

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

GIULIA DE CASTRO LOPES DE ARAUJO

**SAÚDE MENTAL E DROGAS: O CASO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

RIO DE JANEIRO

2021

GIULIA DE CASTRO LOPES DE ARAUJO

**SAÚDE MENTAL E DROGAS: O CASO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de conclusão de graduação apresentado à Escola de Serviço Social do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social. Orientadora: Rachel Gouveia Passos.

RIO DE JANEIRO

2021

Agradecimentos

Aos meus maiores incentivadores, a quem devo tudo, meus pais Rejane e Fernando. Ao meu irmão Lucas, aos meus avós Emmanuel e Suely, e à toda minha família Castro Lopes Araujo, e em especial à mais bonita resistência que presenciei nessa vida, minha avó Maria de Castro.

Aos meus amigos da universidade, em especial Matheus e Ivy.

Ao meu companheiro de vida, Felipe.

À minha orientadora e incentivadora Rachel Gouveia, obrigada por acreditar em mim e me proporcionar oportunidades de crescimento que me fizeram chegar até aqui. Não tenho palavras para descrever tudo que me ensinou e todas as portas que me ajudou a abrir, me fazendo viver a universidade e acreditar nessa trajetória de luta como uma experiência bonita sobre o afeto. Agradeço também a todo nosso grupo de pesquisa do NUEPESS/UFF.

À Meimei Oliveira, minha supervisora no meu primeiro estágio no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Foram quase dois anos de muito aprendizado, foi sob sua supervisão o meu primeiro contato com a prática profissional e se hoje, mesmo com tantos desafios, acredito nessa profissão, foi porque comecei vendo você atuar. É com muito carinho e gratidão que guardo a lembrança e todo ensinamento dessa experiência.

À todos que sofrem com as expressões da questão social nesse sistema cruel que se fundamente na nossa dor e exploração, dedico esse trabalho escrito e toda minha prática em vida como assistente social. Minha formação acadêmica só faz sentido se chegar até vocês.

Nos encontramos já.

“A função de uma estrutura social é edificar instituições atravessadas pela preocupação pelo homem. Uma sociedade que encurrala os seus membros em soluções desesperadas é uma sociedade inviável, uma sociedade a substituir.”

Frantz Fanon

RESUMO

O uso de drogas é uma prática historicamente existente e utilizada desde os rituais humanos mais antigos até a contemporaneidade, mas foi somente com o início do capitalismo que tal prática se tornou um problema social. A partir da correlação do uso de drogas, modo de produção capitalista, racismo e criminalização, inicia-se o debate sobre essa temática dentro da saúde mental no Brasil. A saúde reconheceu tardiamente as drogas como assunto de saúde pública, o que resultou em um longo período histórico de penalizações aos usuários e aos considerados traficantes, em manicômios e prisões. Foi a partir da Reforma Psiquiátrica que iniciou-se tratamentos humanizados e em liberdade a partir de serviços de saúde públicos territoriais. Mas o projeto neoliberal brasileiro tem consolidado hoje a contrarreforma do estado que se materializa na desestruturação do Estado e na perda de direitos. Dessa forma os serviços públicos de saúde tem sido alvo de um projeto político de desmonte e sucateamento, enquanto prioriza-se o incentivo às instituições privadas. No caso da saúde mental, as comunidades terapêuticas constituem o principal foco no investimento para a oferta de serviços às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. O presente trabalho foi construído sob o percurso metodológico de revisão bibliográfica, estudo de legislações, mapeamento de comunidades terapêuticas e realização de entrevistas com gestores responsáveis por esse serviço no município do Rio de Janeiro.

Palavras chave: Drogas; Saúde Mental; Comunidades Terapêuticas; Rio de Janeiro.

Sumário

1 DROGAS E CAPITALISMO	9
1.1 Contribuições do materialismo dialético para a compreensão das relações com as drogas ¹⁰	
1.2 Proibicionismo e “Guerra às Drogas” no cenário internacional	14
1.3 Proibicionismo, racismo e violência: o caso brasileiro	19
2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL	27
2.1 Breve percurso da política de saúde mental, álcool e drogas na realidade brasileira	27
2.2 Reforma psiquiátrica, redução de danos e os serviços substitutivos	34
2.3 Ataques e retrocessos a política de saúde mental, álcool e drogas: a inserção das comunidades terapêuticas	41
2.3.1 Sobre CTs	46
3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	49
3.1 Breve panorama da saúde mental na cidade do Rio de Janeiro	49
3.1.1 Organização do território e disputa de projetos	49
3.1.2 O incentivo a rede privada de serviços	52
3.2 Financiamento, seleção pública e comunidades terapêuticas	54
3.3 Mapeamento das comunidades terapêuticas cariocas: quem são?	58
3.3.1 Entrevistas	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICE – Roteiro de entrevista	74

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é a materialização de um ano e sete meses de pesquisa no campo da saúde mental, drogas e comunidades terapêuticas. O interesse pelo tema teve início a partir da minha atuação como estagiária de serviço social no centro de apoio operacional das promotorias de justiça de tutela coletiva de defesa da cidadania do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (CAO Cidadania - MP/RJ), no período de 2019 a 2021, quando participei de espaços de luta e debate pelos direitos da população em situação de rua do Estado do Rio de Janeiro.

No final de 2019 entrei como pesquisadora voluntária na pesquisa “Política de Drogas e as Comunidades Terapêuticas no Rio de Janeiro” desenvolvida pelo Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Serviço Social e Saúde (NUEPSSS/UFF), orientado pelas professoras doutoras Rachel Gouveia e Tathiana Gomes. No mesmo ano submeti o projeto de pesquisa “Uma análise da política de drogas no município do Rio de Janeiro: o caso das comunidades terapêuticas”, para a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), sendo aprovado para financiamento de bolsa de iniciação científica. A partir de então, juntamente com o grupo de pesquisa, iniciei a produção de trabalhos e publicação de artigos e resumos sobre o tema.

Nos anos de 2020 e 2021 participei por seis meses como pesquisadora no projeto sobre comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro, no Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC) e, após esse projeto, passei a integrar a equipe de pesquisadores da instituição no eixo drogas e justiça.

Instigada pela realidade sigo na construção do presente trabalho que tem como objetivo realizar uma análise da política de drogas, da saúde mental e das Comunidades Terapêuticas no município do Rio de Janeiro, a partir do fortalecimento legal dessas instituições e do seu crescimento no campo do debate das políticas públicas, chamando atenção para as novas legislações que surgiram a partir do ano de 2019.

A escolha pelo território foi motivada pela minha afinidade, sou residente no município desde que nasci, e pela proximidade com a dinâmica territorial. Através das experiências relatadas acima de estágio e pesquisa, tive a oportunidade de estudar e me aproximar das questões políticas e sociais do município, estudando os dados demográficos, a divisão territorial e a distribuição dos equipamentos públicos da saúde mental e da assistência social, e assim problematizar essa organização e movimentação política que vem ocorrendo principalmente nos últimos anos.

O método adotado para a construção do trabalho foi o materialismo crítico dialético proposto por Karl Marx que se baseia na teoria de investigação e exposição crítica do objeto. “Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (Minayo, 2002, p.16), sendo assim, para alcançar o objetivo foi realizado o estudo bibliográfico (livros, artigos e legislações) e entrevistas. Foi realizada uma pesquisa no aspecto qualitativo traçando um diálogo entre as CTs, o contexto social em que surgem e se inserem atualmente e o movimento social e político que permite a sua existência e fortalecimento.

A pesquisa também assume caráter quantitativo uma vez que se propõe a mapear as CTs do município do Rio de Janeiro e quantifica-las dentro da rede de serviços do território. Uma vez que muitas CTs funcionam de maneira irregular sem qualquer documentação e registro junto aos órgãos de controle, saber o número real dessas instituições é um desafio. O mapeamento realizado foi feito através do acompanhamento dos editais de financiamento, do registro junto a vigilância sanitária, de mapeamentos anteriormente realizados e através de pesquisa na internet por páginas ou sites dessas instituições.

Para as entrevistas foi selecionada uma amostra de 9 CTs, sendo essas as que recebem financiamento público através do edital municipal relacionado a Secretaria de Ordem Pública do Rio de Janeiro. As entrevistas aconteceram via chamada telefônica, devido a pandemia de COVID-19 não foi possível a ida a campo de forma presencial, e o formulário que guiou o procedimento foi construído a partir do estudo das legislações que regulamentam o funcionamento das CTs no território brasileiro.

Problematizar a atuação das CTs dentro da rede de serviços as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas requer, previamente, o entendimento de como as substâncias psicoativas passaram de uma prática considerada milenar, a um problema social. Para isso, iniciamos este trabalho analisando o início do capitalismo e o desenvolvimento da indústria farmacêutica, pois foi nesse processo que tais substâncias se tornaram drogas produzidas pelo trabalho humano.

O primeiro capítulo trata de contextualizar o uso de drogas no modo de produção capitalista, e a partir de então o proibicionismo e a guerra às drogas no cenário internacional para então analisar o caso brasileiro de violência e racismo. Já, no segundo propomos uma breve passagem sobre a política de saúde mental no Brasil, e como o tema do álcool e outras drogas, entrou tardiamente em debate abrindo espaço para o surgimento de iniciativas privadas como as comunidades terapêuticas. Por fim, o terceiro capítulo pretende analisar essas instituições e o seu crescimento no cenário do município do Rio de Janeiro, destacando que foi a partir do

ano de 2019 que ocorreu um forte incentivo legal e financeiro para ampliação da oferta desses equipamentos como possibilidade de tratamento.

