado na Alemanha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Atualmente é pesquisador titular do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (LIS/Icict).

SUMÁRIO

	Apresentação	7
	Introdução	9
	Panorama das Atualizações Recentes na Política Nacional de Saúde Mental	11
	Panorama das Alterações Recentes na Política Nacional sobre Drogas no Brasil	15
	Panorama sobre a Prevenção ao Uso de Drogas no Brasil	17
	Panorama sobre o Tratamento em Saúde Mental e Uso de Substâncias Psicoativas no Brasil	19
	Comentários Finais	21
	Referências Bibliográficas	22

APRESENTAÇÃO

FRANCISCO INÁCIO BASTOS, Lis/Icict/Fiocruz

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA, Coordenador Executivo
da Iniciativa Brasil Saúde Amanhã/Fiocruz

De acordo com o *Relatório Mundial sobre Drogas* da UNODC (UNODC, 2019) e diversos estudos sobre carga de doença que abordam a inter-relação entre álcool, tabaco (Peacock et al., 2018) e uso prejudicial/não terapêutico de diferentes medicamentos com ação sobre o SNC (Jordan et al, 2017) (como opioides, benzodiazepínicos etc.), a questão do uso prejudicial/dependente das mais diversas substâncias psicoativas constitui hoje um problema de saúde global.

O tema mereceu destaque entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da área da saúde, aprovados em 2015 por representantes de 189 países, que colocaram o desenvolvimento sustentável e a eliminação da pobreza como alvos prioritários, por intermédio de 17 Objetivos e 169 metas, que compõem a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

A Agenda consiste em uma ferramenta para orientar esforços direcionados ao alcance do desenvolvimento sustentável. Busca-se o equilíbrio entre a prosperidade humana e a proteção do planeta, com os seguintes princípios básicos: acabar com a pobreza e a fome; lutar contra as desigualdades; e, combater mudanças climáticas. Cada um dos ODS é desdobrado em metas que especificam diversos componentes relacionados àquele objetivo.

Dentre os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, há um diretamente relacionado à saúde, o Objetivo 3: Saúde e Bem-Estar - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Esse ODS apresenta 13 metas (PNUD, IPEA, 2019), entre as quais o ODS 3.5, voltado para o reforço da prevenção e do tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.

Porém, esse tema não se esgota na área da saúde, apresentando inter-relações importantes como, por exemplo, a interface entre saúde e segurança pública que evidencia algo claríssimo: as mortes violentas (muitas delas associadas, direta ou indiretamente, à questão do tráfico e ao domínio territorial de extensas áreas empobrecidas por facções criminosas, milícias etc.) constituem um vetor central na determinação dos padrões de morbimortalidade no Brasil e em diversos outros países, no nosso caso, com diferenciais importantes em detrimento de jovens, pobres, negros, com baixa instrução formal e inserção precária ou inexistente no mercado de trabalho formal.

Buscando abordar o cumprimento do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3.5, da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, foi realizado em 21 de novembro de 2019, na Fundação Oswaldo Cruz, o seminário sobre Abuso de Substâncias, promovido pela Iniciativa Saúde Amanhã, no contexto da Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030.

Nesta série de Textos para Discussão, serão apresentados os quatro trabalhos elaborados para o Seminário:

1. **Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil**, Carolina Coutinho, Lidiane Toledo e Francisco Inácio Bastos, Lis/Icict/Fiocruz.
2. **Uso prejudicial de psicofármacos como problema de saúde pública**, Francisco Inácio Bastos, Jurema Corrêa Mota e Fernando Freitas, Lis/Icict/Fiocruz.
3. **Panorama sobre a política de drogas e saúde mental no Brasil: prevenção e tratamento**, Lidiane Toledo, Carolina Coutinho e Francisco Inácio Bastos, Lis/Icict/Fiocruz.
4. **Drogas e violência: correlações e estratégias de enfrentamento**, Alba Zaluar, IESP/ UERJ.

1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- JORDAN AE et al. Past-year prevalence of prescription opioid misuse among those 11 to 30 years of age in the United States: A systematic review and meta-analysis. **J Subst Abuse Treat.** 77:31-37, Jun 2017; doi: 10.1016/j.jsat.2017.03.007. Epub 2017 Mar 12.
- PEACOCK A. et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. **Addiction.** 113 (10):1905-1926, Oct 2018. doi: 10.1111/add.14234. Epub 2018 Jun 4.
- PNUD. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** Disponível em <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/sustainable-development-goals.html>>. Acesso em: 04 jan 2019.
- UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report**, 2019. Disponível em <<https://www.unodc.org/wdr2018/>>. Acesso em: 29 abr 2019.

PANORAMA SOBRE A POLÍTICA DE DROGAS E SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Prevenção e tratamento

1. INTRODUÇÃO

Desde o início dos anos 2000, uma série de portarias, decretos e leis, têm sido promulgadas visando ao estabelecimento de novas diretrizes das políticas públicas em saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil. Tais normativas foram implementadas no sentido de direcionar a assistência à saúde das pessoas em sofrimento psíquico, decorrente de transtornos mentais associado ou não ao uso de substâncias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a despeito do papel crescentemente relevante do que, até então, pertencia à órbita da Saúde Suplementar, e, em especial, de instituições que não estavam sob a égide da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por diversas razões, a primeira delas o fato de não serem, até então definidos como instituições de saúde senso estrito. Dentre estas últimas, adquirem especial relevância as Comunidades Terapêuticas. Diversas delas, até recentemente, nem sequer constavam do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>).

Os principais marcos normativos publicados desde o início dos anos 2000, relacionados às políticas, programas e modelos assistenciais em saúde mental, álcool e outras drogas, se encontram listados abaixo, em ordem cronológica:

- a) **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001:** Redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, até então, centrado na instituição asilar total, representada por manicômios, colônias e hospitais psiquiátricos, para o modelo psicossocial, caracterizado por serviços que seguem uma lógica de cuidado territorial, porta aberta, substitutivos da instituição asilar (Brasil, 2001).
- b) **Portaria nº 81, de 30 de abril de 2002:** Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas no âmbito do SUS (Brasil, 2002).
- c) **Política de atenção álcool e drogas (2003):** Estabelece as diretrizes para uma política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2003).
- d) **Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006:** Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003” (Brasil, 2006a).
- e) **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006:** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências (Brasil, 2006b).
- f) **Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007:** Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade (Brasil, 2007a).

