

A DESARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E CUIDADO: O ESTIGMA DOS VULNERÁVEIS NO CONTEXTO AMAZÔNICO

THE DISARTICULATION BETWEEN MENTAL HEALTH AND CARE: THE STIGMA OF THE VULNERABLE IN THE AMAZON CONTEXT

LA DESARTICULACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN: EL ESTIGMA DE LOS VULNERABLES EN EL CONTEXTO AMAZÓNICO

Alessandra Valle Salino¹, Glaucia Maria de Araújo Ribeiro²

DOI: 10.54899/dcs.v22i84.3083

Recibido: 11/07/2025 | Aceptado: 11/07/2025 | Publicación en línea: 07/11/2025.

RESUMO

Diante do avanço crescente da prevalência dos transtornos mentais associados às substâncias psicoativas. O estudo analisa o retrocesso institucional e a ameaça à Reforma Psiquiátrica das políticas de regulação e fiscalização relacionadas à saúde mental no Brasil sob o enfoque do estigma da vulnerabilidade, especialmente, no contexto da Amazônia. Utilizando os últimos estudos e publicações sobre o assunto, além de situar a temática na realidade amazônica e sobre a configuração da Rede de Atenção Psicossocial da capital do Amazonas. Com destaque para a invisibilização política desta região estando em curso um processo sistêmico de espoliação e violência institucionalizada que transforma a floresta e seus povos em mercadoria, submetendo-os a um modelo que ignora sua existência e nega seus direitos fundamentais, tornando-os aprisionados deste famigerado cenário. Revelou-se que a atenção à saúde mental no Amazonas, particularmente em Manaus, está claramente subdimensionada – sobretudo de CAPS – comprometendo a qualidade da assistência, havendo necessidade do fortalecimento da RAPS a fim de promover uma assistência psicossocial justa, eficaz e equânime. Agravada pela carência de profissionais qualificados, dificuldades logísticas e geográficas, desigualdade no acesso entre zonas urbanas e rurais e pouco interesse político local para as questões na área da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Vulnerabilidade Social. Vulnerabilidade em Saúde. Saúde Pública. Amazônia.

ABSTRACT

In view of the growing prevalence of mental disorders associated with psychoactive substances. The study analyzes the institutional setback and the threat to the Psychiatric Reform of regulation and inspection policies related to mental health in Brazil from the perspective of the stigma of vulnerability, especially in the context of the Amazon. Using the latest studies and publications on the subject, in addition to situating the theme in the Amazonian reality and on the configuration

¹ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: asalino@uea.edu.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1824-5685>

² Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: gribeiro@uea.edu.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0695-5257>

of the Psychosocial Care Network in the capital of Amazonas. Highlighting the political invisibility of this region, with an ongoing systemic process of dispossession and institutionalized violence that transforms the forest and its peoples into merchandise, subjecting them to a model that ignores their existence and denies their fundamental rights, making them imprisoned in this infamous scenario. It was revealed that mental health care in Amazonas, particularly in Manaus, is clearly undersized – especially in CAPS – compromising the quality of care, and there is a need to strengthen RAPS in order to promote fair, effective and equitable psychosocial care. This is aggravated by the lack of qualified professionals, logistical and geographical difficulties, inequality in access between urban and rural areas, and little local political interest in mental health issues.

Keywords: Mental Health. Social Vulnerability. Health Vulnerability. Public Health. Amazon.

RESUMEN

Ante la creciente prevalencia de trastornos mentales asociados a sustancias psicoactivas. El estudio analiza el retroceso institucional y la amenaza a la Reforma Psiquiátrica de las políticas de regulación e inspección relacionadas con la salud mental en Brasil desde la perspectiva del estigma de la vulnerabilidad, especialmente en el contexto de la Amazonía. Utilizando los últimos estudios y publicaciones sobre el tema, además de situar el tema en la realidad amazónica y en la configuración de la Red de Atención Psicosocial en la capital de Amazonas. Evidenciando la invisibilización política de esta región, con un proceso sistémico en curso de despojo y violencia institucionalizada que transforma al bosque y a sus pueblos en mercancía, sometiéndolos a un modelo que desconoce su existencia y niega sus derechos fundamentales, encarcelándolos en este infame escenario. Se reveló que la atención a la salud mental en Amazonas, particularmente en Manaus, está claramente infradimensionada – especialmente en CAPS – comprometiendo la calidad de la atención, y existe la necesidad de fortalecer el RAPS para promover una atención psicosocial justa, efectiva y equitativa. Esto se ve agravado por la falta de profesionales calificados, las dificultades logísticas y geográficas, la desigualdad en el acceso entre las zonas urbanas y rurales, y el poco interés político local en los temas de salud mental.

Palabras clave: Salud Mental. Vulnerabilidad Social. Vulnerabilidad em Salud. Salud Pública. Amazonía.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os transtornos mentais e relacionados a substâncias psicoativas são altamente prevalentes, além de causas importantes de morbidade, incapacidade e mortalidade prematura. Posto que, no mundo, 2,6 milhões de mortes anuais podem ser atribuídas ao consumo de álcool, representando 4,7% de todas as mortes, enquanto 0,6 milhão

de mortes anuais estão relacionadas ao uso de drogas psicoativas. No Brasil a situação é semelhante, 5,5% de todos os óbitos foram imputados ao consumo de álcool. O estigma, a exclusão social e a discriminação dos usuários de substâncias químicas agravam a conjuntura mundial e contribuem para lacunas nos serviços de saúde (Brasil, 2024; Organização Mundial da Saúde, 2024).

O conceito de vulnerabilidade em saúde foi ampliado, ações simplesmente biomédicas não são suficientes para atender as complexidades dos processos de adoecimento mental da população na sociedade contemporânea (Mancilha & Covic, 2024).