1 DROGAS E CAPITALISMO

A proposta desse capítulo é analisar como o uso de drogas pode ser apreendido a partir dos pilares do método crítico-dialético. Este método proposto por Karl Marx consiste em situar e analisar fenômenos sociais em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução, essa análise deve seguir a perspectiva da totalidade inserida na totalidade concreta que é a sociedade burguesa.

Para Löwy (2002) a categoria metodológica da totalidade não significa um estudo total da realidade, o que é impossível uma vez que a realidade é infinita e inesgotável, mas sim a percepção da realidade social como um todo orgânico onde todo elemento, aspecto ou dimensão tem relação com o conjunto.

Para isso, inicialmente beberemos de Engels (2010), em sua obra "A situação da classe trabalhadora na Inglaterra", onde o autor analisa a transformação da Inglaterra em nação capitalista industrial e o surgimento do proletariado. Na obra, identifica-se a prática do consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas pelos trabalhadores ingleses durante a Revolução Industrial.

O consumo de drogas, considerado milenar, passou a ser um problema com a reestruturação societária no modo de produção capitalista (LIMA, 2009), o uso dessas substâncias, uma atividade trans-histórica (BRITES, 2006), assume diferentes relações a depender da cultura e do tempo histórico (FERRUGEM, 2018). Dentro da sociedade capitalista há uma mudança nas relações sociais, agora reguladas pelo consumo, sendo que as drogas assumiram caráter de mercadoria e sua movimentação internacional e seus efeitos se tornaram uma preocupação mundial. A partir de então travou-se um enfrentamento pautado no proibicionismo e a "Guerra às drogas" encontrou solo fértil em grande parte do mundo.

"O proibicionismo não esgota o fenômeno contemporâneo das drogas, mas a marca decisivamente." (FIORE, 2012). Essas ações, idealizadas de cima para baixo, assumem caráter político, econômico e social na decisão do que é lícito e do que é ilícito. No caso brasileiro, o proibicionismo evidencia o racismo estruturante da sociedade: a guerra às drogas criminaliza, encarcera, interna e mata corpos negros todos os dias.

1.1 Contribuições do materialismo dialético para a compreensão das relações com as drogas

Lima (2009) contribui para a compreensão da mudança de olhar em cima do uso de plantas que hoje são consideradas drogas quando analisa a transformação que ocorreu no mercantilismo. Nessa época, com o advento da revolução industrial, as plantas “mágicas”, consumidas para diferentes fins em diversas sociedades humanas e em diferentes momentos de suas histórias, assumiu um outro papel social quando começou a ser utilizada como mercadoria-dinheiro.

Ainda segundo a autora, essas plantas foram fundamentais nas trocas comerciais, mas foi só com o advento da revolução industrial que essas passaram a ser uma mercadoria

A admissão da droga como mercadoria somente ocorreu durante a Revolução Industrial (1760-1830), quando a liberação e o assalariamento da força de trabalho para os novos cenários urbanos e industriais da Europa Ocidental entraram em curso e o desenvolvimento da química e da farmacologia avançou, o que tornou possível retirar das plantas “mágicas” o(s) seu(s) princípio(s) ativo(s). Com o desenvolvimento do conhecimento científico e das forças produtivas, extraiu-se a cocaína (1860) da planta coca, a morfina (1806) e a heroína (1833) da papoula; e a cafeína (1841) do café, fato que incluiu essas novas substâncias nas expectativas de desenvolvimento ilimitado do projeto civilizatório moderno. (LIMA et al., 2015, p. 28)

Foi com o desenvolvimento da indústria farmacêutica, no século XIX, que as então “plantas mágicas” se transformaram em drogas produzidas pelo trabalho humano. Compreende-se assim o século XIX como o marco para entender esse processo, analisando a revolução industrial, as condições de vida da classe trabalhadora na Inglaterra, a transformação e o consumo dessas substâncias, alcançaremos o debate sobre a origem da problemática, os interesses pelo seu controle e o então proibicionismo internacional.

Engels (2010) detalha ricamente o processo de industrialização na Inglaterra, mas não o faz através de uma análise de certos ramos ou indústrias, ele analisa em seu livro a classe operária em seu conjunto e as consequências sociais da industrialização. O autor correlaciona a revolução industrial com o nascimento de uma sociedade capitalista industrial e o surgimento do proletariado. Com a industrialização os trabalhadores se tornaram proletários, e os grandes comerciantes, burgueses.

A indústria, através da centralização de grandes propriedades e da construção de grandes estabelecimentos, expulsa o mercado trabalhador manual individual. A centralização das

indústrias também ocasiona o surgimento de vilas próximas às zonas industriais onde residiam os trabalhadores, e quanto mais crescia a área industrial, mais cresciam as vilas que se tornaram grandes cidades.

O contexto histórico que os cercava era do início da industrialização e do modo de produção capitalista, trazendo à classe trabalhadora um fenômeno novo sem precedentes: o pauperismo. Neste fenômeno, a pobreza crescia na mesma escala em que se crescia a produção de riquezas, e, somado a isso, a época foi marcada por epidemias e doenças infectocontagiosas.

A concentração popular nas cidades, as condições em que esses trabalhadores viviam e trabalhavam nas fábricas começaram a ser relacionados com a produção dessas epidemias. A migração dos irlandeses para a Inglaterra muito contribuiu para a expansão dessa situação, onde houve uma maior povoação das cidades, detalhadas por Engels (2010) como insalubres, e a construção do que Marx (2011), posteriormente reconhece como exército industrial de reserva, uma massa de trabalhadores disponíveis em maior quantidade do que a oferta de emprego nas fábricas, contribuindo para a concorrência, diminuição dos salários e maior precarização das condições de trabalho. Esses proletários viviam em situação de exploração sem trégua, baixa remuneração, opressão, fome e condições precárias de moradia, assim como detalha o autor

Essas ruas são em geral tão estreitas que se pode saltar de uma janela para outra da casa em frente e as edificações têm tantos andares que a luz mal pode penetrar nos pátios ou becos que as separam. Nessa parte da cidade não há esgotos, banheiros públicos ou latrinas nas casas; por isso, imundícies, detritos e excrementos de pelo menos 50 mil pessoas são jogados todas as noites nas valetas, de sorte que, apesar do trabalho de limpeza das ruas, formam-se massas de esterco seco das quais emanam miasmas que, além de horríveis à vista e ao olfato, representam um enorme perigo para a saúde dos moradores. É de espantar que não se encontre aqui nenhum cuidado com a saúde, com os bons costumes e até com as regras elementares da decência? Pelo contrário, todos os que conhecem bem a situação dos habitantes pode testemunhar o ponto atingido pelas doenças, pela miséria e pela degradação moral. Nesses bairros, a sociedade chegou a um nível de pobreza e de aviltamento realmente indescritível. As habitações dos pobres são em geral muito sujas e aparentemente nunca são limpas; a maior parte das casas compõe-se de um só cômodo que, embora mal ventilado, está quase sempre muito frio, por causa da janela ou da porta quebrada; quando fica no subsolo, o cômodo é úmido; frequentemente, a casa é mal mobiliada e privada do mínimo que a torne habitável: em geral, um monte de palha serve de cama a uma família inteira, ali deitando-se, numa promiscuidade revoltante, homens, mulheres, velhos e crianças. Só há água nas fontes públicas e a dificuldade para buscá-la favorece naturalmente a imundície (ENGELS, 2010 apud The Artizan, 1843, p. 79)

Apreender a realidade do consumo de substâncias pela classe operária no início da industrialização, pelo pilar crítico dialético, não nos permite deixar de fora o detalhamento das condições impostas à população nesse processo e de como a industrialização trouxe consequências sociais para além da inovação tecnológica. É imprescindível analisar na perspectiva da totalidade, como a vida do proletário industrial, foi afetada nesse processo e de

como o consumo de substâncias se constituiu enquanto uma consequência, um enfrentamento à situação

Face a esta situação os trabalhadores reagem de diferentes maneiras. Alguns sucumbem e deixam-se desmoralizar: mas o alcoolismo, o vício, a criminalidade que daí decorrem e se expandem cada vez mais são fenômenos sociais nascidos do capitalismo, e que não poderiam ser explicados pela simples fraqueza ou falta de energia dos indivíduos. (ENGELS, 2010. p.13)

O alcoolismo como conhecemos hoje foi fundado nesse período (LIMA, 2009) e, posteriormente o consumo do ópio, após a criação da indústria farmacêutica, começou a fazer parte da vida de adultos e crianças da classe operária. Sem conhecer seus efeitos, doses de ópio eram administradas em crianças desde o seu nascimento para que ficassem fortes, ocasionando assim uma alta taxa de mortalidade infantil quando a maioria delas não passava dos dois anos de idade.

Além das doenças e do uso indevido do ópio, outros fatores contribuía para a alta taxa de mortalidade infantil. Engels (2010) descreve que em muitos casos homens e mulheres trabalhavam fora de casa e as crianças ficavam sem cuidados sozinhas em casa ou sob a custódia de outras pessoas. Era grande o número de crianças que perderam a vida pelos mais variados tipos de acidente como queimaduras graves, quedas, afogamento, esmagadas por cavalos ou carroças, entre outros.

A expectativa de vida dos adultos também não era grande, Engels (2010) descreve os trabalhadores das fábricas como pouco vigorosos, quase todos débeis, magros e pálidos, hipocondríacos, melancólicos, com o organismo enfraquecido sem possibilidade de resistir à doença que os fazem envelhecer cedo e morrer jovem.