- g) **Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007:** Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Brasil, 2007b).
- h) **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009:** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, prevê o fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2009).
- i) **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011:** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, que prevê ações de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, dentro do escopo do Programa saúde na Escola, e cria as Equipes do consultório na rua, que tem por função realizar a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas (Brasil, 2011a).
- j) **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011:** Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT), que tem como um dos seus objetivos específicos: “reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio na população LGBTT, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde” (2011b).
- k) **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011:** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico associado ou não ao uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – RAPS/SUS, dentro do escopo da Política de saúde mental vigente à época (Brasil, 2011c).
- l) **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013:** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS, onde prevê ações de prevenção e enfrentamento do tabagismo e uso do álcool, considerados os fatores de risco associados ao câncer (Brasil, 2013).
- m) **Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014:** Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei que tem o intuito de promover a reinserção social dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2014a).
- n) **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014:** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando como um dos temas prioritários, o “enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a co-responsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais” (Brasil, 2014b).
- o) **Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018:** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito do SUS, onde prevê ações de “prevenção dos transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, além do desenvolvimento de ações para a redução das disparidades étnicas nas condições de saúde mental” (Brasil, 2018a).

Entre os anos de 2017 e 2019, novos marcos legais foram promulgados no Brasil, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e na Política Nacional sobre Drogas. Neste capítulo, apresentaremos um panorama de tais mudanças e seus direcionamentos para a assistência em saúde mental nos tópicos 1 e 2, que descrevem as alterações realizadas na RAPS (Portaria nº 3.088 de 2011) – que estabelece a nova Política Nacional de Saúde Mental, e na Lei

de Drogas (**Lei nº 11.343 de 2006**) – que estabelece a nova Política Nacional sobre Drogas, respectivamente. Além disso, apresentaremos um panorama geral da prevenção ao uso de drogas e do tratamento da saúde mental no Brasil, nos tópicos 3 e 4, respectivamente.

2. PANORAMA DAS ATUALIZAÇÕES RECENTES NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

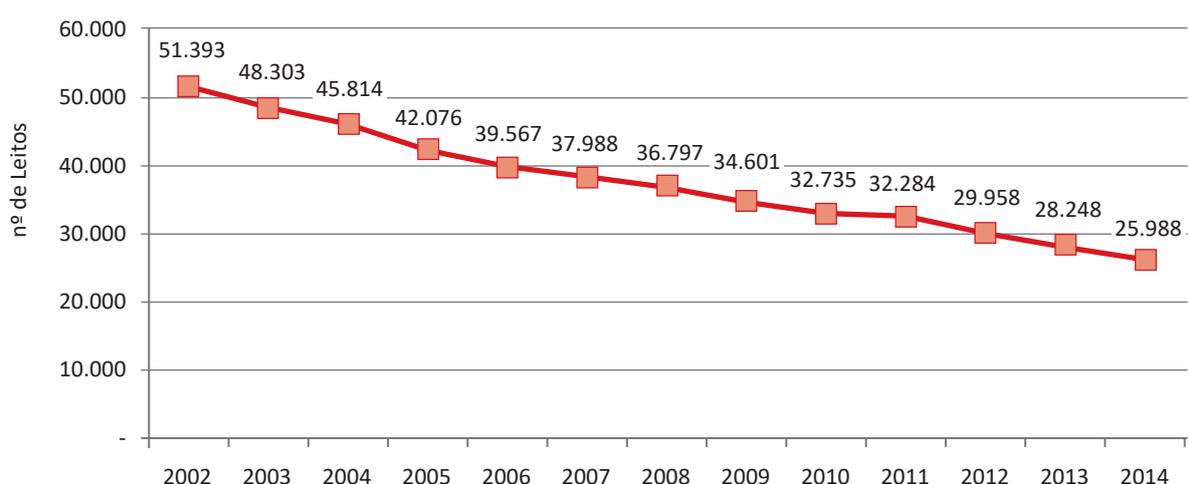
2.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A partir das mobilizações do movimento da reforma psiquiátrica, iniciada no Brasil no final da década de 1970 (Amarante, 1995; Brasil, 2005; César & Melo, 2018), o país iniciou um processo de formulação e promulgação de marcos legais que redirecionaram a assistência em saúde mental vigente à época, visando à substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos (HPs), manicômios e colônias, por serviços psicossociais, porta aberta de base comunitária (Rotelli, 1990; Sampaio, 1998; Amarante, 2011; Almeida filho, 2013; Nunes et al., 2016).

A partir dos anos 2000 há uma intensificação do ritmo de publicação de normativas referentes à saúde mental no Brasil, culminando na publicação da Lei da reforma psiquiátrica - Lei 10.216 em 2001, consolidando o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país (Brasil, 2001). Dez anos depois da publicação da Lei da reforma psiquiátrica, ocorre a publicação da Portaria GM/ MS nº 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS/ SUS), para pessoas em sofrimento psíquico, associado ou não ao uso de substâncias psicoativas, estabelecendo uma rede de atenção à saúde mental substitutiva do hospital psiquiátrico/manicômio (Brasil, 2011c).

Desde a promulgação da Lei da reforma psiquiátrica, a ocupação dos leitos SUS em hospitais psiquiátricos vinha se reduzindo, no Brasil, conforme mostrado na Figura 1.

Figura 1. Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por ano (Brasil, dez/2002 a dez/2014)



Fonte: Relatório Saúde Mental em Dados nº 12. Outubro de 2015 (Brasil, 2015a)

Tal fato só foi possível devido à implementação de ações e políticas públicas na área de saúde mental, que subsidiaram e deram suporte técnico ao fechamento dos leitos SUS em HPs, a saber:

- a) abertura de leitos de psiquiatria em hospitais gerais através da Portaria n° 224 de 1992 (Brasil, 2004),
- b) introdução de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no SUS para egressos dos HPs através da Portaria n.º 106 de 2000 (Brasil, 2004),
- c) estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas diversas modalidades através da Portaria n° 336 de 2002 (Brasil, 2004),
- d) estabelecimento do Programa de Volta para Casa, que prevê auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas através da Lei n.º 10.708 de 2003 (Brasil, 2004), e
- e) publicação de diretrizes de redução de leitos em HPs através das Portarias GM n.º 52 e 53 de 2004 (Brasil, 2004).