Segundo Silva *et al.*, (2014) nas questões relacionadas ao abuso de drogas:

“a vulnerabilidade impacta os indivíduos, a rede social e o território; a cada um, esse abuso promove vulnerabilidades diversas e singulares nos campos biológico, psicológico e social, manifestadas como sintomas clínicos, processos patológicos, comorbidades, problemas comportamentais, déficits pessoais e relacionais, rupturas e perdas familiares, problemas legais, dificuldades financeiras, perda de emprego, comportamentos sexuais de risco, situações de violência, descompromissos com o cotidiano de atividades e perda de referencial social de moradia, entre outros” (Silva *et al.*, 2014, p. 148).

Por conseguinte, o cuidado voltado a saúde mental relacionada ao uso de substâncias psicoativas impõe a necessidade de abordagens integradas devido a interconexão dos diversos fatores envolvidos, sendo dever do poder público a criação de políticas que abordem todos os seus determinantes.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é pautada no respeito aos direitos humanos, na busca pela autonomia e liberdade das pessoas, na promoção da equidade, na garantia do acesso e da qualidade a serviços que ofereçam cuidado integral, da assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, da diversificação das estratégias de cuidado realizado sobretudo no território, e do favorecimento da inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania (Garcia, 2022). Apesar disso, tem muito que avançar no que diz respeito ao financiamento público e na qualificação e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no país.

No Amazonas, a Reforma Psiquiátrica enfrenta obstáculos significativos a falta de infraestrutura adequada e limitação de recursos humanos e financeiros são agravadas pelo desinteresse político e estratégico (Navarro *et al.*, 2024).

Com o propósito de analisar o retrocesso institucional e ameaça à reforma psiquiátrica das políticas de regulação e fiscalização, na primeira sessão serão descritos os últimos estudos e

matérias nacionais sobre a temática da saúde mental envolvendo o uso de drogas, no intuito de contextualizar e chamar a atenção para o cenário brasileiro atual. Em seguida, a abordagem é focada no estigma da vulnerabilidade dos dependentes químicos no contexto amazônico demonstrando a fragilidade institucional, a invisibilização política desta região estando em curso um processo sistêmico de espoliação e violência institucionalizada que transforma a floresta e seus povos em mercadoria, submetendo-os a um modelo que ignora sua existência e nega seus direitos fundamentais, tornando-os aprisionados deste famigerado cenário.

CENÁRIO ATUAL: SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DEMAIS DROGAS NO BRASIL

O último Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD), realizado em 2015–2016, fruto da parceria entre Fiocruz e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), incluiu aproximadamente 20.000 pessoas, de 12 a 65 anos, de todo o país, inclusive das áreas rurais e fronteiriças. A pesquisa apresenta um escopo abrangente com questões relacionadas especificamente ao uso/dependência de diversas substâncias³ e outras que abordam aspectos do tratamento; percepção sobre o risco do uso de drogas e opinião sobre as políticas públicas (álcool e tabaco); consequências relacionadas a violência (perpetrada ou sofrida) e ao trânsito; e informações sociodemográficas e de saúde (Brasil, 2017). Os principais resultados serão descritos na Figura 1, a seguir.

³ Como: tabaco (cigarro industrializado, cigarro de cravo ou Bali, de palha ou enrolado à mão, charuto, cigarrilha, cachimbo e narguilé, tabaco de mascar, aspirar ou rapé), álcool, cocaína, maconha, haxixe ou skank, crack, solventes, ecstasy/MDMA, LSD, ayahuasca, quetamina, heroína, tranquilizantes benzodiazepínicos, esteroides anabolizantes, sedativos barbitúricos, estimulantes, anfetamínicos, analgésicos opiáceos, anticolinérgicos e múltiplas substâncias (Brasil, 2017).

Figura 1

Perfil do uso de drogas da população brasileira de 12 a 65 anos, 2017.

Uso de drogas lícitas	Álcool	População em geral: Ao menos 1 vez na vida – 66,4% Últimos 12 meses – 43,1% Últimos 30 dias – 30,1% ≥ 6 doses em uma sessão – 16,5% Homens: 74,3% (1 vez na vida) 38,8% (últimos 30 dias)	Faixas etárias: * 25 a 34 anos – 38,2% (1 vez na vida) * 18 a 24 anos – 35,1% (1 vez na vida) * < de 18 anos: – 34,3% (1 vez na vida) – 22,2% (último ano) – 8,8% (últimos 30 dias) – 5,0% (≥ 6 doses/uma sessão) Início de consumo: Homens – 17,1 anos Mulheres – 15,7 anos
	Tabaco	População em geral: * Algum produto de tabaco – 17,3% (últimos 12 meses) * Cigarro industrializado: – 33,5% (ao menos 1 vez na vida) – 15,4% (últimos 12 meses) – 13,6% (últimos 30 dias) Homens: 38,9% (1 vez na vida) 16,2% (últimos 30 dias)	Faixas etárias: * 45 a 54 anos – 19,5% (últimos 30 dias) * 55 a 64 anos – 17,8% (últimos 30 dias) * < de 18 anos: – 6,3% (1 vez na vida) – 3,8% (último ano) – 2,4% (últimos 30 dias) Início de consumo: Homens – 15,1 anos Mulheres – 14,9 anos
	Medicamentos não prescritos	População em geral: Ao menos 1 vez na vida: 8,4% *benzodiazepínicos – 3,9% *opioides – 2,9% *anfetaminas – 1,4% Mulheres: 4,0% (últimos 12 meses) 1,5% (últimos 30 dias) Homens: 2,0% (últimos 12 meses) 0,7% (últimos 30 dias)	Faixas etárias (últimos 30 dias): * 35 a 44 anos – 1,6% * 45 a 54 anos – 1,2% * 55 a 64 anos – 1,2% Início de consumo: Homens – 19,8 anos Mulheres – 24,2 anos
	Utilização combinada	álcool + tabaco – 11,7 %; álcool + algum medicamento não prescrito – 1,5%	
Uso de drogas ilícitas	População em geral: Ao menos 1 vez na vida: 9,9% *maconha/haxixe/skank – 7,7% *cocaína – 3,1% * solventes – 2,8% *crack – 0,9% Últimos 12 meses: 3,2% *maconha/haxixe/skank – 2,5% *cocaína – 0,9%	Utilização combinada: (último ano) 1 droga ilícita + álcool – 2,6 % maconha + tabaco – 0,7% maconha + cocaína – 0,2% maconha + crack – 0,2% Homens: 15,0% (últimos 12 meses) 5,2% (últimos 30 dias)	Faixas etárias: Últimos 12 meses: * 18 a 24 anos – 7,4% * 25 a 34 anos – 4,8% * 35 a 44 anos – 2,2% Últimos 30 dias: * 18 a 24 anos – 3,9% * 25 a 34 anos – 2,7% * 35 a 44 anos – 1,2%