O autor atribui essas mortes à desordem social e à classe proprietária interessada na manutenção dessa desordem. Ainda que soubesse, todos os dias, o que estava acontecendo, a burguesia se mantinha despreocupada, e segundo o autor, prosseguia seu reinado carregando em seus ombros esse assassinato social.

No cenário brasileiro, o processo de industrialização se deu efetivamente a partir do século XX, uma vez que estava diretamente ligado à produção cafeeira, sendo o Sudeste a primeira região a iniciar o desenvolvimento industrial. Após a crise de 1929, foram organizadas novas alternativas, e o monopólio da produção de café abriu espaço para a produção industrial.

Durante esse período, mais precisamente no início da década de 1920, o governo brasileiro se comprometeu a fortalecer o controle do uso de drogas, como o ópio e a cocaína. O

uso dessas substâncias até então era feito pela elite e passou a ser um problema quando se espalhou para as classes sociais como pardos, pretos, imigrantes e pobres, e em 1921 foi editada a primeira lei restritiva na utilização de ópio, morfina, heroína e cocaína no Brasil, começando assim a história das políticas públicas voltadas ao controle do uso de entorpecentes (CRP, 2009).

A industrialização brasileira teve como característica o êxodo rural, as pessoas começaram a migrar do campo para a cidade em busca de oportunidade de emprego nas indústrias. Maricato (2003) fala sobre como as cidades brasileiras eram vistas como possibilidade de avanço e modernidade em relação ao campo que representava o Brasil arcaico.

As mudanças políticas havidas na década de 1930, com a regulamentação do trabalho urbano (não extensiva ao campo), incentivo à industrialização, construção da infraestrutura industrial, entre outras medidas, reforçaram o movimento migratório campo-cidade. (MARICATO, 2003, p.152)

Algumas décadas depois a imagem das cidades brasileiras se transformou,

As oportunidades que de fato havia nas primeiras décadas do século XX para a população imigrante e depois para a população migrante (inserção econômica e melhora de vida) parecem quase extintas. A extensão das periferias urbanas (a partir dos anos de 1980 as periferias crescem mais do que os núcleos ou municípios centrais nas metrópoles) tem sua expressão mais concreta na segregação espacial ou ambiental configurando imensas regiões nas quais a pobreza é homoganeamente disseminada. Pela primeira vez na história do país registram-se extensas áreas de concentração de pobreza, a qual se apresentava relativamente esparsa nas zonas rurais antes do processo de urbanização. A alta densidade de ocupação do solo e a exclusão social representam uma situação inédita. A segregação urbana ou ambiental é uma das faces mais importantes da desigualdade social e parte promotora da mesma. À dificuldade de acesso aos serviços e infra-estrutura urbanos (transporte precário, saneamento deficiente, drenagem inexistente, dificuldade de abastecimento, difícil acesso aos serviços de saúde, educação e creches, maior exposição à ocorrência de enchentes e desmoronamentos etc.) somam-se menos oportunidades de emprego (particularmente do emprego formal), menos oportunidades de profissionalização, maior exposição à violência (marginal ou policial), discriminação racial, discriminação contra mulheres e crianças, difícil acesso à justiça oficial, difícil acesso ao lazer. A lista é interminável. (Maricato, 2003, p.152)

Sampaio e Pereira (2018) fazem o resgate de Florestan Fernandes (2007) para pensar a importância de falar sobre como as determinações de raça se inseriram e afetaram as determinações de classe durante a organização da economia de trabalho livre. Para os autores, essa análise é fundamental para entender o nascimento do capitalismo brasileiro e compreender a formação da classe trabalhadora no país.

Resgatando Marx (2013), as classes sociais se dividem entre a classe dominante, que se apropria da riqueza produzida, e a classe trabalhadora, que produz essa riqueza, e é essa relação

de exploração do trabalho e apropriação privada de uma produção coletiva é que produz a desigualdade social. Assim, é nessa contradição do modo de produção capitalista que identificamos a questão social.

1.2 Proibicionismo e “Guerra às Drogas” no cenário internacional

Carneiro (2002) fala sobre a diferença que assume o consumo contemporâneo de drogas entre o consumo e a regulamentação em outras épocas, segundo o autor, foi no século XX que o consumo de drogas alcançou a sua maior extensão mercantil e proibição oficial. Até então, nunca havia existido nas organizações societárias anteriores o proibicionismo legal e institucional internacional.

O autor correlaciona o proibicionismo e a união de máfias com o imenso aparelho policial para a exploração dos lucros desse comércio proibido, fonte do surgimento de grandes fortunas norte-americanas. Dessa forma, estabelece a relação entre o proibicionismo e a hipertrofia de lucros e da violência.

Lima (2012) destaca três momentos na história para investigar a proibição às drogas: o primeiro referente à *formação transnacional do proibicionismo*, indo do século XX até a 2ª Guerra Mundial, o segundo ciclo se refere à *consolidação do proibicionismo* que se deu do fim da 2ª Guerra Mundial até o fim da Guerra Fria, período marcado pela corrida armamentista e a declaração feita pelos Estados Unidos de “Guerra às Drogas”. O terceiro ciclo a autora chama de *crítica hegemônica do proibicionismo* que vai da década de 1980 até os dias atuais, onde surgem posições críticas aos efeitos das políticas bélicas às drogas.

Partiremos da análise da política estadunidense que Lima (2009) realizou para então avançarmos no cenário internacional do proibicionismo das drogas. A autora destaca que foi no contexto da defesa da “democracia americana” e da política externa do *Big Stick*¹, na primeira década do século XX, surgiram as primeiras iniciativas de regulação sobre o uso de drogas no

¹ “O termo big stick pode ser traduzido para língua portuguesa como grande vara, grande porrete, grande bastão, cuja referência ficou associada ao adágio citado no discurso do presidente Roosevelt, quando apresentou tal política externa em 1904: ‘Fale de forma mansa, mas carregue sempre um porrete, que você irá longe’. Essa disposição imperialista do governo estadunidense afirmou a ‘responsabilidade’ desse país em intervir na política interna de qualquer nação americana que ameaçasse os interesses econômicos e financeiros das corporações daquele país ou que desenvolvesse tentativas nacionais de organização fora da órbita da divisão internacional do trabalho.” (LIMA, 2009, p.170)

plano nacional e internacional. Para a autora, a matriz proibicionista teve liderança dos Estados Unidos.

Em 1906, os EUA proclamaram o *Food and Drug Act*, o primeiro marco nacional da intervenção do Estado sobre o comércio e o consumo de drogas, onde iniciou um controle público para coibir o comércio de produtos adulterados e que apresentassem risco à saúde, dessa forma os medicamentos e alimentos eram obrigados a possuir discriminação de sua composição (LIMA, 2009).

Segundo a Seção 8 do *Food and Drug Act*, todas as drogas comercializadas nos EUA deviam ser regulamentadas, através de etiquetagem de álcool, morfina, ópio, cocaína, heroína, alfa e beta eucaina, clorifórmio, cannabis indica (RODRIGUES; 2004, 45), assim o Estado passou a regular o mercado interno das drogas, controlando seu comércio e produção. Essa tendência de controle da distribuição se insinuou para o plano internacional e assumiu uma postura mais incisiva no controle das drogas.

Os primeiros movimentos internacionais partiram da convocação para a Conferência de Xangai, uma estratégia estadunidense para se aproximar da China que resistia à política comercial dos EUA, mas que enfrentava problemas com o uso do ópio², criando um ambiente favorável para a aproximação (LIMA 2009).

A conferência desdobrou em três importantes resultados para a área de drogas: o primeiro, referente à tomada de liderança dos Estados Unidos na agenda internacional do controle de drogas; o segundo, o de “uso legítimo” em que delimitava que “todo consumo não relacionado à propósitos médicos e científicos (definidos em termos científicos ocidentais) deveria ser considerado ilícito” (McALLISTER, 2000, p. 29); e o último, referia-se ao indicativo de “combate à fonte da oferta, enfim, o combate às drogas nas áreas de produção” (RODRIGUES, 2004, p. 48). Como se pode depreender, esses três resultados foram consolidados mais tarde, pois se encontram presentes e atualizados nos discursos de parte dos atores envolvidos na questão até o presente. (LIMA, 2019, p. 176)

A *consolidação do proibicionismo*, segundo Lima (2009), veio ao longo da Guerra Fria (1947-1989), sob os marcos da corrida armamentista e o direito internacional estabelecidos com as três atuais convenções vigentes para a área das drogas.

De acordo com a *United Nations Office on Drugs and Crime*, o controle internacional sobre as drogas data do início do século XX e a iniciativa veio em decorrência do alto índice de

² Substância extraída da papoula do oriente (*Papaver somniferum*).

consumo de ópio na época. O ópio era principalmente comercializado pelos ingleses como forma de pagamento por produtos, era comprado na Índia e revendido aos chineses,

Desse comércio, criou-se uma epidemia, cujas consequências danosas à saúde das pessoas começaram a ficar evidentes: em 1906, cerca de um quarto da população chinesa masculina adulta era dependente do ópio, o que significou a maior epidemia de abuso de drogas já enfrentada por um país em toda a história. (UNODC, 2021, on-line)

Como estratégia de controle, no âmbito das Nações Unidas, foram assinadas as convenções sobre drogas que hoje são a referência legal para todos os países signatários. O atual sistema internacional relacionado às drogas é formado por três grandes tratados: a Convenção Única de 1961³, a Convenção sobre Drogas Psicotrópicas de 1971⁴ e a Convenção contra o Tráfico de Drogas Ilícitas de 1988⁵. Estes tratados foram ratificados por 95% dos países do mundo.