Em 2011, a RAPS, consolida esses e outros marcos legais que dispõem sobre serviços que deverão funcionar em rede, de modo a fornecer atenção psicossocial às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas nos três níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde (**Brasil, 2011c**). A RAPS contempla sete componentes, cada um deles contendo um conjunto de serviços descritos a seguir:

1. Atenção básica em saúde, composta por todas as modalidades de equipes de atenção básica, como a estratégia saúde da família, atenção básica para populações específicas, equipes de consultório na rua e os centros de convivência.
2. Atenção psicossocial especializada, formada pelos CAPS, nas suas diferentes modalidades.
3. Atenção de urgência e emergência, formada pelo SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas, pronto socorro.
4. Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: unidade de acolhimento; comunidades terapêuticas.
5. Atenção hospitalar, formada pelas enfermarias especializadas e os serviços hospitalar de referência em hospital geral.
6. Estratégias de desinstitucionalização, constituídas pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa.
7. Reabilitação psicossocial, composta por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais.

2.2. MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde, em comissão tripartite, formada por representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), anunciou a Nova Política Nacional de Saúde Mental.

Tais mudanças aconteceram através da publicação da Resolução n° 32 de 14 de dezembro de 2017, que “Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS)” (Brasil, 2017a), e da Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 que “dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências” (Brasil, 2017b).

Em 2019, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, publicou através da Nota técnica nº 11/2019 (Brasil, 2019a), a compilação das mudanças realizadas nos componentes da RAPS, que se deram através das duas portarias citadas acima. No contexto da nova política de saúde mental, a RAPS passa a contar com quatro pontos adicionais de atenção: a) os hospitais psiquiátricos especializados, b) os hospitais-dia, c) as unidades ambulatoriais, e d) os CAPSAD IV, unidades que serão detalhadas a seguir:

- a) **Hospitais psiquiátricos especializados:** há um novo direcionamento onde “o Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais [o] fechamento de unidades de qualquer natureza.” Dessa forma, os leitos SUS em hospitais psiquiátricos ainda existentes não deverão ser fechados e substituídos pelos serviços da RAPS, mas sim fazer parte dela. Cabe ressaltar que, segundo o que consta da Nota técnica nº 11/2019, as estratégias de desinstitucionalização das pessoas que moram em hospitais psiquiátricos continuarão a ser incentivadas, porém a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos nem tão pouco de hospitais psiquiátricos.
- b) **Hospital dia:** não há detalhamento da atividade desse dispositivo na Nota técnica nº 11/2019.
- c) **Unidade ambulatorial:** Esta modalidade de atenção visa “ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas (adultos e crianças) com transtornos mentais de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade, de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e os CAPS”.
- d) **CAPS (IV AD):** os CAPS IV AD “deverão funcionar 24 horas nas regiões de ‘cracolândias” (cenas abertas de venda e uso de *crack*). Tal modalidade de serviço está programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica (adultos e crianças)”.

Outro ponto que deve ser destacado é que na nova política de saúde mental, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT) visando “[a]o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas”.

2.3. BREVES COMENTÁRIOS

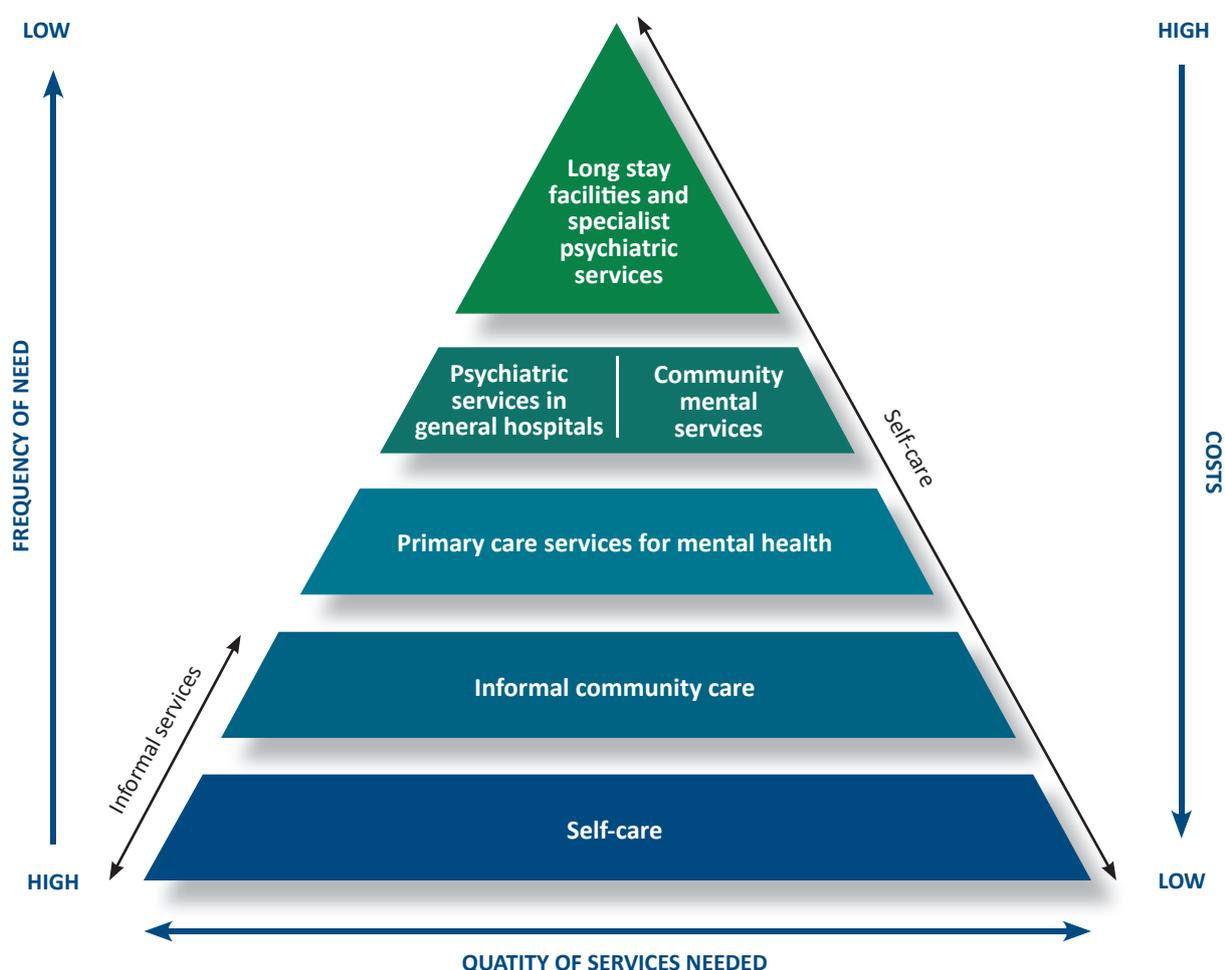
Sobre a inserção dos hospitais psiquiátricos (HPs) na RAPS, cabe dizer que a Organização Mundial de Saúde (OMS)/ *World Health Organization* (WHO, 2009) recomenda que na implantação de políticas e programas de saúde mental, os países considerem que os HPs sejam fechados e substituídos por serviços de atenção à saúde mental em hospitais gerais, atenção secundária especializada de base comunitária e serviços comunitários, integrados à atenção básica/primária à saúde. A WHO (2009) enfatiza ainda que tão somente uma pequena minoria de pessoas com transtornos mentais irá necessitar de atendimento especializado para além do que pode ser oferecido em hospitais gerais, e que, além disso, os HPs são ineficazes e caros, pois consomem uma parte desproporcional do orçamento público da saúde mental.