	*crack – 0,3% Últimos 30 dias: 1,7% *maconha/haxixe/skank – 1,5% *cocaína – 0,3% *crack – 0,1%	Mulheres: 5,0% (últimos 12 meses) 1,5% (últimos 30 dias)	Início de consumo: Homens e mulheres – 16,6 anos
--	--	--	---

O III LNUD demonstrou que uma parcela expressiva da população brasileira (66,4%) usou álcool alguma vez na vida, na maioria homens (74,3%) e jovens adultos (25 a 34 anos - 38,2% e 18 a 24 anos - 35,1%). Cabe evidenciar, as médias de idade do início do consumo encontradas para homens - 15,7 anos e mulheres - 17,1 anos, embora haja proibição para o uso de álcool por menores de 18 anos. Mesmo com a proibição legal, quase sete milhões (34,3%) de brasileiros menores de idade informaram terem consumido álcool na vida, 22,2% consumiram nos últimos 12 meses, 8,8% nos últimos 30 dias e 5,0% (um milhão de adolescentes) usaram mais de seis doses em uma sessão. A dependência do álcool foi verificada em 3,5% (2,3 milhões) das pessoas que usaram no último ano. O relatório indica chance maior de dependência entre aqueles que iniciam o consumo do álcool mais precocemente.

Com relação ao tabaco, 17,3% da população brasileira pesquisada (26,4 milhões) consumiu algum produto do tabaco nos últimos 12 meses antes da pesquisa, sendo o cigarro industrializado o mais consumido por cerca de 23,5 milhões pessoas (15,4%), na maioria por homens entre 45 e 54 anos e 55 a 64 anos e com a mesma média de idade do início do consumo (15 anos) entre os sexos. Destaca-se que 23,5% dos indivíduos que usaram o cigarro industrializado nos 30 dias que antecederam a pesquisa, apresentaram grau de dependência de nicotina elevado ou muito elevado, o que representa aproximadamente 4,9 milhões de brasileiros (3,2% da população de 12 a 65 anos pesquisada). E a dependência entre os homens foi duas vezes maior do que nas mulheres.

Na perspectiva das classes de medicamentos não prescritos, 8,4% dos brasileiros usaram algum tipo de medicamento sem prescrição na vida. Os mais usados foram os benzodiazepínicos (3,9%), seguido pelos opioides (2,9%) e anfetaminas (1,4%). Entre os sexos, as mulheres usaram mais medicamentos que os homens nos períodos de 12 meses e 30 dias anteriores a pesquisa. A faixa etária mais prevalente foi a de 35 a 44 anos e os homens iniciaram o consumo mais cedo (19,8 anos) que as mulheres (24,2 anos).

Quanto ao uso das drogas ilícitas, 3,2% dos brasileiros usaram drogas nos últimos 12 meses, sendo a maconha/haxixe/Skank (2,5%) mais frequente em todos os períodos estudados,

seguida pela cocaína (0,9%) e crack (0,3%), sendo mais consumidas entre os homens (5,0%) do que pelas mulheres (1,5%), entre os jovens de 18 a 24 anos (7,4%) e com início do consumo aos 16,6 anos em ambos os sexos. E 13,6% dos brasileiros (1,2 milhões) que consumiram drogas no último ano, sem ser álcool ou tabaco, são dependentes.

A pesquisa revelou a prevalência do uso combinado de drogas entre os brasileiros, onde as mais frequentes foram, álcool e tabaco (11,7%), álcool com uma droga ilícita (2,6%) e álcool com um medicamento não prescrito (1,5%). E destaca o álcool como porta de entrada para outras drogas. Interessante notar que o álcool está dentre as três maiores prevalências de uso combinado e mesmo sendo uma droga lícita pode ser gatilho para o uso de outras substâncias ilícitas.

Outras informações relevantes apontadas no III LNUD, a saber: indivíduos sem ocupação formal apresentaram maior risco de uso problemático de álcool; hipertensão, diabetes e ansiedade foram comorbidades associadas ao uso pesado de álcool; e entre os meses de junho/19 e 06/20, ocorreram 51.004 internações por álcool, 38% concentradas no Sudeste (Brasil, 2017).

O consumo de drogas ilícitas entre jovens é interpretado como reflexo de mudanças socioeconômicas e culturais, e o acesso precoce entre jovens (12–14 anos) é preocupante. Há de se planejar intervenções breves na atenção primária, especialmente para o abuso de álcool, conforme recomendações da OMS, assim como, o monitoramento dos impactos das hospitalizações e comorbidades no SUS e políticas de atenção integrada para prevenção e redução de danos baseadas em dados robustos, junto a vigilância epidemiológica (Brasil, 2017).

Um outro aspecto a ser enfatizado, apenas uma pequena parcela de usuários de drogas - 1,4% (1,6 milhões de brasileiros), informou ter recebido tratamento, em comparação aos 8,4 milhões de dependentes de drogas, destes - 2,3 milhões de álcool; 4,9 milhões de nicotina; e 1,2 milhões de outras substâncias. E a substância que mais motivou a busca por tratamento foi o álcool (0,61%); seguido pelo tabaco (0,57%); cocaína (0,31%); crack (0,24%); e maconha (0,19%). As comunidades terapêuticas/fazendas (0,61%) foram o tipo de serviço mais procurado e em sequência pela internação, em unidade de acolhimento/CAT/albergue/casa vida (0,31%); CAPS AD (0,24%); consultório de rua (0,04%); hospital de emergência (0,03%); e consultório/clínica particular (0,02%).

