

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA

RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA

AS ABORDAGENS DO PACIENTE ALCOOLISTA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE
SAÚDE MENTAL EM MINAS GERAIS: UM ESTUDO DO CENTRO MINEIRO DE
TOXICOMANIA

BELO HORIZONTE
2017

Universidade Federal de Minas Gerais
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA
Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

As abordagens do paciente alcoolista nos serviços públicos de saúde mental em
Minas Gerais: um estudo do Centro Mineiro de Toxicomania.

Dissertação apresentada à Banca de
Defesa do Programa de Pós-graduação
Promoção de Saúde e Prevenção da
Violência da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito à obtenção do título de
Mestre em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência.

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Soraya Almeida
Belisário**

BELO HORIZONTE
2017

Oliveira, Rafael Miranda de.

O48a As abordagens do paciente alcoolista nos serviços públicos de saúde mental em Minas Gerais [manuscrito]: um estudo do Centro Mineiro de Toxicomania. / Rafael Miranda de Oliveira. - - Belo Horizonte: 2017. 106f.

Orientador: Soraya Almeida Belisário.

Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção de Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde Mental. 2. Alcoolismo. 3. Promoção da Saúde. 4. Alcoólicos. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Belisário, Soraya Almeida. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 305

Bibliotecária Responsável: Cibele de Lourdes Buldrini Filogônio Silva CRB-6/999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitor de Pesquisa

Ado Jório

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

Diretor

Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor

Humberto José Alves

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Antônio Thomaz G. da Matta Machado

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Coordenadora

Elza Machado de Melo

Docentes

Andréa Maria Silveira

Antônio Leite Alves Raddichi

Carla Jorge Machado

Cristiane de Freitas Cunha

Débora de Carvalho Malta

Edgar Nunes de Moraes

Efigênia Ferreira e Ferreira

Eliane Dias Gontijo

Elizabeth Costa Dias

Elza Machado de Melo

Eugenia Ribeiro Valadares

Fernando Madalena Volpe

Izabel Christina Friche Passos

Kenya Lara da Silva

Marcelo Grossi Araújo

Maria Mônica Ribeiro de Freitas

Marta Maria Alves da Silva

Ricardo Tavares

Soraya Almeida Belisário

Stela Maris Aguiar Lemos

Tarcísio Márcio M Pinheiro

Ulysses Barros Panissete

Victor Hugo de Melo



FOLHA DE APROVAÇÃO

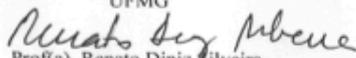
As abordagens do paciente alcoolista nos serviços públicos de saúde mental em Minas Gerais: um estudo do Centro Mineiro de Toxicomania.

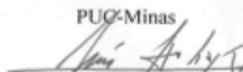
RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 26 de junho de 2017, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Sofia Almeida Belisário - Orientador
UFMG


Prof(a). Renato Diniz Silveira
PUC-Minas


Prof(a). Jesús Santiago
UFMG

Belo Horizonte, 26 de junho de 2017.

À minha esposa Gabriela.

AGRADECIMENTOS

Agradeço com amor à minha esposa Gabriela Franco Mourão de Oliveira por ter estado do meu lado ao longo de todo percurso deste trabalho.

Ao meu pai Valter Nicolau de Oliveira pela transmissão da *práxis* médica no cotidiano de minha infância, antes mesmo que eu soubesse que esse seria meu percurso.

A minha mãe Aglaé Teixeira de Miranda Oliveira pela transmissão do desejo no saber, em especial o saber médico.

A minha irmã Naira Miranda de Oliveira por trilhar junto de mim os mesmos caminhos.

Ao meu avô José Teixeira Mendes (*em memória*) pela sabedoria não letrada e sua rude doçura de ser. Às minhas avós (*em memória*) Tereza Mendes e Helena Nicolau, referências de acolhida materna e saudades.

À Soraya Almeida Belisário pela disponibilidade em conduzir a orientação deste trabalho. À professora Elza Machado de Melo por democratizar a universidade. À Ana Regina Machado pela colaboração neste trabalho.

Ao Renato Diniz e Jesus Santiago por aceitarem participarem da conclusão dessa trajetória.

Àqueles que foram meus preceptores no Instituto Raul Soares e compartilharam comigo sua prática clínica e dela fizeram despertar em mim um exercício clínico que considere, em primeiro lugar, a dimensão do sujeito em seu processo de sofrimento psíquico.

Aos meus colegas do Centro de Estudo Galba Velloso pelas entusiasmantes parcerias e amizades que carrego em minha trajetória.

Aos trabalhadores da saúde mental que trazem em seu ato clínico a consciência de um ato político.

Aos colegas do Centro Mineiro de Toxicomania e todos aqueles que em sua trajetória colaboraram para a construção desse percurso aqui estudado.

RESUMO

Os problemas ligados ao uso do álcool são reconhecidos de longa data, sendo que sua abordagem, no âmbito da saúde pública, deve levar em consideração os distintos aspectos sócio-culturais envolvidos, assim como ações intersetoriais e interdisciplinares. Este estudo tem como objetivo examinar as abordagens do paciente alcoolista nos serviços públicos de saúde mental de Minas Gerais, numa perspectiva histórica, com ênfase na experiência do Centro Mineiro de Toxicomania. A metodologia utilizada foi a análise documental. Foram utilizados como documentos os diversos relatórios, pareceres, protocolos e publicações a respeito do tema, com ênfase na produção bibliográfica do CMT. Foram estabelecidos como marcos temporais para o estudo a regulamentação da “Assistência aos Alienados de Minas Gerais”, no ano de 1900, e a publicação da “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” no ano de 2003. O estudo foi desenvolvido em quatro eixos. No primeiro eixo são estudados os processos de estruturação nosológica do alcoolismo, sua incorporação ao modelo nosocomial e sua assimilação pela psiquiatria brasileira. No segundo eixo são descritos os dois principais modelos institucionais de assistência pública voltados ao paciente alcoolista no Brasil e suas transformações. No terceiro eixo é realizada uma revisão dos principais marcos legislativos da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil. Por fim, no quarto eixo, é proposto um estudo documental do Centro Mineiro de Toxicomania, unidade pioneira no tratamento de pacientes toxicômanos e alcoolistas em Minas Gerais. Ao longo dos três primeiros eixos, conclui-se que o desenvolvimento das concepções da medicina mental e das noções higienistas da medicina social em relação ao alcoolismo, em conjunto, contribuíram com a estruturação do modelo nosocomial como primeira medida institucional na abordagem da questão. No período da Primeira República, essas concepções foram assimiladas, definindo o modelo assistencial e as políticas públicas adotadas para a questão no Brasil. Somente a partir do ano de 2003, com a efetivação de uma política nacional de saúde pública voltada para a questão, foi possível um redimensionamento da assistência ao paciente alcoolista no Brasil. Em Minas Gerais, semelhante ao cenário nacional, tradicionalmente a abordagem ao paciente alcoolista nos serviços públicos de saúde mental se deu de forma exclusiva e inespecífica no contexto nosocomial. Somente com a fundação do CMT, no ano de 1983, uma primeira proposta alternativa ao modelo nosocomial foi instituída no Estado. Por fim, no quarto eixo de estudo, como principal resultado da análise documental do CMT, é possível constatar, ao longo de seu processo histórico, três marcos político-institucionais ou clínico-teóricos que colaboraram para um redimensionamento na abordagem do paciente alcoolista e usuário de drogas em Minas Gerais. O primeiro diz respeito ao deslocamento da questão da droga do campo da segurança pública para o âmbito da saúde. O segundo diz respeito ao deslocamento de uma abordagem centrada na droga para uma abordagem centrada no sujeito. E o terceiro representa uma ruptura com o modelo hospitalar psiquiátrico e um redimensionamento político-assistencial na atenção ao paciente alcoolista e usuário de drogas.

Lista de abreviaturas e siglas

AAMG – Assistência aos Alienados de Minas Gerais.

AMP: Associação Mineira de Psiquiatria

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome

APA: Associação Psiquiátrica Americana.

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD: Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas.

CEGV: Centro de Estudos Galba Velloso.

CID 10: Classificação Internacional das Doenças, décima edição.

CMT: Centro Mineiro de Toxicomania.

COFEN: Conselho Federal de Entorpecentes.

COSAM: Coordenação Nacional de Saúde Mental

CRS: Centro de Recuperação Social

DST: Doença Sexualmente Transmissível.

DINSAM: Divisão Nacional de Saúde Mental.

FMMG: Faculdade de Medicina de Minas Gerais.

HCB: Hospital Colônia de Barbacena.

HGV: Hospital Galba Velloso.

IRS: Instituto Raul Soares.

MS: Ministério da Saúde

MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial.

OMS: Organização Mundial de Saúde

SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas

SDA: síndrome de dependência ao álcool.

SUS: Sistema Único de Saúde

URS: Unidade de Recuperação Social

URS: Unidade de Reintegração Social

Sumário

1- Introdução.....	12
2- Objetivos.....	17
3- Método.....	18
4- Sobre o alcoolismo.....	21
4.1 - Definição, critérios e classificação.....	21
4.2 - Aspectos históricos.....	24
4.2.1 - O processo de patologização do alcoolismo pela medicina científica: do uso terapêutico do álcool pela medicina ao alcoolismo enquanto doença.....	25
4.2.2 - O processo de alienação do alcoolismo pela medicina mental: a patologia mental e o alcoolismo.....	27
4.2.3 - O processo de categorização do alcoolismo no campo da medicina classificatória: da descrição a classificação do alcoolismo.....	30
4.2.4 - O processo de incorporação social do alcoolismo: algumas considerações sobre a legitimação social do alcoolismo enquanto patologia.....	35
4.2.5 - O processo de incorporação do alcoolismo ao modelo nosocomial: a segregação enquanto proposta assistencial.....	36
4.3 - A questão do alcoolismo no Brasil: a incorporação das ideias degeneracionistas de Morel pela psiquiatria brasileira e suas repercussões assistenciais.....	37
5- Abordagens ao alcoolista: modelos institucionais de assistência e políticas.....	42
5.1 - O modelo nosocomial e a atenção ao alcoolista.....	42
5.2 - O modelo nosocomial em Minas Gerais e a atenção ao alcoolista.....	45
5.3 - A Reforma Psiquiátrica Brasileira e suas repercussões na atenção ao alcoolista.....	47
5.4 - A política de redução de danos e suas repercussões na atenção ao alcoolista.....	52
5.6 - O modelo substitutivo na atenção ao alcoolista.....	55
6 - Marcos legislativos da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil.....	59
7- O Centro Mineiro de Toxicomania (CMT): uma proposta alternativa entre a política e o sujeito.....	69
7.1 - Uma introdução ao CMT.....	70
7.2 - O CMT: uma perspectiva histórica por meio da análise de seus documentos.....	71
7.2.1 - Marco 1: de uma questão de segurança pública para uma questão de saúde pública.....	75
7.2.2 - Marco 2: "o toxicômano faz a droga".....	80
7.2.3 - Marco 3: a política e a clínica com toxicômanos: uma alternativa ao hospital psiquiátrico.....	86
8- Considerações finais.....	95
9- Referências bibliográficas.....	98
10- Índice de figuras, quadros e tabelas.....	107

1 INTRODUÇÃO

Os problemas ligados ao uso do álcool são reconhecidos há muito tempo como um desafio aos diversos setores da sociedade. Contudo, sua abordagem, seja no campo da saúde ou em outros campos de saber, envolve diferentes aspectos intimamente imbricados a distintos contextos sociais e culturais.

O primeiro ponto a se considerar é que, ao contrário de outras substâncias que também entorpecem e provocam danos à saúde, o álcool ocupa lugar de grande aceitação social em nossa cultura. Dessa forma, sua abordagem deve levar em conta diferentes fatores, entre eles, a legalidade de seu uso, a institucionalização de seu consumo no campo social, os distintos padrões de aceitação de consumo nas diferentes sociedades, e a incorporação de seu uso nos diferentes contextos culturais, sejam eles festivos, religiosos ou mesmo dietéticos (Vaillant, 1999; Silveira, 2006).

No campo da saúde pública, o uso nocivo do álcool tem sido considerado um importante fator de morbidade. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010), o uso nocivo do álcool causa 2,5 milhões de mortes a cada ano, sendo o terceiro principal fator de risco de morbidade no mundo. Por outro lado, o seu consumo nocivo é um dos principais fatores evitáveis para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, acidentes de trânsito e violência interpessoal. (OMS, 2010).

Reduzir o uso nocivo mediante políticas de saúde pública tem sido amplamente debatido no âmbito das instituições. Contudo, segundo relatório Global sobre Álcool e Saúde da Organização Mundial de Saúde (2011), o uso do álcool continua recebendo pouca atenção em termos de políticas públicas (OMS, 2010; OMS, 2011).

No Brasil, ao longo de muitas décadas, as políticas públicas voltadas para a questão do alcoolismo tradicionalmente se deram no âmbito da justiça penal, privilegiando ações de controle e repressão, tendo a internação hospitalar psiquiátrica como medida exclusiva e inespecífica na ausência de propostas alternativas de atenção em saúde (Machado, 2006; Alves, 2014).

A primeira medida pública voltada para o alcoolismo no Brasil é datada de 1924, ocasião em que foi instituída legalmente a intervenção nosocomial para a abordagem da questão. Segundo a legislação da época, na ausência de “colônia para alcoolistas”, esses pacientes deveriam ser internados nas instituições psiquiátricas em funcionamento (Adila, 2011, Alves, 2014).

Apesar do reconhecido impacto social, a implementação de uma política nacional de saúde pública voltada para a questão do alcoolismo no Brasil, somente foi efetivada no ano de 2003 com a publicação da “*Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas*” (Ministério da Saúde, 2003).

Como efeito direto da política, é possível observar uma progressiva expansão dos dispositivos assistenciais destinados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas no Brasil, denominados Centros de Atenção Psicossocial para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas (CAPSAD). Em 2003, ano de publicação da política, havia um total de 43 CAPSAD em funcionamento no território nacional. Segundo dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2015), no ano de 2014 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) somava, no cenário nacional, um total de 309 CAPSAD em atividade (Ministério da Saúde, 2015).

Apesar dos avanços obtidos com o desenvolvimento de uma política específica e a implementação e expansão de uma rede pública para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a malha assistencial ainda se estabelece de forma insuficiente. Soma-se a esse fato, a expansão de outros dispositivos, tidos como complementares na atenção do alcoolista e usuário de drogas, que operam por metodologias contraditórias àquelas preconizadas pelas políticas públicas de atenção da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Levando em consideração os aspectos apontados, este trabalho tem como objetivo estudar as abordagens do paciente alcoolista nos serviços públicos de saúde mental em Minas Gerais, numa perspectiva histórica. Será dada maior ênfase à experiência do Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), tido como primeira instituição de saúde pública no Estado de Minas Gerais voltada para a atenção ao paciente alcoolista e usuário de outras drogas.

Ao se propor estudar, num recorte histórico-descritivo, as abordagens do paciente alcoolista nos serviços públicos de saúde mental de Minas Gerais, este estudo buscou, em primeiro lugar, compreender os processos de transformação do alcoolismo no campo da medicina científica e sua assimilação pela psiquiatria brasileira. Um recorte posterior é feito para Minas Gerais com ênfase no estudo do Centro Mineiro de Toxicomania.

Levando em consideração os aspectos apontados, são propostos quatro principais eixos de estudo.

O primeiro eixo, intitulado “*Aspectos históricos*”, busca compreender numa análise histórica, o processo de edificação nosológica do alcoolismo no campo da medicina científica, sua incorporação ao modelo nosocomial e sua assimilação pela psiquiatria brasileira.

Com relação às transformações do saber médico, relacionadas ao hábito etílico, os seguintes elementos foram desenvolvidos:

- o processo de patologização do alcoolismo pela medicina científica;
- o processo de alienação do alcoolismo pela medicina mental;
- o processo de categorização do alcoolismo pela medicina classificatória;
- o processo de legitimação social do alcoolismo;
- o processo de incorporação do alcoolismo ao modelo nosocomial.

Levando-se em consideração o desenvolvimento dos aspectos discutidos, passa-se ao contexto brasileiro de forma a compreender o processo de incorporação das ideias acerca do alcoolismo pela nascente psiquiatria científica brasileira e suas repercussões no campo assistencial e nas políticas públicas voltadas para a questão.

No segundo eixo de estudo, intitulado “*Abordagens do alcoolismo: modelos institucionais de assistência e movimentos políticos*”, são descritos os dois principais modelos institucionais de assistência ao paciente alcoolista instituídos no âmbito da

saúde pública no Brasil, bem como os principais movimentos políticos que contribuíram para sua transformação.

Nesse eixo é discutida a incorporação do modelo nosocomial no Brasil e sua instituição legal, no ano de 1924, como modelo adotado para a abordagem do paciente alcoolista e toxicômano, perdurando de forma exclusiva e hegemônica ao longo de décadas. Somente no início da década de 1980 surgiram as primeiras iniciativas extra-hospitalares de atenção ao paciente alcoolista e toxicômano, alternativas ao hospital psiquiátrico, porém ainda em sua maioria, desvinculadas da saúde pública. Na segunda metade da década de 90, foram implantados os primeiros serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas vinculados ao processo de transformação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil. Definidos a partir de um redimensionamento das políticas de saúde mental e das políticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil, os CAPSADs surgem enquanto um novo modelo de atenção, não mais alternativo, mas sim substitutivo ao modelo hospitalar psiquiátrico. (Duarte, 1996; Ministério da Saúde, 2002; Machado, 2006; Alves, 2009; Adiala, 2011).

Ainda nesse segundo eixo, são desenvolvidos os movimentos políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política de Redução de Danos, tidos como antecessores e condicionantes das transformações do modelo de atenção ao paciente alcoolista e usuário de drogas no Brasil.

No terceiro eixo, intitulado “*Marcos legislativos da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil*”, é realizada uma revisão sobre as principais legislações e políticas públicas voltadas para a questão do paciente alcoolista no Brasil. Os marcos temporais foram os decretos 4.294 e 14.969, de 1924, tidos como primeiras políticas públicas dirigidas à questão do alcoolismo e da toxicomania no Brasil, e a publicação da “*Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas*”, em 2003, política que estabeleceu um redimensionamento da atenção ao paciente alcoolista e usuários de substâncias de abuso no Brasil (Ministério da Saúde, 2003; Machado, 2006; Alves, 2009).

Por fim, no quarto eixo foi realizado um estudo documental do CMT. Reconhecido nacionalmente como unidade pioneira no tratamento das toxicomanias, o CMT foi o primeiro serviço público de saúde mental do Estado de Minas Gerais voltado para o tratamento do paciente alcoolista e usuário de drogas.

Com a regulamentação da Assistência aos Alienados de Minas Gerais, no ano de 1900, semelhante ao contexto nacional, a abordagem do paciente alcoolista se dava de forma exclusiva e inespecífica no âmbito do modelo nosocomial. Somente oito décadas após a regulamentação, no ano de 1983, com a fundação do Centro Mineiro de Toxicomania, uma primeira proposta de atenção ao paciente alcoolista seria efetivada no âmbito da saúde pública no Estado de Minas Gerais, de forma específica e desvinculada do hegemônico modelo nosocomial (Duarte, 1996; Bento e Vianna, 2009).

À luz da perspectiva histórica, é possível localizar na fundação e no processo político-institucional do CMT, importantes transformações na abordagem do paciente alcoolista e toxicômano. Além de representar uma primeira proposta de assistência alternativa ao hospital psiquiátrico, protagonizou importantes deslocamentos e rupturas no plano político-assistencial e clínico-teórico, colaborando com o processo de redimensionamento da abordagem ao paciente alcoolista e usuário de drogas no Estado de Minas Gerais. (Santiago, 1987; Campos, 1992; Bahia, 2003).

Pelo exposto, fica evidenciada a importância de se estudar o CMT enquanto experiência transformadora no contexto da assistência ao usuário de álcool e outras drogas no Estado de Minas Gerais. Ao mesmo tempo em que esse estudo possibilita também lançar um novo olhar sob o seu processo histórico e das políticas públicas de atenção ao alcoolista e usuário de drogas, de modo a fornecer instrumentos para nos posicionarmos diante das mesmas questões no cenário atual.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar as abordagens do paciente alcoolista nos serviços públicos de saúde mental do Estado de Minas Gerais, com ênfase no Centro Mineiro de Toxicomania.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os processo de patologização e alienação do alcoolismo;
- Descrever o processo de incorporação das ideias sobre o alcoolismo no Brasil;
- Descrever as políticas públicas voltadas para a atenção ao paciente alcoolista no Brasil e suas transformações;
- Estudar a experiência do Centro Mineiro de Toxicomania em Minas Gerais.

3 MÉTODO

Este trabalho, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), integra o projeto Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica, que está sendo realizado pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, que tem o objetivo de investigar o perfil da violência e suas formas de abordagem, pautadas principalmente nas ações de promoção da saúde, no âmbito da Atenção Básica, nos municípios de Ribeirão das Neves, Santa Luzia e Belo Horizonte.

Esta pesquisa pretende estudar o alcoolismo e sua abordagem assistencial em Minas Gerais, com ênfase no Centro Mineiro de Toxicomania, concebido como o primeiro modelo de assistência comunitária ao alcoolista implantado em Minas Gerais.

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória, do tipo estudo de caso. Será utilizada a análise documental como instrumento de coleta de dados. A pesquisa documental caracteriza-se pela utilização de documentos como fonte primária de coleta de dados e análise, técnica indispensável para a pesquisa qualitativa que tem o documento como base do processo de investigação, de forma escrita ou não, considerados cientificamente autênticos (Godoy, 1995; Pimentel, 2001; Souza, Freitas e Queiros, 2009).

São consideradas fontes documentais: cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais de qualquer natureza, notas, projetos de lei, ofícios, discursos, inventários informativos, arquivos de repartições públicas ou associações, revistas, artigos, relatórios, jornais, entrevistas, documentários audiovisuais, entre outros (Godoy, 1995; Pimentel, 2001; Souza, Freitas e Queiros, 2009).

Para o estudo em questão, foram utilizadas como fontes documentais, leis e portarias, nacionais e estaduais, voltadas para a atenção em saúde mental e aos usuários de álcool e outras drogas, bem como relatórios, atas, pareceres, artigos e publicações científicas, entre outros documentos relacionados ao tema da pesquisa (Pimentel, 2001; Corsetti, 2006).

Especial ênfase foi dada aos documentos relativos ao Centro Mineiro de Toxicomania, entre os quais, documentos de fundação, documentos organizacionais e os Anais das Jornadas de Trabalho do Centro Mineiro de Toxicomania, publicados anualmente a partir do ano de 1988. É importante salientar que as Jornadas de Trabalhos são publicações do Centro Mineiro de Toxicomania contendo na íntegra os textos apresentados em suas jornadas, e que tinham como função a formação continuada e o debate em torno do tema no campo político-assistencial e clínico-teórico. Sendo assim, são fontes privilegiadas para a análise de suas orientações políticas e teóricas, bem como proposições no campo da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Estado de Minas Gerais.

Foram considerados como marcos temporais desse estudo: a publicação da lei de regulamentação da Assistência aos Alienados de Minas Gerais, no ano de 1900; a publicação dos decretos 4.294 e 14.969, de 1924, que instituíram o modelo nosocomial para a atenção ao alcoolista no Brasil; e a publicação, no ano de 2003, da *“Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”*, (Godoy, 1995; Pimentel, 2001; Corsetti, 2006).