Cabe ainda observar que o avanço da farmacoterapia, desde que conduzida de forma judiciousa, e especialmente quando integrada a intervenções psicoterápicas e de suporte psicossocial,

desempenha um papel central na redução de utilização da internação como opção terapêutica e tem contribuído, decisivamente, para o manejo e a prestação de cuidados em nível ambulatorial, mesmo no que diz respeito à esquizofrenia e quadros relacionados (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005).

A Figura 2 apresenta a representação gráfica, sob a forma de uma pirâmide de uma combinação ideal de diferentes serviços de saúde mental, segundo os critérios da WHO (2019). Na base da pirâmide, encontram-se as atividades de promoção da autonomia e autocuidado das pessoas com transtornos mentais, e os serviços comunitários não especializados, tais como ONGs e associações que podem promover ações e cuidados em saúde mental, idealmente treinados, supervisionados e integrados a atenção primária em saúde. No topo da pirâmide se encontram os hospitais psiquiátricos, que apresentam alto custo e que estariam direcionados a uma parcela muito menor (e maior gravidade/cronicidade) de pessoas com transtornos mentais.

Figura 2. Pirâmide da organização ideal dos serviços de saúde mental da World Health Organization (WHO, 2019)



Fonte: World Health Organization. Field Test Version. mhGAP Community Toolkit. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). 2019.

Ademais, os HPs são marcados por um histórico de violações dos direitos humanos (WHO, 2009). No Brasil, diversas publicações têm registrado e descrito casos de violação de direitos humanos no contexto dessas instituições (Câmara dos deputados, 2000; Guitton, 2010; Garcia, 2012; Guljor, 2013; Guimarães et al., 2013; CFP e col., 2015; Kinker, 2017; Rosa e Malfitano, 2019). Parcela expressiva dessas instituições não seguem as normas internacionais, como as supra-citadas diretrizes clínicas da Austrália/Nova Zelândia, ou mesmo as diretrizes mais genéricas da OMS/WHO.

Por fim, quanto à eletroconvulsoterapia (ECT), o *National Institute of Care Excellence* (NICE, 2009), do Reino Unido, orienta que esta seja usada apenas para obter uma melhora rápida de sintomas graves de catatonía e episódio maníaco prolongado ou grave¹, após o paciente ter experimentado outras opções de tratamento e estas terem se mostrado ineficazes.

Segundo o NICE (2009), a decisão sobre aplicar a ECT deve ser feita com base na indicação clínica e em uma avaliação documentada dos riscos e benefícios para o indivíduo, incluindo: riscos em relação ao uso de anestesia; riscos de eventos adversos; tais como comprometimento cognitivo e de memória após o procedimento; e os possíveis riscos de não se submeter ao tratamento. O paciente ou seu representante legal precisa consentir formalmente quanto à realização da ECT, após serem esclarecidos os possíveis riscos e benefícios da intervenção. Há normas internacionais que regulam tais avaliações, do ponto de vista dos padrões consensuais em bioética, com base em documentos em uso em todo o mundo, como as recomendações do CIOSM (The Council for International Organizations of Medical Sciences; <https://cioms.ch/bioethics/>).

3. PANORAMA DAS ALTERAÇÕES RECENTES NA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS NO BRASIL

As alterações na Política Nacional sobre drogas no Brasil (PNAD) têm por base, inicialmente, a publicação da Resolução do Conselho Nacional Sobre Drogas (CONAD), nº 1, de 9 de Março de 2018, que definiu as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD. A resolução nº1/2018 prevê, como uma de suas premissas, que os programas, projetos e ações no contexto da PNAD, sejam conceitualmente orientados para “a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes”. Além disso, a resolução prevê fomento de organizações da sociedade civil, comunidades terapêuticas e grupos de mútua ajuda.

Mais recentemente, em 05 de junho de 2019, foi publicada a Lei nº 13.840, pela Presidência da República (Brasil, 2019b), que altera os principais marcos legislativos sobre drogas no país até então vigentes², que dispõem sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as diretrizes de atenção prestada aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

¹ Grifo nosso

² A saber: Leis nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997, nº 8.981, de 20 de janeiro de 1995, nº 8.315, de 23 de dezembro de 1991, nº 8.706, de 14 de setembro de 1993, nº 8.069, de 13 de julho de 1990, nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, e os Decretos-Lei nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942, nº 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

A Lei nº 13.840/2019 dispõe sobre os princípios das ações de prevenção e tratamento das pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas. Porém, a principal alteração no campo da saúde pública, foi a legitimação das comunidades terapêuticas (CTs) como dispositivos de atenção à saúde mental, estabelecendo critérios para o “*o acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora*”. Desta forma, as CTs passam a ser reguladas por lei a elas atinente (Brasil, 2019b).