A Convenção Única de 1961,

tem o objetivo de combater o abuso de drogas por meio de ações internacionais coordenadas. Existem duas formas de intervenção e controle que trabalham juntas: a primeira é a limitação da posse, do uso, da troca, da distribuição, da importação, da exportação, da manufatura e da produção de drogas exclusivas para uso médico e científico; a segunda é combater o tráfico de drogas por meio da cooperação internacional para deter e desencorajar os traficantes. (UNODC, 2021, on-line)

Esta Convenção definiu o modelo que permanece vigente até hoje. Definiu em seu texto a lista amarela das substâncias controladas⁶, uma lista de drogas e suas plantas originárias, utilizando como critério o potencial abuso e as aplicações médicas.

A Convenção sobre Drogas Psicotrópicas de 1971,

estabelece um sistema de controle internacional para substâncias psicotrópicas, e é uma reação à expansão e diversificação do espectro do abuso de drogas. A convenção criou ainda formas de controle sobre diversas drogas sintéticas de acordo, por um lado, a seu potencial de criar dependência, e por outro lado, a poder terapêutico. (UNODC, 2021, on-line)

A Convenção contra o Tráfico de Drogas Ilícitas de 1988,

fornece medidas abrangentes contra o tráfico de drogas, inclusive métodos contra a lavagem de dinheiro e o fortalecimento do controle de percussores químicos. Ela

³ Disponível em: http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/975/convention_1961_es.pdf acesso em 12/02/2021

⁴ Disponível em: https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_substancias_psicotropicas.pdf acesso em 12/02/2021

⁵ Disponível em: https://legado.justica.gov.br/sua-protexcao/politicas-sobre-drogas/atuacao-internacional-1/documentos/Convencao_das_Nacoes_Unidas.pdf acesso em 12/02/2021

⁶ 58ª edição disponível em: https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Yellowlist_Forms/yellow-list.html acesso em 12/02/2021.

também fornece informações para uma cooperação internacional por meio, por exemplo, da extradição de traficantes de drogas, seu transporte e procedimentos de transferência. (UNODC, 2021, on-line)

Estas três convenções são complementares e incluem medidas gerais sobre o tráfico e o abuso de drogas, concomitante a essas iniciativas, nesse contexto os Estados Unidos decretou a “Guerra às drogas” que encontrou solo fértil em muitos países do mundo e está em vigência há mais de um século. As decisões internacionais acerca da questão das drogas não podem ser vistas fora do caráter político que assumiram, é difícil apontar um único fator que influenciou o proibicionismo das drogas, foram vários elementos históricos que contribuíram para essa iniciativa e continuam contribuindo para sua continuidade

Sua realização se deu numa conjunção de fatores, que incluem a radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os novos conflitos geopolíticos do século XX e o clamor das elites assustadas com a desordem urbana. (FIORE, 2012, p. 1).

Ainda que o conceito farmacológico de droga seja amplo "substância que, quando administrada ou consumida por um ser vivo, modifica uma ou mais de suas funções, com exceção daquelas substâncias necessárias para a manutenção da saúde normal" e o conceito da OMS também trabalhe na amplitude “toda a substância que, pela sua natureza química, afeta a estrutura e funcionamento do organismo”, pode-se dizer que três conjuntos de substâncias e/ou plantas foram eleitas alvos-padrão do paradigma proibicionista: papoula/ópio heroína, coca/cocaína e cannabis/maconha (FIORE, 2012, p.1).

Boiteux (2015) destaca que tais medidas proibicionistas colocaram usuários e traficantes de drogas na mesma categoria bélica, o que justifica intervenções militarizadas e ações de segurança interna que atingem cidadãos comuns apenas pelo fato de comercializarem tais substâncias em mercados ilícitos, considerados ilícitos justamente pela proibição.

A questão está no estabelecimento desse modelo de enfrentamento que não seguiu um debate de forma crítica, apenas pela concordância da quase unanimidade dos países do mundo, que seguiram a normativa internacional na definição de quais drogas seriam consideradas lícitas e quais seria ilícitas (BOITEUX, 2015), “a classificação das substâncias atende muito mais a fatores econômicos e morais do que farmacológicos” (FERRUGEM, 2018, p.23).

Fiore (2012) considera que os potenciais danos individuais e sociais do consumo de drogas não justificam a sua proibição, para o autor todas as ações humanas ocasionam em eventual perigo ou dano, como locomoção, esporte ou práticas sexuais, mas o proibicionismo

limita às que envolvem a ingestão voluntária de certas substâncias, o que nos leva a uma análise crítica do controle estatal no campo das drogas.

Para avançarmos nessa crítica, é importante delimitar o conceito que será utilizado para definir “droga”. De acordo como a OMS, "droga é toda substância natural ou sintética que introduzida no organismo vivo, [que] pode modificar uma ou mais de suas funções” (OMS, 1993 apud LIMA, 2013, p. 25). Dessa forma, entendemos como droga qualquer substância, lícita ou ilícita, utilizadas para qualquer fim, que altere biologicamente o ser humano.

Demarcar essa definição é fundamental para compreender críticas que associam a licitude de produtos que são responsáveis por milhares de mortes e efeitos prejudiciais devido reações adversas, efeitos colaterais e/ou uso abusivo, como o açúcar, agrotóxicos, alimentos processados, analgésicos, ansiolíticos, antidepressivos, bebidas alcoólicas, bebidas estimulantes, tabaco e outros.

Todas essas drogas psicoativas têm grande potencial de dano, seja fisiológico, seja mental. Além disso, uma parte significativa delas é bastante tóxica, gerando grande número de mortes acidentais todos os anos. E, o que é mais importante, os indivíduos podem consumi-las de maneira abusiva, seja esporádica, seja frequentemente, o que pode levar tanto a comportamentos perigosos como a quadros graves de dependência. (FIORE, 2012, p.1)

Para Carneiro (2002), é contraditório se apropriar de uma justificativa médica e de saúde pública para proibir certas drogas, pois substâncias mais perigosas são permitidas devido a tradição no Ocidente cristão.

O cigarro, por exemplo, desde a guerra da Criméia incorporou-se à ração dos exércitos e aos hábitos populares, o chá e o ópio à dieta da Inglaterra vitoriana, e o álcool na forma do vinho, da cerveja e dos destilados continua sendo a bebida nacional de muitas nações. (CARNEIRO, 2002, p.4)

O autor resgata Marx para a discussão sobre como as necessidades se impõem pelo hábito e não somente por necessidade fisiológica. Dessa forma, o consumo de drogas não deixa de ser um consumo para satisfazer uma necessidade, sendo esta produzida, e essa produção é um ato histórico do modo de produção capitalista. O exemplo utilizado por Marx em “O capital”, e resgatado por Carneiro (2002), é o do tabaco, e no exemplo, Marx explica como a substância se torna um meio de consumo necessário uma vez que seja habitualmente utilizado. Isso não significa que o tabaco seja uma necessidade fisiológica como comer, beber, ter uma casa, entre outros, mas uma necessidade produzida pelo hábito.

Dessa forma, o autor classifica como hipócritas os argumentos que querem julgar das necessidades humanas e controlá-las através de proibição e repressão, uma vez que essa proibição está diretamente relacionada à hipertrofia de lucros

O consumo de drogas ilícitas cresce não apesar do proibicionismo também crescente, mas exatamente devido ao mecanismo do proibicionismo que cria a alta demanda de investimentos em busca de lucros (CARNEIRO, 2002, p. 3)

Mesmo diante do fracasso da chamada “Guerra às Drogas” que em mais de um século nem sequer chegou perto do seu objetivo de uma sociedade livre das substâncias, países do mundo ainda insistem no proibicionismo e criminalização. Brites (2017) afirma que a funcionalidade do proibicionismo serve ao capital como manutenção da ordem capitalista, nas diversas esferas que este incide, e que, por isso, até hoje mantém-se vívido na sociedade.

Nas palavras de Carneiro (2002), a proibição gera o super lucro e por isso a descriminalização das drogas se choca com o interesse de grandes traficantes e do Estado policial. O que temos visto até então como resultado do proibicionismo é a hiper lucratividade, consequências negativas à saúde pública, e violência. “A proibição mundial das drogas foi uma das invenções imperialistas que mais permitiu especulações financeiras e policiamento repressivo das populações no século XX.” (CARNEIRO, 2002, p.20).

O proibicionismo e a “Guerra às drogas” assumem um caráter de classe e raça,

Nos Estados Unidos, as campanhas contra certas drogas psicoativas foram, desde o início, mescladas a preconceitos, racismo e xenofobia. Drogas passaram a ser associadas a grupos sociais e minorias, considerados perigosos pela população branca e protestante, majoritária no país: mexicanos eram relacionados à maconha; o ópio vinculado aos chineses; a cocaína aos negros; e o álcool aos irlandeses. (RODRIGUES, 2009, p. 6).

O Brasil sofreu forte influência norte-americana, não se distanciando das ações pautadas nas ideologias que fundamentam a “Guerra às Drogas” estadunidense. A guerra às drogas é na verdade uma guerra racial. (ALEXANDER, 2017 apud MARQUES JUNIOR, 2020)

1.3 Proibicionismo, racismo e violência: o caso brasileiro

A história da sociedade brasileira é marcada por 3 séculos de escravização e extermínio de povos negros e indígenas. Ainda que a escravidão tenha sido abolida em 1888 a sociedade que se construiu foi estruturada por esse fato, e até hoje os descendentes dos povos escravizados sofrem com a discriminação racial. No Brasil, quando falamos sobre ações proibicionistas em

cima da produção, uso e comercialização de drogas, falamos de ações idealizadas e fundamentadas por um fator estruturante da sociedade: o racismo. Para analisar esse cenário, iniciaremos resgatando pontos trabalhados no item 1.1 sobre o processo de industrialização brasileiro.