Para a organização metodológica do processo de pesquisa, os documentos foram primeiramente levantados e catalogados para posterior análise e codificação das informações contidas, conforme padronização da tabela (1) (Godoy, 1995).

A escolha dos documentos se deu em função do propósito da pesquisa. Conforme assinalado, além dos documentos de interesse para a revisão da literatura, como publicações sobre o tema e fontes primárias, ênfase foi dada também a produção organizacional e teórica do CMT, em especial as publicações de suas jornadas de trabalho.

O acesso aos documentos se deu em parte na biblioteca do CMT e nos arquivos da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), assim como nos arquivos do Centro de Memória da Faculdade de Medicina de Minas Gerais (FMMG).

Para análise dos dados foi utilizado como referencial teórico a análise de conteúdo segundo a perspectiva de Bardin, na qual busca-se compreender as características,

estruturas e modelos no contexto das fontes documentais. Segundo Godoy (1995), citando Bardin, o termo “análise de conteúdo” designa *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (Godoy, 1995).

Ainda segundo a perspectiva de Bardin, a análise dos documentos se deu em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Godoy, 1995).

A fase pré-análise corresponde a fase de organização do conteúdo com o objetivo de tornar o material operacional, sistematizando as ideias iniciais. Normalmente se dá por meio de uma leitura flutuante dos documentos. Essa fase ocorre geralmente de forma simultânea com a catalogação do material, momento em que se começa a conhecer o conteúdo dos textos e a formular hipóteses (Godoy, 1995; Mozzato e Grzybovski, 2011).

Orientado pelas hipóteses e pelos referenciais teóricos, a fase de exploração do material dá continuidade à análise dos documentos por meio de sua exploração, classificação e categorização (Godoy, 1995).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferências e interpretação. É destinada ao tratamento dos resultados, havendo condensação e o destaque de informações para análise, se desdobrando em interpretações inferenciais, momento da análise reflexiva e crítica do material (Godoy, 1995; Mozzato e Grzybovski, 2011).

A escolha do CMT para análise documental se justifica pelo fato de o mesmo representar uma primeira proposta de assistência ao paciente alcoolista, inscrita num modelo de atenção comunitária e alternativo ao hospital psiquiátrico, no âmbito da saúde pública em Minas Gerais.

A análise pretende resgatar não só o processo e o momento de criação desse centro, como também identificar sua linha de atuação, orientação assistencial e sua

importância no cenário local, bem como sua inserção no processo de mudança na política de assistência ao alcoolista no Estado de Minas Gerais.

4 SOBRE O ALCOOLISMO

4.1 Definição, critérios e classificação

O alcoolismo é definido no campo médico-científico como uma síndrome de dependência ao álcool, de caráter crônico, multifatorial, passível de recaídas e responsável por inúmeros prejuízos na esfera biopsicossocial (Dielh et al, 2011).

A síndrome de dependência ao álcool (SDA) foi definida em 1976 por Edwards e Gross como um fenômeno amplo, envolvendo fatores biológicos, psíquicos, ambientais e culturais, no qual a alteração na relação da pessoa e sua forma de beber se apresenta como característica disfuncional marcante (Laranjeira e Ribeiro, 2007).

São características da síndrome de dependência do álcool, conforme Edwards e Gross (1976) apud Valladolid e Carrasco (2000, p. 44):

1- Estreitamento do repertório: no início, o usuário bebe com flexibilidade de horários, de quantidade e até de tipo de bebida. Com o tempo, passa a beber com mais frequência, até consumir todos os dias, em quantidades crescentes, ampliando a frequência e deixando de se importar com a inadequação das situações. Nos estágios avançados, o indivíduo consome de modo compulsivo e incontrolável para aliviar os sintomas da abstinência sem se importar com os danos orgânicos, sociais ou psicológicos. Sua relação com a bebida torna-se rígida e inflexível.

2- Saliência do comportamento de busca do álcool: com o estreitamento do repertório do beber, há tentativa do indivíduo de priorizar o ato de beber, mesmo em situações inaceitáveis como dirigindo veículos e no trabalho. Em outras palavras, o beber passa a ser fulcro da vida do usuário, acima de qualquer outro valor como saúde, família e trabalho.

3- Aumento da tolerância ao álcool: com a evolução da síndrome, há necessidade de doses crescentes de álcool para obter o mesmo efeito, antes conseguido com doses menores, ou a capacidade de realizar atividades apesar de altas concentrações sanguíneas de álcool.

4- Sintomas repetidos de abstinência: quando há diminuição ou interrupção do consumo de álcool, surgem sinais e sintomas de intensidade variável. No início, eles são leves, intermitentes e pouco incapacitantes, mas, nas fases mais severas da dependência, podem manifestar os sintomas mais significativos, com tremor intenso e alucinações.

Os estudos descritivos identificam três tipos de sintomas de abstinência:

a- físicos: tremores finos de extremidades ou generalizados, náuseas, vômitos, sudorese, cefaleia, câimbras, tontura.

b- Afetivos: irritabilidade, ansiedade, inquietação, depressão.

c- Sensoperceptivos: pesadelos, ilusões, alucinações.

5- Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão de bebida: esse é um sintoma importante da SDA, sendo difícil de ser identificado nas fases iniciais. Torna-se mais evidente na progressão do quadro, com o paciente admitindo que bebe pela manhã para sentir melhor, uma vez que permaneceu por toda noite sem ingerir derivados etílicos.

6- Percepção subjetiva da necessidade e beber: há pressão psicológica para beber e aliviar os sintomas da abstinência.

7- Reinstalação após a abstinência: mesmo depois de períodos longos de abstinência, se o paciente tiver recaída, rapidamente reestabelecerá o padrão antigo de dependência (Valladolid e Carrasco, 2000, p. 44).

De acordo com a última versão da Classificação Internacional das Doenças (CID 10), os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool são subdivididos nas seguintes categorias: intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência, estado de abstinência, síndrome amnésica, transtorno psicótico, transtorno psicótico residual e de início tardio, outros transtornos mentais e de comportamento e transtorno mental e de comportamento não especificado (OMS, 2007).

A síndrome de dependência ao álcool é definida segundo a CID-10 como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, onde o uso do álcool torna-se prioridade para o indivíduo, tendo como característica central o desejo de consumir a substância (OMS, 1993).

São diretrizes diagnósticas da síndrome de dependência alcoólica segundo a CID-10:

O forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância, a dificuldade de controlar o comportamento de busca, a presença de abstinência fisiológica quando o uso é reduzido ou interrompido, o desenvolvimento de tolerância para com a substância, necessitando de doses maiores para produzirem os efeitos desejados, o abandono progressivo de prazeres alternativos ao uso da bebida e a persistência do uso a despeito de evidências claras de consequências nocivas secundárias ao uso (OMS, 1993, Pg. 74).

Um diagnóstico definitivo de Dependência Alcoólica, segundo as diretrizes da CID-10, deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos requisitos acima tiverem sido experienciados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior.

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), publicado em 2013 pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), classifica o alcoolismo como Transtorno por Uso de Álcool e o define como um padrão problemático de uso de álcool levando a comprometimento ou sofrimento

cl clinicamente significativo. Uma das características essenciais do Transtorno por Uso de Álcool é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar dos problemas significativos secundários ao seu uso (APA, 2014).

Conforme os critérios diagnósticos do DSM V, o Transtorno por Uso de Álcool corresponde a um padrão de uso disfuncional manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

- 1- Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
- 2- Existe um desejo persistente ou esforço malsucedido no sentido de reduzir ou controlar o uso do álcool.
- 3- Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção do álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.
- 4- Fissura ou forte desejo ou necessidade de usar o álcool.
- 5- Uso recorrente do álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
- 6- Uso continuado de álcool, apesar dos problemas pessoais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
- 7- Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso do álcool.
- 8- Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
- 9- O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
- 10- Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a- necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar intoxicação ou o efeito desejado.
 - b- Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
- 11- abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a- síndrome de abstinência alcoólica
 - b- álcool é consumido para evitar ou aliviar sintomas de abstinência. (APA, 2015; p. 491).

4.2 Aspectos históricos

Nesta seção apresenta-se uma análise histórica do processo de patologização e edificação nosológica do alcoolismo no campo da medicina científica, tidos como fatores estruturantes de um primeiro modelo institucional de abordagem ao paciente alcoolista.

São desenvolvidos nessa seção os seguintes elementos de transformação do saber médico a respeito do hábito etílico e suas repercussões:

- o processo de patologização do alcoolismo pela medicina científica;
- o processo de alienação do alcoolismo pela medicina mental;
- o processo de categorização do alcoolismo pela medicina classificatória;
- o processo de legitimação social do alcoolismo;
- o processo de incorporação do alcoolismo ao modelo nosocomial.

4.2.1 O processo de patologização do alcoolismo pela medicina científica: do uso terapêutico do álcool ao alcoolismo enquanto doença.

Ao longo da história da humanidade o álcool esteve associado com diversas funções, entre elas a de diluente, alimento, conservante e substância medicinal. Com relação à última, suas propriedades curativas foram difundidas por diferentes culturas, sendo utilizado como tônico fortificante, anestésico, cicatrizante, purgativo, antitérmico, calmante e antisséptico (Santos, 1995; Valladolid e Carrasco, 2000; Sales, 2011).

Por meio do estudo das propriedades diuréticas do vinho, Hipócrates foi o primeiro a descrever sua função medicinal, assegurando que o álcool não só fortificava, como também alimentava o organismo. Afirmava que, se administrado na medida certa, poderia ser utilizado tanto na saúde quanto na doença, ao mesmo tempo em que advertia o seu uso inadequado como fator predisponente de enfermidades (Sales, 2011).

Inicialmente utilizado em sua forma fermentada, o álcool destilado foi descoberto pela Escola de Medicina de Salerno por volta do ano 1.100, sendo incorporado em diversas formulações tônicas, preparadas por boticários e médicos, com funções distintas, entre elas a de dissipar preocupações, produzir o alívio da dor e propagar a euforia. O médico valenciano Arnaud de Villeneuve (1250-1313) foi um de seus maiores propagadores. Através de sua obra “A conservação da juventude”, atestava virtudes “mágicas” às formulações etílicas (Sales, 2011).

A partir da Revolução Industrial e suas transformações, a produção dos destilados em larga escala e o fenômeno da aglomeração urbana, em conjunto, contribuíram para mudanças no consumo do álcool, que passou a se estabelecer de forma abusiva, principalmente nos grandes centros urbanos.

Diante da anunciação dos riscos na vigência de um corpo social ebrioso, medidas para o controle dos abusos etílicos são anunciadas por diferentes setores da sociedade (Sales, 2011; Santos, 1995).

Nesse contexto, a medicina é convocada a definir o hábito etílico no campo do normal e do patológico, lançando mão de seu método clínico para identificar o sujeito enquanto vítima dos efeitos maléficos da bebida (Adiala, 2011).

O primeiro trabalho no qual associou-se os abusos etílicos à complicações orgânicas foi publicado por Benjamin Rush em 1785, intitulado "*Inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind*" (Adiala, 2011; Santos, 1995).

Em 1804, na Inglaterra, pela primeira vez o hábito da embriaguez é descrito como uma patologia, através do estudo "*Essay Medical Philosophical and Chemical on Drunkenness*", publicado por Thomas Trotter (Adiala, 2011; Santos, 1995).

Ambos os trabalhos assinalados estabeleceram uma primeira circunscrição do alcoolismo no campo da patologia, porém ainda estendidos apenas às intoxicações alcoólicas, especialmente aquelas causadas pelos abusos dos destilados.

Em 1849, no trabalho "*Alcoholismus Chronicus, eller chonisk alkoholsjukdom, et bridag till dyskrasiernas, enligt egen och andras erfarenhet*" o médico sueco Magnus Huss, pela primeira vez cunhou o termo alcoolismo de forma a designar um conjunto de lesões e fenômenos produzidos pelo largo consumo de bebidas alcoólicas ao longo do tempo (Adiala, 2011; Santos, 1995).

Até então pouco explorado no meio científico, o alcoolismo, nas últimas décadas do século XIX, passou a pertencer ao conjunto das moléstias mais extensamente pesquisadas. Seu estudo se desenvolveu em duas principais vertentes. A primeira

utilizava a anatomia patológica, privilegiando a análise das lesões orgânicas causadas pelos abusos do álcool. A segunda vinculou-se ao estudo dos alienistas que avaliava as repercussões do álcool sobre o sistema nervoso e mental (Adiala, 2011; Santos, 1995).

Nas três últimas décadas do século XIX, a medicina já apresentava um importante conteúdo descritivo anatomopatológico acerca das repercussões do uso crônico do álcool nos diversos sistemas orgânicos. A vertente somatista englobava as descrições de um grande contingente de situações clínicas secundárias aos abusos etílicos tais como hepatopatias, gastropatias, patologias esplênicas, entre outros, consolidando a ideia do alcoolismo enquanto uma entidade patológica crônica de repercussões orgânicas diversas. (Adiala, 2011).

Já o processo de alienação do alcoolismo, advindo do estudo de suas repercussões mentais, somente iria consolidar-se no final do século XIX com a difusão, no meio científico, da corrente teórica degeneracionista de Morel (Adiala, 2011; Santos, 1995; Bercherie, 1980).

4.2.2 O processo de alienação do alcoolismo pela medicina mental: a patologia mental e o alcoolismo.

A medida em que o discurso médico estreitava suas relações com a medicina mental, a associação entre alcoolismo e loucura foi sendo estabelecida.

Na transição do século XIX para o século XX, os estudos psicopatológicos descritivos sobre o alcoolismo produziram diferentes entidades nosográficas, entre elas: a loucura alcoólica, psicose alcoólica, monomania alcoólica e dipsomania. A psiquiatria, que então se institucionalizava enquanto especialidade médica, de modo crescente foi apropriando-se da autoridade para produzir e defender a ideia de uma síntese psicopatológica relativa ao uso do alcoolismo (Adiala, 2011).

Desde os tempos remotos do alienismo, o uso de etílicos figurava tanto como causa como efeito da loucura. No Tratado da Alienação Mental (1801), obra fundante da psiquiatria científica, Pinel apontava o hábito da embriaguez entre o *roll* das causas

físicas que produziam a loucura. Uma de suas recomendações diante do tratamento moral era a reeducação dos hábitos maléficos, entre eles, os abusos etílicos (Bercherie, 1980).

Esquirol, sucessão direta de Pinel no alienismo francês, não só considerava a embriaguez como uma causa da loucura, como reservava a ela um espaço específico em sua nosologia. Nomeada de monomania alcoólica, a embriaguez era compreendida como uma patologia da vontade. Alocada no grupo das monomanias instintivas, estabeleceu-se ao lado de outros atos mórbidos impulsivos como a piromania, a cleptomania e o suicídio (Bercherie, 1980).

Segundo a classificação Esquiroleana, as monomanias eram divididas em três tipos conforme a faculdade mental afetada: monomanias afetivas, monomanias intelectivas e monomanias instintivas. Em contraste com a categoria mania, as monomanias não apresentavam delírios expansivos, de forma a afetar as demais funções psíquicas. O fato psicopatológico estava restrito a uma única faculdade mental, preservando as demais, sem causar uma desrazão (Bercherie, 1980; Adiala, 2011).

No caso da monomania instintiva, a faculdade mental comprometida era a vontade, levando o enfermo a cometer atos volitivos que a consciência reprovava. (Bercherie, 1980; Adiala, 2011).

Apesar do diagnóstico da monomania alcoólica passar a circunscrever o ato da embriaguez no campo das classificações psiquiátricas, a consolidação do processo de alienação do alcoolismo se daria de forma preponderante e definitiva com a ascensão da teoria da degenerescência hereditária (Bercherie, 1980).

A introdução do conceito de degenerescência por Morel, no final do século XIX, modificou por completo o estatuto teórico da psiquiatria, com repercussões diretas para a questão do alcoolista e sua assistência (Bercherie, 1980).

O objetivo principal de Morel em seu constructo teórico era, diferente da proposta sindrômica pinel-esquiroliana, estabelecer uma nosologia psiquiátrica fundada no

plano etiológico. É nesse contexto que Morel desenvolve a ideia da degenerescência hereditária como uma causalidade endógena, associada a uma diversidade de situações clínicas, entre elas o alcoolismo, que passaram a pertencer a um mesmo agrupamento nosológico denominado loucura hereditária (Bercherie, 1980; Adiala, 2011, Santos, 1995).

O conceito de degenerescência tem como principal referência o *“Tratado da degenerescências físicas, intelectuais e morais da espécie humana e das causas que produzem essas variedades doentias”*, publicado por Morel em 1857, no qual a degenerescência é definida como um desvio patológico do tipo primitivo ideal, caracterizada por um processo de degeneração física e moral, ligado à hereditariedade (Bercherie, 1980).

A essência da degeneração residia no seu caráter endógeno, onde uma “tara” patológica, caracterizada por comportamentos desviantes e estigmas físicos, era transmitida aos descendentes. Morel fornecia um esquema de degenerescência progressiva ao longo de gerações, culminando nos imbecis e idiotas, nos quais os estigmas achavam-se presentes no seu grau máximo (Bercherie, 1980).

Tida como um elemento degradante da sociedade, a degenerescência associava-se com as intoxicações alcoólicas, o meio social insalubre, a miséria, as más condições de trabalho, a imoralidade dos costumes e o temperamento malévolos.

O vício, entre outros hábitos desviantes, assumia caráter de destaque no processo patológico, predispondo o sujeito à degeneração, assim como sua prole (Bercherie, 1980).

Nesse contexto, o alcoolismo, enquanto entidade mórbida, esteve fortemente vinculado à teoria da degenerescência hereditária. O alcoolista degenerado, denominado de dipsomaníaco, era caracterizado pela inferior incapacidade de controle sobre a própria vontade, tomado pelos impulsos, era capaz de roubar, matar e deixar a própria família na miséria para satisfazer suas necessidades. Diferente do tipo ideal, que tinha como característica a dominação do moral sobre o

corpo, o degenerado alcoólico invertia essa hierarquia, na medida em que cedia aos seus instintos (Bercherie, 1980).

Com a consolidação da teoria de Morel no meio científico, a ideia da degenerescência passou a identificar o alcoolismo no campo da patologia mental, ao mesmo tempo em que realçava aspectos morais e de subversão dos costumes sociais identificados ao mesmo. Efeito direto dessa associação foi a consolidação da concepção de doença social atrelada à ideia de doença mental, componentes que, em conjunto, contribuíram para uma primeira estruturação de abordagem intervencionista ao paciente alcoolista, como será desenvolvido em seção posterior (Bercherie, 1980; Ádila, 2011).

4.2.3 O processo de categorização do alcoolismo no campo da medicina classificatória: da descrição à classificação do alcoolismo.

Como apontado, durante o século XIX, autores como Benjamin Rush e Thomas Trotter descreveram o hábito da embriaguez como uma enfermidade ao considerá-la resultado da perda do autocontrole. Magnus Huss definiu o alcoolismo como um conjunto de lesões e fenômenos produzidos pelo largo consumo de bebidas alcoólicas. Esquirol o circunscreveu ao campo da insanidade mental e Morel como resultado e causa da degenerescência hereditária.

Apesar de delimitado no campo da patologia pelas vias clínico-descritiva e anatomopatológica, necessitava ao alcoolismo ser convertido em critérios diagnósticos, com uma certa exatidão, aos moldes da medicina classificatória.

Por outro lado, seus elementos definidores, até então circunscritos ao campo biológico e comportamental, não contemplavam aspectos psicossociais relacionados ao uso. Dessa forma, não haviam referências a outros modos problemáticos de consumo que não estivessem necessariamente relacionados ao desenvolvimento de lesões orgânicas ou alterações comportamentais (Santos, 1995; Valladolid e Carrasco, 2000; Adiala, 2011).

A partir da segunda metade do século XX surgiram modelos classificatórios que

buscavam uma melhor definição do alcoolismo enquanto dependência alcoólica. Esses modelos passaram a contemplar a existência de fatores psicossociais envolvidos na dependência como critérios diagnósticos, assim como passaram a considerar elementos disfuncionais do uso que não envolviam necessariamente a dependência (Valladolid e Carrasco, 2000).

O mais conhecido desses sistemas classificatórios foi definido por Jellinek (1960), que propõe uma tipologia que levava em consideração aspectos multifatoriais. Em sua descrição clínica haviam diferentes tipos de usuários de álcool num espectro de apresentação que se estendia a partir das situações com maior predisposição biológica para a doença, até o outro extremo em que os indivíduos eram predispostos a influências ambientais e psicológicas (Laranjeira e Ribeiro, 2007; Valladolid e Carrasco, 2000).

Jellinek definia o alcoolismo como uma patologia progressiva evoluindo com deterioro intelectual, moral e social. Distinguiu duas formas, o alcoolismo crônico e a adicção alcoólica. O primeiro caracterizava-se pelas repercussões físicas e sociais do uso crônico de etílicos. Já o segundo caracterizava-se pela dificuldade de controle no uso do álcool, marcado pela compulsão alcoólica.

Com seu clássico trabalho “The disease concept of alcoholism” (1960), Jellinek estabeleceu as bases da dependência alcoólica, caracterizada pela presença da tríade fisiológica e comportamental: tolerância, abstinência e perda do controle.

A partir do corpo teórico de tais definições, a adicção alcoólica passa a ser objetivamente identificada e estabelecida enquanto uma unidade etiológica susceptível ao tratamento médico-psiquiátrico.

Dando sequência aos estudos de definição e classificação do alcoolismo, o período posterior a Jellinek é caracterizado por três principais linhas de investigação (Valladolid e Carrasco, 2000).

A primeira procede do assentamento do conceito de alcoolismo crônico enquanto repercussões físicas e sociais do uso do álcool e do desenvolvimento do conceito de

“problemas ligados ao uso”. Esse último, permitiu uma maior abrangência ao campo social enquanto elemento definidor da patologia, o que possibilitou um avanço na avaliação de repercussões psicossociais como definidores do uso patológico (Valladolid e Carrasco, 2000).

A outra vertente de estudo vem do desenvolvimento do antigo conceito de “mania alcoólica”, que fazia referência à presença de um elemento psicopatológico primário. Desta linha se derivaram os trabalhos com tendência à definição e classificação de personalidade ou constituições alcoólica pré-mórbida. Uma resultante dessa perspectiva foi o desenvolvimento do conceito de alcoolismo secundário, como aquele estreitamente associado a uma condição psicopatológica favorável ao seu desenvolvimento. Exemplo é a relação dual do alcoolismo com os Transtornos do Controle dos impulsos, antiga dipsomania (Valladoli e Carrasco, 2000).

Por fim, a terceira linha de investigação procede do desenvolvimento da concepção de dependência alcoólica proposto por Jellike, e que resultaria no conceito de Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA) (Valladolid e Carrasco, 2000).

A partir dos anos 1970, Edwards e Gross, dando seguimento à terceira linha de investigação, propuseram o conceito de Síndrome de Dependência ao Álcool, como *continuum* clínico de severidade consequente ao uso crônico do álcool.

O conceito de Síndrome de Dependência ao Álcool partia de três pressupostos básicos. Caracterizava-se por um agrupamento sintomatológico de causalidade multifatorial. Apresentava caráter dimensional na forma de um continuum de severidade. E por último, a síndrome é moldada por outras influências, capazes de predispor, potencializar ou bloquear sua manifestação.