Com efeito, antes mesmo da promulgação da Lei nº 13.840/2019, outras normativas já haviam sido publicadas com o intuito de regulamentar e (re)direcionar as atividades das comunidades terapêuticas no Brasil, tais como:

- A) Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): Regulação sobre os requisitos de segurança sanitária (Brasil, 2011d).
- b) Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde: Inclusão das CTs na RAPS/SUS (Brasil, 2011c).
- c) Resolução nº 1, 19 de agosto de 2015 do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD): Marco regulatório das atividades das CTs (Brasil, 2015b).
- d) Portaria nº 562, de 19 de março de 2019, da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania (SENAPRED/MSD): Prevê a regulação de fiscalização e monitoramento das CTs (Brasil, 2019c).
- e) Portaria nº 563, de 19 de março de 2019, da SENAPRED/MSD: Prevê a regulação de credenciamento das CTs (Brasil, 2019d).
- f) Portaria nº 564, de 19 de março de 2019 - SENAPRED/MSD: Prevê a regulação de cursos de capacitação para as CTs (Brasil, 2019e).

3.1. BREVES COMENTÁRIOS

As comunidades terapêuticas são um dos modelos mais antigos de tratamento ao uso problemático/dependência de substâncias no mundo, e segundo Bunt et al., (2008), estão em vigência em mais de 65 países. No Brasil, as CTs têm recebido financiamento por parte do governo federal desde meados da década de 1980 (Machado & Miranda, 2007), porém esses financiamentos têm crescido em volume e abrangência (ou seja, abarcando um número maior de CTs) desde a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Brasil, 2010), a partir da inclusão dessas entidades na RAPS (Brasil, 2011c).

De acordo com informações disponibilizadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017), em 2009, havia cerca de 2 mil CTs no Brasil, sendo 46% no Sudeste, 26% no Sul, 17% no Nordeste, 9% no Centro-Oeste e 6% no Norte. Segundo dados de um Inquérito epidemiológico realizado entre 2014 a 2016, pelo IPEA (2017), a maioria das CTs do Brasil estavam localizadas em zona rural (74,3%), tinham uma maior oferta de vagas para pessoas do sexo masculino (80,8%) e para adultos (88%), e possuíam alguma orientação/vinculação religiosa, principalmente de matriz cristã (82%).

Cabe observar, que diversas instituições que se autodefinem como CTs não apenas não seguem os preceitos sistematizados por autores clássicos como De Leon (disponível em centenas de publicações, tais como: http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/tc_trainer.pdf), como não

estão formalmente registradas em qualquer base de dados, seja ela do âmbito da saúde ou não, e, portanto, “fora do radar” das instituições reguladoras em saúde, assim como de quaisquer pesquisas com base em evidências empíricas, como a supracitada do IPEA. Resta a pergunta se tais instituições que não têm registro de qualquer natureza e não seguem os preceitos internacionais referentes à sua operação e bases conceituais podem, legitimamente, se valer da denominação de CTs.

De acordo com o IPEA (2017), 95% das CTs implementavam atividades de cunho espiritual/religioso (por exemplo, leitura da bíblia, orações e cultos), 93% implementavam atividades de laborterapia e 88% atividades de psicoterapia em grupo. Cabe ressaltar que as atividades de cunho espiritual/religioso implementadas na maioria das CTs do Brasil divergem do modelo de CT proposto por De Leon (1995), que não compreende tais atividades dentro de seus componentes principais.

É importante salientar também que, até o presente momento, não há evidências científicas suficientes, que apontem para a efetividade do tratamento em CT, quando comparada a outras modalidades de tratamento, com relação a por exemplo, a adesão ao tratamento e manutenção da abstinência após alta da CT (Smith et al., 2006; WHO, 2009).

Todavia, o tratamento nos moldes da CT, no contexto do ambiente prisional (o que significa uma adaptação dos seus preceitos originais, que não dizem respeito ao sistema prisional) tem sido apontado como fator de proteção para a reincidência criminal, conforme descrito por dois estudos de Revisão sistemática (RS) da *Cochrane Database Systematic Review* (Smith et al., 2006; Perry et al., 2019). Entretanto, assim como os HPs, as comunidades terapêuticas têm sido apontadas como locais onde têm ocorrido práticas de violações de direitos humanos, particularmente em países, como o Brasil, onde seu monitoramento é precário quando não inexistente (CFP, 2011; CFP e col., 2018).

4. PANORAMA SOBRE A PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NO BRASIL

Em 2013, o Governo Federal, pela primeira vez na história das políticas públicas sobre drogas no Brasil, selecionou três programas de prevenção ao uso de drogas para ser implementados no país. Tais programas constavam do portfólio de intervenções em prevenção baseadas em evidências científicas da *United Nations Office on Drugs and Crime*, e foram escolhidos em uma parceria do governo brasileiro com este órgão das Nações Unidas (UNODC, 2018).

Os três programas escolhidos foram o *Good Behavior Game*, o *Unplugged*, e o *Strengthening Families Program*, pois tais programas se mostraram associados, em diversos estudos, a prevenção e/ou adiamento do primeiro uso, e, por vezes, moderação dos padrões de abuso de substâncias psicoativas, entre jovens que compõem o público-alvo a que se dirigem em diversos países do mundo (Faggiano et al., 2008; Kumpfer et al., 2012; Vigna-Taglianti et al., 2014). Em suma, os referidos programas têm por objetivo trabalhar a qualificação de vínculos sociais e familiares, a promoção da saúde mental e a potencialização de habilidades a serem utilizadas nos desafios que vierem a ocorrer na vida de jovens e suas famílias (UNODC, 2018).