A respeito das consequências de violência associadas ao uso de álcool e substâncias ilícitas, a mais reportada, nos últimos 12 meses, foi discutir com alguém: 4,4 milhões de pessoas (2,9%) - álcool 565 mil (0,4%) – drogas ilícitas, cometido na maioria pelos homens do que pelas mulheres, tanto com álcool (3,9%) quanto drogas ilícitas (0,6%); 2,0% e 0,2%, respectivamente.

Sobre agressão ou ferimento a alguém sob efeito de álcool ou drogas foram: 854 mil por álcool (0,6%) e 257 mil por drogas ilícitas (0,2%). Também realizada mais pelos homens (0,7% com álcool e 0,3% com ilícitas) quando comparado as mulheres (0,5% com álcool e 0,1% com ilícitas). Mantendo os homens representando, em todos os tipos de violência, maior risco agressivo sob substâncias. E o álcool sendo a droga substancialmente mais prevalente em todas as categorias.

Os resultados do III LNUD revelam, que se fazem necessárias ações educativas potentes voltadas para adolescentes e jovens adultos a fim de prevenir a dependência física e psíquica de álcool, tabaco e drogas ilícitas. E estratégias de prevenção à violência e ao uso de substâncias devem ser prioritariamente focadas em homens jovens, sobretudo para o álcool. Assim como, o planejamento de políticas e programas que visem a redução das consequências do uso nocivo de substâncias.

Neste sentido, o Relatório “Saúde Mental em Dados”, trata da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através de uma análise crítica sobre a expansão e qualificação da Rede, servindo como material de apoio para o planejamento, monitoramento e acompanhamento de metas para as políticas de saúde mental no Brasil (Brasil, 2024).

O documento destaca que houve expansão e qualificação da RAPS com crescimento consistente até 2016, seguido por desaceleração a partir de então, servindo como sinal de alerta, onde a retomada tem que ser vista como um propósito concreto para políticas públicas. A ampliação de serviços e habilitação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e leitos em hospitais gerais ocorreu até 2022. Reforçam o compromisso de reconstruir políticas públicas de saúde mental, alinhando-se aos princípios da Reforma Psiquiátrica de cuidar em liberdade e desinstitucionalização. E evidenciam a importância de políticas sensíveis aos determinantes sociais, não só pela interdependência entre saúde mental e vulnerabilidade, mas também vista sob a ótica da sensibilidade das complexas interseccionalidades de raça, etnia, gênero, classe social, idade e região, dentre outras, com urgência na tomada de decisões voltadas para uma abordagem integral e intersetorial. Pôr fim ressaltam a relevância da informação como ferramenta de gestão sustentando a transparência e como alicerce para políticas eficazes.

Em consonância ao contexto, o evento “Diálogo de Alto Nível: Política sobre Álcool e Outras Drogas, Saúde e Direitos Humanos”⁴, realizado com o propósito de buscar avanços

⁴ Evento realizado em fevereiro de 2025, pelo MS em parceria estratégica com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) com painéis temáticos, mesas-redondas e participação de gestores federais, estaduais, municipais, sociedade civil e internacionais.

concretos para as políticas públicas voltadas para o álcool e outras drogas apresenta no seu relatório final uma síntese estratégica para orientar políticas públicas integradas com base nos direitos humanos, onde os temas centrais gravitam sobre: (a) abordagem de saúde pública priorizando a redução de danos e atenção integrada em substituição a visões punitivas; (b) proteção aos direitos humanos com reforço de diretrizes que proíbem violações como internação compulsória, discriminação por gênero/orientação sexual, e restrições inadequadas a direitos civis (visitas, correspondência, expressão de fé, etc.); (c) recomendações de políticas; (d) ampliação do acesso à serviços com base em evidências clínicas e avaliação dos impactos das políticas de redução de danos; (d) fomento ao diálogo intersetorial (saúde, justiça, educação, assistência social) e participação ativa da comunidade e usuários; (e) compromissos pactuados, onde ratifica o fortalecimento dos sistemas de vigilância de dados, formação de profissionais e monitoramento das instituições, garantindo transparência e responsabilidade (Brasil, 2025a).

Ademais, faz menção ao impacto do uso de álcool e outras drogas na sociedade como um dos maiores desafios da saúde pública global, incluído nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) sendo uma agenda importante para alcançar o recomendado pela meta 3.5 “reforçar a prevenção e o tratamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool” (Brasil, 2005a).

Assim, declaram como principais pontos: a rejeição de abordagens unilaterais, onde a repressão e estigmatização não resolvem o problema e agravam vulnerabilidades; a promoção da dignidade humana, com apoio à reintegração social e recuperação com respeito à autonomia pessoal; o empoderamento comunitário, reconhecendo o valor das redes de convivência, da participação ativa e das práticas culturais na prevenção e retomada de vínculos; a garantia institucional com defesa ao acesso irrestrito à justiça, à assistência jurídica, à educação e à saúde como elementos essenciais da dignidade. Além do mais, o encontro possibilitou aprimorar propostas sobre cuidado e fortalecimento da RAPS, garantindo respostas mais eficazes e inclusivas às necessidades da população (Brasil, 2025a).

Por fim, o relatório final não apenas propõe avançar nas políticas de álcool e outras drogas, mas reinventa-as como questão central de saúde pública e direitos humanos, em conformidade com instrumentos internacionais como a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e pactos da ONU. A reafirmação de direitos fundamentais — à saúde, autonomia, igualdade, privacidade, participação — reposiciona o usuário não como objeto de tutela moral ou repressiva, mas como sujeito de direitos. Isso reforça um compromisso com abordagens integradas, centradas

no ser humano e baseadas em evidências e dignidade - fundamentais para Estado brasileiro democrático, laico e protetor dos direitos.