A industrialização no Brasil teve início após a abolição da escravatura. Este fato precisa ser entendido como parte da onda de abolicionismo pelo mundo em prol do trabalho livre que é compatível as formas de produção capitalista. Alonso (2014) traz uma leitura relacional desse fato, considerando-o como “parte de uma dinâmica que envolve instituições políticas, espaço público e clandestinidade, arenas nas quais se trava o jogo do movimento com Estado e contra-movimento” (Alonso, 2014, p.6). Somado a resistência dos povos escravizados e aos movimentos sociais da época, a abolição se deu principalmente pela contradição estrutural entre o capitalismo e a escravidão, a dinâmica do capitalismo brasileiro e da sua expansão exigia um mercado de trabalho livre.

Entretanto, esse feito não veio acompanhado de nenhuma ação reparadora que desse o mínimo de estrutura para que o negro existisse na sociedade, muito pelo contrário, após a abolição da escravatura, os negros foram largados a própria sorte para sobreviver na sociedade que tinha como projeto político o branqueamento social. Atrair os imigrantes para o Brasil, não tinha só a finalidade de trazer mão de obra para as indústrias, mas também de subsidiar a política eugenista de “melhoria da raça brasileira” com o embranquecimento da humanidade.

Góes (2015) destaca a influência do médico eugenista Renato Kehl no século XX, considerado o maior interlocutor do eugenismo no Brasil. Kehl acreditava que o pensamento eugenista deveria ser propagado como uma religião, propagando os ideais de diversas formas como cartazes, panfletos informativos, livros, artigos, revistas, teses e tantos outros meios. Em diálogo com intelectuais como Sílvio Romero, Nina Rodrigues, Euclides da Cunha, entre outros, Kehl pregava o eugenismo como purificação de toda a humanidade e a solução para todos os males sociais. “Ninguém poderá negar, que no correr dos anos, desaparecerão os negros e os índios das nossas plagas e do mesmo modo os produtos provenientes desta mestiçagem. A nacionalidade embranquecerá à custa de muito sabão de coco ariano!” (Renato Kehl). A escravidão deixou seu legado de opressão, constituindo uma linha do tempo histórica, social e legal pautada na criminalização de corpos e subjetividades negras.

Corpos negros foram criminalizados em toda a sua totalidade existencial, suas práticas, costumes, religião, consumo e etc.

Nesse contexto, as práticas e costumes negros, tão presentes em uma sociedade recém-saída da escravidão, representavam empecilhos para o lema ‘ordem e progresso’ pretendido pela elite política e intelectual. Assim como o candomblé e a capoeira, a maconha estava associada aos africanos e seus descendentes e seu uso, além de prejudicar a formação de uma República moralmente exemplar, poderia se disseminar entre as camadas ditas saudáveis – leia-se brancas – e arruinar de vez o projeto de uma nação civilizada. (SAAD, 2019, p. 21)

Saad (2019) correlaciona a criminalização da maconha com o racismo brasileiro, uma vez que o uso da *cannabis* no Brasil foi atribuído aos negros escravizados. No início do século XX, médicos higienistas começaram a se preocupar com o uso da *cannabis* pois seu uso era associado a costumes africanos e seus usuários apresentavam comportamentos irracionais.

O uso terapêutico dos derivados da *Cannabis* até 1920 eram generalizados, inclusive, no Brasil sob indicações médicas. A planta era indicada para o tratamento de uma série de doenças respiratórias, reumáticas ou nervosas, até mesmo no palácio imperial ela era plantada (CARNEIRO, 2019).

A maconha (*Cannabis*) teve, ao menos, três tipos de usos no Brasil: como um produto para a indústria de cordame, desde o período colonial, denominado de cânhamo; no século XIX, como medicamento presente nas farmacopeias oficiais; e, desde esse mesmo século, mas especialmente a partir do século XX, como uma substância psicoativa criminalizada, com seu uso atribuído a camadas subalternas e pobres da população, especialmente entre os afrobrasileiros e os nordestinos, que foram associados com esta planta. (CARNEIRO, 2019, p.1)

Saad (2019) detalha o processo de criminalização da maconha no pós-abolição. Antes, a planta era aceita e cultivada nas grandes fazendas, segundo Gilberto Freyre, o tabaco era um hábito aristocrático dos senhores, enquanto a maconha era usada pelos escravizados e por isso apelidada de “fumo de negro”. Carneiro (2019) destaca que a interdição mais antiga conhecida ocorreu no dia 4 de outubro de 1830, a câmara municipal do Rio de Janeiro, no Código de Posturas Municipais, estabeleceu que era proibida a venda do Pito de Pango, assim, o vendedor seria multado e o escravo e mais pessoas que usarem passariam 3 dias na cadeia.

Nessa mesma resolução do Código de Posturas, também são proibidas “na cidade ou em chácaras próximas [...] as casas conhecidas vulgarmente pelos nomes de zangús e batuques” (art. 93); e “nas casas de bebidas, tavernas, botequins, ajuntamento de pessoas com tocatas, danças ou vozerias” (art. 135), o que mostra uma intenção de criminalização das diversões e manifestações públicas, especialmente dos escravos e de suas músicas, danças, cultos e o seu uso do pango. Por isso, também era proibida a reunião de mais de quatro escravos numa taverna. Incorriam em multa “os donos de tavernas ou outra qualquer casa pública, que consentirem nelas ajuntamentos de mais de quatro escravos” (art. 137). (CARNEIRO, 2019, p.1)

Na primeira metade do século XX houve uma mudança com relação ao campo da medicina, prevaleceu a abordagem do uso de drogas pela perspectiva racista da época. Médicos ocupando cargos políticos passaram a denunciar o uso da maconha como hábito dos

afrobrasileiros, uma figura de destaque na época foi Rodrigues Dória, político, médico e professor que se constituiu enquanto figura fundamental na proibição da maconha no Brasil, elaborou a primeira análise brasileira sobre a maconha, e que se tornou referência no tema, intitulada “Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício”. Segundo ditado popular da época, “maconha em pito faz negro sem vergonha” (SAAD, 2019, p.17), atribuindo o delírio, mudança de comportamento e ações criminosas aos negros e ao uso da substância.

Sob esse pensamento constitui-se a ideia de que a maconha se tratava de uma espécie de vingança dos negros escravizados, que trouxeram a planta que “escravizaria” os brancos. Segundo Saad (2019), Dória defendia a ideia de que a raça preta ignorante e resistente prestou grandes serviços aos brancos, irmãos mais adiantados em civilização, mas que o uso da maconha estragava seu robusto organismo no vício.

De acordo com Torcato (2013), a temática da proibição das drogas ficou, inicialmente, restrita às classes médicas, alcançando a sociedade em geral somente a partir da ascensão de Getúlio Vargas, e, segundo o autor, esse movimento está atrelado a formação racial do povo brasileiro. O discurso e a articulação política da classe médica foram muito importantes para a implementação do proibicionismo às drogas, o autor destaca como marco a Lei nº. 4.294 de 14 de julho de 1921 que proibiu a venda de “substâncias venenosas” que tivessem qualidades “entorpecentes” como o ópio, cocaína e seus derivados, “pela primeira vez foi prevista a pena de prisão para aqueles que traficassem” (TORCATO, 2013, p.6).

Para o autor, pouco se sabe sobre o controle das drogas antes de 1921 no Rio de Janeiro, mas em São Paulo a resposta legal veio em 1917 com a promulgação de um regulamento sanitário que previa punição aos hábitos indesejados, entre eles o de usar drogas. As autoridades atuavam fechando estabelecimentos que vendiam entorpecentes, “Quando a Lei de 1921 foi promulgada, a repressão aos tóxicos estava em pleno andamento em São Paulo, fato que denota a importância da agenda política estadual na definição das ações de repressão às drogas.” (TORCATO, 2013, p. 122)

As políticas estaduais tinham grande peso na concretização da criminalização, um forte exemplo também é do estado do Rio Grande do Sul onde instaurou-se uma guerra civil que consolidou um regime centralizado e autoritário.

(...) cada uma das cidades destacadas – Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre – possuem uma temporalidade diferente no que se refere ao início da regulação dos “entorpecentes” por meio da polícia e da justiça criminal. Isso ocorre porque o controle público sobre os psicoativos está diretamente ligado à forma como era organizado o serviço sanitário de cada Estado. O controle sobre as drogas nesse contexto estava

ligado à vigilância das farmácias e a regulação das práticas médicas, o que interessava particularmente a medicina científica oficial. (TORCATO, 2013, p. 123)

O proibicionismo, também orientado pelo discurso de eugenia e do projeto médico saneamento social que se desenvolveu a partir de 1920, proliferou-se contribuindo para a legislação proibitiva sobre a maconha incluindo-a na lista de substâncias proscritas em 1932 (SAAD, 2019). Boiteux (2015) ao falar sobre o processo de inclusão da cannabis no rol das substâncias ilícitas no cenário internacional, descreve o feito como “quase que por acaso”. A autora conta que na II Conferência Internacional sobre Ópio, em 1924, realizada em Genebra, que tinha como pauta a adoção de medidas para controle do ópio e da cocaína, o delegado do Egito demonstrou sua preocupação com a *cannabis* a classificando como tão perigosa como ópio, e teve apoio do representante brasileiro, Pedro Pernambuco Filho. E assim, sem qualquer elemento que comprovasse a afirmação de tamanho perigo, decidiu-se incluir a *cannabis* na lista das substâncias extremamente perigosas, junto com a cocaína e o ópio (KENDELL, 2003).” A transformação do uso de drogas psicoativas em “problema social” foi cercada por fatores que não podem ser isolados uns dos outros, sejam eles religiosos, políticos, econômicos ou morais.” (SAAD, 2019, p.19).