O *Good Behaviour Games (GBG)* é um programa de base escolar, voltado para o público de crianças com idades entre 6 e 10 anos. O objetivo do GBG é reforçar o comportamento pró-social (por exemplo, cooperação, gentileza, empatia) e reduzir o comportamento agressivo e

disruptivo (por exemplo, a transgressão de normas, baixa autoestima, isolamento social, hiperatividade) (UNODC, 2018). Após tradução e adaptação cultural para adequação em relação às especificidades sociais e culturais do contexto brasileiro, o GBG, passou a ser chamado “Programa Elos”, e foi direcionado para crianças da mesma faixa etária (6-10 anos de idade), cursando o ensino fundamental I (Brasil, 2018b).

Já o *Unplugged* é um programa de base escolar, voltado para o público de estudantes com idades entre 11 e 14 anos. O objetivo do *Unplugged* é desenvolver habilidades para a vida, de forma que o sujeito possa lidar melhor com as influências e pressões sociais que possam impactar sua decisão de iniciar ou não o uso de drogas (UNODC, 2018). Após tradução e adaptação cultural o *Unplugged* passou a ser denominado, no Brasil de “#Tamojunto”, e foi direcionado para adolescentes de 13 a 14 anos cursando o ensino fundamental II (Brasil, 2018b).

Por fim, o *Strengthening Families Program* é um programa de base comunitária, voltado para o público de jovens com idades entre 10 a 14 anos e suas famílias, cujo objetivo é reduzir os fatores de risco ao uso e o abuso de substâncias por adolescentes, além de construir ou fortalecer os vínculos familiares, entendidos como fatores de proteção para o uso e abuso de substâncias (UNODC, 2018).

Após tradução e adaptação cultural o *Strengthening Families Program* passou a ser denominado “Famílias Fortes”, sendo direcionado para adolescentes com idades entre 10 a 14 e suas famílias atendidas no sistema público de assistência social, da Proteção Social Básica, representadas pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) (Brasil, 2018b).

Entre 2013 e 2014, os referidos programas foram implementados exclusivamente pelo Ministério da Saúde em algumas cidades³ dos estados do Paraná, Santa Catarina, Ceará, Paraíba, São Paulo, Acre e Distrito Federal (Brasil, 2015a). Entre os anos de 2015 e 2017, houve a expansão dos programas para outros estados, como Ceará (em cidades diferentes das que tinham sido contempladas pelo MS), Rio Grande do Norte, Sergipe, Pernambuco e Rio Grande do Sul, através de uma parceria entre a Secretaria Nacional sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD/MJ) e a Fiocruz.

Sendo assim, entre os anos de 2013 e 2017, a abrangência territorial dos programas foi: a) Elos: 8 municípios em 2014 via MS e 28 municípios entre 2016-2017, pela Fiocruz/SENAD, b) #Tamojunto: 12 municípios em 2014 via MS e 24 municípios entre 2016-2017, pela Fiocruz/SENAD, e c) PFF: 8 municípios em 2014 via MS e 40 municípios entre 2016-2017, pela Fiocruz/SENAD. Cabe ressaltar que os números referentes aos municípios onde os programas foram implantados pelo MS foram coletados em relatório técnico da CGMAD (Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas), referente ao ano de 2014 (Brasil, 2015a), desta forma, estes dados estão hoje (final de 2019) desatualizados. Já os dados referentes às cidades onde os programas foram implementados pela Fiocruz/Senad são oriundos de relatório técnico apresentado à SENAD e até o momento não publicizado.

Durante o período de implementação citado acima, os programas passaram por avaliações e sucessivas adaptações. Segundo informações de um relatório do MS sobre as avaliações dos programas no Brasil (Brasil, 2018b), tanto o programa Elos quanto o #Tamojunto apresentaram problemas de adaptação cultural e referentes ao cumprimento dos protocolos de implementa-

³ A cobertura dos programas nas escolas e nos equipamentos CRAS variou de cidade para cidade. Cabe observar que nem toda cidade recebeu os três programas simultaneamente.

ção. Além disso, os resultados de avaliação do Elos, através de estudos quase-experimentais se mostraram “inconclusivos” [sic.], e os resultados de avaliação de efetividade do #Tamojunto, através de ensaio controlado randomizado, se mostraram “divergentes e preocupantes” [sic.] (*verbatim*; Brasil, 2018b)

Desta forma, o Ministério da Saúde (Brasil, 2018b) decidiu suspender a expansão desses dois programas temporariamente, e proceder a uma revisão e reavaliação da adaptação e do protocolo de implementação antes de apoiar sua expansão e concretização como política pública.

Com relação ao PFF, o relatório aponta que houve uma boa adaptação do programa e avanços no protocolo de implementação, concluindo que o programa é adequado ao contexto brasileiro, porém há a necessidade de realização de um estudo controlado randomizados para avaliação de efetividade (Brasil, 2018b).

Tais ações de reavaliação dos programas foram confirmadas na Nota técnica nº11/2019 (MS/CGMAD), sobre a Nova Política de Saúde Mental, onde se lê que “o Ministério da Saúde passa a ajustar e fazer novos estudos dos Programas que vinham em curso até o presente momento (Tamo Junto, Elos e Famílias Fortes)” (Brasil, 2019a).

Por fim, dentro do escopo das ações de prevenção da nova Lei de drogas (Brasil, 2019b) em setembro de 2019, o MDS assinou um contrato de cooperação técnica com o Conselho Nacional de Comandantes Gerais de Polícias Militares e Corpos de Bombeiros para ações de prevenção ao uso de drogas nas escolas (*Diário Oficial da União*, página 8, seção 6 do dia 9 de Setembro de 2019), visando ampliar “as ações do Programa Educacional de Resistência às Drogas – PROERD, para os estados brasileiros e para a difusão e implementação da nova Política Nacional sobre Drogas, em conformidade com o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, contribuindo para consolidação do programa e da política em nível nacional”.

Cabe, ressaltar que até onde vai nosso conhecimento, tanto o PROERD (adaptação brasileira do programa americano D.A.R.E - *Drug Abuse Resistance Education*), quanto o próprio DARE, não contam com evidências científicas quanto a sua efetividade na prevenção ao uso de drogas (West & O’Neal, 2004).