O ESTIGMA DA VULNERABILIDADE DOS DEPENDENTES QUÍMICOS NO CONTEXTO AMAZÔNICO

A análise da vulnerabilidade dos dependentes químicos à luz da perversidade, conforme elaborada pela psicanalista e historiadora Elisabeth Roudinesco (2008), exige uma articulação cuidadosa entre os aspectos clínicos, culturais e os direitos humanos. A autora propõe uma leitura crítica e historicizada do conceito de perversão, que pode ser um instrumento potente para refletir sobre como a sociedade trata — ou estigmatiza — sujeitos considerados desviantes, como os usuários de substâncias psicoativas (SPAs).

Para Roudinesco (2008), a perversão não é somente um desvio sexual, como em definições simplistas. É um construto histórico e psicanalítico que define práticas ou sujeitos que recusam os limites da lei simbólica, ou seja, da ordem social e cultural que estabelece interdições e a noção de alteridade. O perverso, nessa estrutura, nega a castração simbólica, tentando impor uma lógica de domínio absoluto sobre o outro — muitas vezes utilizando o outro como objeto de manipulação, sem empatia ou reconhecimento de sua subjetividade.

Diante desta premissa conceitual indaga-se se o dependente químico é vulnerável ou perverso? Roudinesco (2008), não define o dependente químico como perverso. Pelo contrário, a estrutura de funcionamento psíquico da dependência é mais frequentemente associada à neurose, psicose ou estados-limite do que à perversão. Sua produção concentra-se mais em história da psicanálise (Freud, Lacan), perversão e estruturas clínicas, identidades, sexualidade e violência.

Contudo, o que pode ser analisado como perverso não é o cidadão, mas a forma como ele é tratado pela sociedade e pelas instituições. As políticas públicas que negam sua subjetividade, impõem condutas punitivas, moralistas ou reclusivas. A lógica que nega sua autonomia, impedindo sua capacidade de escolha e participação no próprio tratamento. Sob esse ponto de vista, podemos dizer que o perverso é o sistema que se recusa a reconhecer a alteridade do sujeito, impondo sobre ele castigos, exclusões ou “cura forçada”, muitas vezes travestidos de cuidado.

Roudinesco (2008), alerta para o que se pode chamar de perversão institucional: um modo de funcionamento social em que estruturas (religiosas, estatais, jurídicas ou terapêuticas) tratam

os indivíduos como objetos a serem corrigidos, moralizados ou silenciados.

Em sucinta análise e já traçando um paralelo, isso se manifesta na realidade dos dependentes químicos quando são internados compulsoriamente, sem direito de escolha ou sem apoio psicossocial adequado, são forçados a aderir a práticas religiosas, independentemente de sua crença, têm sua vida sexual, liberdade e comunicação limitadas, como em muitas comunidades terapêuticas, são reduzidos à condição de “viciado”, desumanizados, e afastados da cidadania plena, conforme constata Salino e Ribeiro (2025). Nesse caso, o funcionamento perverso é do dispositivo de exclusão e de disciplina social, que reduz o outro à condição de corpos moldados e domados pelo saber médico, pela lei simbólica e por regimes políticos, constituindo uma normatização institucional.

“Nos campos, com efeito, todas as componentes de um gozo do mal completamente estatizado ou normalizado estavam presentes sob formas diversas: escravidão, torturas psíquicas e corporais, tonsura dos cabelos, afogamento, estrangulamento, assassinato, eletrocução, humilhação, aviltamento, estupros, sevícias, degradações, vivisseção, tatuagens, desnutrição, violências sexuais, proxenetismo, experimentos médicos, devoramento por cães etc.” (Roudinesco, 2008, s/n.).

Para Roudinesco, o sujeito “perverso” é aquele que não reconhece o desejo do outro, o que pode ser transposto para as instituições. Nesse contexto, a vulnerabilidade é como efeito da negação da subjetividade. Não os consideram sujeitos de direitos. Os forçam à adesão a normas sem espaço para o conflito, o desejo ou a autonomia:

“É efetivamente a partir do acontecimento de Auschwitz que todos esses autores — Adorno, Horkheimer, Foucault, Arendt, Lacan e muito outros mais — tentavam, cada um à sua maneira, detectar uma nova forma de perversão derivada tanto de uma autodestruição da razão quanto de uma metamorfose bem particular da relação com a Lei que autorizara homens aparentemente comuns a cometer, em nome da obediência a uma norma, o crime mais monstruoso de toda a história do gênero humano” (Roudinesco, 2008, s/n.).

Nobert Elias (1994, p.33), justifica que o ser humano “não apenas é suscetível de ser ajustado para se comunicar com outros de sua espécie, como também, por natureza, precisa desse ajustamento por outras pessoas, do ajustamento social, para se tornar humano no sentido pleno da palavra”.

As transformações sociais estruturais surgem a partir das tensões internas entre grupos funcionais interdependentes. Mesmo nas sociedades mais simples, há uma divisão funcional das

atividades entre as pessoas. À medida que essa divisão se aprofunda e as interações aumentam, cresce também a interdependência entre os indivíduos e grupos sociais, de modo que nenhum consegue manter sua existência isoladamente. No entanto, essa interdependência pode gerar desigualdades de poder, como o uso da violência ou da coerção por parte de alguns grupos para explorar ou subjugar outros. Essas tensões, inerentes à estrutura funcional da sociedade, variam em intensidade e forma, mas possuem uma lógica clara e descritível. Quando atingem certos níveis, essas tensões funcionam como motores internos de mudança, provocando transformações nas instituições e nos padrões de convivência, sem necessidade de causas externas. Ou seja, as mudanças sociais são impulsionadas pelas contradições e conflitos gerados no interior da própria rede de interdependência social (Elias, 1994).

Essas estruturas sociais não ficaram imunes às instituições sociais. A violação dos direitos humanos acompanha a história da humanidade e já na década de 1960, a OMS demonstra preocupação e indica mudanças nas nomenclaturas adequando linguagem na área de saúde mental, de quem tem transtorno por uso de substâncias. Sob esta ótica, o aspecto que se leva em consideração é a não perpetuação da violência e estigmatização embutidos nos termos utilizados pela comunidade de modo geral. Não se trata de se empregar somente a denominação politicamente correta, mas também empregar as palavras que remeta à ideia de combater o preconceito e não apenas mascará-lo nos contextos sociais, tais como “alcoólatra” substituído por “dependência de álcool”, “abuso de drogas” e “transtorno por uso de substâncias” foram suprimidas devido a noção de “abuso” indicar ações de punição e culpabilização (Chagas *et al.*, 2021).