O diagnóstico da Síndrome de dependência ao Álcool passou a ser considerado na vigência dos seguintes critérios definidos por Edwards Y Gross, apud Laranjeira e Ribeiro (2007, p. 14):

Compulsão para o consumo	A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
Aumento da tolerância	A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para obter os efeitos originalmente obtidos com doses menores
Síndrome de abstinência	O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo cessou ou foi reduzido.
Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo	O consumo visando o alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente afim de evitá-los.
Relevância do consumo	O consumo de substância torna-se prioridade, mais importante que atividades que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
Estreitamento ou empobrecimento do repertório.	A perda das referências externas e internas que norteiam o consumo. A medida que a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência em detrimento do consumo ligado a eventos sociais. Além disso, passa a ocorrer em locais em que sua presença é incompatível, como o trabalho.
Reinstalação da síndrome de dependência	O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo o indivíduo tendo atravessado um longo período de abstinência.

Fonte: Laranjeira, R; Ribeiro, M. A evolução do conceito de dependência. In: Gliotti, A; Guimarães, A. Dependência, Compulsão e Impulsividade. Rubio, Rio de Janeiro, Pg. 14, 2007.

O conceito de Síndrome de dependência e seus critérios diagnósticos foram incorporados pela OMS e serviram como base para os principais sistemas classificatórios internacionais como a Classificação Internacional das Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana.

Em sua nona versão, a CID incorporou os definidores de Edwards Y Gross como diretrizes diagnósticas da dependência alcoólica. Passou a considerar também em sua classificação uma categoria paralela denominada Uso Nocivo, caracterizada por um padrão disfuncional de consumo do álcool, na ausência de sintomas fisiológicos de abstinência. O mesmo foi observado no DSM, que ao incorporar os definidores da Síndrome de Dependência do Álcool de Edwards Y Gross, estabelece uma categoria à parte denominada Uso Abusivo, que engloba um padrão comportamental de uso disfuncional com repercussões amplas, biopsicossociais, porém sem atender

aos critérios de dependência pela ausência dos definidores tolerância, abstinência ou compulsão (Laranjeira e Ribeiro, 2007; Diehl et al, 2011).

Em sua última versão, a quinta edição do DSM, publicada em 2013, a APA substituiu os termos abuso e dependência pelo álcool, englobando ambas categorias num conceito único denominado Transtornos pelo Uso do Álcool. Essa nova definição passa a estabelecer o diagnóstico do alcoolismo numa proposta dimensional e não mais categorial. Desse modo é considerado um espectro *continuum* de severidade marcado por um aspecto disfuncional amplo em todas as esferas clínicas do indivíduo, sem necessariamente pautar-se por meio dos clássicos definidores tolerância, abstinência e compulsão. A ideia de dependência se dissolve entre os demais definidores, ampliando o espectro patológico (APA, 2014; Diehl, 2011).

A alteração trazida pelo DSM-V resulta da dificuldade de categorização dos comportamentos e hábitos etílicos que se apresentam, muitas vezes, na forma de um espectro clínico. Essa foi justamente a crítica ao modelo diagnóstico categorial das classificações anteriores que tinham a tendência de definição da unidade etiológica com limites precisos. Outra crítica à análise categorial é a perda do parâmetro de um *continuum* e a aparente definição do Uso Nocivo como um elemento de menor preocupação, apesar dos graves problemas clínicos, sociais e criminais envolvidos.

A ideia do diagnóstico dimensional acaba por incorporar os demais aspectos disfuncionais do uso numa categoria única, ampliando o conceito patológico ao entorno do uso do álcool e suas repercussões. Por outro lado, o diagnóstico dimensional não está isento de críticas. Ao ampliar o espectro clínico, corre o risco de patologizar excessivamente os comportamentos ou hábitos envolvidos.

De toda forma, numa tentativa de objetivação diagnóstica, por meio de diferentes metodologias, seja pela via categorial ou dimensional, o alcoolismo passa a ser identificado dentro do contexto da medicina classificatória.

4.2.4 O processo de incorporação social do alcoolismo: algumas considerações sobre a legitimação social do alcoolismo enquanto patologia

Ao analisar o processo histórico de definição de uma entidade nosológica, também se faz necessário compreender o contexto sociocultural que a legitima. Essa perspectiva implica no entendimento da doença sempre circunscrita a um contexto específico, ao mesmo tempo em que passa a desempenhar função social estruturante (Santos, 1995).

No caso do alcoolismo, sua apropriação pelo discurso médico-científico não deixou de ser, ao longo do tempo, mediada por diversas variáveis sócio-culturais (Adiala, 2011; Sales, 2011).

Apesar das ferrenhas críticas ao hábito da embriaguez enquanto elemento nocivo à saúde, a assimilação social do fato médico não se deu de forma imediata. Entre a descrição da doença e sua incorporação ao imaginário coletivo, houve um hiato. (Santos, 1995; Adiala, 2011).

No campo social, o consumo de bebidas alcoólicas somente passou a ser particularmente preocupante, a medida em que seu uso era disseminado entre os proletários e as camadas populares dos grandes centros urbanos (Adiala, 2011).

Particularmente na França, somente após os radicais incidentes que marcaram a Comuna de Paris (1871), o costume de ingerir bebidas alcoólicas passou a ser reconhecido como um hábito a ser normatizado por meio de medidas profiláticas de abstinência, especialmente dirigidas às classes operárias (Santos, 1995; Adiala, 2011).

A medida que o fato científico ajustou-se a demanda social, o alcoolismo passou a ser legitimado enquanto uma entidade de necessária intervenção. Nesse contexto, a progressiva divulgação do alcoolismo enquanto um agente de degradação social pela medicina científica, em conjunto, contribuiu para o direcionamento do modelo assistencial adotado na abordagem do paciente alcoolista.

No contexto de uma reorganização da cena urbana pós-Revolução Industrial, a embriaguez realçava aspectos insalubres da sociedade, endossando a ideia de doença social e de necessárias ações intervencionistas. Nesse contexto, propostas higienistas passaram a inaugurar um combate ao alcoolismo que se desdobraria inclusive em políticas proibicionistas como a Lei seca promulgada nos Estados Unidos da América da década de 1920 (Adiala, 2011; Alves, 2014).

Por outro lado, a medida que se operavam, no âmbito da medicina social, ações intervencionistas no corpo coletivo com a intenção de reeducação dos hábitos viciosos, em paralelo, as ideias alienistas eram incorporadas ao meio científico, em especial a teoria da degenerescência hereditária, sendo o nosocômio identificado como lócus privilegiado para o tratamento (Adiala, 2011; Santos, 1995; Bercherie, 1980).

Dessa maneira, o desenvolvimento das concepções da medicina mental e das noções higienistas da medicina social, acerca do alcoolismo, em conjunto, contribuíram para a concepção e a estruturação do modelo nosocomial como primeira medida institucional na abordagem do paciente alcoolista.

4.2.5 O processo de incorporação do alcoolismo ao modelo nosocomial: a segregação enquanto proposta assistencial

O modelo nosocomial para o tratamento da alienação mental tem como referência a psiquiatria francesa pinel-esquiroliana e suas transformações no corpo teórico da medicina mental (Bercherie, 1980).

Com a consolidação do modelo nosocomial na transição do século XIX para o século XX, o hospício passou a cumprir duas funções: a de fornecer assistência ao alienado ao mesmo tempo em que o excluía do convívio social (Bercherie, 1980; Machado e Miranda, 2007).

Em paralelo, a medida que o alcoolista se tornava objeto de intervenção da psiquiatria, naturalmente, o mesmo era incorporado ao seu modelo assistencial.

Acrescenta-se a esse fato o desenvolvimento da ideia de doença social, na qual partia-se do pressuposto de que o efeito nocivo do álcool não se restringia ao dano individual, atingindo também o corpo social (Santos e Verani, 2010; Sales, 2011; Adiala, 2011).

A partir do desenvolvimento do estudo, é possível localizar três fatores que, em conjunto, configuraram o modelo nosocomial como referência institucional para abordagem do paciente alcoolista: a institucionalização da loucura e demais “estados patológicos segregados”, a incorporação do alcoolismo pelo discurso alienista e a ideia do alcoolismo enquanto uma doença social (Santos e Verani, 2010; Sales, 2011; Adiala, 2011).

Desse modo, o nosocômio, a partir da reclusão do alcoolista, atendia ao ato terapêutico enquanto controle normativo, e ao ato social enquanto medida protetiva do corpo coletivo (Santos e Verani, 2010; Sales, 2011; Adiala, 2011).

4.3 A questão do alcoolismo no Brasil: a incorporação das ideias degeneracionistas de Morel pela psiquiatria científica brasileira.

Considerando os elementos desenvolvidos é apresentado nesta seção o processo de incorporação das concepções médico-científicas acerca do alcoolismo pela nascente psiquiatria brasileira e suas repercussões no plano político-assistencial.

Como no cenário internacional, a difusão do alcoolismo e demais vícios sociais entre as camadas populares era tida como um entrave ao desenvolvimento do país, se tornando, na Primeira República, objeto privilegiado de intervenção da psiquiatria (Adiala, 2011; Santos, 1995).

Inspirados num projeto modernizador para o país e num ideal positivista de progresso, a nascente psiquiatria científica brasileira incorporou a demanda em atuar como agente modificador do corpo social (Adiala, 2011; Santos, 1995).

De forma concatenada às políticas nacionais de saúde, que assumiam prevalente cunho sanitarista, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada no ano de

1923, tinha como ideal o saneamento da população brasileira, objetivando um corpo social mentalmente sadio (Adiala, 2011).

Com a incorporação no meio científico da teoria degeneracionista de Morel, a ideia do alcoolismo enquanto uma patologia social se intensificou tornando o seu combate a principal bandeira da LBHM, que passou a organizar atividades intervencionistas em diferentes localidades do país. Uma de suas atividades foram as chamadas “semanas anti-alcoólicas”, que anualmente reuniam médicos para proferir palestras nos diferentes espaços públicos com grande cobertura da imprensa local (Adiala, 2011; Santos, 1995).

Ao mesmo tempo em que a questão do alcoolismo e das toxicomanias tornava-se hegemônica nos debates do meio médico-científico, pressões políticas internacionais convocavam o Estado brasileiro a tomar medidas reguladoras em relação ao abuso e à comercialização das substâncias entorpecentes (Adiala, 2011; Oliveira, 2013).

Foi nesse contexto que se estabeleceram os decretos 4.294 e 14.909, de 1924, que definiram, além das regulamentações do uso das substâncias narcóticas e suas penalidades, uma primeira proposta assistencial no âmbito da saúde pública na qual o modelo nosocomial foi instituído como medida reformadora dos hábitos viciosos (Adiala, 2011; Oliveira, 2013).

A medida em que se estabelecia uma cruzada higienista quanto aos vícios sociais, o modelo nosocomial era legitimado como resposta na ausência de investimentos e propostas alternativas.

Da mesma forma que no cenário nacional, em Minas Gerais, as concepções médicas acerca do alcoolismo, bem como suas propostas de abordagem, se estruturavam no âmbito do modelo higienista e nosocomial.

Segundo notas da Revista Médica de Minas Gerais, publicada no ano de 1935, realizou-se no Estado, sob a inspiração do professor Samuel Libanio, representante da Liga Brasileira de Higiene Mental, a “Semana Anti-alcoólica”, com a participação

dos principais líderes do governo e autoridades da classe médica. Na ocasião foram celebradas e pactuadas ações conjuntas dos institutos sociais em favor da campanha humanitária contra a “ação mortífera do álcool”.

Ainda segundo nota, a “Semana Anti-alcoólica” contou com participação dos magistérios primário e secundário, onde todos professores fizeram citações e referências alusivas às “desgraças humanas da terrível toxicose alcoólica” (RMM, 1935).

Segundo David Rabelo (1939) pontua, no texto “O alcoolismo como fator de depressão social e econômica”, publicado na Revista Médica de Minas, as campanhas anti-alcoólicas francesas demonstravam a diminuição da capacidade econômica em consequência da ação do álcool sobre a massa proletária do país. Ainda segundo o autor, não somente as classes operárias estariam afetadas pelo uso da “bebida espirituosa”, mas, todas as categorias sociais estariam propensas a uma diminuição do trabalho intelectual e mental (Rabelo, 1939).

As concepções acerca do alcoolismo apresentadas por Rabelo (1939), no texto “O alcoolismo como fator de depressão social e econômica”, ilustram bem o cenário conceitual nacional e mineiro sobre o alcoolismo, onde o alcoolismo é proferido como um elemento de decadência social e degradação moral, fazendo alusão às ideias difundidas de doença social e de degenerescência hereditária. Segundo o autor, o alcoolismo é definido como “chaga repugnante”, reconhecido por seu aspecto de degradação moral, no qual há um abandono dos bons hábitos e respeito social. São elencados como efeitos da embriaguez a devastação dos lares, dos laços afetivos familiares, a causa de divórcios, de crimes repugnantes, da má educação dos filhos e o rebaixamento na crença dos valores sociais. Anunciado como “ferida aberta à entrada de outras endemias sociais como prostituição, jogatina, miséria, vagabundagem”, o alcoolismo é tido como depressor social e econômico, causa da decadência social. Por fim, o autor assinala em seu texto o necessário combate ao alcoolismo como medida de preservar as energias econômicas e a solidariedade social (Rabelo, 1939).

Segundo a Gazeta Alleman do Rio (1941), no texto “Má educação e saúde física e moral”, publicado na Revista Médica de Minas, o alcoolismo é tratado, junto da sífilis e da tuberculose, como uma das grandes doenças sociais, necessitando de intervenções conjuntas no âmbito da biologia, da psicologia e da sociedade. Em seu texto são apresentadas estatísticas internacionais que “revelavam” o caráter hereditário da “tara alcoólica”, em conformidade com as teorias da degeneração hereditária, em que o “alcoolismo poderia influenciar o aparelho nervoso e emocional da criança concebida de pais dados a bebida”. Ainda segundo o autor, o alcoolista é compreendido como um “desajustado social”, um “indivíduo mal equilibrado com o meio nas suas reações físicas, mentais e emocionais”. De acordo com as concepções higienistas da época, para o autor a “chave do tratamento” estaria em “intervenções no meio social” onde o álcool, os tóxicos e a promiscuidade contribuem para seu caráter insalubre (Rio, 1941).

Da mesma forma, a ideia da necessidade de ações intervencionistas no corpo social era compartilhada pela Diretoria de Higiene Mental do Estado de Minas Gerais que, fundada no ano de 1906, passou a produzir boletins com a intenção de aconselhar a população a respeito dos “inconvenientes do abuso do álcool”. Considerado pelo órgão público como uma prática imoral, o abuso do álcool era tido como prejudicial não só para a sociedade, mas produtor da degeneração física e mental onde intervenções eram necessárias diante do risco de se valer de um país de intoxicados pelo álcool (Oliveira, 2014).

Sob uma perspectiva higienista, com base em preceitos eugênicos, Garcia de Lima (1939) no texto intitulado “A sociedade atual, eugenia e a escola moderna”, publicado na Revista Médica de Minas, afirma que competia ao Estado evitar formalmente a reprodução dos débeis mentais, criminosos e loucos pela reclusão hospitalar, “segregando-os do seio da comunidade e impedindo-os de propagar suas taras”. Da mesma forma, competia à medicina social higienizar as cidades, a qual enfatiza a necessária educação da população diante dos malefícios do alcoolismo (Lima, 1939).

Como ilustrado nas publicações médicas e nas medidas político-assistenciais adotadas na época, a incorporação das concepções acerca do alcoolismo pela

medicina científica brasileira, em especial a teoria da degenerescência hereditária e as concepções higienistas da medicina social, contribuíram no desenvolvimento de práticas excludentes reformadoras dos hábitos, tendo o modelo nosocomial e a medicina higienista como referências.

5 ABORDAGENS AO ALCOOLISTA: MODELOS INSTITUCIONAIS DE ASSISTÊNCIA E MOVIMENTOS POLÍTICOS

Discutido o processo de patologização e edificação nosológica do alcoolismo, bem como sua incorporação ao modelo nosocomial, na sequência serão descritos os dois principais modelos institucionais de saúde pública instituídos no Brasil para a abordagem do paciente alcoolista e os principais movimentos políticos que contribuíram para a sua transformação.

5.1 O modelo nosocomial e a atenção ao alcoolista

O modelo asilar ou nosocomial para o tratamento da alienação mental tem como referência a psiquiatria francesa pinel-esquiroleana e suas transformações no corpo teórico da medicina mental (Bercherie, 1980).

Para Pinel, as causas da loucura se dividiam em causas físicas, hereditárias e morais, sendo a última responsável por metade de toda causalidade. As causas morais eram compreendidas como fatores relacionados ao ambiente, como os hábitos de vida, em especial a educação perniciososa. Baseado no sensorialismo, no qual os conteúdos da mente dependiam da percepção, Pinel depositava especial importância terapêutica ao meio ambiente. A partir desse elemento, estabelece então o tratamento moral, entendido como uma recondução a razão por meio do controle ambiental institucional. O paciente deveria ser submetido a uma disciplina institucional regida pela lei médica, que se dava num ambiente controlado, no caso o nosocômio (Bercherie, 1980).

Apesar da noção embrionária de uma psicoterapia que se dava por meio de “choques emocionais”, onde eram feitas intervenções relacionadas aos conteúdos psicopatológicos dos pacientes, no plano político-assistencial, o tratamento moral desenvolvido por Pinel estabeleceu uma importante inversão de paradigmas, na qual os alienados são soltos de suas correntes e presos ao discurso médico com a promessa da liberdade subtraída pela alienação (Bercherie, 1980).

Descendência direta de Pinel no alienismo francês, Esquirol deu sequência à incorporação da loucura ao discurso médico e seu alojamento no nosocômio enquanto proposta assistencial. Para Esquirol, a loucura era um ato de desrazão no qual caberia aos alienistas tratarem suas manifestações em meio controlado. (Duarte, 1996).

Com a ascensão da teoria da degenerescência hereditária de Morel, na segunda metade do século XIX, houve uma ampliação do conceito de doença mental, repercutindo na prática psiquiátrica, de modo a reforçar o suporte institucional como medida intervencionista (Bercheri, 1980; Duarte 1996)

Com a consolidação do modelo nosocomial, na transição do século XIX para o século XX, o hospício passou a cumprir duas funções: a de fornecer assistência ao alienado ao mesmo tempo em que o excluído convívio social.

Como discutido, de forma paralela à consolidação do modelo nosocomial, a medida que o alcoolista se tornava um objeto de intervenção da psiquiatria, o mesmo era incorporado a seu modelo assistencial, tendo como resultante a reclusão asilar e a reforma dos hábitos (Santos e Verani, 2010; Sales, 2011; Adiala, 2011).

No Brasil, de modo semelhante ao cenário internacional, a psiquiatria emergiu inspirada no modelo asilar do alienismo francês. No final do século XIX, médicos brasileiros passaram a defender o hospício como medida de intervenção pública com o intuito de promover a ordem social. Nesse contexto surgiram, sob o alicerce da ciência, as primeiras instituições nosocomiais no país, tendo como marco inaugural o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, no ano de 1852 (Duarte, 2009).

Nesse contexto, a figura do “bêbado vagabundo” reforçava o hospital psiquiátrico enquanto locus de intervenção reformista dos hábitos viciosos, tendo na segregação asilar uma medida para aqueles que não normatizavam (Bercherie, 1980; Duarte, 2009; Adiala, 2011).

No lugar da terapêutica tradicional popular, o tratamento do alcoolista passou a se dar predominantemente no hospício, onde as terapias eram sustentadas pelo

discurso científico, incluíam intervenções farmacológicas para “excitarem” os centros medulares que regiam as partes degeneradas (Santos e Verani, 2010).

A medida que o alcoolismo progressivamente era difundido como uma doença social e incorporado ao contexto científico da psiquiatria, a demanda pela internações passou a figurar como uma das mais prevalentes, produzindo a superlotação das instituições psiquiátricas. (Adiala, 2011; Santos e Verani, 2010).

Esse fato intensificou-se com as medidas legislativas 4.294 e 14.909, de 1924, que definiram a internação do alcoolista e toxicômano em instituições reformadoras dos hábitos viciosos, reforçando o hospital psiquiátrico como modelo assistencial a ser adotado (Adiala, 2011).

Como definia a legislação, o tratamento médico reformador dos intoxicados deveria se dar por meio da internação em estabelecimentos específicos denominados de colônias para alcoolistas. Na ausência desses, a internação deveria se efetivar nas unidades nosocomiais em funcionamento (Adiala, 2011; Oliveira, 2013).

Diante da ação legislativa, a falta de um projeto assistencial culminou no internamento “provisório” nas instituições psiquiátricas, produzindo a superlotação dessas (Adiala, 2011; Oliveira, 2013).

Dados apresentados por Henrique Roxo, no IV Congresso Médico Latino-Americano de 1909, apontava o domínio do alcoolismo nas estatísticas das internações e reinternações no Hospital Nacional do Rio de Janeiro, e foi tido como causa de superlotação do mesmo (Adiala, 2011; Oliveira, 2013).

Esse fato é constatado nos diversos relatórios encaminhados por Juliano Moreira, diretor do Hospital Nacional do Rio de Janeiro, ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, nos quais atestava a situação de superlotação e falta de estrutura para atender à demanda produzida pela legislação (Adiala, 2011; Oliveira, 2013; Santos 1995).

Das causas predominantes de internação continua a ocupar o primeiro lugar

o alcoolismo. Os reinternados muitas vezes por esse motivo representam sempre um encargo para o Estado (...) Em meus relatórios anteriores tenho lembrado que seria muito justo fossem as bebidas alcoólicas taxadas com um imposto que revertesse em favor da assistência dos que lhe sofrem os efeitos maléficos (...) No que diz respeito à cocaína e morfina tem sido internados alguns doentes no Hospital Nacional (...) Sendo porém o abuso do álcool tão nocivo quanto daqueles tóxicos, a Assistência a Alienados aguarda a intensificação da campanha contra tão terrível mal, enquanto não aprover aos poderes públicos adotar medidas radicais como as norte-americanas, cujos bons efeitos vão avultando dia a dia. Como os outros tóxicos (éter, cocaína, morfina, etc.) já nos mandam um avultado número de vítimas e, para cumprir o disposto no regulamento da lei acima citada, solicitei à clarividência do Exmo. Sr. Presidente da República e vossa a construção de dois pavilhões nas duas Colônias do Estado, nos quais possamos recolher os pacientes que nos forem enviados em virtude do mesmo regulamento. (Adiala, 2011, p.144).

É importante assinalar que as medidas legislativas destacadas estabeleceram uma primeira proposta assistencial para a questão do alcoolismo e das toxicomanias no Brasil. Tendo sua gênese num discurso híbrido médico-jurista, tais medidas definiram o modelo nosocomial como referência para a abordagem ao alcoolista e toxicômano, tendo como objetivo principal atender a uma demanda regulatória em contraposição a uma proposta de assistência em saúde. Essa característica irá marcar, ao longo do tempo, todo o processo de constituição das políticas públicas voltadas para a questão do alcoolismo e das toxicomanias no Brasil (Adiala, 2011; Oliveira, 2013).

5.2 O modelo nosocomial em Minas Gerais e a atenção ao alcoolista.

De forma semelhante ao contexto nacional, em Minas Gerais, a atenção psiquiátrica ao paciente alcoolista se deu de forma exclusiva e inespecífica no ambiente nosocomial. Somente oito décadas depois da regulamentação da Assistência aos Alienados de Minas Gerais, de 1900, que uma primeira proposta de atenção ao paciente alcoolista seria pautada e executada no Estado.