5. PANORAMA SOBRE O TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL

Conforme apresentado no tópico 1, o atendimento as pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas no Brasil acontece nos serviços da Rede de atenção Psicossocial, dentro do âmbito do SUS. Nesta seção, apresentaremos dados referentes ao quantitativo de alguns serviços da RAPS, segundo informações disponíveis em relatórios técnicos da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD/MS), referente aos anos 2014-2017.

Segundo os relatórios “Saúde Mental em Dados nº 12” (Brasil, 2015a), e “Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental” (Brasil, 2017c), a assistência em saúde mental do Brasil contava até o ano de 2014/2017 (a depender da informação mais atualizada disponível), com o seguinte quantitativo de serviços:

- a) Componente de Atenção básica da RAPS: 39.228 equipes de atenção básica e 3.898 equipes de NASF (considerando todas as modalidades) em 2014 (Brasil, 2015a).
- b) Componente da Atenção psicossocial da RAPS: 2.462 CAPS no conjunto de todas as modalidades, contando com um número maior de CAPS tipo I (n=1.191), indicados para municípios com população de 15 a 70 mil habitantes em 2017 (Brasil, 2017c).
- c) Componente de atenção residencial da RAPS: 57 Unidades de Acolhimento (adulto=35; infantil=22) em 2017 (Brasil, 2017c). Não havia dados sobre o quantitativo de CTs nos dois últimos relatórios.
- d) Componente de atenção hospitalar da RAPS: 1.163 Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais. O maior número absoluto de leitos disponibilizados pelos SUS estava localizado na região Sudeste (n=440 leitos), no ano de 2017 (Brasil, 2017c).
- e) Componente de reabilitação psicossocial: 1.008 iniciativas mapeadas até 2014 (Brasil, 2015a).
- f) Componente de estratégias de desinstitucionalização da RAPS: 4.349 pessoas beneficiadas com o Programa de Volta Para Casa até 2014 (Brasil, 2015b) e 489 implantadas SRT até em 2017 (Brasil, 2017c).
- g) 167 HPs, totalizando 25.988 vagas de leitos SUS nestes dispositivos até 2014 (Brasil, 2015a).

Apesar de relevantes, é importante enfatizar que números absolutos não dizem respeito à cobertura populacional de cada componente/serviço da RAPS. Uma vez que se desconhece a cobertura, não é possível estimar o déficit desses serviços no país, ou seja, não é possível saber, através dos dados disponibilizados nos relatórios, qual é o tamanho da população que não está coberta por cada tipo de serviço. Como também não há uma quantificação da demanda, seja ela de pessoas efetivamente atendidas, seja da demanda reprimida, em função de barreiras ao acesso, não se dispõe de numeradores (atendimentos), como também de denominadores (pessoas que demandam assistência).

Em 2015, o Ministério da Saúde (Brasil, 2015a) publicou um indicador de cobertura dos CAPS no Brasil (considerando todas as modalidades), referentes ao ano de 2014. Foi identificado uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil habitantes, cobertura esta considerada “muito boa” [sic] pelo MS. Segundo informações do MS, o indicador foi calculado “de forma ponderada” [sic] segundo o porte dos CAPS, para as unidades da federação e para o Brasil. No entanto, a memória de cálculo não está disponível, portanto não ficam claras quais foram as estratégias empregadas para lidar com a heterogeneidade de porte populacional de municípios dentro de cada UF, considerando que a cobertura populacional de um CAPS se dá ao nível de município e não de UF, sendo que cada modalidade (CAPS I, CAPS II, CAPSad II, CAPS III, CAPSad III e CAPSi) está indicada para municípios com um porte populacional específico. Ou seja, este cálculo só seria de fato fidedigno se levasse em conta uma tipologia abrangente de modalidades assistenciais (diferentes CAPs), assim como se empregasse uma amostragem estratificada por meio da estratégia PPT (probabilidade proporcional ao tamanho). Pode ser que tais desenhos e conceitos tenham sido empregados, mas não há qualquer informação a respeito nos documentos consultados.

Outro ponto importante para a assistência em saúde mental e que não consta de ambos os relatórios se referem às informações relativas aos recursos humanos disponíveis para atuação na RAPS. Até onde é do nosso conhecimento as informações sobre a cobertura e o déficit de

profissionais psiquiatras e psicólogos na RAPS são desconhecidas ou não estão disponíveis para consulta por parte da população.

Scheffer et al., (2018) realizaram um estudo sobre demografia médica, em um conjunto de 34 países parceiros/pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), nos anos 2014-2016. Neste estudo, os autores identificaram que a taxa de psiquiatras/habitante no Brasil, para o período, foi de 5 psiquiatras a cada 100 mil habitantes, uma das três menores taxas identificadas dentre os países pesquisados, ficando bem abaixo da taxa média de psiquiatras dos 34 países (17 psiquiatras a cada 100 mil habitantes). Ou seja, se considerarmos a disponibilidade destes profissionais para trabalhar no SUS, o déficit de psiquiatras nos serviços RAPS/SUS pode ser ainda maior.

6. COMENTÁRIOS FINAIS

A agenda das Nações Unidas para o desenvolvimento sustentável estabelece diversos objetivos que os países membros deveriam atingir até 2030 (Agenda 2030). Dentre os Objetivos Sustentáveis do Milênio (ODS) para saúde e bem estar, pertinentes ao campo da saúde mental, estão as ações que promovam a redução da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (ODS 3.4), as ações de prevenção e o tratamento do abuso de substâncias (ODS 3.5), e a cobertura universal de saúde (ODS 3.8).