Padronizações e reproduções (acríticas) devem considerar expressões apropriadas à área de álcool e outras drogas devido a dinâmica da linguagem. Por exemplo, “adequação da linguagem na área de saúde mental não se deve meramente ao politicamente correto, pois esta expressão remete a palavras que são utilizadas em contextos sociais apenas para mascarar o preconceito, e não para combatê-lo” (Chagas *et al.*, 2021).

No Brasil, a partir da vigência da Lei n. 11.343/2006 (Lei das Drogas), há um processo legislativo de deslocamento do usuário de drogas para o sistema de saúde exibindo:

“dois modelos principais de controle social: o primeiro, de caráter punitivo e criminalizador, dirigido aos comerciantes de drogas, que culminou no aumento da pena mínima para o crime de tráfico de drogas; e o segundo, de caráter médico-social-preventivo, voltado aos usuários, que culminou no fim da pena de prisão e da multa para eles” (Campos, 2018, p. 32/33).

Com isso, a Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e estabelece normas sobre a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, além de tratar da repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Sua efetividade não atinge resultado esperado e seus pontos críticos e controvérsias apresentam: (i) Ambiguidade entre “usuário” e “traficante”, visto que a lei não define quantitativamente o que caracteriza o uso pessoal, deixando a critério do juiz/polícia, o que abre margem para arbitrariedades e injustiças; (ii) Superencarceramento descrito na parte penal (Art. 33) contribuiu para o aumento da população carcerária, especialmente de jovens negros e pobres por crimes não violentos relacionados ao tráfico; (iii) Enfoque insuficiente na saúde, pois embora traga diretrizes de tratamento, a prática tem sido mais repressiva do que de saúde pública, com pouca articulação real entre os setores de saúde, assistência e segurança. Repete-se, desta feita, o incremento do paradigma proibicionista adotado ao longo do século XX repercutindo no decorrer deste século XXI (Fiore, 2018).

Mas avanços se constata. “Por exemplo, é cada vez menos aceitável limitar os impactos relacionados à proibição de uma substância como a maconha, na saúde pública, unicamente ao universo de seus usuários” (Fiore, 2018, p.49). Além de critérios políticos quanto à viabilidade da implementação de uma política pública, seus custos financeiros e burocráticos, outros fatores são mais difíceis de se mensurar porque além de peso político há uma característica social profunda, tal como “a proteção de crianças e de adolescentes e a redução de crimes violentos” (Fiore, 2018, p.50). Tais critérios são interpretados com ampla subjetividade a depender do ângulo que se está analisando o fenômeno.

Se aplicamos valores sociais na política sobre o álcool veremos as vicissitudes entre Estado e sociedade. Tomemos como ilustração a interação entre indivíduos que demonstram forte rejeição ao consumo de bebidas alcoólicas e amplos segmentos da população que fazem uso regular dessa substância será igualmente impactada pelas políticas de drogas. Isso exige abordagens específicas que, ao mesmo tempo em que visem à redução dos múltiplos danos associados ao álcool, evitem fomentar a estigmatização e a intolerância em relação aos seus usuários. “Além disso, há fatores econômicos e sociais envolvidos, o que impede que, para cada um desses critérios, consiga-se um ‘ótimo’ de soma zero. Chega-se, contudo, a opções políticas que implicarão custos a cada ganho alcançado” (Fiore, 2018, p.50).

Reconhecer essas fragilidades da política pública sobre drogas não fragilizam a mesma, e sim podem reforçar sua efetividade, a exemplo da cannabis (maconha), hoje já liberada seu uso

em vários países, no Brasil se vislumbra seu consumo liberado para fins medicinais⁵.

Numa primeira visão, a política sobre drogas deve ser despida de uma perspectiva conceitual simplista das que são permitidas daquelas que são proibidas. Em segundo plano, a trajetória do modelo proibicionista revela, como tantas outras políticas públicas estatais, uma apropriação assimétrica dos espaços de deliberação por distintos grupos sociais, ainda que sob a aparência de representação democrática. Com isso, os efeitos das políticas de drogas são julgados por lentes que refletem desigualdades profundas de poder político. O exemplo mais contundente dessa disparidade é a naturalização da morte violenta e do encarceramento precoce de moradores de áreas periféricas e empobrecidas, frequentemente sob o pretexto da repressão ao tráfico ou sob o domínio arbitrário das forças que o controlam. Embora a redução dos danos associados ao uso de substâncias ilícitas seja um imperativo inegável, a urgência por revisar o atual modelo certamente teria outra ressonância se os corpos atingidos fossem brancos e oriundos das classes média e alta (Fiore, 2018).

A Amazônia não foge a esse contexto violento por meio do avanço da economia ilícita sobre a floresta. O avanço do álcool e de outras drogas nas comunidades amazônicas não é um fenômeno isolado, mas consequência da quebra dos vínculos comunitários, do trauma social prolongado e do abandono das políticas públicas de cuidado em saúde mental. Logo, o uso de substâncias se torna tanto fuga quanto forma de resistência silenciosa ao sofrimento imposto, embora muitas vezes resulte em aprisionamento e invisibilidade ainda maiores. O que resulta no adoecimento coletivo dessas populações, frequentemente empurradas para situações de sofrimento mental, abuso de substâncias e desagregação comunitária, criando um ciclo de dependência e vulnerabilidade que favorece a permanência do modelo de dominação.

No âmbito do estado do Amazonas, em 2007, é sancionada a Lei em Saúde Mental n. 3.177, tendo sido criado o primeiro CAPS⁶ (tipo III), em 2006, na cidade de Manaus e outros dois em Parintins e Tefé (tipo II) até 2008 (Ribeiro, 2024, p.74).