Paradigma do modelo nosocomial, o hospital Assistência aos Alienados de Minas Gerais (AAMG), localizado em Barbacena, foi criado pela lei estadual 290 de agosto de 1.900 e regulamentado pelo decreto Nº 1.519 de 1903. Atuando por décadas como a única instituição de atenção psiquiátrica em Minas Gerais, o AAMG era destinado a receber pacientes de todo o Estado que necessitassem de tratamento por motivo de alienação mental, no qual se incluíam os alcoolistas (Duarte, 1996).

Diante da constante e crescente demanda pela internação, apesar dos sinais de precarização do AAMG, o governo do Estado de Minas Gerais empoderou o modelo asilar, ampliando e consolidando a assistência nosocomial que se estenderia de forma exclusiva até a segunda metade do século XX (Duarte, 1996).

Na década de 1920 foram ampliadas as dependências da AAMG em Barbacena e inaugurados os hospitais Instituto Neuropsiquiátrico Raul Soares em Belo Horizonte, o Hospital de Oliveira e o Manicômio Judiciário de Barbacena (Duarte, 1996).

No ano de 1946, por meio do Decreto-Lei Nº 1.751, foi criada a Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica, que na ocasião ampliou a rede nosocomial de assistência, apesar dos hospitais psiquiátricos encontrarem-se numa situação caótica e iatrogênica. Na ocasião foram investidos recursos para a ampliação do AAMG, bem como foi inaugurado, em 1962, o Hospital Galba Velloso (HGV) (Duarte, 1996).

Com a consolidação do modelo nosocomial no Estado de Minas Gerais, no que se refere à atenção ao paciente alcoolista, não haviam políticas públicas voltadas para os mesmos, sendo que sua abordagem, no campo da atenção pública psiquiátrica, se dava de forma inespecífica e exclusiva no contexto nosocomial.

Assim como no cenário nacional, os pacientes alcoolistas representavam uma importante parcela das internações nas instituições psiquiátricas mineiras.

Como descreveu Lopes Rodrigues (1930), na publicação intitulada *“Primeira memória médico-administrativa dos serviços de “Assistência a Alienados” no Instituto Raul Soares”*, publicado pela imprensa oficial de Minas Gerais, o Instituto Raul Soares, anteriormente destinado aos fins científicos, transformou-se num “depósito de insanos”, “abarroto” pelos alcoólatras, degenerados viciados, toxicômanos, epilepticos e anti-sociais (Rodrigues, 1930).

Segundo dados da *“Primeira memória médico-administrativa dos serviços de “Assistência a Alienados” no Instituto Raul Soares”*, de 1930, sobre as causas de internações no Instituto, o alcoolismo representava a terceira principal causa de

internação de sua casuística total. Contudo, segundo os dados, o alcoolismo se estabeleceu como cortejo de 90% das situações de internação no Instituto. Com relação às taxas de reinternação, assim como os dados apresentados por Henrique Roxo, nas estatísticas do Hospital Nacional, no Instituto Raul Soares o alcoolismo liderava as taxas de reinternações. (Rodrigues, 1930).

Somente oito décadas após a regulamentação da Assistência aos Alienados de Minas Gerais, com a fundação do Centro Mineiro de Toxicomania, no ano de 1983, uma primeira proposta de atenção ao paciente alcoolista seria efetivada no âmbito da saúde pública, de forma específica e desvinculada do modelo asilar.

5.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e suas repercussões na atenção ao alcoolista

Com a instituição do modelo nosocomial no Brasil na segunda metade do século XIX e a promulgação dos decretos de 1924, um redimensionamento na atenção ao paciente alcoolista somente seria possível após profundas transformações no modelo de atenção em saúde mental no Brasil.

Tida como uma etapa anterior no movimento de transformação do modelo de atenção ao paciente alcoolista no Brasil, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em conjunto com as políticas de redução de danos, estabeleceram as bases teórico-assistenciais da Política Nacional do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Machado, 2006; Alves, 2014).

Originada no final da década de 70, a partir da organização dos trabalhadores de saúde mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo político e social complexo que envolve diferentes setores da sociedade. Contemporânea à Reforma Sanitária Brasileira e à criação do SUS, tem como principal influência a Reforma Psiquiátrica Italiana que preconizava a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de atenção comunitária (Coelho, 2014; Tenório, 2002; Machado, 2006)

No processo histórico da reforma psiquiátrica, são consideradas experiências antecessoras na tentativa de transformação do hospital psiquiátrico: as comunidades

terapêuticas; psicoterapia institucional; e a psiquiatria comunitária e preventiva (Coelho, 2014; Tenório, 2002).

As primeiras experiências, comunidades terapêuticas e terapia institucional, foram tentativas de modificar a instituição psiquiátrica asilar. Boa parte dessas experiências no Brasil se deram com a incorporação da psicanálise no interior da instituição, numa tentativa de reconstrução do modelo discursivo-organizacional, remodelando a prática hospitalar. Para alguns autores, essas experiências estabeleceram de fato uma aproximação do paciente ao se deslocar do sintoma para o sujeito, contudo não foi suficiente para estabelecer uma ruptura com o modelo asilar (Tenório, 2002).

Já o segundo antecedente, a psiquiatria comunitária e preventiva, propunha o tratamento centrado na comunidade como alternativa ao hegemônico do modelo asilar, bem como medidas preventivas a fim de evitar o adoecimento mental. Contudo, de modo contrário, no cenário brasileiro denotava-se um distanciamento da referência teórica com a prática. No Brasil, em 1977, os recursos destinados à hospitalização psiquiátrica somavam 96% do total do orçamento da Previdência Social, enquanto somente 4% eram destinados à atenção ambulatorial ou outras medidas extra-hospitalares (Tenório, 2002; Faleiros, Medeiros e Boaventura, 2016; Coelho, 2014).

Para alguns autores, o aspecto crítico das experiências anteriores contribuiu para um significativo privilegiado da Reforma Psiquiátrica Brasileira, porém se deu de maneira desarticulada a um movimento político-social (Faleiros, Medeiros e Boaventura, 2016).

De modo diferente dos referenciais teóricos antecessores, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, que influenciaram diretamente a Reforma Psiquiátrica Brasileira, dirigiam seus questionamentos não só ao modelo assistencial como também à psiquiatria enquanto saber e se constituíram num movimento político-social (Tenório, 2002; Coelho, 2014).

A Antipsiquiatria surgiu no final dos anos de 1950 e início dos anos de 1960 como um movimento crítico-teórico que questionava o saber e o poder da psiquiatria, ao mesmo tempo em que buscava romper com o modelo de assistência nosocomial. Diversos autores contribuíram para esse movimento, entre eles, Caslel, Goffmam e Foucault.

A Psiquiatria Democrática Italiana, idealizada por Franco Baságli, psiquiatra e militante da Reforma Psiquiátrica Italiana, buscou negar e denunciar as relações de poder e não-poder nos hospitais psiquiátricos, sendo o mais importante referencial da reforma brasileira.

No Brasil, a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no ano de 1978 é tida como marco efetivo da reforma psiquiátrica brasileira, compreendida como um movimento político-social ampliado e protagonizador do processo de reestruturação da atenção em saúde mental no país (Tenório, 2002; Brasil, 2005).

O MTSM contou com a articulação de diferentes setores da sociedade e passou a denunciar a situação de precariedade e violência dos manicômios brasileiros, assim como a mercantilização da loucura por meio da privatização da assistência de atenção asilar. Na ocasião, a maioria das internações psiquiátricas públicas no Brasil se dava em instituições privadas que eram remuneradas pelo Estado. Os hospitais conveniados funcionavam em sua maior capacidade com recursos públicos chegando a representar até 80% dos leitos psiquiátricos disponibilizados pela assistência pública (Tenório, 2002; Brasil, 2005).

Quase uma década depois do início da organização, articulação e atuação dos movimentos sociais, no ano de 1987, foi realizada a I conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, ocasião em que foi estabelecido como diretriz que não se tratava de transformar as estruturas tradicionais de assistência, mas sim a construção de um novo modelo, a fim de substituir o dispositivo tradicional (Tenório, 2002; Brasil, 2005).

No mesmo ano surge em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tido como modelo assistencial de proposta substitutiva ao hospital psiquiátrico, pautado na lógica de assistência territorial. A experiência de São Paulo foi seguida anos depois pela implantação na cidade de Santos do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) que passa a ser um marco no processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Outro marco da reforma psiquiátrica brasileira, porém no campo legislativo, se deu no ano de 1989, com a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos do portador de transtornos mentais e a progressiva extinção dos manicômios no país. Lei sancionada somente em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. (Tenório, 2002; Brasil, 2005).

Efeito direto do movimento reformista brasileiro, ainda no ano de 2001, na ocasião da III Conferência Nacional de Saúde Mental, as transformações na abordagem do paciente alcoolista e usuário de drogas são pautadas através da construção de uma necessária política específica para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no contexto do SUS, em conjunto com a consolidação e expansão de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalar (Brasil, 2002; Brasil, 2005).

Como no cenário nacional, em Minas Gerais, os movimentos dos trabalhadores em saúde mental, inspirados no referencial teórico da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana, passaram a se organizar em torno do questionamento e da necessidade de ruptura com o modelo manicomial, que se fazia hegemônico no Estado.

Diferentes atores sociais, entre eles psiquiatras, jornalistas e pacientes, motivados pelo processo de abertura política no país, iniciaram um processo de articulação política e de denúncia dos hospitais mineiros, culminando, em 1979, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, marco da Reforma Psiquiátrica Mineira (Duarte, 1996; Duarte 2011; Faleiros, Medeiros e Boaventura, 2016).

São tidos como elementos antecessores ao movimento inaugural da Reforma Psiquiátrica Mineira: a experiência inovadora do Hospital Galba Velloso (HGV), o movimento vanguardista da Residência em Psiquiatria do Instituto Raul Soares (IRS) e a vinda de Baságlia a Belo Horizonte.

O primeiro se deu ainda na década de 60, em contraste com a calamitosa situação da assistência psiquiátrica no estado de Minas Gerais, na qual Jorge Paprocki, então diretor do HGV, em parceria com um grupo de jovens psiquiatras, sob a alcunha do Centro de Estudos Galba Velloso (CEGV), efetivaram importantes transformações no interior da instituição psiquiátrica, bem como propuseram, na organização do I e II Congresso Mineiros de Psiquiatria, nos anos de 1970 e 1971, o debate ao entorno da assistência psiquiátrica no Estado (Goulart, 2014; Goulart, 2011; Faleiros, Medeiros e Boaventura, 2016).

O segundo, tido como uma contiguidade do processo anterior estabelecido no HGV, foi o movimento vanguardista surgido no Instituto Raul Soares e representado pela Residência de Psiquiatria do IRS e pelo CEVG, período de inquietação fecunda e autocrítica, que culminaria na “Revolta do Eletrochoque”, na qual os residentes se recusaram à aplicação do eletrochoque imposta pela direção do hospital, e na organização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria (Goulart e Durães, 2010; Faleiros, Medeiros e Boaventura, 2016).

Por fim, o terceiro elemento a ser destacado, foi justamente a visita de Franco Baságlia aos hospitais públicos de Minas Gerais, em 1979, início do processo de denúncia da situação assistencial que culminaria com a posterior série de reportagens, intituladas *Nos Porões da Loucura*, publicadas por Hiram Firmino no jornal *Estado de Minas*, que registrou os horrores no interior das instituições psiquiátricas públicas mineiras (Baságlia, 1979; Faleiros, Medeiros e Boaventura, 2016).

Cabe ressaltar que, os elementos antecessores assinalados, em certa medida estiveram interligados, e da mesma forma contribuíram para um mesmo processo que culminaria na organização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, marco político da Reforma Psiquiátrica Mineira.

Segundo Faleiros, Medeiros e Boaventura (2016):

[...] o III Congresso Mineiro de Psiquiatria é concebido sobre um tripé: a tomada de consciência da insuficiência das propostas técnicas apresentadas nos congressos anteriores, o entendimento da necessidade de gerar um processo político para promover transformações concretas na assistência psiquiátrica e a inserção do movimento da Psiquiatria Mineira em um contexto nacional de articulação da sociedade civil e enfraquecimento do Regime Militar. Ainda segundo os autores, ao encerrar-se o encontro o III Congresso Mineiro de Psiquiatria foi além das fronteiras da técnica e se dirigiu decididamente a política. Essa ruptura, que inaugura o Movimento da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais, seria o passo decisivo para impulsionar os acontecimentos das décadas seguintes, que concretizariam o projeto de reestruturação da assistência elaborado até então.

5.4 A política de redução de danos e suas repercussões na atenção ao alcoolista.

Assim como a Reforma Psiquiátrica Brasileira, as políticas de redução de danos do Ministério da Saúde, em conjunto com a criação do SUS, contribuíram ativamente para uma reformulação do modelo da atenção ao paciente alcoolista e usuário de drogas no Brasil.

Atravessado por um prevalente discurso proibicionista, o modelo de atenção em saúde ao paciente alcoolista e usuário de drogas, até a publicação de uma política do Ministério da Saúde para a questão, esteve em sua maior parte vinculado à Secretaria de Segurança Pública, tendo o COFEN como órgão incentivador (Alves, 2014).

Na ausência de um programa de atenção em saúde pública, é possível constatar que as medidas voltadas para a questão se davam quase que exclusivamente no âmbito da repressão e controle do uso de substâncias ilícitas em oposição a uma proposta de tratamento e que levasse em consideração a questão do alcoolismo (Machado, 2004; Alves, 2014).

De prevalente orientação política proibicionista, os programas de atenção em saúde propostos no âmbito do COFEN se davam de forma desarticulada com a saúde pública e orientados pelo propósito da eliminação do uso, que previa a abstinência como única meta plausível no campo do tratamento (Machado, 2004; Alves, 2014).

Segundo Alves (2014), a assistência a saúde, ofertada segundo a perspectiva proibicionista, tem sido caracterizada como de “alta exigência”, destacando a indistinção do consumo ocasional daquele considerado abusivo ou prejudicial, onde nenhum padrão de uso é tolerado e a abstinência é entendida como condição única e pré-requisito para o tratamento (Alves, 2014).

Ainda segundo Alves (2014), o acesso e a adesão ao tratamento são limitações do modelo de atenção em saúde construído com base numa racionalidade proibicionista.

Uma das limitações apontadas para o modelo de atenção em saúde baseado exclusivamente na abstinência refere-se ao fato de esta condição representar uma importante barreira ao acesso das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de drogas às instituições de saúde. A alta exigência ao entorno da abstinência implica ainda censura e recriminações aos episódios de recaída e reincidência ao uso de drogas, tornando as instituições de saúde pouco acolhedoras àqueles estigmatizados como “fracos”, “vagabundos”, “sem-vergonha”, “imorais”. (Alves, 2014)

Contudo, apesar da hegemonia do discurso proibicionista no campo internacional e no cenário brasileiro, ele não impediu a emergência de um enfoque político alternativo: a redução de danos (Alves, 2014).

Surgida na Europa como uma alternativa de saúde pública ao modelo de atenção fundamentado exclusivamente na abstinência, a política de redução de danos se consolidou na década de 90 com o advento da transmissão do vírus HIV entre os usuários de drogas endovenosas.

Os princípios da redução de danos não se pautam na expectativa idealizada de uma sociedade abstêmia do uso de drogas, conforme o plano de ação da Comissão de Narcóticos da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1998, onde se estabeleceu a meta para 2008 de “um mundo livre de drogas”. De modo diferente, seus princípios se sustentam num pragmatismo de que o consumo de drogas sempre esteve e estará presente na sociedade, devendo desenvolver ações imediatas para diminuir os danos provocados para cada indivíduo e para a coletividade (Cruz, Saad e Ferreira, 2003; Alves, 2014).

No Brasil, com o advento da AIDS e seu perfil epidemiológico, tornou-se necessário o desenvolvimento de medidas preventivas para os usuários de álcool e outras drogas. Foi criada na Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis-AIDS do Ministério da Saúde, uma unidade específica para tratar da relação AIDS e consumo de drogas (Machado, 2004).

Nesse contexto, foram incorporadas ações de redução como o programa de troca de seringa, entre outras medidas. Com a implementação dessas ações numa linha de cuidados em saúde que não visava a recriminação do uso, passou-se a inaugurar uma nova forma de abordagem ao usuário de álcool e outras drogas no campo da saúde pública. (Machado, 2004).

A estratégia de redução de danos passou a ser compreendida não apenas como uma proposta preventiva, mas também como uma das bases que sustentam a assistência aos usuários de drogas tornando-se um eixo político-assistencial das diretrizes do Ministério da Saúde na atenção ao usuário de álcool e outras drogas (Cruz, Saad e Ferreira, 2003; Alves, 2014).

Segundo Machado (2004), além de fornecer subsídios técnicos e teóricos para a elaboração de uma política pública para a atenção do paciente alcoolista e usuário de drogas, as políticas de redução de danos contribuíram para uma maior visibilidade da questão do usuário de álcool e de drogas no setor público de saúde brasileiro, suas dificuldades operacionais, tanto a nível de infraestrutura quanto de manejo clínico (Machado, 2004)

5.5 O modelo substitutivo na atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Como apontado, as primeiras medidas assistenciais em saúde pública no Brasil, voltadas para a atenção ao paciente alcoolista, se deram de forma exclusiva e inespecífica no âmbito nosocomial, com a promulgação dos decretos 4294 e 14969 de 1924.

A partir de então, a abordagem ao paciente alcoolista por meio da internação hospitalar psiquiátrica se prolongaria até a segunda metade da década de 70 como

modelo exclusivo e hegemônico, sem qualquer outra proposta alternativa no âmbito da atenção pública.

Ainda no ano de 1971, com a promulgação da lei 5.726, a legislação reforçava o modelo hospitalar psiquiátrico enquanto medida de internação compulsória, vinculado ao contexto jurídico, sem nenhuma proposta no âmbito da saúde enquanto garantia de tratamento ao paciente farmacodependente, prevalecendo a “reabilitação criminal do viciado” (Alves, 2014).

Somente a partir do ano de 1976, com a promulgação da Lei 6.368, que surgiram as primeiras iniciativas de cuidados extra-hospitalares, ainda que em sua maior parte restrita aos usuários de drogas ilícitas e no âmbito do Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), instituição ligada à Secretaria de Segurança Pública (Alves, 2014).

Apesar da vigência da lei, a falta de uma estrutura extra-hospitalar, bem como de incentivos para tal, fazia com que o hospital psiquiátrico permanecesse ainda como modelo hegemônico (Alves, 2014).

Somente a partir da década de 80 começaram a surgir os primeiros centros de tratamento especializados sob a iniciativa do COFEN. A maioria vinculados à universidade pública, tendo apenas duas experiências surgidas no âmbito do setor público estadual de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania, em Minas Gerais, e objeto desse estudo; e o Centro Eulámpio Cordeiro de recuperação Humana, em Pernambuco (Machado e Miranda, 2014).

Apenas no final da década de 1990 que foram implementados, efetivamente, os primeiros serviços públicos para atenção aos usuários de álcool e outras drogas, surgidos no contexto da reforma das políticas de saúde mental, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, tendo como diretrizes político-assistenciais os preceitos e práticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Denominados Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (Capsad), foram pioneiros dessa prática o Capsad de Natal-RN e o Capsad Santo André-SP, fundados respectivamente em 1996 e em 1998 (Machado, 2006 ; Delgado, 2004).

Contudo, apesar da efetivação de importantes transformações no modelo de atenção em saúde mental no país e da experiência em operacionalização de alguns serviços substitutivos voltados especificamente para a atenção de alcoolistas e usuários de drogas, somente no ano de 2002 o dispositivo Capsad foi formalizado no âmbito do SUS, assim como, de forma tardia, em 2003, foi efetivada uma política pública nacional para o tratamento da questão do alcoolismo e das toxicomanias na rede SUS (Machado, 2006 ; Delgado, 2004).

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; no ano de 2002 é publicada uma portaria que aprova a normas de cadastramento do Capsad no âmbito da rede SUS (Ministério da Saúde, 2002).

São características gerais do dispositivo Capsad constituir-se de serviços territoriais sob a coordenação do gestor local, com a responsabilidade de prestar assistência e organizar a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito de seu território segundo as diretrizes do SUS (Ministério da Saúde, 2002).

São atividades do Capsad, definidas pela portaria de número 305 de 2002: o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico ou de orientação); o atendimento em grupo; a realização de oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias focadas na integração e inserção social do paciente e atividades preventivas. Também são atribuições assistenciais do Capsad a atenção por meio da política do acolhimento e a articulação com a rede local para os devidos encaminhamentos dentro das necessidades de cada caso (Ministério da Saúde, 2002).

Conforme o Ministério da Saúde (2003), o CAPSad deve oferecer atendimento diário em diferentes modalidades de intensidade e de forma individualizada e desestigmatizadora, com base em serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O CAPSad deve atuar de forma articulada com os demais dispositivos assistenciais da rede SUS, bem como dispositivos de suporte social, configurando redes flexíveis de cuidados que possam responder a determinado território populacional (Ministério da Saúde, 2003).

Conforme a portaria GM/MS de número 816, de 30 de abril de 2002, diante da reconhecida necessidade de reformulação e adequação do modelo de assistência oferecido pelo SUS ao usuário de álcool e outras drogas; da necessidade do tratamento se dar no contexto comunitário em articulação com uma rede de serviços de saúde e sociais em consonância com os princípios das políticas de redução de danos e da reforma psiquiátrica, é instituído o Programa Nacional de atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Ministério da Saúde, 2002).

Em consonância com as políticas públicas de saúde mental, o programa tem como objetivo organizar e implantar a rede extratétrica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes alcoolistas e usuários de drogas, articulada a rede de atenção psicossocial. É proposto, de acordo com as características locais de cada estado e seu perfil epidemiológico, uma etapa de implantação dos Capsads ao longo dos três anos que seguem a publicação da portaria (Ministério da Saúde, 2002).

No ano de 2003, foi publicada a Política do Ministério da Saúde para Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas, estabelecendo definitivamente uma reformulação na atenção ao paciente alcoolista e usuário de outras drogas, ao redefinir as práticas político-assistenciais no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2003).

São tidas como importantes mudanças na abordagem do paciente alcoolista e usuário de outras drogas propostas pela Política do Ministério da Saúde para Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas (2003):

- A adoção da questão do uso de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública em oposição a uma tradicional ênfase na segurança pública, possibilitando a expansão no acesso ao tratamento.
- A adoção da redução de danos como política de prevenção e tratamento ao usuário, intervindo na concepção da abstinência como medida terapêutica exclusiva e reducionista, promovendo uma atenção integral, singular e amplificada ao sujeito.
- A desconstrução do senso comum estigmatizante ao entorno do usuário de forma a estabelecer uma maior aderência ao tratamento, sua reabilitação e vinculação social.
- A viabilização da atenção de forma inclusiva levando em consideração os dispositivos disponíveis na rede de atenção psicossocial do território do paciente, bem como a vinculação de sua rede sócio-familiar em oposição a concepção exclusiva e excludente do tratamento pela via da internação hospitalar.