Em 1934 aconteceu o 1º Congresso Afrobrasileiro, em Recife, onde o médico Jarbas Pernambuco continuou a denunciar o uso da maconha associando-o a um vício africano, o Major Serpa Pinto a incluiu junto com a embriaguez alcoólica e a sífilis entre os “três grandes inimigos da raça preta”.

O médico Garcia Moreno, diretor do Serviço de Assistência a Psicopatas de Sergipe, retoma em 1946 essa comparação, ao afirmar que “sem atingir a gravidade do delírio furioso, como o amok dos haschischianos malaios, o maconhismo aparece na criminalidade nordestina como causa de homicídios” [1958, p. 159]. (CARNEIRO, 2019, p.1)

Em 1936 foi criada a Comissão Nacional Fiscalizadora de Entorpecentes - CNFE, o que desencadeou uma campanha antimaconha no território nacional. Para Carneiro (2019), “a CNFE foi o primeiro órgão a coordenar a fiscalização nos estados, propor legislação federal, enviar representantes a convenções internacionais e desencadear campanhas contra áreas de plantio” (CARNEIRO, 2019, p.1)

Assim, foi se fortalecendo no território nacional a estigmatização da maconha como uma planta perigosa que leva ao crime a loucura. Torcato (2013) identifica 5 momentos da política de drogas no Brasil: o liberalismo (1824-1904), proibição federal (1904-1932), proibição centralista (1932-1964), proibição punitiva (1964-1999) e de uma crise do proibicionismo, que começou em 2006 e vigora até os dias de hoje.

Carneiro (2019), analisa algumas dessas fases, classificando a primeira fase, liberalismo, como quando não havia proibição federal específica sobre certas plantas ou drogas e o regime imperial manteve regulamentos corporativos para o comércio de drogas e restringiu o curandeirismo. A segunda fase foi inaugurada com a transição para a República, foi atravessada pelas determinações do sistema internacional que adotou o modelo proibicionista desde a Convenção de Ópio. “No período de Getúlio Vargas, após a Revolução de 1930, se estabeleceu uma centralização geral do estado, incluindo políticas de drogas, por meio da CNFE.” (CARNEIRO, 2019, p.1)

O autor traz como destaque na fase da proibição centralista o projeto de lei, do Deputado Coutinho Cavalcante, que incluía o plantio de maconha como parte dos crimes previstos pela lei de drogas. A lei foi aprovada em 1964 no auge do proibicionismo durante a ditadura militar, onde se instaurou a penalização tanto para o tráfico como para o consumo de drogas. Dantas (2017) em sua análise da evolução legislativa sobre a temática, considera esse período como um marco divisório onde o enfrentamento às drogas passou de um modelo sanitário para um modelo bélico de política criminal. Nesse período é perceptível um duplo discurso sobre as drogas e o esforço de diferenciar o consumidor do traficante, sob uma perspectiva médico-sanitária e ética-jurídica, separar o doente do delinquente (ROSA DEL OMO, 1990).

Ainda dentro do período intitulado por Torcato (2013) como proibição punitiva, tivemos legislações como a Lei nº 5.726/71, Boiteux (2014) fala sobre as principais mudanças

Na realidade o que mudou com a Lei n. 5.726/71 foi a previsão de medida de segurança para a “recuperação do infrator viciado”, mediante a determinação judicial de internação para tratamento psiquiátrico (arts. 9º e 10), podendo ser atenuada a pena em caso de diminuição de capacidade de entendimento. Caso houvesse a “recuperação completa”, poderia ser declarada a extinção da punibilidade, sendo, desta forma, o viciado não mais punido como traficante. A lógica da legislação de drogas impunha a colaboração de todos no combate ao tráfico e ao uso de entorpecentes, e os diretores de colégios eram obrigados a delatarem alunos suspeitos de uso de drogas (art. 7º, § único). Tal legislação previa um procedimento sumário, alterava as regras para expulsão de estrangeiros, e situava o tráfico e uso de drogas ao lado dos crimes contra a segurança nacional, com hipóteses de investigação sumária no prazo de cinco dias, o que reforça a correlação entre usuários de drogas e opositores ao regime, ambos considerados os inimigos internos, na concepção da ideologia de segurança nacional. (BOITEUX, 2014, p.8)

O ano de 1973 foi marcado pela adesão do Brasil no Acordo Sul-Americano sobre Estupefacientes e Psicotrópicos, após, baixou-se a Lei 6.368/1976 que por um lado reconhece a distinção entre traficante e usuário e faz a separação penal entre elas, e por outro lado aumenta a pena relativa ao crime de tráfico.

A Constituição da República de 1988 bane a censura instituída durante o regime militar, mas permanece dando subsídios à guerra às drogas quando determina que o crime de tráfico de drogas seria inafiançável e insuscetível de graça ou anistia. Em seguida, a Lei de Crimes Hediondos (Lei 8.072/90) proibiu o indulto e a liberdade provisória e dobrou os prazos processuais, aumentando a duração da prisão provisória.

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso foi posta lei 10.409/2002, aprovada com menos da metade do seu texto original devido a quantidade de vetos, foi alvo de muitas críticas e considerada “morta”. Foi no ano de 2006 que foi promulgada a lei de drogas que conhecemos hoje, Lei 11.343/06 que

institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. (BRASIL, 2006)

Lemgruber (2021) destaca que esta lei estabelece novos parâmetros para a criminalização do porte de drogas ilícitas no Brasil, apostando numa “despenalização” parcial quando o caso de consumo pessoal onde a prisão foi substituída por advertência, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa.

Já no caso do porte de drogas para tráfico, a mesma lei aumentou a pena mínima de prisão de três para cinco anos. Sob pretexto de introduzir uma regra atenuadora para o pequeno traficante, a lei permitiu que se consolidasse a presunção de identidade entre tráfico e crime organizado: MP e Judiciário passaram a associar automaticamente todo vendedor de drogas morador de favela à facção atuante na localidade, aumentando com isso a pena cabível, em vez de diminuí-la. (LEMGRUBER, 2021, p.15)

Ao analisar as consequências dessa legislação para o sistema de justiça criminal, a autora aponta o aumento significativo do número de pessoas presas por crimes relacionados a drogas, o aumento dos sistemas carcerários e socioeducativo. O projeto “Drogas: quanto custa proibir”, organizado pelo Centro de Estudos de Segurança e Cidadania, afirma que ao tentar diferenciar consumidores de traficantes, sem estabelecer critérios objetivos, a lei aprofundou estereótipos e agravou a criminalização seletiva da juventude negra e periférica.

Atualmente o tráfico é o crime que mais encarcera, e desde a lei em 2006 até o ano de 2015 o número de presos por esse crime no Brasil aumentou em 339% (D'Agostino, 2015). Os dados de 2017 do Departamento Penitenciário Nacional (NEPEN) indicam que cerca de 63,7% da população carcerária brasileira é formada por negros. De acordo com o fórum brasileiro de segurança pública, 79% das pessoas mortas no Brasil em decorrência de intervenção policial sob a justificativa da repressão às drogas e ao crime em 2019 eram negras.

No Rio de Janeiro, pretos e pardos foram quase 80% dos mortos em ações policiais em 2019, segundo o Instituto de Segurança Pública (ISP-RJ). Já em São Paulo, um levantamento organizado pela Agência Pública mostrou que pessoas negras são mais condenadas do que brancas por tráfico de drogas, mesmo quando portam menor quantidade da substância. Nas palavras de Nathália Oliveira e Eduardo Ribeiro, fundadores e coordenadores da Iniciativa Negra por Uma Nova Política de Drogas (INNPD), “não é a guerra às drogas que inventa o racismo no Brasil; no entanto, sua ideologia organiza ações estatais de grande impacto com um amplo consentimento social que permite que as vidas negras sigam valendo tão pouco” (LEMGRUBER, 2021, p. 11)

E essa conta é cara. Ainda segundo Lemgruber (2021) no relatório final do projeto “Drogas: quanto custa proibir” intitulado “Um tiro no pé – impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo”, só nesses dois estados em um único ano, juntos, gastaram cerca de R\$ 5,2 bilhões para manter a proibição das drogas e travar guerra contra o varejo do tráfico nas favelas e periferias. Bilhões em orçamento público direcionados a manutenção de uma guerra racial fazem parte o projeto eugenista brasileiro, que nunca nos deixou completamente, fundamentando a atuação militar nesse projeto político de extermínio da população negra e pobre.

A crise do proibicionismo, que segundo Torcato (2013) vivemos hoje, se materializa nas críticas a esse sistema forjado em reprimir substâncias que alteram o comportamento humano representando perigo quando a maior violência social nos dias de hoje é fruto das intervenções nas ações de comércio ilegal dessas substâncias, e o alvo de tais ações, assim como a origem do proibicionismo, tem cor e classe social. O proibicionismo e a criminalização das drogas é a face mais violenta do racismo no Brasil.