Já no ano de 2010 foi descrito que “o pequeno número de profissionais habilitados para atuar em saúde mental é um dos problemas mais graves que Manaus enfrenta. Os recursos humanos insuficientes também têm implicações na qualidade do serviço oferecido pelo CAPS” (Colombarolli *et al.*, 2010).

⁵ SAIBA O QUE ACONTECE APÓS STJ LIBERAR CULTIVO DE CANNABIS MEDICINAL. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/saiba-o-que-acontece-apos-stj-liberar-cultivo-de-cannabis-medicinal/>

⁶ CAPS tipo I: atende municípios com até 70 mil habitantes; CAPS tipo II: atende municípios com até 200 mil habitantes; CAPS tipo III: atende municípios com mais de 200 mil habitantes.

Os retrocessos da Reforma Psiquiátrica repercutem em toda dimensão nacional. A contrarreforma psiquiátrica, a partir de 2016, mais precisamente, contam-se:

“a defesa da eletroconvulsoterapia (ECT); a inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS e o ajuste do valor da Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), com o consequente redirecionamentos dos recursos financeiros dos serviços comunitários para o hospital psiquiátrico; o desenvolvimento de uma política de drogas baseada na abstinência e nas internações nas comunidades terapêuticas; ambulatorios especializados para quadros menos graves em detrimento do matriciamento das equipes da saúde da família; privatização dos serviços e reanimação do modelo biomédico. Destarte, mediante uma série de portarias e alianças com setores estratégicos da cena política e civil, as forças da contrarreforma já não apenas retardam o processo de desinstitucionalização como o fazem recuar” (Mezza & Torrenté, 2020, p. 246).

No Amazonas o panorama não foge à regra. A insistência “de uma lógica de cuidado predominantemente ambulatorial, centrada em hospitais e consultas esporádicas, em detrimento de um modelo que priorize a inclusão social, a reabilitação psicossocial e o cuidado em rede” permanece nos dias atuais “agravada pelo desinteresse político e estratégico dos gestores, enquanto os CAPS enfrentam desafios relacionados à falta de recursos e às especificidades regionais, dificultando a superação do estigma social e a construção de práticas inclusivas que promovam autonomia e reintegração” (Navarro et al., 2025, p. 3/4).

O modelo de cuidado centrado na prática hospitalar/ambulatorial se perpetua no Amazonas e em sua capital. Em 2014, o Ministério Público do Estado do Amazonas (MPAM) em parceria com o Ministério Público Federal/AM (MPF/AM) impetram Ação Civil Pública (ACP)⁷ contra o estado do Amazonas, cujo objeto abrange não somente a forma e o modelo de tratamento dos que padecem de transtorno mental, mas também a precariedade do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER). Mais à frente, Ribeiro (2024), descreve a fragilidade da gestão pública nos cuidados humanos:

“Já o Plano Estadual de Saúde do Amazonas (2020-2023) dispõe que **“de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde o Estado do Amazonas apresenta cobertura em saúde mental regular, baixa, insuficiente ou crítica”**, reconhecendo a precariedade na área da saúde mental.

Em Setembro/2017 o MPF, o MPAM e o Ministério Público de Contas do Tribunal de Contas do Estado do Amazonas (MPC/TCE) realizaram inspeção no CPER resultando na ACP n. 785-09.2014.4.3200152, em trâmite na 1ª Vara Federal do Amazonas, cujo objeto se relaciona diretamente com saúde mental no Estado” (Ribeiro, 2024, p.77, grifamos)

⁷ INSPEÇÃO DO CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO (CPER)/ACP N. 785-09.2014.4.3200.

Em Manaus, a RAPS é composta por cinco CAPS e dez Unidades de Saúde (que ofertam acompanhamento psicológico)⁸ para assistir aproximadamente 2,064 milhões de habitantes (Brasil, 2022; Manaus, 2025). Ou seja, um estabelecimento de saúde para 137 mil habitantes e um CAPS para 343 mil pessoas, revelando uma cobertura muito limitada, dificultando o acesso (principalmente em áreas mais vulneráveis e em situações de crise e de acompanhamento contínuo); sobrecarregando a rede; e comprometendo a capacidade de acolhimento, a continuidade terapêutica, o tratamento integral e o cuidado em liberdade, pilares da Reforma Psiquiátrica.

CONCLUSÃO

O objeto em análise revela um panorama crítico e multifacetado da questão do uso de substâncias psicoativas no Brasil — estruturado sobre um tripé de desafios: alta prevalência de consumo e dependência, fragilidade nas respostas públicas, e violação de direitos humanos no tratamento dos usuários indicando a falência das políticas de regulação e fiscalização. A cobertura assistencial é baixa, e os serviços mais procurados são as comunidades terapêuticas, instituições que muitas vezes operam fora da lógica da Reforma Psiquiátrica, priorizando isolamento, disciplina moral e, por vezes, práticas coercitivas.

A rejeição da abordagem punitiva e estigmatizante, e a defesa de práticas como redução de danos, acesso ampliado a tratamento baseado em evidências, participação social e intersetorialidade, são medidas indispensáveis para a reconstrução de um sistema justo, eficaz e digno.

Os dados de violência associada ao uso de substâncias são preocupantes exigindo uma abordagem interseccional na formulação de políticas, que contemple fatores estruturais como desigualdade, pobreza, exclusão escolar e falta de oportunidades.

A desaceleração da expansão e qualificação da RAPS revela a baixa capilaridade da Rede,

⁸ São elas: (i) CAPS III Álcool e Drogas Dr. Afrânio Soares e (ii) CAPS II Álcool e Drogas Dra. Eliana Vitorino Schramm: atendem pessoas maiores de 18 anos com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas; (iii) CAPS Infantojuvenil Leste Dr. Rogelio Casado Marinho Filho e (iv) CAPS Infantojuvenil Sul Psicóloga Nivya Kellen de Castro Valente - atendem crianças e adolescentes até 18 anos com transtornos mentais graves e persistentes ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas; (vi) USF Antônio Reis; (vii) USF Ajuricaba Policlínica Dr. Antônio Comte Telles; (viii) USF Prefeito Manoel Henriques Ribeiro; (ix) USF Professor Carlson Gracie (x) Policlínica Dr. Djalma Batista (em reforma); (xi); Policlínica Castelo Branco; (xii) USF Desembargador Fábio Couto Valle; (xiii); (xiv) USFR Efigênio Salles; (xv) USFR Pau Rosa (Ramal do Pau Rosa, KM 21 da BR-174 – Zona Rural). Disponível em: <https://www.manaus.am.gov.br/semsa/unidades/centro-de-atencao-psicossocial-caps/>

especialmente nas regiões mais afetadas por vulnerabilidades sociais. Este cenário desvela uma lógica de cuidado fragmentada, insuficiente e, em muitos casos, violadora de direitos fundamentais.