- A adoção de políticas intersetoriais de forma a reduzir os danos do uso nocivo e promover medidas protetivas e de inclusão social, como ampliação do repertório social, a capacitação laboral e o acesso a atenção integral nos diferentes pontos da rede de assistência.
- O fortalecimento das redes sociais do paciente como medida protetiva.
- O fortalecimento de uma rede de atenção centrada na comunidade e integrada aos demais dispositivos assistenciais do SUS, havendo diversificação e ampliação da assistência.
- A co-participação popular de maneira a incluir a sociedade no contexto de transformação das práticas de atenção ao usuário. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Ainda com relação à Política do Ministério da Saúde e suas transformações na abordagem ao paciente alcoolista, seu projeto propõe a criação de uma rede de atenção integral no SUS, através da construção e articulação de uma malha assistencial composta pelos Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras drogas, unidades básicas de saúde, Programa Saúde da Família, hospitais gerais e estabelecimentos de ações intersetoriais (Machado e Miranda, 2014).

Em conjunto, essas transformações político-assistenciais estabeleceram uma ruptura com o modelo de abordagem ao paciente alcoolista e usuário de drogas até então caracterizado pela ausência de efetivas propostas assistenciais e políticas no campo da saúde pública, tendo a internação hospitalar psiquiátrica como recurso hegemônico na ausência de propostas alternativas de cuidados continuados e extra-hospitalares, além de permeadas pelo discurso jurídico que contribuía para uma concepção reducionista da questão.

6 MARCOS LEGISLATIVOS DA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Discutido o processo de incorporação das concepções acerca do alcoolismo pela psiquiatria brasileira e suas repercussões no campo assistencial e nas políticas públicas para a questão, nesta seção são apresentados os principais marcos legislativos da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil, tendo como marcos temporais a promulgação dos decretos 4.294 e 14.969, em 1924, e a publicação da “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas”, no ano de 2003.

Como assinalado, as primeiras medidas de tratamento destinadas aos alcoolistas e usuários de outras drogas no Brasil não surgiram do campo da Saúde Pública, mas sim no âmbito da Justiça Penal, a partir de um aparato legislativo expresso nos decretos 4294 e 14969 de 1924. Essas medidas, que tiveram contribuição da psiquiatria para sua legitimação, estavam comprometidas, em sua maior parte, com o estabelecimento da repressão e do controle do uso e não com a atenção integral em cuidados de saúde para os usuários de álcool (Machado, 2007).

A indefinição com relação às prioridades e responsabilidades pela implementação de ações de saúde voltadas aos usuários de álcool e outras drogas, em oposição a medidas de controle, marcaria todo o processo histórico de constituição de uma política de saúde específica para usuários de álcool e outras drogas no país (Machado, 2007).

Somente em 2003 foi estabelecida e implementada uma política pública de saúde, em âmbito nacional, para usuários de álcool e outras drogas, de forma desvinculada da segurança pública e do judicial (Alves, 2014).

Após os decretos de 1924, que instituíram sanatórios para alcoolistas, como medida de intervenção, somente no final da década de 70 e início dos anos 80 que medidas voltadas para os alcoolistas seriam novamente pautadas.

Ainda na década de 70, a atenção aos alcoolistas se dava quase exclusivamente por meio do hegemônico modelo hospitalocêntrico, tendo o hospital psiquiátrico como referência para o tratamento (Adila, 2011; Machado, 2007; Alves 2014).

A lei 5726 de 1971, apesar de introduzir mudanças significativas na concepção do uso de drogas no âmbito da justiça penal, reconhecendo-o como uma questão de saúde, reforçava o hospital psiquiátrico enquanto modelo assistencial. Essa tendência permaneceria até a lei 6368 de 1976.

Contudo, mudanças conceituais, que já vinham sendo estabelecidas no plano internacional, como as políticas de redução de danos, possibilitariam um deslocamento na interpretação do fato de um contexto moralista e proibicionista para uma questão de saúde (Alves, 2014).

A lei 6368 de 1976, incluía em sua proposta uma primeira iniciativa para cuidados extra-hospitalares, por meio da constituição de serviços especializados para o tratamento de dependentes de álcool e outras drogas na rede pública de saúde (Machado, 2007; Alves 2014).

Apesar do avanço para uma proposição no campo dos cuidados em saúde e do reconhecimento do impacto do uso do álcool em relação às demais substâncias de abuso, as medidas legislativas ainda estavam voltadas prioritariamente para ações de controle e repressão com relação às substâncias ilícitas. Esse fato é observado no decreto 85110 de 1980 que estabelece o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, tendo o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) como órgão central, no âmbito do Ministério da Justiça, para o tratamento amplo das questões relacionadas aos usuários de álcool e outras drogas, que incluía o desenvolvimento de propostas de atenção à saúde (Machado, 2007; Bittencourt, 1986).

No âmbito do Ministério da Saúde, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), reconhecia a magnitude dos problemas relacionados ao consumo do álcool no país e, em 1981, estabelece os subsídios para o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo. Essa medida se deu sob efeito das recomendações da

Assembleia Mundial de Saúde de 1979, que propunha a adoção de medidas para a redução do consumo do álcool por meio de programas de prevenção e tratamento do alcoolismo nas redes nacionais de serviços de saúde. Na ocasião foi apresentado documento que indicava ser o alcoolismo responsável pelo maior número de internações psiquiátricas, chegando a 22.184 o número de primeiras admissões em estabelecimentos psiquiátricos motivadas por problemas associados ao álcool. O documento afirmava a correlação desse consumo com acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, licenças médicas, criminalidade e problemas familiares, ocasionando elevados custos sociais e econômicos (Machado, 2006; Machado, 2007).

Em 1986 foi elaborado pela DINSAM o documento “Propostas para o Programa de Prevenção, Recuperação e Ressocialização de Usuário de Drogas e Bebidas Alcoólicas” que criticava a abordagem centrada na medicalização e na hospitalização.

Em 1988 foi proposto o Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados ao Consumo de Álcool. O documento apresentou dois levantamentos importantes. Um deles se referia a sete estudos realizados no Brasil entre 1965 e 1985, que indicavam a prevalência de alcoolismo em 5 a 10% na população adulta. O outro se referia a nove trabalhos publicados entre 1979 e 1985, que mostravam que 9 a 32% dos leitos de hospitais gerais eram ocupados por pacientes que consumiam abusivamente bebidas alcoólicas. O programa propunha como diretriz a criação de uma rede de tratamento composta prioritariamente por serviços de atenção primária (Machado, 2006; Machado, 2007).

Contudo, ambos os programas apresentados, no âmbito do Ministério da Saúde, não chegaram a ser implementados. Em parte devido à desarticulação com as modificações que se davam no setor público, como a criação do SUS, bem como a indefinição quanto ao financiamento dos programas diante das prioridades para o enfrentamento desse problema na década de 80 (Machado, 2006; Bittencourt, 1986).

Ao mesmo tempo, o COFEN, no âmbito do Ministério da Justiça, e de forma totalmente desarticulada da saúde pública, se apropriava da questão com ênfases voltadas às substâncias ilícitas, relegando a questão do alcoolismo para segundo plano.

Em 1988, propõe uma “Política Nacional para a Questão das Drogas”, que se deu de forma totalmente desarticulada e paralela aos movimentos de reestruturação da saúde pública, entre eles a criação do SUS em 1988 e o movimento dos trabalhadores em saúde mental de 1987 (Machado, 2006).

Em 1992 e 1996, o COFEN publicou respectivamente os documentos “Projeto para uma Nova Política de Drogas no País”, e “Programa Nacional de Drogas”, ambos propõem a intensificação de ações públicas na área de drogas através de atuações harmônicas nas áreas de prevenção, repressão, recuperação e reinserção social (Machado, 2006; Alves, 2014).

Apesar de alguns avanços no campo da saúde, como o favorecimento da criação de centros de referência para o tratamento e prevenção de usuários de drogas lícitas e ilícitas, os documentos produzidos pelo COFEN privilegiavam ações repressivas e proibicionistas, bem como suas propostas se davam de forma desarticulada com o setor público de saúde (Machado, 2006; Alves, 2014).

Apesar da inoperância da DINSAM e da desarticulação do COFEN, a transição da década de 1980 para década de 1990 foi marcada por importantes fatores de transformação que contribuíram para uma reformulação das políticas públicas voltadas ao paciente alcoolista e usuário de outras drogas no âmbito do Ministério da Saúde (Machado, 2006).

Como discutido, são destacados três fatores contribuintes para uma reformulação da abordagem ao paciente alcoolista e toxicômano: o processo de implementação do SUS, o programa DST-AIDS de Redução de Danos e a reestruturação da atenção em saúde mental no país.

No âmbito da implementação do SUS, o próprio texto constitucional de 1988 previa a prevenção no tratamento das substâncias de abuso no contexto da Saúde Pública. O novo modelo de saúde proposto pelo SUS, pautado na atenção integral e descentralizada, rompia com uma lógica hospitalocêntrica e criava condições que favoreceriam a aproximação da temática álcool e drogas para com a Saúde Pública (Machado, 2006).

Da mesma forma, o enfrentamento da questão da AIDS, no final da década de 80, pelas Políticas Públicas de Prevenção e Programas de Redução de Danos, também criou condições para uma aproximação da Saúde Pública ao uso prejudicial de substâncias de abuso, inaugurando no Brasil uma nova forma de abordagem ao usuário.

O terceiro fator a ser destacado no processo de transformação da política pública com relação à temática álcool e drogas no país, foi a reestruturação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil, que culminou com a aprovação da lei 10216, no ano de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. (Machado, 2006).

Apesar das condições favoráveis estabelecidas pelos fatores transformadores descritos acima, somente uma década após a reestruturação da saúde pública e da saúde mental no país, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas passou efetivamente a ser incluída nas políticas públicas por meio de uma série de portarias publicadas a partir do ano de 2002.

Apesar de reconhecer que o uso de drogas, sobretudo o alcoolismo, trazia comprometimentos graves para a saúde da população brasileira, a Coordenação Nacional de Saúde Mental (COSAM), ao longo da primeira metade da década de 90, não conseguiu incluir a discussão sobre a temática álcool e drogas no processo de reestruturação da atenção em saúde mental no país. Ao mesmo tempo, no âmbito do COFEN, enquanto representação do Ministério da Saúde, a COSAM encontrou dificuldades para incluir abordagens que privilegiavam a perspectiva da saúde (Machado, 2006; Machado, 2007).

Somente no final da década de 90 foram implementadas efetivamente as primeiras iniciativas no campo da saúde pública voltadas para usuários de álcool e drogas. Conforme dito anteriormente, em 1996 em Natal-RN e em 1998 em Santo André-SP surgiram respectivamente os primeiros Centros de Atenção Psicossociais destinados a usuários de álcool e outras drogas (Capsad), iniciando uma prática de atenção aos usuários em concordância com os preceitos da reforma psiquiátrica (Machado, 2006 ; Delgado, 2004).

Mesmo levando em conta a Proposta de Normatização dos Serviços de Atenção aos Transtornos por Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas, que propunha a inclusão de procedimentos específicos no SUS, somente a partir do ano 2000 começaram a ser criadas condições técnicas e políticas para uma efetiva articulação da área de álcool e outras drogas relacionada à Saúde Mental e o SUS, de modo a estabelecer uma política pública de saúde para esses usuários. (Machado, 2006)

O processo de implantação da política para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS se deu entre os anos de 2001 e 2003 em meio a um debate que envolvia diferentes concepções de abordagem para a questão. Diferenças aparentemente técnicas sobre o modelo e dispositivos assistenciais a serem adotados no país, revelavam também um debate político-ideológico, ainda que pouco explícito, entre as diferentes concepções existentes no país em relação à abordagem dos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Adotar uma política coerente com o discurso antidrogas ou inaugurar uma outra proposta política focada não na droga, mas na redução dos problemas associados ao consumo dessas substâncias, era parte das questões colocadas (Delgado, 2004; Machado, 2006).

Em agosto de 2001 foi organizado o I Seminário Nacional sobre o Atendimento de Usuários de Álcool e outras Drogas na rede do SUS, que teve em seu relatório final a recomendação da inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS (Machado, 2006).

Ainda em 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, começaram a ser elaboradas as portarias ministeriais, que, publicadas no ano de 2002,

estabeleceriam as condições efetivas para a criação de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS (Machado, 2006).

Concomitantemente, na mesma data e local da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorria, de maneira desarticulada, o II Fórum Nacional Antidrogas promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), antigo COFEN, ligado ao Ministério da Justiça. Na ocasião foi apresentada a Política Nacional Antidrogas (Machado, 2006).

No ano de 2002, no âmbito do Ministério da Saúde, foi criada a portaria que define e regulariza o dispositivo Capsad no SUS, assim como foi instituído no âmbito do SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. O programa apresentava como objetivos: organizar e implementar a rede de serviços extra-hospitalares voltada para usuários de álcool e outras drogas; aperfeiçoar medidas preventivas de maneira a reduzir os danos sociais e à saúde; organizar demandas e fluxos; e promover a capacitação (Ministério da Saúde, 2002).

Em 2003 foi publicada a “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas”. Nesse documento o Ministério da Saúde reafirmou o compromisso em enfrentar os problemas associados ao consumo do álcool e outras drogas como questões de saúde pública. Foram apresentados os marcos teóricos-políticos e as diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção na área de álcool e outras drogas, elaborados em consonância com os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira e dentro de uma lógica de redução de danos (Brasil, Ministério da Saúde, 2003).

O marco teórico-político adotado propõe uma ruptura com abordagens reducionistas dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Reconhece a complexidade e abrangência da questão, necessitando de abordagem integral e intersetorial em contraposição a um modelo histórico asilar e de intervenção psiquiátrico-jurídica (Ministério da Saúde, 2003).

Entre as diretrizes, foi proposto o enfrentamento da questão enquanto saúde pública, a desconstrução de concepções moralistas em relação aos usuários, a

mobilização da sociedade civil, a adoção da redução de danos como proposta de intervenção e a viabilização de uma atenção integral no SUS.

O quadro a seguir apresenta uma síntese dos principais marcos legislativos do processo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil.

Quadro (1): principais marcos legislativos da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil

1924 – Decreto nº 4194 - Código Penal Brasileiro: estabeleceu pena de prisão para a comercialização de substâncias narcóticas, bem como estabelecia a internação compulsória para a embriaguez que acarretasse “atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública”.
1224 – Decreto nº 14969 - Código Penal Brasileiro: criou o “sanatório para toxicômanos”.
1971 - Lei nº 5726 – Presidência da República: dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Define quanto a recuperação dos infratores viciados que os mesmos deverão proceder por meio de internação em estabelecimento psiquiátrico para tratamento pelo tempo necessário a sua recuperação.
1976 - Lei nº 6368 – Presidência da República: propõe a substituição do termo viciado por dependente de drogas; a criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar e a proposição do tratamento - e não mais da internação - como medida compulsória.
1980 - Decreto nº 85110: instituiu o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN).
1983 – Criação do Centro Mineiro de Toxicomania (CMT).
1981 – Documento - Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN): Subsídios para o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo.
1986 – Documento - Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN): Proposta para o Programa Nacional de Prevenção, Recuperação e Ressocialização de Usuários de Drogas e Bebidas Alcoólicas.
1988 – Documento – Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN): Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o consumo de Álcool.
1987 – Evento – Ministério da Saúde: I Conferência Nacional de Saúde Mental.
1988 – Documento – Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN): Política Nacional para Questão das Drogas

1988 – Criação do Sistema Único de Saúde (SUS).
1987 – Ministério da Saúde: criação da Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS.
1989 – Projeto – Ministério da Saúde - Divisão Nacional de DST/AIDS: Projeto Previna - primeiro projeto de redução de danos no Brasil.
1989 - Projeto de Lei Paulo Delgado.
1992 – Documento - Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN): Projeto para uma Nova Política de Drogas no País.
1996 – Documento – Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN): Programa de Ação Nacional Antidrogas.
1996 – Criação em Natal/RN do primeiro Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) destinado a dependentes de álcool e outras drogas no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira.
1998 - Medida Provisória no 1669: extinguiu o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) e criou o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).
1998 - Decreto no 2362: constituiu o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD).
1998 – Evento - Secretaria Nacional Anti-drogas (SENAD): I Fórum Nacional Antidrogas.
1998 – Documento - Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD): Política Nacional Antidrogas.
1999 – Documento – Secretaria Nacional Antidrogas e Ministério da Saúde: Proposta de Normalização dos Serviços de Atenção aos Transtornos por Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas.
2001 – Evento – Secretaria Nacional Antidrogas: II Fórum Nacional Antidrogas.
2001 – Evento – Ministério da Saúde: III Conferência Nacional de Saúde Mental.
2001 - Portaria GM no 843 – Ministério da Saúde: Inclui, nas áreas de atuação da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a área técnica de Assistência aos Portadores de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas e institui no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, o Grupo Técnico de Assessoramento na área de Assistência aos Portadores de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas .
2001 – Evento – Coordenação Nacional de Saúde Mental: Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede SUS.
2002 - Portaria GM no336 – Ministério da Saúde: definiu, entre outras. coisas, a possibilidade de existência no SUS dos Centros de Atenção Psicossocial-álcool/drogas (CAPS ad).
2002 - Portaria SAS no189 – Ministério da Saúde: entre outras definições, incluiu na tabela serviços do SIA/SUS, os procedimentos referentes à atenção a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos CAPS ad.
2002 - Portaria GM no 817 – Ministério da Saúde: incluiu, na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), procedimentos referentes à atenção hospitalar em hospitais gerais por uso prejudicial de álcool e outras drogas.
2002 - Portaria SAS no 305 – Ministério da Saúde: definiu as normas de funcionamento e de cadastramento dos CAPS ad e designou centros de referência em vários estados para implementar o Programa Permanente de Capacitação para a rede CAPS ad.
2003 - Portaria GM no 816 – Ministério da Saúde: instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.
2003 - Decreto Presidencial: atribuiu ao Ministério da Saúde a responsabilidade de

coordenação de um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como a harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas, em território nacional.

2003 – Documento – Ministério da Saúde: A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

2004 – Documento, Segunda Versão – Ministério da Saúde: A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

FONTE: elaboração própria.

7 O CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA: UMA PROPOSTA ALTERNATIVA ENTRE A POLÍTICA E O SUJEITO

Uma vez estudados os elementos constituintes de uma primeira proposta de abordagem ao paciente alcoolista no Brasil, bem como os processos políticos-institucionais ao entorno da questão e suas transformações, propôs-se um recorte para Minas Gerais, a partir do estudo do Centro Mineiro de Toxicomania, por tratar-se da primeira instituição de saúde pública no Estado que volta sua atenção ao paciente alcoolista.

Como discutido na seção “*o modelo nosocomial em Minas Gerais e a atenção ao alcoolista*”, com a regulamentação da *Assistência aos Alienados de Minas Gerais*, no ano de 1900, o paciente alcoolista passou a ser incorporado ao modelo nosocomial, tendo sua abordagem de forma exclusiva e inespecífica no âmbito da instituição psiquiátrica.

Semelhante ao cenário nacional, nas instituições psiquiátricas mineiras o alcoolismo representava importante parcela das causas de internações.

Somente oito décadas depois da regulamentação da Assistência aos Alienados em Minas Gerais, com a fundação do Centro Mineiro de Toxicomania no ano de 1983, que uma primeira proposta de assistência ao paciente alcoolista e toxicômano alternativa ao hospital psiquiátrico foi pautada no âmbito da saúde pública no Estado.

Pelo exposto, fica evidenciada a importância de se estudar o CMT enquanto uma experiência transformadora no contexto da assistência ao usuário de álcool e outras drogas no Estado de Minas Gerais.

O estudo documental pretendeu resgatar não só o processo e o momento de criação deste centro, como também, identificar sua linha de atuação, orientação assistencial e sua importância no cenário local, bem como sua inserção no processo de mudança na política de assistência ao alcoolista no Estado de Minas Gerais.

7.1 Uma introdução ao Centro Mineiro de Toxicomania.

Reconhecido nacionalmente como unidade pioneira no tratamento das toxicomanias, o Centro Mineiro de Toxicomania foi o primeiro serviço público no Estado de Minas Gerais especializado no tratamento ao paciente alcoolista e usuário de drogas e alternativo ao modelo hospitalar psiquiátrico (Grossi, 1994; FHEMIG, 2017).

Sua fundação no ano de 1983 se deu na transição da Unidade de Reintegração Social (URS), da Secretaria de Segurança Pública para a Secretaria Estadual de Saúde, inaugurando uma primeira proposta de atenção toxicômano no âmbito da saúde (Grossi, 1994; Bento e Vianna, 2009).

Inicialmente funcionando como uma unidade ambulatorial de atenção aos pacientes usuários de drogas, no interior do Hospital Maria Amélia Lins da FHEMIG, num segundo momento, em sede própria, passou a prestar assistência por meio do Hospital dia, dispositivo extra-hospitalar de semi-internação, ampliando sua atenção aos pacientes alcoolistas (FHEMIG, 2017).

No ano de 1987, o serviço foi reconhecido pelo COFEN como Centro Regional de Referência para Prevenção e Tratamento das Toxicomanias e unidade de excelência para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas no Estado de Minas Gerais (Mundin, 1991; Grossi, 1994).

Em 2002 o CMT foi credenciado como CAPSAD, em consonância com a Política Nacional do Ministério da Saúde para Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (FHEMIG, 2017).

À luz da perspectiva histórica é possível localizar em sua fundação um importante marco no processo de transformação da assistência ao paciente alcoolista e usuário de drogas no Estado de Minas Gerais.

Além de representar uma primeira proposta de atenção ao paciente alcoolista e usuário de drogas alternativa ao hospital psiquiátrico, no âmbito da saúde pública no Estado de Minas Gerais, sua fundação representou importantes deslocamentos e

rupturas no plano político-assistencial e clínico-teórico, contribuindo para transformações na abordagem do paciente alcoolista e usuário de drogas no Estado (Santiago, 1987; Campos, 1992; Bahia, 2003).

Como aponta Bento e Viana (2009), a singularidade do CMT se relaciona tanto com a história de sua criação, quanto com sua prática. Segundo o autor, no campo das políticas públicas, sua fundação representou um importante deslocamento do enfoque do poder público para com a questão da toxicomania, que passou a ser tratada no âmbito da assistência à saúde. Já no campo clínico, sua fundação também representou um deslocamento ao propor pensar a toxicomania a partir da singularidade de cada um apartir do uso da psicanálise enquanto ferramenta clínica.

7.2 O CMT: uma perspectiva histórica por meio da análise de seus documentos.

Como apontado por Raquel Pinheiros (1994), no texto “*A história do pensamento institucional*”, publicado na sétima Jornada do CMT, “a história do CMT não pode simplesmente ser relatada por fatos e dados, apesar que todo relato histórico tem em si fatos e dados”.

Certamente os dados históricos reduzidos a vestígios não possuem o alcance da experiência. Contudo, nos possibilita uma tentativa de reconstrução que, em certa medida, possa sobrepor aos dados dando-lhes um novo sentido.

Segundo Simil Cordeiro (2003), no texto de abertura da Jornada comemorativa dos vinte anos de fundação do CMT, o autor pontua sua fundação como um marco, fruto de uma intuição política, que possibilitou uma mudança de paradigma com relação à questão das drogas no Estado de Minas Gerais.

Inicialmente como uma experiência singular e inovadora, até certo ponto ingênua, com o tempo, integrou-se num movimento constituído pelo trabalho e formação de diversos profissionais que tiveram a coragem de não ceder diante de seu desejo, sem desvincularem das raízes históricas que fizeram do movimento psiquiátrico mineiro referência nas mudanças políticas de saúde mental no Brasil. (Cordeiro, 2003)

Diante do fenômeno do alcoolismo e das toxicomanias, por longa data preponderou-se entre as políticas públicas ações intervencionistas no corpo social que privilegiavam aspectos jurídicos em relação aos cuidados em saúde (Nogueira e Neto, 1994).