Sendo assim, dado o exposto neste capítulo e considerando os desafios em cumprir os ODS da agenda 2030, faz-se necessário que a oferta de serviços de atenção à saúde mental e a prevenção ao uso de drogas seja realizada de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis, conforme recomendado pela WHO (2009; 2019), e que sejam desenvolvidos indicadores de cobertura para os serviços e recursos humanos da RAPS, de forma a identificar a fração/percentual da população que não está coberta por estes serviços, e quais são as áreas prioritárias de implantação dos serviços de assistência à saúde mental da população.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. 160 p.
- AMARANTE P. New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. **Cad. Saúde Públ.** 1995; 11 (3): 491-494.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2011. 3 ed. 60p.
- BRASIL. **Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 81, de 30 de abril de 2002.** 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Série B. Textos Básicos de Saúde. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental:** 1990-2004. 5. ed. ampl. – Brasília: 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. **Presidência da República. Decreto nº 5.658 2 de janeiro de 2006.** Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm>.
- BRASIL. **Presidência da República. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **2006b. Disponível em:** <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>.
- BRASIL. **Presidência da República. Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007.** Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.759 de 25 de outubro de 2007.** Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor. 2007b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.836 1º dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. 2011d. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.082 de 23 de maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas **Saúde Mental em Dados**. Ano 10, nº 12. Brasília, outubro de 2015. 2015a. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho nacional de políticas sobre drogas. **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015**. 2015b. Disponível: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 2017a. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. 2017b Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. 2017c. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.384 de 28 de dezembro de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. 2018a. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57631494/do1e-2018-12-31-portaria-n-4-384-de-28-de-dezembro-de-2018-57631363>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de São Paulo. **Prevenção ao Uso de Drogas**. Implantação e avaliação de programas no Brasil. Brasília, 2018b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019**. 2019a. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf>.
- BRASIL. **Presidência da República. Lei nº 13.840, de 5 de Junho de 2019**. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. 2019b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm>.
- BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 562, de 19 de março de 2019**. Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED. 2019c Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/03/2019&jornal=515&pagina=4&totalArquivos=134>>
- BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 563, de 19 de março de 2019**. Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania. 2019d. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/acesso_informacao/portaria/PORTARIA%20563-SENAPRED.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 564, de 19 de março de 2019**. Institui a certificação de qualidade dos cursos de capacitação para Comunidades Terapêuticas. 2019e. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/acesso_informacao/portaria/PORTARIA%20564-SENAPRED.pdf>.
- BUNT GC, MUEHLBACH B, MOED CO. The Therapeutic Community: international perspective. **Subst Abuse**. 2008; 29:81 – 87
- CÂMARA dos deputados. Comissão dos direitos humanos. I Caravana Nacional de direitos humanos. **Uma amostra da realidade manicomial brasileira**. Relatório técnico. Brasília, 2000.
- CÉZAR MA, MELO W. Psychosocial support center and territory: human space, communication, and interdisciplinarity. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. 2018; 25(1):127-142.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Inspecções aos manicômios**. Relatório Brasil. 1ª edição. Brasília, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. 2ªed. Brasília; 2011.

- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão- Ministério Público Federal (MPF). **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. 1ª ed. Brasília; 2018.
- CONSELHO NACIONAL SOBRE DROGAS (CONAD). **Resolução nº 1, de 9 de Março de 2018**. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/news/politicas-sobre-drogas-dara-guinada-rumo-a-abstinencia/proposta-aceita-os-mar-terra.pdf>>.
- DE LEON G. Therapeutic Communities for addictions: A theoretical framework. **The international journal of the addiction**. 1995; 30(12):1603-164
- FAGGIANO F; GALANTI MR; BOHRN K; BURKHART G; on behalf of the EU-Dap Study Group. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention Program: EU-Dap Cluster Randomised Controlled Trial. **Preventive Medicine**. 2008; 47(5):537-543.
- GARCIA MRV. A Mortalidade nos Manicômios da Região de Sorocaba e a Possibilidade da Investigação de Violações de Direitos Humanos no Campo da Saúde Mental por Meio do Acesso aos Bancos de Dados Públicos. **Psicologia Política**. 2012; 12 (23):105-120.
- GUITTON APAL. **Trajetórias do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro**: uma análise a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em saúde pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
- GULJOR APF. **O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi**: um estudo de caso. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.
- GUIMARÃES AN, BORBA LO, LARocca LM, MAFTUM MA. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2013; 22(2): 361-9.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA (IPEA). **Perfil das comunidades terapêuticas**. Nota Técnica nº 21. 2017.
- KINKER FS. Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização. **Interface, Comunicação, saúde, educação**. 2017; 21(60):189-98.
- KUMPFER KL, XIE J, O'DRISCOLL R. Effectiveness of a culturally adapted Strengthening Families Program 12-16 years for high-risk Irish families. **Child Youth Care Forum**. 2012; 41 (2): 173-195.
- MACHADO AR, MIRANDA PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. 2007; 14 (3):801-821.
- NATIONAL INSTITUTE OF CARE EXCELLENCE (NICE). **Guidance on the use of electroconvulsive therapy**. United Kingdom, 2009.
- NUNES JMS, GUIMARÃES JMX, SAMPAIO JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 2016; 26 (4): 1213-1232.
- PERRY AE, et al. Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems. **Cochrane Database Syst Rev**. 2019 (10):CD010901.
- ROSA SD, MALFITANO APS. No meio do caminho tinha uma pedra: a história de violência e sofrimento social de jovens adultos com trajetórias de internação em hospital psiquiátrico. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. 2019; 26(2):501-518.

- ROTELLI F, DE LEONARDIS O, MAURI D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa e dos “países avançados”. In: NICÁCIO F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.
- ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. **Aust N Z J Psychiatry**. 2005 Jan-Feb;39(1-2):1-30.
- SAMPAIO, JJC. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. 133p.
- SCHEFFER M, et al, em nome do grupo de pesquisa. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.
- SMITH LA, GATES S, FOXCROFT D. Therapeutic communities for substance related disorder (Review). **Cochrane Database Syst Rev**. 2006; (1): CD005338.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). World Health Organization (WHO). **International Standards on Drug Use Prevention**. Pre-editing and Pre-publication version. Second updated edition (2018).
- VIGNA-TAGLIANTI FD, et al. EU-Dap Study Group. “Unplugged,” a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial. **New Dir Youth Dev**. 2014; (141):67-82, 11-2.
- WEST SL, O’NEAL KK. Project D.A.R.E. outcome effectiveness revisited. **Am. J. Public Health**. 2004; 94:1027–29
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Improving health systems and services for mental health**. Geneva, Switzerland. 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) - mhGAP Community Toolkit**. Field test version. Geneva, Switzerland. 2019.