Carneiro (2019) aponta que a violência também se materializa no efeito dos mecanismos de exclusão e opressão social vindos do próprio Estado que impõe a camadas da população uma condição estrutural de carência e submissão. Compreender a natureza política, econômica, social e racial das drogas no Brasil desde o início do proibicionismo é fundamental para entender que essas questões mantêm os mesmos fundamentos hoje, e que essa violência se expressa de muitas formas na sociedade.

Durante o estudo das legislações relacionadas a questão das drogas é perceptível, resgatando Boiteux (2014) em sua análise da Lei nº 5.726/71, quando se propõe a “recuperação do infrator viciado” através de tratamento psiquiátrico, materializando uma violência camuflada de “cuidado” que se perpetuou por anos em manicômios e hoje em instituições que atualizam suas práticas, e é sobre essa área que, tardiamente incorporadas pelas pautas da política saúde mental, os próximos capítulos deste trabalho se debruçam.

2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL

Ao analisarmos como se deu o proibicionismo das drogas no Brasil, perpassamos por uma linha do tempo legal com algumas das principais legislações relacionadas a temática das drogas e como elas contribuíram para o cenário da Guerra das Drogas como vivenciamos hoje. Este capítulo, no primeiro item, busca contextualizar neste mesmo cenário a política de saúde mental, álcool e drogas, resgatando, marcos sociais e legais que estabelecem um breve percurso da política na realidade brasileira e analisando-a nos dias de hoje.

O segundo item aborda a reforma psiquiátrica brasileira, com suas influências da reforma internacional, relacionando com o tema de álcool e drogas, as mudanças ocorridas ao longo dos anos e a proposta atual do Sistema Único de Saúde para enfrentamento da situação, a política de Redução de Danos e os serviços territoriais substitutivos aos manicômios.

Em uma análise da agenda neoliberal que vem afetando diretamente a saúde pública brasileira materializada no SUS, o terceiro item analisa os retrocessos na política de saúde mental, álcool e drogas, tendo como foco as legislações a partir do governo Bolsonaro que resgatam ações conservadoras e moralizadoras para lidar com a temática, fortalecendo instituições privadas e religiosas através de reconhecimento legal, regulamentação e financiamento.

2.1 Breve percurso da política de saúde mental, álcool e drogas na realidade brasileira

O hospital que hoje conhecemos, direcionado ao tratamento de enfermidades, nem sempre foi assim. Amarante (2007) explica que os primeiros hospitais não eram uma instituição médica, já que tiveram início na Idade Média como uma instituição de caridade que oferecia abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres.

Com o decorrer da história, foram assumindo outras características. No século XVII surgiram os Hospitais Gerais, não filantrópicos e, segundo Foucault (1978), comandados por autoridades reais e judiciárias, construindo uma estrutura semi jurídica, administrativa, “um

estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão” (FOUCAULT, 1978, p. 50) destinada aos pobres, de qualquer sexo ou idade, doentes ou não, que procuram o local por espontânea vontade ou são encaminhados pela autoridade da época. Foucault (2010) descreve o Hospital Geral como um lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., era uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece.

Foi após a Revolução Francesa que o hospital foi perdendo suas características de origem e assumindo uma nova finalidade, a de tratar doentes. A intervenção médica passou a ser regular e constante, mas ao mesmo tempo em que esse novo modelo produzia um saber original sobre as doenças, se referia a uma doença institucionalizada, modificada pela ação prévia da institucionalização (Amarante, 2007).

A principal figura na medicalização do Hospital Geral foi Philippe Pinel, que atuou na obra de medicalização do Hospital de Bicêtre, um Hospital Geral, e, posteriormente, no La Salpêtrière. “Pinel ficou conhecido como o fundador da psiquiatria, mas, de acordo com Paul Bercherie (1989), foi também um dos responsáveis pela clínica médica moderna.” (AMARANTE, 2007, p. 28)

Esse modelo psiquiátrico que nasceu do modelo biomédico

Pressupõe um paciente portador de um distúrbio que lhe roupa a razão, um insano, insensato, incapaz, irresponsável (inclusive a legislação considera o louco irresponsável civil), o sistema hospitalar psiquiátrico, se aproxima muito das instituições carcerárias, correcionais, penitenciárias. (AMARANTE, 2007, p. 61)

Feitosa *et al* (2010) aponta que é necessário compreender a construção do saber psiquiátrico e do conceito de loucura ao longo da história para então entender o processo da Reforma Psiquiátrica dentro das experiências de saúde mental. O hospital psiquiátrico pode ser compreendido como uma instituição com finalidade terapêutica, mas que mantinha indivíduos enclausurados dentro da sua estrutura, criando uma situação de cronificação da doença mental fadando os indivíduos a permanecerem na instituição por toda a vida, sem a possibilidade de retornar ao convívio em sociedade.

Essa estrutura foi questionada por diferentes atores pelo mundo, como Franco Basaglia, Franco Rotelli, Maxwell Jones e Paulo Amarante, considerados hoje como expoentes do movimento da Reforma Psiquiátrica. Frantz Fanon, médico psiquiatra e pensador importantíssimo que influenciou ativamente o movimento foi invisibilizado da história pelo

racismo, mas é fundamental resgatarmos a sua atuação, principalmente como diretor de um hospital psiquiátrico na cidade de Blida, na Argélia, em 1953.

Já naquela época, Fanon questionava a estrutura manicomial e iniciou a sua atuação no hospital procurando desenvolver formas democráticas de vida coletiva

Podemos dizer que procurou construir uma conexão entre a psicoterapia e a formação política. Além disso, “substituiu a separação racial das alas por outra que considerasse o grau de sofrimento psíquico do paciente, aglutinando árabes, berberes e franceses nas mesmas alas” (FAUSTINO, 2018, p. 69). Também possibilitou a liberdade de entrar e sair das salas e a suspensão da camisa de força, utilizando-a apenas como último recurso. (PASSOS, 2019, p.78)

Passos (2019) pontua que foi após o seu posicionamento político em favor dos rebeldes argelinos na luta de libertação da Argélia que Fanon começou a ser mal visto no hospital onde era médico-chefe, e foi nesse momento, após 3 anos de trabalho na instituição que escreveu sua carta de demissão e a enviou para o Ministro Residente. A carta compõe o seu livro “Em Defesa da Revolução Africana” publicado em 1964, e denuncia a função de controle e desumanização adotada pelo hospício e pela psiquiatria como estratégia de perpetuação do colonialismo (PASSOS, 2019).

O racismo que apagou Fanon da história por muitos anos também invisibilizou a sua forte influência a Franco Baságli, principal ator da Reforma Psiquiátrica Italiana, como veremos mais a frente. Feitosa *et al.* (2010) compara as experiências inglesa, francesa, italiana e brasileira, compreendendo as concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas presentes em cada uma delas.

Segundo os autores, na Inglaterra a Reforma Psiquiátrica aconteceu após a Segunda Guerra Mundial num período em que se questionava muito o modelo de saúde mental vigente materializado principalmente em manicômios e hospícios. O principal ator nesse processo foi Maxell Jones, que passou a utilizar a proposta das comunidades terapêuticas dentro do hospital em que trabalhava.

As comunidades terapêuticas eram definidas como grupos de discussão e de conversas em que todos, incluindo médicos, pacientes e enfermeiros, discutiam sobre a instituição.

Assim, procurava-se, de alguma forma, construir uma horizontalidade entre os papéis sociais e relações nas quais os médicos e os enfermeiros ajudassem os pacientes a conseguir ter acesso à realidade e, se possível, curá-los de seu adoecimento psíquico. (FEITOSA *et al.*, 2010, p.116)

Apesar da proposta da criação de um ambiente sadio para expressão de emoções, a experiência inglesa era pensada para ações dentro do hospital, sem romper com a institucionalização.

Segundo Feitosa *et al.* (2010), a experiência na França acontece durante a Segunda Guerra Mundial quando os hospitais psiquiátricos passam por um estado de penúria acarretando na morte de, aproximadamente, 40 mil pacientes. Paul Balvet e François Tosquelles começam a construção de uma nova proposta no Hospital Saint-Alban. Tosquelles ficou responsável pela liderança desse movimento, também conhecido como Psicoterapia Institucional.

Acreditando que a instituição psiquiátrica não era capaz de exercer sua função terapêutica, Tosquelles iniciou a recuperação desse potencial terapêutico

Enquanto os demais hospitais viviam em “ritmo de campo de concentração”, o Saint-Alban era uma subversão da discriminação ocorrida dentro e fora. Camponeses que passavam em frente ao hospital, quando iam para a feira, aproveitavam para comercializar os trabalhos que os pacientes produziam, contribuindo para a constituição de uma cultura muito particular em Saint-Alban. Essa experiência acabou mobilizando os mais diferentes personagens, que passaram a fazer parte desse universo de relações em que o hospital estava inserido. Participavam não só os funcionários, mas também os hóspedes (refugiados), os pacientes e a população da cidade em geral. Dessa forma, pacientes e técnicos gerenciavam as atividades, que compreendiam festas, passeios, feiras, ateliês ou oficinas de trabalho e arte, que tinham o intuito de reorganizar internamente a dinâmica psíquica dos pacientes. Todos, portanto, tinham função terapêutica, independentemente do papel que exerciam dentro do hospital, além de lutar contra a violência institucional e a verticalidade nas relações. (FEITOSA ET AL, 2010, p. 117 e 118)

Outra experiência francesa pontuada pelos autores foi a da Psiquiatria de Setor, a partir de 1945 com a contribuição de vários psiquiatras progressistas. Essa experiência tinha o objetivo de um serviço público com o tratamento estruturado a partir de equipes multiprofissionais, como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, responsáveis em atuar em um determinado território a partir das demandas locais objetivando o tratamento pós alto hospitalar evitando reinternações.