Foi diante desse impasse que surgiu, em Minas Gerais, ainda no âmbito da Secretaria de Segurança Pública, a Unidade de Recuperação Social (URS), projeto que posteriormente daria origem ao Centro Mineiro de Toxicomania (CMT).

Fundada no ano de 1976, a URS foi o primeiro serviço de atenção em saúde aos usuários de drogas ilícitas no Estado de Minas Gerais, localizada numa delegacia de polícia que pertencia ao Departamento de Tóxicos e Entorpecentes da Secretaria de Segurança Pública de Minas Gerais. Composto por psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, surgiu com uma proposta para o tratamento de sujeitos usuários de droga que transgrediam a lei, boa parte deles sentenciados e cumprindo medida provisória (Bahia, 2003; Cordeiro, 2003; Nogueira e Neto, 1994; Beneti, 2014).

No ano de 1983, sob a iniciativa de diversos atores e do então Secretário de Saúde Estadual na época, Dr. Dario Tavares, a URS foi transferida da Secretaria de Segurança Pública para a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e renomeada de Unidade de Reintegração Social. Criado a partir do parecer de uma comissão que estudou o assunto, na ocasião, concluiu-se que o tratamento dos pacientes toxicômanos deveria ser no âmbito da saúde e em unidade própria, desvinculada do ambiente hospitalar psiquiátrico (Bahia, 2003; Beneti, 2014; Campos, 1992; Cordeiro, 2003).

Essa transição marca dois importantes deslocamentos com repercussões político-assistenciais no âmbito da abordagem ao paciente alcoolista e toxicômano.

O primeiro, diz respeito a um deslocamento da problemática do abuso de drogas da Segurança Pública para a Saúde Pública.

O segundo, de forma concatenada ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, marca um deslocamento do tratamento hospitalar psiquiátrico para uma proposta alternativa ao regime de internação (Nogueira e Neto, 1994; Bahia, 2003; Drumond, 2003).

Instalada provisoriamente nas dependências do Hospital Maria Amélia Lins da rede FHEMIG, a Unidade de Reintegração Social funcionava como uma unidade de tratamento ambulatorial voltada para a atenção ao paciente toxicômano. Em seguida, no ano de 1984, o serviço mudou-se para uma nova sede, desvinculando-se definitivamente da estrutura administrativa hospitalar, ocasião em que foi renomeado de Centro de Reintegração Social (CRS). Localizado numa casa, seu espaço físico possibilitava uma nova proposta assistencial alternativa ao hospital. Seu projeto, que incluía o pacientes, o terapeutas e a comunidade, possibilitava um acompanhamento longitudinal semi-intensivo em regime extra-hospitalar por meio do dispositivo Hospital Dia (Bizzoto, 1988, Campos, 1992; Bahia, 2003; Beneti, 2014).

Com a visita do psicanalista Hugo Freda ao serviço, no ano de 1986, uma importante mudança de paradigma assistencial foi colocada em prática ao se propor a inversão do enunciado “a droga faz o toxicômano”, para “o toxicômano faz a droga”. Essa inversão produzia um deslocamento na perspectiva clínica da droga para o sujeito. Como efeito direto dessa mudança clínica e político-institucional, a instituição foi renomeada de Centro Mineiro de Toxicomania.

Segundo Cesar Rodrigues Campos (1992), na apresentação da quinta Jornada de trabalhos do CMT, a mudança de nomeação da instituição denota um momento histórico em que a equipe exorcizou de vez os compromissos anteriores com a adaptação, no sentido de recuperação e reintegração social, assumindo claramente um compromisso com o discurso do sujeito toxicômano (Bizzoto, 1988; Beneti, 1988).

Na transição política do ano de 1986 para o ano de 1987, sob ameaça de fechamento, o CMT é transferido, por intermédio de Cesar Rodrigues Campos, para um prédio desativado na Alameda Ezequiel Dias, ampliando seu dispositivo clínico para a assistência ao paciente alcoolista (Benetti, 1988).

No ano de 1988 o CMT é reconhecido pelo COFEN como Centro Regional de Referência para Prevenção, Pesquisa e Tratamento do Abuso de Drogas. No mesmo ano organizou e publicou sua primeira Jornada de Trabalhos, intitulada ‘*Por uma clínica do toxicômano: a questão do tratamento*’, inaugurando uma série de jornadas de trabalhos que seriam publicadas anualmente por várias décadas.

Inserido num contexto de transição das políticas públicas de saúde com a criação do SUS em 1988 e da Política Nacional de Atenção ao usuário de Álcool e outras Drogas de 2003, o CMT, enquanto instituição pública, passou necessariamente por um processo de redimensionamento político-assistencial ao longo dos anos seguintes (Bizzoto, 1991; CMT, 1994; CMT, 2002).

A partir do ano de 2001, na ocasião da III Conferência Nacional de Saúde Mental e do primeiro Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede SUS, as políticas de Saúde Mental são definitivamente incorporadas como eixo de trabalho no desenvolvimento de sua prática assistencial, atuando de forma colaborativa na construção e articulação de uma rede de atenção ao usuário de drogas, no contexto do SUS, no Estado Minas Gerais.

Na ocasião da publicação da portaria N° 336 de 2002 que define o funcionamento do CAPS no contexto do SUS, o CMT foi credenciado como um CAPSAD e designado como centro de referência em capacitação no tratamento de usuários de álcool e outras drogas no Estado de Minas Gerais.

No ano de 2003, ocasião da publicação da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* no contexto do SUS, o CMT comemorava seus vinte anos de fundação pautando tais questões em sua décima sexta Jornada de trabalhos (CMT, 2001; CMT, 2002).

De Unidade de Recuperação Social, na Secretaria de Segurança Pública, ao Centro de Reintegração Social, ligado à Secretaria Estadual de Saúde e posteriormente renomeado Centro Mineiro de Toxicomania, mais do que mudanças de nomenclaturas, suas bases teórico-práticas e político-assistenciais foram transformadas, contribuindo com importantes mudanças na concepção e abordagem do paciente alcoolista e toxicômano.

Diante dessas transformações, é possível, numa análise histórico-descritiva, estabelecer três marcos, aqui tidos como deslocamentos ou rupturas discursivas, que contribuíram para um redimensionamento da prática assistencial ao usuário de álcool e outras drogas no Estado de Minas Gerais.

O primeiro deslocamento (Marco 1) se dá na transição da Unidade de Recuperação Social para o Centro de Reintegração Social, no qual a questão da droga deixa de ser tratada no campo da segurança pública para se tornar uma questão de saúde pública.

O segundo deslocamento (Marco 2) se dá no campo do tratamento, ao se propôr, por meio da inversão do enunciado “a droga faz o toxicômano” para “o toxicômano faz a droga”, um deslocamento na perspectiva clínica da droga para o sujeito.

Por fim, o Terceiro deslocamento (Marco 3) se dá diante da ruptura com a estrutura assistencial hospitalar psiquiátrica, estabelecendo um redimensionamento político-assistencial na abordagem ao paciente alcoolista e usuário de drogas.

Na sequência, são desenvolvidos os três marcos destacados, levando-se em consideração as transformações políticos-assistenciais e clínico-teóricas no campo da saúde pública e da saúde mental que se teciam no cenário nacional e local.

7.2.1 Marco 1: de uma questão de segurança pública para uma questão de saúde pública.

Semelhante ao contexto histórico das políticas de saúde voltadas para os usuários de álcool e drogas no Brasil, em Minas Gerais uma primeira proposta de tratamento destinada a esse público surgiu no âmbito da Justiça Penal.

Fundada no ano de 1976, a Unidade de Recuperação Social (URS) destinava-se a prestar assistência aos toxicômanos encaminhados das prisões ou unidades de triagem da polícia para o tratamento compulsório como alternativa à prisão.

Desvinculada de uma política de saúde pública, a URS funcionava numa delegacia de polícia que pertencia ao Departamento de Tóxicos e Entorpecentes da Secretaria de Segurança Pública de Minas Gerais. Foi dentro dessa delegacia que surgiu o primeiro serviço do Estado voltado para o tratamento de usuários de drogas, ainda que no âmbito da Segurança Pública e do tratamento compulsório (Bizzoto, 1988; Bahia, 2003).

Esse fato e seu contexto assistencial é ilustrado por Gisele Bahia (2003) no fragmento do texto “*Contradição, contra adição com tradição*”, publicado na XVI Jornada do CMT.

Tive a honra de participar da criação do primeiro serviço próprio, público, para atenção e tratamento aos usuários de droga ilícitas. Inicialmente na Secretaria de Segurança Pública e da transferência desse serviço para a Secretaria de Estado de Saúde. (...) Estávamos na rua 21 de Abril, zona boêmio de Belo Horizonte. Para ser mais exata, embaixo de um viaduto próximo a rodoviária. Numa delegacia de polícia. (...) Na época, as pessoas que enveredavam pelos prazeres das drogas ilícitas, consequentemente caminhavam no rumo da solidão e marginalização social. (...) Não haviam opções para o tratamento dessa clientela no serviço público de saúde. (...) Estávamos convivendo de fato com mitos e estigmas traduzidos num quadro drástico, no canto estridente das sirenes e camburões, nas marcas deixadas com o apertar das algemas, no confinamento das selas, nas dores provocadas pela síndrome de abstinência. (...) Apesar de sabermos sobre o tráfico, o vício, a dependência, a lei condenava a todos os desavisados na busca do prazer ou desprazer (...) que afogasse ou desafogasse suas dores. A legislação vigente não traduzia com clareza a diferença entre dependente e traficante.

Foi dentro de uma delegacia de polícia que nasce o serviço. Um corredor com algumas salas e inúmeras celas superlotadas. (BAHIA, 2003)

Fundada no mesmo ano da lei 6.368 de 1976, que previa a alternativa de “recuperação dos infratores viciados” em unidades extra-hospitalares, é possível perceber no trecho acima o contexto político-assistencial em relação à questão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no qual surge a URS. Nesse contexto, o tratamento se dava no âmbito da segurança pública como um apêndice do aparelho repressivo, tido não como direito à saúde, mas sim como uma reabilitação criminal do viciado (Alves, 2009).

Como segue no trecho a seguir (Bahia, 2003), é possível observar que apesar das dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde diante do aparato repressor, com sua persistência foi possível manter o serviço e transformar a proposta. Deslocada da delegacia, a URS foi alocada no prédio da Academia de Polícia Civil (ACADEPOL). Na ocasião, a equipe foi ampliada, tendo em sua formação doze técnicos, entre eles, psiquiatra, estudantes de medicina, clínico geral, psicólogos, assistentes sociais, além do Inspetor geral, um delegado responsável e vários detetives.

O tratamento oferecido continha psicoterapia individual, grupal, avaliação psiquiátrica, controle de medicamentos, orientação familiar e atendimento clínico geral. As atividades desenvolvidas em trabalho programado na horta, jardim, na cozinha, na limpeza e arrumação dos quartos e da clínica e em geral, instaladas oficinas de lazer tais como as de batic, bricolagem, biblioteca e jogos. Como exigência o paciente ficava inicialmente trinta dias sem sair da clínica. Após esse período podia passar os fins de semana em casa. Ao retornar a clínica tinha que se submeter a exames médicos

(inclusive o exame de urina para detectar se houve uso de substâncias químicas). (Bahia, 2003)

Ainda segundo Bahia (2003), a medida que o serviço progredia, na mesma proporção progrediam as críticas, os constrangimentos e a contradição no cerne da Polícia Civil. Com a abertura do serviço para o atendimento comunitário, o dispositivo passou a subverter sua proposta assistencial inicial voltada exclusivamente para a reabilitação do usuário infrator. Nesse contexto, há um deslizamento na lógica assistencial ao mesmo tempo em que se agudiza uma contradição no cerne da instituição enquanto unidade de segurança pública.

Levando em consideração que a legislação vigente na época não traduzia com clareza a diferença entre dependente e traficante, o acolhimento da demanda de tratamento comunitário para usuários de drogas ilícitas, no âmbito da instituição de segurança pública, passou a acentuar uma incoerência frente a seu prevalente discurso repressivo e fiscalizador.

Com o acirramento da questão, sob uma concreta ameaça de fechamento, no ano de 1983, foi alegado por parte do órgão de segurança pública que, para além dos gastos, a função de tratamento não era de responsabilidade da polícia e sim da Secretaria de Saúde.

Na ocasião foi elaborado um documento e encaminhado ao então Governador do Estado Tancredo Neves, solicitando a transferência do serviço para a Secretaria Estadual de Saúde. Sensibilizado pela questão, as negociações foram conduzidas pelo Secretário Estadual de Saúde, Dr. Dario Tavares, transferindo o serviço para as dependências do Hospital Maria Amélia Lins, onde passou a funcionar como uma unidade ambulatorial e sendo renomeado como Unidade de Reintegração social (Bahia, 2003; Alves 2009).

É importante assinalar que sua articulação de transição para a Secretária de Saúde denunciava um vazio assistencial com a questão da atenção ao alcoolista e usuário de drogas no âmbito da saúde no Estado. Como aponta Machado (2006), apesar do reconhecimento do impacto do uso do álcool e outras drogas para a saúde pública, as medidas voltadas para a questão ainda estavam centradas no âmbito do Ministério da Justiça, havendo, no cenário nacional, um vazio assistencial no campo da saúde.

De qualquer forma, apesar do vazio assistencial denotado, a transição da Unidade de Recuperação Social da Secretaria de Segurança Pública para a Unidade de Reintegração Social, na Secretaria Estadual de Saúde, representou um importante deslocamento da problemática a nível político-institucional, estabelecendo uma radical mudança na perspectiva de atenção ao usuário de drogas no Estado de Minas Gerais.

Segundo Benetti, ao deslocar a perspectiva do tratamento do registro da instituição normativa e repressora, esse passa a ser inserido a partir de uma nova relação com o sujeito dito toxicômano, tornando a questão da toxicomania objeto de um trabalho clínico (Benetti, 1988; Bizzoto, 1988; Senra, 1989; Campos, 1992; Machado, 2006; Cordeiro, 2003; Drumond, 2003; Alves, 2009).

Alocada na Secretaria de Saúde, a URS passou a funcionar transitoriamente por um ano como uma unidade ambulatorial nas dependências de um hospital geral. Contudo, como aponta Bizzoto (1988) a clínica impôs mudanças definindo-se por uma estrutura clínico-institucional que incluía a proposta do hospital-dia.

Perguntas eram feitas sobre a possibilidade de atividades que pudessem acoisar o paciente a estabelecer uma ligação diferente da droga. Sem a droga, sem lugar, sem comida, o toxicômano ia para a URS e ficava lá o dia todo: calado, à toa, totalmente sem lugar, numa luta desesperada para evitar a re intoxicação. O fenômeno transferencial, suporte dessa conduta era percebido pelos terapeutas. Porém, havia que repensar o manejo. Pareciam que não bastavam as intervenções, interpretações, um trabalho exclusivamente no campo inconsciente. Impossível, num primeiro momento, uma psicanálise de toxicômanos. Nesse momento surge a ideia do Hospital dia. (Bizzoto e colaboradores, 1988).

Com o projeto assistencial do hospital-dia, em maio de 1984 a Unidade de Reintegração foi transferida para uma casa na rua Grão Mogol e renomeada Centro de Reintegração Social (CRS).

A nova mudança de nomenclatura marca uma mudança político-institucional, na qual o serviço é definitivamente desvinculado de uma estrutura administrativa hospitalar, inserindo-se no contexto de tratamento comunitário e alternativo ao modelo hospitalar (Campos, 1992; Grossi, 1994).

Segundo o relatório de apresentação do CRS, redigido por Benetti (1986):

o modelo de tratamento se dava em regime de externato (ambulatório) e semi-internato (hospital-dia), raramente havendo a necessidade de internação. O hospital dia era equipado com refeitório, uma sala de terapia ocupacional, uma quadra poliesportiva, uma sala de TV, som e leitura e um quintal com horta e galinheiro. Nesse local os pacientes permaneciam em tratamento pelo período de três meses. Seu tratamento se dava com equipe multiprofissional em conjunto com psicoterapia (Benetti, 1986).

Como observado no trecho acima, a mudança de espaço físico se deu com uma importante mudança de concepção clínico-assistencial. Para além do deslocamento de uma estrutura hospitalar rígida, marcada pelo discurso médico, a instalação numa antiga residência possibilitou ao serviço uma maior transitividade pela cidade e inclusão ao contexto comunitário.

Além de se estabelecer em concordância com os princípios da reforma psiquiátrica, através da criação de um dispositivo comunitário, alternativo ao hospital psiquiátrico, a instalação do CRS no contexto da cidade, possibilitou de forma inovadora a circulação do toxicômano e do discurso da droga no ambiente urbano. Localizado na rua Grão Mogol, região centro-sul de Belo Horizonte, o dispositivo, instalado numa antiga residência, dispunha de amplo espaço de convívio para o desenvolvimento de uma clínica da toxicomania que ainda se constituía enquanto corpo teórico, mas que definitivamente, rompia com o discurso segregador.

7.2.2 Marco 2: “o toxicômano faz a droga”.

Num primeiro momento, o deslocamento da questão da droga do âmbito da segurança pública para a saúde pública traz uma primeira constatação de que a toxicomania, antes de ser tomada como um caso de polícia, deveria ser enquanto um caso de saúde. Num segundo momento, a medida em que se propõe um deslocamento do objeto droga para o sujeito, a toxicomania deixa de ser entendida como objeto exclusivo da patologia enquanto farmacodependência e passa ser entendida como um caso clínico.

Ao se propôr, na clínica com o paciente toxicômano, um deslocamento do objeto droga para o sujeito, opera-se, de forma secundária, uma subversão do discurso científico, onde o sujeito é posto em evidência, em oposição ao discurso centrado na

droga enquanto produtor de um estado patológico. Desse modo, um deslizamento é feito no sentido do sujeito e sua relação particular com o objeto droga.

Para isso, foi determinante a entrada da psicanálise enquanto operador clínico na instituição. A partir da escuta do paciente dito toxicômano, foi possível a emersão do sujeito que se encontrava confundido ao objeto droga a partir de um determinismo científico (Bizzoto, 1988; Beneti, 1988).

Essa operação clínica é constatada na nota de abertura do Fascículo V, de 1987, organizado pelo CMT e intitulado “*O Toxicômano faz a droga*”:

Nesse momento um avanço é constatado: o deslocamento do problema da área policial para a saúde. E aí, a questão se coloca para aqueles que se dispunham a trabalhar com o toxicômano: como tratá-lo?

Os discursos médico e jurídico têm formulado a tese de que a droga faz o toxicômano, ou seja, a presença da droga, o uso da droga, levaria o indivíduo ao vício, a dependência, e esta deveria ser retirada para a cura do paciente. Para a equipe do Centro Mineiro de Toxicomania, denominação atual do serviço, conquistada na gestão de Cesar Rodrigues Campos, Superintendente Geral da FHEMIG, a droga não faz o toxicômano, e sim o Toxicômano faz a droga. Retirem do mercado as anfetaminas e eles descobrirão os hipnóticos, retirem os hipnóticos e farão dos analgésicos sua droga. Retirem os analgésicos e descobrirão os xaropes. Retirem os xaropes e descobrirão outras drogas.

O toxicômano faz a droga. Sempre existirão os toxicômanos e sempre existirão drogas, e sempre existirão usuários de drogas sem serem toxicômanos. É com essa distinção entre usuários de drogas toxicômanos, além da tese de que o toxicômano faz a droga, que o serviço Centro Mineiro de Toxicomania sustenta sua prática. (Benetti, 1987)

Esse fato também é ilustrado no relatório do Centro Mineiro de Toxicomania de 1988 intitulado “*Escuta e Ato*”:

“Na busca de uma linha terapêutica mais eficiente, foram descartados tanto o discurso jurídico como o discurso médico. O primeiro, que considera o toxicômano estritamente no âmbito policial, a partir de transgressões de uma lei concreta, tem um caráter apenas repressor. O segundo, que visa a desintoxicação de um organismo comprometido pela droga, um caráter puramente fisiológico. Nossa comunidade convive com as formas relativas a esses discursos. O que faltava era o tratamento. Optamos assim por uma abordagem que, ao invés de focar a droga, tratar do sujeito em primeiro plano”. (Bizzoto e colaboradores, 1988)

O processo apontado de transição da perspectiva clínica e suas repercussões assistenciais para com o paciente toxicômano se deu a partir de uma construção na qual a psicanálise é elegida como eixo teórico para uma prática com o toxicômano, tendo dois marcos teóricos importantes. O primeiro se deu em setembro de 1985 com a presença do psicanalista Claude Olievenstein para o I Seminário de

Toxicomania de Minas Gerais, no qual é apontada a dimensão do sujeito e sua relação com a droga.

Na tentativa de avançar em uma sustentação teórica no tratamento do toxicômano, a URS promoveu o I Simpósio de Toxicomania, sob o tema central da droga, o indivíduo e a sociedade, trazendo o Dr. Claude Olievenstein, renomado profissional, com mais de 20 anos de experiência no tratamento de toxicômanos na França.

Segundo o Dr. Claude Olievenstein, em entrevista cedida na época, “a droga existe sem o toxicômano, sempre existiu, e a atitude do homem é que é variável, de acordo com o espaço, ideologia e a sócio-cultura”. “O fundamental é diferenciar o toxicômano do usuário recreativo de drogas”. Para ele o toxicômano é aquele que chegou no estágio de “rompimento dos equilíbrios profissional, sexual e social, enquanto o usuário de drogas não rompeu com esses equilíbrios”. “A droga em si é uma coisa inerte”, diz ele, e completa: “o que importa é a relação que se estabelece entre ela e aqueles dois parâmetros.

Em seguida, diante dos impasses da clínica, no ano de 1986, a equipe recebeu, para a realização de uma jornada interna de trabalhos, a visita do psicanalista Hugo Freda. Sua passagem trouxe uma importante marcação político-teórica que passou a direcionar o trabalho clínico da equipe, a partir da inversão do enunciado “a droga faz o toxicômano” para “o toxicômano faz a droga”. A subversão da ideia apresentada, introduziu a radicalidade do sujeito, deslocando a ênfase do objeto droga para o sujeito (Benetti, 1988; Nogueira e Neto, 1994)

Os efeitos desse importante deslocamento discursivo atuaram em diferentes campos, entre eles, o campo clínico, o campo teórico e o campo institucional.

No campo clínico, fortaleceu-se a prática da escuta psicanalítica na instituição, com ênfase numa operação que possibilitasse, no ato da escuta, o surgimento do sujeito dito toxicômano pelo “Outro social”.

No campo teórico houve um debruçamento no estudo e na produção sobre o trabalho clínico com o paciente toxicômano, resultando em diversas publicações que se seguiram consolidando a psicanálise como eixo clínico-teórico na prática institucional. Ainda nos anos de 1987 e 1988, foram publicados dois volumes sequenciais da revista Fascículos, editada pela FHEMIG, dedicados inteiramente ao tema da toxicomania. Ambos volumes foram organizados pela equipe do CMT e levavam respectivamente os títulos “O Toxicômano faz a droga” e “O objeto droga”.

A partir de 1988, a equipe passou a organizar e publicar anualmente uma jornada de trabalhos do CMT, que apresentava e colocava em discussão o trabalho clínico com o paciente toxicômano.