A configuração da atenção à saúde mental no Amazonas, particularmente em Manaus, está claramente subdimensionada – sobretudo de CAPS – comprometendo a qualidade da assistência, havendo necessidade do fortalecimento da RAPS a fim de promover uma assistência psicossocial justa, eficaz e equânime. Isso se agrava pela carência de profissionais qualificados, dificuldades logísticas e geográficas, desigualdade no acesso entre zonas urbanas e rurais e pouco interesse político local para as questões que envolvem a saúde mental. Esse desmonte, também se manifesta na degradação de instituições denunciadas por precariedade e violação de direitos.

A saída para essa crise ética e estrutural não está na medicalização ou na repressão, mas sim em um pacto democrático de cuidado, inclusão e justiça social, que rompa com o paradigma proibicionista e reconheça os usuários de substâncias como sujeitos de direitos, não como objetos de tutela ou punição. Manaus — e o Amazonas como um todo — precisa urgentemente de uma política de saúde mental potente, territorializada, respeitosa e enraizada na realidade local, para que a floresta e seus povos sejam protegidos não apenas em discurso, mas em ações concretas.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (2017). *III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Fiocruz/ICICT), 2017. [Relatório completo, 528 p.] Disponível em: s3.documentcloud.org/documents/6111419/Relato-Rio-Do-III-LNUD-v2018-07-05-Final.pdf
- _____. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Censo 2022. Panorama*. Disponível em: [Panorama do Censo 2022](#)
- _____. (2024). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD). *Saúde Mental em Dados: 13ª edição*. 1. ed. Brasília: MS, 66 p. Disponível em: [Saúde Mental em Dados - Edição nº 13 | Fevereiro de 2025 — Ministério da Saúde](#)
- _____. (2025a). Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. *Relatório Final. Diálogo de Alto Nível sobre Álcool e outras Drogas, Saúde e Direitos Humanos*. Disponível em: [relatorio-final-dialogo-de-alto-nivel-politica-sobre-alcool-e-outras-drogas-saude-e-direitos-humanos](#)
- _____. (2025b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Cidades e Estados – Manaus*. Disponível em: [Manaus \(AM\) | Cidades e Estados | IBGE](#)

- Campos, M. S. (2018). *O Novo Nem Sempre Vem: Lei de Drogas e encarceramento no Brasil*. Boletim de Análise Político-Institucional (18).
- Chagas, C.; De Paula, T. C. S.; Galduróz, J. C. F. (2021). A linguagem e o estigma: os termos utilizados na área de álcool e outras drogas. *Epidemiol. Serv. Saúde* 30(1): e2020921. Disponível em: A linguagem e o estigma: os termos utilizados na área de álcool e outras drogas
- Colombarolli, M. S. *et al.* (2010). Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus. *Psicologia: Teor. Prat.*, 12(3): 22-33. Disponível em: Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus
- Elias, N. (1994). *A sociedade dos indivíduos*. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.
- Fiore, M. (2018). *Escolhas morais e evidências científicas no debate sobre política de drogas*. Boletim de Análise Político-Institucional (18).
- Garcia, F. D. (2022). *Avanços e inovações nas políticas de saúde mental, álcool e de drogas no Brasil: Uma revisão histórica*. Belo Horizonte: Ed. do Autor.
- INSPEÇÃO DO CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO (CPER)/ACP N. 785-09.2014.4.3200.
- Manaus. (2025). Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). *Unidades. Centros de Atenção Psicossocial – CAPS*. Disponível em: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS - SEMSA
- Mancilha, G. B.; Covic, A. N. (2024). Cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas. *Saúde Debate*, 48(140): e8516.
- Mezza, M.; Torrenté, M. O. N. (2020). A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. *Saúde Debate*, 44(esp.3): 235-249. Disponível em: SciELO Brasil - A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral
- Navarro, R. M.; Salimo, Z. M.; Schweickardt, J. C. (2025). A história da política de saúde mental no Amazonas: da institucionalização à reforma psiquiátrica. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 14: e5914. Disponível em: A história da política de saúde mental no Amazonas: da institucionalização à reforma psiquiátrica | Revista Psicologia, Diversidade e Saúde
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. Genebra: OMS, 324p. Disponível em: 11h00_25 Jun_24024_Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders
- Ribeiro, G. M. A. (2024). *Políticas públicas baseadas em evidências na área da saúde mental:*

uma releitura das capacidades estatais técnicas, burocráticas e políticas, em especial na região do Amazonas. Belo Horizonte: Editora Expert.

Roudinesco, E. (2008). *A parte obscura de nós mesmos. Uma história dos perversos.* Rio de Janeiro: Ed. Zahar. *SAIBA O QUE ACONTECE APÓS STJ LIBERAR CULTIVO DE CANNABIS MEDICINAL.* Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/saiba-o-que-acontece-apos-stj-liberar-cultivo-de-cannabis-medicinal/>

Salino, A. V.; Ribeiro, G. M. A. (2025). Comunidades terapêuticas e o cenário no Amazonas: um olhar sobre as políticas públicas de saúde mental e a proteção da justiça social. *I International Experience CONPEDI*. Itália:Perugia: (no prelo).

Silva, M. N. R. M. O. *et al.* (2014). Desenvolvendo e articulando a rede intersetorial para cuidado integral de usuários de drogas em contexto de vulnerabilidade. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 22(suplemento especial): 145-152.