No campo institucional, foi solicitada a mudança do nome de Centro de Reintegração Social para Centro Mineiro de Toxicomania. Efeito direto da incidência de uma clínica que não buscava uma intervenção pedagógica, rompendo com os ideais sociais de um bem estar. Como aponta Benetti (2014), os significantes anteriores que nomeavam a instituição “recuperação social” e “reintegração social” colocavam o sujeito “fora”, enfatizando em primeiro plano uma norma social na qual o sujeito deveria recuperar e integrar-se a um tipo de comportamento coletivo.

O contexto político-institucional no qual se deu a referida proposta de mudança de nomenclatura da instituição é descrita a seguir por Cesar Rodrigues Campos (1992) no texto de apresentação da V Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania.

“Lembro-me bem do texto manuscrito trazido por Antônio Áureo Beneti para que o Superintendente Geral entendesse o projeto do CMT: “não é a droga que faz o toxicômano. Este é que faz a droga”. Entendi que estava diante de uma virada respeitável (...) Estávamos em 1986, quando a FHEMIG autorizou a vinda do ilustre interlocutor de Paris, Dr. Hugo Freda, para uma Jornada interna de trabalhos com técnicos do CMT. (...) Também no ano de 1986 a equipe solicitou à SUPEGE a mudança do nome Centro de Reintegração Social para Centro Mineiro de Toxicomania”. Esse nome denota o mérito histórico em que a equipe exorcizou de vez os compromissos anteriores com adaptação assumindo claramente um compromisso com o sujeito”. (Campos, 1992, pag. 9)

Como aponta Beneti (2014) e Campos (1992), não se tratava de recuperar o toxicômano e reintegrá-lo ao corpo social, fato esse que enunciava uma prática pedagógica. Para isso seria necessário concordar com o fato de que “a droga faz o toxicômano”, estando esse último no lugar de objeto de seus efeitos. O que deveria estar em jogo era sujeito desejante na busca de um caminho para o tratamento.

A partir do entendimento clínico da instituição enquanto um operador do discurso toxicômano e seu deslocamento na trajetória do sujeito, o enunciado “toxicomania” é encarnado na nova nomeação do serviço, que passa a chamar-se “Centro Mineiro de Toxicomania”. Como aponta Benetti (2014), haviam casos nos quais não se conseguia um tratamento sem uma parceria institucional. Dessa forma, a instituição

nomeada “Centro Mineiro de Toxicomania” tornou-se um significante utilizado enquanto semblante para a acolhida do toxicômano (Benetti, 2014).

Santiago, no texto “*Clínica de toxicomania*”, publicado no Fascículo “*O toxicômano faz a droga*”, de 1987, delimita cinco pontos fundamentais da prática clínica instituída, tendo a psicanálise enquanto operador, que, de certo modo, representam, naquele momento, uma prática institucional.

O primeiro ponto diz respeito a distinção entre sujeitos toxicômanos e usuários. Como enunciou Olievenstein, em sua visita ao serviço no ano de 1983, era necessário um estatuto clínico a ser colocado em operação que não partisse simplesmente de uma categorização diante do ato de se drogar. Segundo Santiago, os toxicômanos são aqueles onde o objeto droga assume um lugar de imperativo, ao qual o sujeito recorre de forma repetida e intensa, configurando um quadro clínico que requer tratamento. Já no caso do usuário, há a manutenção de uma relação circunstancial com a droga (Santiago, 1987).

O segundo ponto diz respeito à estrutura e ao mecanismo da toxicomania. A toxicomania é entendida não como uma unidade nosológica, mas sim um sintoma, podendo estar presente nas diferentes estruturas clínicas psicanalíticas. Dessa forma, a toxicomania não se reduz à dimensão da doença, como na aceção médica, nem muito menos como efeito de delinquência no âmbito do saber e das instituições jurídicas (Santiago, 1987).

O terceiro ponto traz uma importante dimensão clínica na qual o estatuto do tratamento não passa necessariamente pela ausência da droga, como no significante médico “desintoxicação”, o qual se faz necessário para o tratamento “exorcizar” do corpo a droga enquanto um agente causal. Novamente se estabelece uma ruptura com o discurso médico e sua replicação no imaginário social, onde há uma tendência em compreender a toxicomania por meio de uma relação causa-efeito, na qual a droga age como fator etiológico, numa mesma relação fisiopatológica agente-hospedeiro (Santiago, 1987).

No quarto ponto é problematizada a questão da demanda enquanto estratégia de tratamento. Diferente de um momento anterior, no qual a demanda de “tratamento” estava localizada no Outro social, por meio dos significantes recuperação e reintegração, nesse momento, diante da aposta clínica na dimensão do sujeito, uma nova prática se fazia necessária. Assim como no enunciado “o toxicômano faz a droga” era necessário, no campo clínico, estabelecer um deslocamento do sujeito estagnado em sua relação fusional com a droga, para a emersão de uma demanda que possa direcionar o tratamento e que não fosse novamente produto de uma demanda social (Santiago, 1987).

Por fim, no quinto ponto, rompido com os discursos policial e médico ao entorno do sujeito, assim como deslocada a questão do objeto droga para o sujeito, é questionado qual a instituição possível para o tratamento do toxicômano. A instituição é então proposta enquanto um operador no deslocamento discursivo do sujeito. Ou seja, local onde o sujeito direciona uma demanda a um suposto saber instituído que irá possibilitar um deslocamento a partir do discurso toxicômano (Santiago, 1987).

Tendo em vista as questões clínico-teóricas e político-institucionais apontadas, a incorporação do discurso psicanalítico à instituição, em certa medida, fundou a instituição CMT e sua política pautada no ato de dar palavra ao sujeito da fala e estabelecer uma clínica do singular sob a transferência, em contraposição a uma demanda do coletivo social normativa e segregativa.

No texto “Escuta e ato”, de 1988, no qual é apresentada a proposta de trabalho do CMT, como observado em seu enunciado, a dimensão clínica da escuta é tomada como um ato e colocada de forma decidida na operacionalização de seu propósito assistencial. A medida em que a dimensão da escuta analítica é tomada enquanto um ato clínico, no contexto da instituição pública, de modo simultâneo, essa se desdobra em um ato político, subvertendo a lógica das Instituições que dilui o discurso do sujeito entre aqueles que se estruturam ao entorno do sentido terapêutico institucional (Bizzotto, 1988).

Da mesma forma, a partir do ato da escuta singular, há um rompimento com o discurso institucional do bem estar e da norma. Discurso esse do “Outro social” balizado pelas instituições de educação, de saúde, da família, nas quais a demanda se constitui a partir de uma adaptação à norma social e na busca idealizada de um bem-estar coletivo (Nogueira e Neto, 1994).

Num movimento dialético paradoxal, a prática clínica da psicanálise na instituição, ao colocar em ênfase a questão do sujeito, estabelece um distanciamento da prática institucional normativa, bem como com a idealização de uma prática institucional provedora de um bem-estar social intrínseco às instituições de saúde (Nogueira e Neto, 1994).

Por fim, a partir da escuta do paciente toxicômano com a instituição da psicanálise enquanto eixo clínico-teórico, definitivamente a prática clínica e institucional na abordagem do paciente toxicômano é transformada, tornando-se uma marca singular da instituição que irá atravessar toda sua história. São alguns efeitos dessa transformação, o rompimento com o discurso médico científico determinista no qual “a droga faz o toxicômano”, o deslocamento da questão centrada na droga para o entendimento da relação do sujeito com essa, a contraposição da necessidade da ausência da droga para a instituição do tratamento e o rompimento com a direção do tratamento no sentido da necessária abstinência, da reclusão hospitalar, da segregação social e do enquadramento em relação às demandas sociais.

7.2.3 Marco 3: a política e a clínica com toxicômanos; uma alternativa ao hospital psiquiátrico.

Como discutido ao longo do desenvolvimento desse trabalho, as transformações que se estabeleceram no processo histórico de constituição do Centro Mineiro de Toxicomania representaram importantes mudanças nas bases teórico-práticas e político-institucionais relacionadas à abordagem ao paciente alcoolista e usuário de outras drogas no Estado de Minas Gerais.

Ainda com relação a transferência da Unidade de Recuperação Social da Secretaria de Segurança Pública para a Secretaria Estadual de Saúde, no que se refere ao

plano político-institucional, essa transição estabeleceu simultaneamente dois importantes deslocamentos.

O primeiro, discutido anteriormente no Marco 1, trouxe a constatação de que a toxicomania antes de ser tomada como um caso de polícia, deve sê-la como um caso de saúde pública (Drumond, 2003).

O segundo, que será desenvolvido nesse trecho, marca uma mudança radical na perspectiva do tratamento do usuário de drogas, estabelecendo uma ruptura com o modelo hospitalar psiquiátrico vigente até então e um redimensionamento da prática político- assistencial voltada para a questão no Estado de Minas Gerais (Drumond, 2003; Cordeiro, 2003).

No processo de transição da Unidade de Recuperação Social entre as secretarias estaduais, no ano de 1983, a comissão formada pelo então Secretário Estadual de Saúde Dário Tavares, defende em sua proposição que os toxicômanos requeriam tratamento no âmbito da saúde, ao mesmo tempo em que desaconselhou que tal tratamento se dê no contexto dos hospitais psiquiátricos do Estado, sugerindo a criação de um serviço próprio a ser definido (Campos, 1992; Cordeiro, 2003; Drumond, 2003).

Apesar do tratamento extra-hospitalar para usuário de drogas nos serviços públicos ter sido preconizado pela lei 6.368 de 1976, até então a abordagem do alcoolista e toxicômano, no âmbito da assistência pública em saúde mental no Estado de Minas Gerais, se dava ainda de forma exclusiva e inespecífica nos hospitais psiquiátricos (Benetti, 1988; Bizzotto, 1988; Drumond, 2003; Alves, 2009).

Nesse novo cenário de transição, a Unidade de Reintegração Social passa a funcionar temporariamente, em regime ambulatorial, nas dependências de um hospital geral, constituindo em termos políticos, uma primeira ruptura com o modelo hospitalar psiquiátrico vigente. Num segundo momento, transferida para uma antiga residência na região centro-sul de Belo Horizonte, foi estabelecido um corte em definitivo com a estrutura hospitalar. Renomeada de Centro de Reintegração Social, a unidade passou a incorporar em sua proposta assistencial o dispositivo Hospital

Dia, inaugurando uma nova forma de abordagem clínico-institucional para a questão das toxicomanias que se dava em regime de externato, extra-hospitalar (Benetti, 1988; Bizzotto, 1988; Campos, 1992, Drumond, 2003; Alves, 2009).

Essa nova abordagem se configurou como uma primeira experiência de atenção ao paciente alcoolista e toxicômano, no Estado de Minas Gerais, alternativa ao hospital psiquiátrico e concatenada com as transformações políticas do movimento da reforma psiquiátrica. Como aponta Drumond (2003), o CRS propõe em seu projeto assistencial requisitos básicos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como evitar a institucionalização dos pacientes, uma proposta de tratamento através de equipes interdisciplinares, a busca da vinculação social e o atendimento por meio do hospital-dia evitando-se a utilização de leitos para tratamentos prolongados (Bizzotto, 1988; Campos, 1992, Drumond, 2003).

A seguir, são descritas, a partir dos documentos estudados, algumas das características da prática assistencial desenvolvidas no serviço, concordantes com um redimensionamento político-assistencial da atenção em saúde mental que se delineava em território nacional.

Conforme o relatório de apresentação do CRS, de 1985, sua equipe era constituída por psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, todos atuando como psicoterapeutas. Num contexto de atenção multiprofissional e interdisciplinar, a proposta terapêutica do CRS não se dava de maneira fragmentada ou centralizada no discurso médico (Beneti, 1985).

O hospital dia era tido como um espaço amplo de atividades e intervenções terapêuticas, composto por refeitório, sala, quadra poliesportiva, sala de televisão e leitura e um quintal com horta e galinheiro, onde era possível uma maior integração do paciente com os terapeutas e demais funcionários (Beneti, 1985).

Atenção psicossocial era dirigida a todas as famílias dos pacientes em tratamento, bem como auxílio aos pacientes, dentro das necessidades individuais, como fornecimento de passes para o transporte, retirada de documentos de identidade, fornecimento de bolsas de estudos e orientações trabalhistas (Beneti, 1985).

O tratamento era essencialmente psicoterápico, realizado por todos os técnicos, tendo a utilização psicofarmacofármacos voltada para situações particulares (Beneti, 1985).

Segundo o documento “Plano de trabalho do serviço social – Centro de Reintegração Social” (1985), são propostos três eixos de trabalho. Em primeiro lugar, foi proposto o atendimento individual de familiares atuando no nível das relações familiares e sociais no sentido de uma participação integrante no tratamento do toxicômano. Em segundo, a proposta de terapia de apoio familiar, trabalho em grupo com proposta semanal. E por fim, a divulgação comunitária do trabalho realizado no CRS com finalidade de orientação à comunidade (Melo e Duarte, 1985).

Conforme o documento “Escuta e ato: Centro Mineiro de Toxicomania”, de 1988, no que se refere ao plano terapêutico, no ambulatório, todos pacientes eram atendidos individualmente e de forma periódica por um terapeuta que atuava na condução do caso como referência do paciente na instituição. Havendo a necessidade do atendimento psiquiátrico, o próprio terapeuta deveria encaminhar o paciente (Bizzoto, 1988).

Ainda no documento “Escuta e ato: Centro Mineiro de Toxicomania”, no que refere ao Hospital dia, notou-se que para alguns pacientes, o ambulatório se fazia insuficiente, bem como para outros, havia a demanda de um lugar que pudessem permanecer longe da circulação da droga. Nesse contexto, o Hospital dia é proposto como um espaço alternativo, aberto a diferentes possibilidades de atuação, sendo a admissão do paciente uma indicação clínica conduzida por parte do terapeuta. Sua nova sede possuía dois palcos para teatro, duas salas para terapia ocupacional, uma sala de som, uma sala de vídeo, uma quadra de esportes, uma biblioteca, amplo salão de jogos (sinuca, totó, ping-pong), horta e sala de refeições (Bizzoto, 1988).

Em sua análise documental é possível notar, na ruptura com o hospital psiquiátrico, um ponto de encontro explícito com as transformações políticas que se constituíam

na época enquanto efeitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No texto “Por uma clínica do toxicômano”, publicado na I Jornada de trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania, de 1988, Beneti aponta, no que refere ao plano institucional, a constatação da inviabilidade do tratamento se desenvolver no âmbito do hospital psiquiátrico e a necessidade da criação de um outro espaço de trabalho: o Hospital dia. (Beneti, 1988).

Por outro lado, embora claramente constituísse um dispositivo inovador e alternativo ao hospital psiquiátrico, o constructo teórico ao entorno do Hospital-dia, apresentado nos textos “o hospital dia” e “Hospital dia: ideal versus real”, publicados respectivamente no fascículo V da FHEMIG e na I Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomanias, ambos de 1988, não fazem referência às questões debatidas na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 1987, ocasião em que foram definidas importantes transformações no âmbito da atenção ao portador de transtornos mentais no país. Da mesma forma, apesar de se tratar de uma instituição pública, as produções que se seguiram ao longo de sua primeira década não ensejaram o debate ao entorno da criação do SUS e da II Conferência Nacional de Saúde Mental, ambos realizados respectivamente em 1988 e 1992 (CMT, 1987; CMT, 1988; CMT 1992).

Segundo Cesar Rodrigues Campos (1992), a incorporação da teoria psicanalítica nos processos políticos que transformaram a atenção ao paciente toxicômano em Minas Gerais se deram num encontro para com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que não se colidiam, mas sim, se articulavam, dando a entender a noção, pelo menos em parte, de movimentos distintos (Campos, 1992).

“Lembro-me bem do manuscrito trazido por Dr. Antônio Áureo Beneti para que o Superintendente Geral entendesse o projeto do CMT: “não é a droga que faz o toxicômano. Este é quem faz a droga”. Entendi que estava diante de uma virada de mesa respeitável. A ética daquela proposição clínica não entrava em colisão com a ética política do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental. Havia ali uma possibilidade concreta de articulação dos dois caminhos e uma dupla justificativa para que o projeto do CMT fosse adiante” (Campos, 1992, pag. 9).

Para Grossi (1994) e Bento e Vianna (2009), a constituição do CMT se deu enquanto um produto do encontro do Movimento da Reforma Psiquiátrica Mineira e do Movimento Psicanalítico Mineiro.

“A singularidade do CMT se relaciona tanto com a história de sua criação, em agosto de 1983, quanto com sua prática, sobretudo no campo clínico, em que a psicanálise é a ferramenta que baliza a direção do tratamento e o funcionamento da instituição. Fruto do movimento da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Psicanalítico Mineiro, foi a primeira instituição pública fundada no Brasil especializada no tratamento de toxicomanias”. (Grossi, 2001, pag. 165)

A partir dos documentos organizacionais estudados, é possível inferir que, as transformações estabelecidas no CMT a partir do eixo clínico-teórico balizado pela psicanálise se deram em concatenação com as políticas de saúde mental, apesar de sua produção teórica, pelo menos em sua primeira década, não haver referências diretas ao conteúdo teórico das políticas de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Contudo, é possível observar, ao longo dos documentos estudados que, a partir das transformações políticas no campo da saúde pública com a instituição do SUS, um paulatino processo de redimensionamento político-institucional a partir da segunda metade da década de 1990, e que se efetivaria a partir de 2001 com a incorporação dos programas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde (CMT, 2000; Ministério da Saúde 2001) .

Segundo Grossi (1994), no I Fórum Interno de Debates do CMT, diante das mudanças políticas que se instituíam no âmbito da Saúde Pública, fazia-se necessário repensar o serviço dentro do SUS, levando em consideração suas especificidades marcadas pela incidência da psicanálise na instituição. Nesse contexto, a discussão da clínica do sujeito inevitavelmente passou a ser atravessada pela problematização da Saúde Coletiva, estabelecendo, em certa medida, um redimensionamento político-institucional (Bizzoto, 1988; Grossi, 1994).

“Repensar os serviços públicos dentro de um Sistema Único de Saúde, conquista da constituição de 1988, e ainda mais, com as características específicas do CMT, especificidade essa marcada pela incidência da psicanálise na instituição eram os desafios que seriam enfrentados no período seguinte” (Grossi, 1994).

Segundo Cristina Nogueira e Regina Neto (1994), no texto “A história do pensamento institucional: a psicanálise e a instituição”, publicado na VII Jornada e I Fórum Interno de Debates do CMT, houve um processo de reposicionamento da psicanálise na instituição, no qual concluiu-se que o analista é resultado de um percurso pessoal, sendo uma decisão clínica possível somente no particular e não enquanto um operador institucional. A instituição deveria estar aberta a outros dispositivos, sem que isso signifique uma integração da psicanálise à ordem do bem-estar social, proposta essa de outros campos do saber como a psicologia, medicina e psiquiatria (Nogueira e Neto, 1994).

Ao longo da transição da década de 1990 para o ano 2000, as mudanças ocorridas no âmbito do SUS, voltadas para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas são progressivamente incorporadas pelo CMT enquanto eixo teórico de sua prática assistencial.

No ano de 2001, foi organizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocasião na qual a questão da assistência aos usuários de álcool e outras drogas foi amplamente debatida, lançando as bases para a construção de uma política do Ministério da Saúde voltada para os usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Ainda no mesmo ano foi organizado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental o I Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede SUS (Ministério da Saúde, 2001).

Concatenado com o processo político-assistencial que se instaurava no cenário nacional, no mesmo ano, foi realizada a XIV Jornada do CMT intitulada “A clínica da toxicomania no campo da Saúde Mental”, dedicada ao debate das políticas de saúde mental e suas transformações no campo das toxicomanias. O tema da jornada foi

pensado a partir de três eixos: “Saúde Mental e toxicomania: duas redes ?”; “Atendimento e atenção a crise no alcoolismo e na toxicomania”; “O acolhimento e a construção de uma rede”; “A clínica do NAPS no campo da toxicomania”. Na ocasião, a XIV Jornada do CMT contou com a participação de representantes de diferentes instituições, denotando um protagonismo no processo de articulação do debate ao entorno das toxicomanias no Estado. Entre os representantes estiveram presentes as coordenações de Saúde Mental de Belo Horizonte, do Estado de Minas Gerais, do Ministério da Saúde, representações da rede de saúde mental do CERSAM Pampulha, CERSAM Betim, Centro de Saúde Pompéia, Programa de Liberdade Assistida, Centro Psicopedagógico, Serviço de Saúde do Adolescente do HC-UFMG, Escola de Saúde Pública de MG, Associação dos Redutores de Danos de MG (CMT, 2001).

Uma das mudanças pautadas e que passaram a redimensionar a prática institucional foi a incorporação da política do acolhimento na atenção aos pacientes que procuravam o serviço. Com o aumento da demanda e a crescente complexidade das situações abordadas no campo da atenção ao usuário de álcool e outras drogas, o processo de trabalho institucional passou necessariamente a ser repensado. A entrada ao tratamento, que até então se dava por meio do agendamento de consultas ambulatoriais, passou a operar por meio da política do acolhimento, de forma a qualificar e redimensionar a demanda de atendimento. Buscava-se uma melhoria do acesso da população aos serviços de saúde e a reorganização do processo de trabalho levando em consideração os fluxos de referência e contrarreferência da rede de saúde do município (Medeiros, Batista e Palhanos, 2001; Machado, 2001; Starling e Mello, 2002).

Como aponta Machado (2001), a incorporação da prática do acolhimento trouxe um importante redimensionamento da prática institucional. O serviço passou necessariamente a se reestruturar para o acolhimento das urgências clínicas e subjetivas, necessitando de uma redefinição do acesso à instituição, bem como sua articulação interna. Os espaços assistenciais necessitaram ser repensados. O Hospital dia passou a funcionar como uma extensão do acolhimento, e o leito crise como um dispositivo de retaguarda. Também tornou-se necessário atuar numa nova perspectiva de atenção descentralizada. Apesar de ser um centro de referência, o

CMT passou a descentralizar sua atenção, estabelecendo uma maior articulação com os demais serviços do SUS, assumindo uma posição colaborativa de protagonismo na construção de uma rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Estado de Minas Gerais (Machado, 2001; Mendes, 2001; Oliveira, 2001; Silveira, 2001).

Em 2002, ano da publicação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, que tinha como objetivo a organização da rede de serviços extra-hospitalares voltada para usuários de álcool e outras drogas, o CMT é cadastrado como CAPSAD, e protagoniza o debate em sua jornada intitulada “A construção da rede de atenção às toxicomanias”. Segundo Starling e Mello (2002), apesar de uma recente política para a questão dos usuários de álcool e outras drogas, parte desses pacientes já transitam na rede de assistência à saúde, seja por breves passagens pelos hospitais psiquiátricos, hospitais gerais e mesmo nos postos de saúde. Trata-se então de reconhecer que é preciso “articular uma rede de serviços que receba o usuário de drogas e álcool” (Ministério da Saúde, 2002; CMT, 2002).

No ano de 2003 é publicada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção aos Usuários de álcool e outras Drogas, marco da assistência pública na qual é reafirmado o compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Na ocasião o CMT comemorou seus vinte anos de fundação, e organiza a XVI Jornada de Trabalhos intitulada: “*Novas incidências na clínica das toxicomanias*”. Nesse momento seu trabalho tem como eixo um balanço histórico, de modo a refletir acerca dos avanços e impasses desse percurso, ao mesmo tempo em que aponta para os novos desafios marcados pelas incidências contemporâneas na clínica das toxicomanias.

Por fim, é possível inferir, com base nos dados documentais analisados que o processo político-institucional do CMT, desde sua fundação, se deu em concatenação com as políticas de saúde mental de sua época. Nesse sentido, a ruptura com o hospital psiquiátrico é tido como um ponto explícito de articulação com o movimento da Reforma Psiquiátrica Mineira. Da mesma forma, ao longo de seu processo histórico, as mudanças ao entorno das políticas de atenção ao usuário de

álcool e outras drogas no âmbito do SUS foram paulatinamente incorporadas em seu processo político-assistencial.

Considerada a primeira instituição pública de saúde mental voltada para a atenção ao paciente toxicômano, o CMT contribuiu com importantes mudanças no processo político-institucional de atenção ao paciente alcoolista e usuário de drogas em Minas Gerais. Em sua análise documental são destacados três marcos, tidos como deslocamentos discursivos no campo político-institucional e clínico-teórico, que contribuíram efetivamente para esse processo de mudança. O primeiro se deu num deslocamento na abordagem da questão da toxicomania da justiça penal para a saúde. O segundo há um deslocamento no enfoque clínico do objeto droga enquanto farmacodependência para a clínica do sujeito e suas relações com a droga. Por último, o terceiro se dá no âmbito do tratamento havendo um deslocamento da abordagem hospitalar para o tratamento comunitário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse trabalho buscou-se compreender as abordagens do paciente alcoolista nos serviços públicos de saúde mental em Minas Gerais, numa perspectiva histórica com ênfase na experiência do CMT.

Para tal, tornou-se necessário compreender o processo de patologização do alcoolismo, sua estruturação nosológica no campo da medicina científica e medicina mental, tidos como elementos prévios na constituição de um primeiro modelo institucional de abordagem ao paciente alcoolista.

Num segundo momento, buscou-se compreender a incorporação dessas transformações pela medicina científica brasileira, bem como suas repercussões assistenciais no âmbito das políticas públicas voltadas para a questão.

Por fim, um recorte foi feito para Minas Gerais com ênfase no estudo documental do Centro Mineiro de Toxicomania, primeira instituição pública de saúde mental de Minas Gerais voltada para o tratamento do paciente alcoolista e usuário de drogas.

Ao longo do desenvolvimento do trabalho é possível constatar profundas mudanças nas concepções em relação ao hábito etílico. Com o advento da Revolução Industrial e a proliferação do consumo do álcool pelas camadas populares, em especial a proletária, o hábito etílico tornou-se elemento de intervenção social. Nesse contexto a medicina científica foi convocada a definir o uso patológico do álcool, assim como medidas de intervenção. Ao longo desse processo destaca-se a teoria da degenerescência hereditária de Morel, que definitivamente incorporou o alcoolismo no campo da medicina mental enquanto um elemento produtor da alienação, ao mesmo tempo em que reforçou aspectos morais ao seu entorno, consolidando a ideia de doença social.

A medida que o alcoolismo tornou-se objeto de intervenção da medicina mental e medicina social, o paciente alcoolista foi incorporado ao modelo nosocomial tendo como proposta a reclusão e a reforma dos hábitos.

No Brasil a incorporação das concepções de Morel pela psiquiatria brasileira influenciou diretamente a adoção do modelo nosocomial como primeira proposta assistencial para a abordagem do paciente alcoolista e toxicômano.

Ainda no contexto político-assistencial, nota-se que, de longa data, as políticas públicas voltadas para a questão do abuso de drogas e álcool no Brasil, estiveram arraigadas no âmbito da justiça penal, tendo a internação psiquiátrica hospitalar como medida hegemônica, na ausência de propostas alternativas de atenção em saúde. Somente a partir da década de 80 surgem as primeiras iniciativas extra-hospitalares de atenção ao paciente alcoolista e usuário de drogas, apesar de ainda desarticulada da saúde pública. Somente no ano de 2003 que uma política pública no âmbito da saúde foi efetivamente colocada em prática, redimensionando o modelo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil.

Em Minas Gerais, semelhante ao cenário nacional, a abordagem ao paciente alcoolista se dava de forma exclusiva e inespecífica no âmbito do hospital psiquiátrico. Somente oito décadas após a publicação da lei de Assistência aos Alienados de Minas Gerais, de 1900, que uma primeira proposta de atenção em saúde aos usuários de álcool e outras drogas seria efetivada no Estado com a fundação do CMT.

A partir da análise documental do CMT é possível constatar ao longo de seu processo histórico político-institucional importantes transformações nas bases teórico-práticas e político-assistenciais voltadas à abordagem ao paciente alcoolista e usuário de outras drogas no Estado de Minas Gerais. Ao longo desse processo foram destacados três marcos político-institucionais e clínico-teóricos que colaboraram para um redimensionamento na abordagem do paciente alcoolista e usuário de drogas no Estado. O primeiro diz respeito ao deslocamento da questão da droga do campo da segurança pública para o âmbito da atenção em saúde. O segundo diz respeito a um deslocamento de uma abordagem centrada na droga para uma abordagem centrada no sujeito. O terceiro e último marco representa uma ruptura com o modelo psiquiátrico hospitalar e um redimensionamento político-assistencial da atenção ao paciente alcoolista e usuário de drogas.

Por fim, as conclusões desse estudo devem levar em consideração suas limitações metodológicas, nas quais os dados examinados se deram na conjunção de diferentes fatores não estudados em seu todo, além de que, seus desdobramentos se desenvolveram num determinado momento histórico com o envolvimento de diferentes atores, estando a exploração metodológica limitada aos dados documentais. Uma posterior análise que inclua outras metodologias, entre elas as entrevistas com os atores envolvidos, poderão contribuir para um maior esclarecimento do objeto estudado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M. A. ; GOULART, M. E. B. Análise institucional em um hospital psiquiátrico mineiro nos anos 60. Anais do I Encontro Brasileiro de Pesquisadores em História da Saúde Mental. Florianópolis: Letra Editorial, 2011.

ADILA, J. C. Drogas, Medicina e Civilização na Primeira República. Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.

ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE PSIQUIATRIA. Anais do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Belo Horizonte: AMP, 1980.

ANDRADE, C. S. A subversão do sujeito na clínica das toxicomanias. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. IX Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Subversão do sujeito na clínica das toxicomanias. Belo Horizonte: FHEMIG, 1996. p. 79-85.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

BAHIA, G. O. M. Contradição, contra adição com tradição. In: CENTRO MINEIRO de TOXICOMANIA. Novas incidências na clínica das toxicomanias. XVI Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania. Belo Horizonte: FHEMIG, de 2003. p. 14-19.

BAHIA, I. V.; et al. A ética da psicanálise e a saúde pública. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. VII Jornada de Trabalhos e I Fórum Interno de Debates do Centro Mineiro de Toxicomania. Belo Horizonte: FHEMIG, 1994. p. 27-29.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASÁGLIA, F. *Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BENETTI, A. A. toxicomania não é mais a mesma. In: MEZENCIO, M. ; ROSA, M. ; FARIA, M. W. *Tratamento possível das toxicomanias com Lacan*. Belo Horizonte: Scriptum, 2014. p. 27-38.

BENETTI, A. A. Sobre a toxicomania e o tratamento do toxicômano. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. IX Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Subversão do sujeito na clínica das toxicomanias. Belo Horizonte: FHEMIG, 1996. p. 7-19.

BENETTI, A. A. "Careta". In: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS. Fascículos IV FHEMIG: o toxicômano faz a droga. Belo Horizonte: FHEMIG, 1987. p. 12-15.

BENETTI, A.A. O tratamento do toxicômano. In: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS. Fascículos V FHEMIG: O objeto droga. Belo Horizonte: FHEMIG, 1988.

BENETTI, A. A. Por uma clínica do toxicômano. In: CENTRO MINEIRO de TOXICOMANIA. I Jornada de Trabalho do Centro Mineiro de Toxicomania. Por uma clínica do toxicômano: a questão do tratamento. Belo Horizonte: FHEMIG, 1988. p. 11-19.

BENTO, V. E. S. ; VIANA, M. A. Centro de Estudos das Toxicomanias Dr. Claude Olievenstein. Extensão em Foco. Curitiba, n. 3, p. 33-40, jan./jun. 2009.

BERCHERIE, P. *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1980.

BIZZOTO, A. G. Hospital dia: ideal versus real; pedagogia versus psicanálise. In: centro mineiro de toxicomania. I Jornada de Trabalho do Centro Mineiro de Toxicomania. Por uma clínica do toxicômano: a questão do tratamento. Belo Horizonte: FHEMIG, 1988. p. 91-94.

BIZZOTO, A. G. ; et al. Escuta e ato: o Centro Mineiro de Toxicomania. Belo Horizonte: FHEMIG, 1988.

BLEULER, M. Alcoholismo y lesiones alcohólicas. In: BLEULER, M. *Tratado de psiquiatria*. 2. ed. Madrid: Espasa-Calpes, 1971. p. 313-351.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Projeto de Drogas e Aids. Brasília, 1999. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental . Proposta de Normalização dos Serviços de Atenção a Transtornos por Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas. Brasília, 1999. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 843 de 08 de junho de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2002. 211p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 816 de 30 de abril de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 817 de 30 de abril de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS Nº 305 de 03 de maio de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.

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, 2005. 53 p.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Catálogo de centros brasileiros para tratamento e prevenção de dependência de drogas. São Paulo, 1991.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. I Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Por uma clínica do toxicômano: a questão do tratamento. Belo Horizonte: FHEMIG, 1988.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. II Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. A questão do tratamento. Belo Horizonte: FHEMIG, 1989.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. III Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Uma questão de ética: o tratamento do toxicômano e a instituição. Belo Horizonte: FHEMIG, 1990.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. IV Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. A clínica das toxicomanias na Saúde Pública: hospital dia, compulsão e ato. Belo Horizonte: FHEMIG, 1991.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. V Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Saber e gozo: a entrada no tratamento. Belo Horizonte: FHEMIG, 1992.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. VI Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. CMT: 10 anos. Belo Horizonte: FHEMIG, 1993.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. VII Jornada de Trabalhos e I Fórum Interno de Debates do Centro Mineiro de Toxicomania. Belo Horizonte: FHEMIG, 1994.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. VIII Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Ato e toxicomania: um banquete. Belo Horizonte: FHEMIG, 1995.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. IX Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Subversão do sujeito na clínica das toxicomanias. Belo Horizonte: FHEMIG, 1996.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. X Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Inibição, sintoma e angústia na clínica das toxicomanias. Belo Horizonte: FHEMIG, 1997.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. XI Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Saídas possíveis para a toxicomania. Belo Horizonte: FHEMIG, 1998.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. XII Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Psicóticos e adolescentes: porque se drogam tanto?. Belo Horizonte: FHEMIG, 1999.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. XIII Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. O consumo do corpo nas toxicomanias. Belo Horizonte, 2000.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. XIV Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. A clínica da toxicomania no campo da Saúde Mental. Belo Horizonte: FHEMIG, 2001.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. XV Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. A construção da rede de atenção às toxicomanias. Belo Horizonte: FHEMIG, 2002.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. XVI Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Novas incidências na clínica das toxicomanias. Belo Horizonte: FHEMIG, 2003.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. Coletânea de Textos sobre Toxicomania e Alcoolismo. Publicação interna do Centro Mineiro de Toxicomania para uso exclusivo da equipe. Preparação trabalho com o Dr. Hugo Freda em novembro de 1993. Belo Horizonte: FHEMIG, 1993.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA; SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO. As drogas e o cotidiano escolar: Curso violência e drogas. Belo Horizonte. 2000.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. Protocolo de organização de atendimento a toxicômanos e alcoolistas no Centro Mineiro de Toxicomanias. Belo Horizonte, 1995.

CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. Relatório de transição da direção do Centro Mineiro de Toxicomania. Belo Horizonte, 1991.

COELHO, V. A. A. ; et al. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p.3605-3616, 2014.

CORDEIRO, J. M. S. Vinte anos do CMT. In: CENTRO MINEIRO de TOXICOMANIA. Novas incidências na clínica das toxicomanias. XVI Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania. Belo Horizonte: FHEMIG, Novembro de 2003. p. 07-09.

CORSETTI, B. Análise documental no contexto da pesquisa qualitativa: uma abordagem a partir da experiência de pesquisa do programa de Pós-Graduação em Educação da Unisinos. *Unirevista*, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 32-46. Jan. 2006.

CRUZ, M. S. ; SAÁD, A. C. ; FERREIRA, S. M. B. Estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. XVI Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Novas incidências na clínica das toxicomanias. Belo Horizonte: FHEMIG, 2003. p. 28-35

DIEHEL, A. ; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRA, R. Álcool. In: DIEHL, A; et al. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 112-119.

DUARTE, M. N. *De “ares e luzes” a “inferno humano”. Concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979. Estudo de Caso*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2009.

DRUMMOND, B. L. C. Saber psiquiátrico na clínica das toxicomanias: evolução histórica e questões atuais. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. V Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Saber e gozo: a entrada no tratamento. Belo Horizonte: FHEMIG, 1992. p. 41-52.

DRUMOND, T. M. C. Toxicomania: de “caso de polícia” a questão de saúde. In: Centro Mineiro de Toxicomanias. XVI Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania. Novas incidências na clínica das toxicomanias. Belo Horizonte: FHEMIG, Novembro de 2003, p. 77-81.

EY, H. ; BERNARD, P. ; BRISSET, C. Psicoses alcoólicas. In: EY, H. ; BERNARD, P; BRISSET, C. *Manual de psiquiatria*. 5. ed. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1978. p. 813-32.

FALEIROS, B. E. ; MEDEIROS, D. ; BOAVENTURA, L. O Processo de Constituição da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais. *Dialética: a revista do Centro de Estudos Galba Velloso*. Belo Horizonte, V2, 2016, p. 8-15.

FERNADEZ, F. A. *Alcoholdependencia: personalidad del alcohólico*. 2.Ed. Madrid: Salvat, 1988.

FERNANDEZ, F. A. *Fundamentos de la psiquiatria actual*. 3. ed. Madrid: Paz Montalvo, 1976.

FREDA, H. O objeto droga. In: FHEMIG. Fascículos V Fhemig: *O objeto droga*. Belo Horizonte: FHEMIG, 1988.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS. Projeto de conclusão do CMT: Centro de Referência Estadual no tratamento, prevenção, ensino e pesquisa das toxicomanias. Belo Horizonte: FHEMIG, 1995.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS. Centro Mineiro de Toxicomania: Programa para 1992. Belo Horizonte: FHEMIG, 1991.

GODOY, S. A. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, V. 35, n.3, p.20-29. Mai-jun. 1995.

GLIOTTI, A. ; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios

diagnósticos. *Revista Brasileira. Psiquiatria*, v.26, suppl.1, São Paulo, p.11-13, mai. 2004.

GONZÁLES, N. L. *Psicopatología, trastornos de personalidad y déficit neuropsicológicos en el alcoholismo*. Tese (doutorado) - Universidad Pública de Navarra, Pamplona, 2004.

GOULART, M. S. B. Hospital Galba Velloso. In: A. M. Jacó-Vilela (Org.). *Dicionário Histórico de Instituições de Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: Imago, 2011. p. 245-246.

GOULART, M. S. B. Comunidades terapêuticas: conceito e prática de uma experiência dos anos sessenta. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 53-69, jul./dez. 2014

GOULART, M. S. B. ; DURÃES, F. A. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, V.22, n 1, 2010. p.112-120.

GROSSI, F. T. CMT: pontuações sobre a sua história. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. *VII Jornada de Trabalhos e I Fórum Interno de Debates do Centro Mineiro de Toxicomania*. Belo Horizonte: FHEMIG. 1994. p. 65-76.

GUERRA, E.; GROSSI, F. T; SAVASSI, M. Reorganizando a assistência prestada pela FHEMIG para com usuários do SUS que fazem uso de substâncias psicoativas. Belo Horizonte: FHEMIG, 1999.

GUERRA, H. M. F.; RATI, R. M. S. Centro Mineiro de Toxicomania: a caminho da qualidade. IV Curso Descentralizado de Gestão Hospitalar. Escola Nacional de Saúde Pública. Escola de Saúde de Minas Gerais. Fundação Ezequiel Dias. Belo Horizonte, 1997.

LARANJEIRA, R.; at. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 76 p.

LARANJEIRA, R. ; RIBEIRO, M. A evolução do conceito de dependência química. In: *Dependência, compulsão e impulsividade*. GLIOTTI, A. ; GUIMARÃES, A. Rio de Janeiro: Rubio, 2007. p. 9-17.

LODI, M. I. História do pensamento na instituição do CMT. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. *VII Jornada de Trabalhos e I Fórum Interno de Debates do Centro Mineiro de Toxicomania*. Belo Horizonte: FHEMIG, 1994. p. 61-64.

MACHADO, A. R; e MIRANDA, P. S. C. Uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas e as políticas de saúde no Brasil. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. *XVI Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania*. A construção da rede de atenção às toxicomanias. Belo Horizonte: FHEMIG, 2002. p. 84-91.

MACHADO, A. R. Acolhimento no CMT: repensando a clientela e repensando a assistência. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. *XIV Jornada de Trabalhos*

do Centro Mineiro de Toxicomania. A clínica da toxicomania no campo da Saúde Mental. Belo Horizonte: FHEMIG, 2001. p. 04-10.

MACHADO, A. R. ; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

MACHADO, A. R. Uso Prejudicial e Dependência de Álcool e Outras Drogas na Agenda da Saúde Pública: Um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Tese (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MANGUEIRA, S. O. Promoção da Saúde e Políticas Públicas do Álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Psicologia & Sociedade*, v.27, n1, p.157-168. 2015.

MEDEIROS, R. ; BAPTISTA, F. ; PALLANO, M. Acolhimento no Centro Mineiro de Toxicomania: estudo dos encaminhamentos realizados de abril de 2000 a abril de 2001. In: centro mineiro de toxicomania. *XIV Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. A clínica da toxicomania no campo da Saúde Mental.* Belo Horizonte: FHEMIG, 2001. P. 12-14.

MELLO, M. M. P; DUARTE, T. C. T. Plano de trabalho do serviço social no Centro de Reintegração Social. Belo Horizonte: FHEMIG, 1985.

MENDES, P. C. Do atendimento à crise no CMT. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. *XIV Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. A clínica da toxicomania no campo da Saúde Mental.* Belo Horizonte: FHEMIG. Novembro de 2001. p. 10-11.

MINAS GERAIS. Centro Mineiro de Toxicomania; Ministério da Saúde; Coordenação Nacional DST-AIDS. *II Treinamento de drogas e aids do Centro Mineiro de Toxicomania.* Belo Horizonte: FHEMIG, 2000.

MINAS GERAIS. Centro Mineiro de Toxicomania; Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura de Belo Horizonte. *O cidadão do mundo globalizado e as toxicomanias.* Belo Horizonte: FHEMIG, 1998.

MINAS GERAIS. Centro Mineiro de Toxicomania; Secretaria Municipal de Educação. *As drogas e o cotidiano escolar.* Belo Horizonte: PBH, 1999.

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 12.* Ano 10, no 12, outubro de 2015. Disponível nos portais: www.saude.gov.br. Acessado em 29-05-2017 às 15:00.

NÁGERA, A. V. Toxofrenias alcoólicas. In: Nágera, A. V. *Tratado de Psiquiatria.* Barcelona: Salvat, 1944. p. 860-899.

NOGUEIRA, C. S. P. ; NETO, R. M. A. A psicanálise e a instituição. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. *VII Jornada de Trabalhos e I Fórum Interno de*

Debates do Centro Mineiro de Toxicomania. Belo Horizonte: FHEMIG, 1994. p. 77-81.

MOZZATO, A. R. ; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, v.15, n. 4, p.731-747, Jul./Ago. 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Suiza: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto alegre: Artmed, 1996.

OLIVEIRA, C. L. Influência Italiana na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Anais do I Encontro Brasileiro de Pesquisadores em História da Saúde Mental, Florianópolis: Letra Editorial, 2011.

OLIVEIRA, M. F. C. Clínica da toxicomania no Centro de Referência em Saúde mental (CERSAM-Pampulha): uma experiência em construção. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. *XIV Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. A clínica da toxicomania no campo da Saúde Mental*. Belo Horizonte: FHEMIG, 2001. p. 48-53.

OLIVEIRA, R. M. Aspectos Psicopatológicos e Semiológicos do Alcoolismo. In: Oliveira, R. M. *Seminários em Psicopatologia : da psiquiatria clássica à contemporaneidade*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 351-370.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 114, p.179-195, set. 2001.

PINHEIRO, R. M. Clínica das toxicomanias. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. *XVI Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. Novas incidências na clínica das toxicomanias*. Belo Horizonte: FHEMIG, 2003. p. 105-109.

PINTO, A. F. C. Neurobiologia dos comportamentos aditivos. Tese (Mestrado) - Universidade do Porto, Porto, 2013.

RODRIGUES, L. *Primeira memoria médico-administrativa dos serviços de assistência a alienados no Instituto Raul Soares*. Belo Horizonte: Imprensa Oficialde Minas Gerais, 1930.

SALES, E.V. Flagelo da Humanidade: saberes e práticas acerca do alcoolismo (recife 1930 - 1939). Tese (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

SANTIAGO, J. Clínica de toxicomania. In: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS. Fascículos IV FHEMIG: o toxicômano faz a droga. Belo Horizonte: FHEMIG, 1987. p. 9-11.

SANTOS, F. S. D. Alcoolismo: A Invenção de uma Doença. Tese (Mestrado) -

Universidade Estadual de Campinas. Campinas,1995.

SANTOS, F. S. D. ; VERANI, A. C. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil no início do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl. 2, p.401-420, dez. 2010.

SILVEIRA, C. Tecendo rede. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. *XIV Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. A clínica da toxicomania no campo da Saúde Mental*. Belo Horizonte: FHEMIG, 2001. P. 54-58.

SOUZA, J. A. V. ; FREITAS, M. C. ; QUEIROZ, T. A. Violência contra os idosos: uma análise documental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, V. 6, N.3, p.268-271, Mai-jun. 2007.

STARLING, D. ; MELO, R. A. C. A clínica do acolhimento. In: CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA. *XV Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania. A construção da rede de atenção às toxicomanias*. Belo Horizonte: FHEMIG, 2002. p. 38-42.

TENÓRIO, F. A. Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro v.9, n.1, p.25-59, jan.-abr. 2002.

VALLADOLID, G. R. ; CARRASCO. J.S.D. *Guia Práctica de Intervención en el Alcoholismo*. Madrid: Agencia Antidrogas, Consejería de sanidade Comunidad de madrid, 2000.

VALLEJO, J. R. *Introdução a psicopatología y psiquiatria*. 3. ed. Barcelona: Masson, 1991.

APÊNDICE:

Tabela (1) ROTEIROS DE ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

Documentos institucionais elaborados no âmbito público, incluindo normas, portarias, decretos, leis, planos, programas, projetos, e outros documentos que contenham decisões adotadas na instância pública.				
IDENTIFICAÇÃO	ANO	ESTABELECIMENTO	REFERÊNCIA	OBJETIVO E ANOTAÇÕES REFLEXIVAS

Documentos científicos incluindo revistas, livros, artigos, anais, teses, e outras publicações afins.				
IDENTIFICAÇÃO	ANO	ESTABELECIMENTO	REFERÊNCIA	OBJETIVO E ANOTAÇÕES REFLEXIVAS

Documentos para divulgação incluindo folders, panfletos, cartazes de eventos, manuais de orientação, cartilhas, entre outros.				
IDENTIFICAÇÃO	ANO	ESTABELECIMENTO	REFERÊNCIA	OBJETIVO E ANOTAÇÕES REFLEXIVAS