Essa proposta visava o hospital psiquiátrico como transitório, e para isso foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM) nos bairros franceses, assim o paciente circulava pelo território e tinha o acolhimento fora do hospital. A proposta era uma quebra de hierarquia onde todos, paciente, funcionários e o território, participassem do processo de cura, um tratamento de portas abertas com exercício da liberdade.

Considera-se que o próprio paciente apresenta dois pólos: o da loucura e o da saúde. Assim, o tratamento deve investir no pólo da saúde e, também, na própria capacidade do paciente, considerando que a saúde está nele próprio, não só nos remédios e no tratamento hospitalar. (FEITOSA *et al.*, 2010, p. 119)

Na Itália, foi Franco Basaglia o principal ator dessa experiência. Passos (2019) aponta que Basaglia sofreu influência das publicações e pensamentos de Goffman, Foucault e Fanon, bem como pelo materialismo histórico dialético, expresso na cultura da esquerda italiana. Essa experiência é a mais conhecida a nível internacional, pois foi a única que aboliu as internações nos hospitais psiquiátricos, iniciando um processo de desinstitucionalização de maneira radical.

Na publicação “A Instituição Negada”, Basaglia assinala que compreendeu o manicômio como um dos componentes de um sistema hierárquico-punitivo, sendo necessária a construção de um antimodelo capaz de “destruir a tendência à acomodação dentro de novos esquemas de referência contrapostos aos tradicionais” (BASAGLIA, 1985, p. 313). (PASSOS, 2019, p.82)

No Brasil, a privação de liberdade como forma de tratamento de pessoas em sofrimento psíquico ganhou força na primeira metade do século XIX, inspirada na psiquiatria pineliana foi criado o primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício Pedro II. No século XX a instituição psiquiátrica ganha força e se torna a resposta central nas ações do estado.

No entanto essas instituições não apresentavam função terapêutica e muito menos era voltadas somente para pessoas em sofrimento psíquico. Arbex (2019) em seu livro intitulado “Holocausto brasileiro” retrata a realidade do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, fundado em 1903 e conhecido como Colônia, foi o maior hospício do Brasil e palco de um genocídio que vitimou 60 mil pessoas.

Os pacientes do Colônia eram levados em vagões, chamados de “trem de doido” pelos funcionários da instituição que recebiam diariamente centenas de pessoas para serem internadas. Essas pessoas morriam de frio, de fome, de doença e também de choque. A autora conta que em alguns dias o tratamento de eletrochoque era tão forte que derrubava a rede elétrica do município devido à sobrecarga. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam por dia na instituição, e cerca de 70% dos internos não tinham nem diagnóstico de doença mental, eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, rebeldes, gente que se tornava incômoda para alguém com mais poder e etc.

Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelos menos trinta e três eram crianças. (ARBEX, 2019, p.14)

A autora revela que entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes falecidos dentro do manicômio foram vendidos para faculdades de medicina do país, e quando houve excesso de cadáveres e o mercado de venda desses corpos encolheu, eles eram decompostos em ácido no pátio do Colônia, na frente dos outros pacientes, e a ossada era comercializada. Basaglia em

sua visita ao Brasil, esteve no Colônia e o descreveu como um campo de concentração nazista, e que não havia presenciado nada igual em nenhum lugar do mundo.

“A loucura dos chamados normais” (ARBEX, 2019) dizimou milhares de pessoas, e foi só a partir da década de 1980, com o início do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira que o cenário começou a ter ares de mudança. Foi a experiência de Basaglia em Trieste, Itália, que influenciou a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial brasileira, que em suas produções, sempre foram dedicadas a substituição total do modelo de assistência psiquiátrica.

Passos (2018) nos traz um necessário questionamento sobre o apagamento histórico sofrido por Fanon na trajetória da Reforma Psiquiátrica. Em sua atuação como médico-chefe, Fanon iniciou um processo de reforma, mas toda a sua contribuição ficou invisibilizada na construção da história da reforma psiquiátrica brasileira, que se limita a experiência de Basaglia em Trieste e deixa de considerar outras contribuições e até a própria influência de Fanon para Basaglia. Esse apagamento é consequência do racismo estrutural (SILVIO, 2018) que naturaliza o processo de desigualdade e violência.

Frantz Fanon escapou do processo de construção histórica da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil (PASSOS, 2019), e necessário reconhecer que o racismo envolvido nesse processo é intrínseco na sociedade e se manifesta na sociabilidade. Passos (2018) nos traz a um importante questionamento de que a atualização das práticas manicomiais, que se expressão nas múltiplas atuações do Estado, estão muito mais atreladas ao colonialismo do que ao holocausto, então “por que comparamos o genocídio coletivo do maior hospício do Brasil, que foi a Colônia de Barbacena, em Minas Gerais (MG), com mais de 60 mil mortos, com o Holocausto Nazista?” (PASSOS, 2018, p. 16). Vivenciamos séculos de escravização de seres humanos considerados inferiores pelos colonizadores. É necessário reconhecer a nossa própria atrocidade e reconstruir nossas análises do percurso antimanicomial no Brasil.

Como trabalhado anteriormente no item 1.3, foi a partir das legislações promulgadas na década de 1970 que se inicia o debate legal em cima da distinção entre o usuário de drogas e o traficante, atribuindo distintas penalizações em cada caso. Enquanto tais legislações previam

penalizações mais severas para os indivíduos condenados por tráfico, distribuíam um olhar médico-psiquiátrico (MACHADO; MIRANDA, 2007) aos usuários de drogas, objetivando a recuperação do infrator viciado (BOITEUX, 2014). Para proporcionar essa recuperação, as penas atribuídas eram relacionadas ao afastamento do indivíduo do convívio social em instituições como hospitais psiquiátricos, o que explicita como a psiquiatria fez parte das estratégias de controle e repressão ao uso de drogas no país.

Durante a década de 1970 e 1980 também houve o que Silva (2013) chama de “afrouxamento” dos critérios diagnósticos ocasionando em um significativo aumento da atuação da psiquiatria sobre a questão das drogas quando, na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o uso de drogas deixa de estar presente entre o conjunto de transtornos de personalidade e aparece com a denominação “transtorno de uso de substância”, assim, um maior número de indivíduos foi inserido nessa categoria.

A década de 1980 também é marcada pela criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes através do decreto nº 85.110/1980, definindo como órgão central do Sistema o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN). Posteriormente durante o governo de Fernando Henrique Cardoso o antigo Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), e o COFEN foi extinto em 1998 e substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD).

A regulamentação da Reforma Psiquiátrica no Brasil se deu no ano de 2001 com a Lei nº 10.216, mas esse processo teve início em 1989 com o Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do deputado federal Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios. A Lei aprovada diverge em muitos pontos do Projeto de Lei proposto inicialmente, mas ainda assim se materializa como um instrumento importante da Reforma brasileira.

Silva (2013) aborda que foi somente no século XXI que o campo de saúde, especificamente da saúde mental, passou a se ocupar da questão do uso de drogas no Brasil. No século XX as ações sanitárias direcionadas aos indivíduos usuários de drogas eram vinculadas ao Ministério da Justiça, sem relação com as esferas da saúde, Machado e Miranda (2007) apontam para a indefinição e sobreposição de atribuições e responsabilidades relacionadas a temática.

O século XXI já assume outra face com a entrada do Ministério da Saúde para tratar da questão das drogas e o lançamento em 2003 da "Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas". Esta política foi publicada após a lei que reformula a assistência em saúde mental no Brasil promulgada em 2001, lei 10.216, e é perceptível forte influência do movimento de Reforma Psiquiátrica no seu texto

(...) especialmente após a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental naquele mesmo ano, os setores reformistas passaram a propor um modelo de atenção para o uso de droga em conformidade com os pressupostos da luta antimanicomial. Até a proposição dessa política, as ações eram propostas quase exclusivamente pelo Ministério da Justiça, cuja articulação com as comunidades terapêuticas configurava um modelo de atenção criticado pelos atores da saúde comprometidos com as propostas da Reforma Psiquiátrica por apresentarem "caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência" (BRASIL, 2003, p. 5). (SILVA, 2013, p.14)

A Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas é considerada um grande avanço na área, afirma que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública e reconhece um atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS. Em seu texto pontua que abstinência não deve ser o único objetivo a ser alcançado pelas pessoas que fazem uso prejudicial e álcool e outras drogas, considerando a singularidade de cada indivíduo e suas escolhas pessoais reconhece que a política de saúde deve respeitar essa diversidade, e reconhece a redução de danos como um caminho promissor.

2.2 Reforma psiquiátrica, redução de danos e os serviços substitutivos

Amarante (2007) destaca que a saúde mental não pode ser reduzida ao estudo e tratamento de doenças mentais, e se difere da psiquiatria pois não se baseia apenas em um tipo de conhecimento, e muito menos é exercida por apenas um profissional. De acordo com o autor, "poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes" (AMARANTE, 2007, p. 15).

A saúde mental é um campo complexo e plural, diz respeito ao estado mental de sujeitos e coletividades e categorizar essas condições leva ao risco do reducionismo e do achatamento das possibilidades da existência humana e social (Amarante, 2007).

Amarante (2007), pontua que as experiências de reformas psiquiátricas incorreram dentro da limitação de propostas de reformulação do serviço, e que o primeiro grande desafio é superar a reformulação e pensar na superação dos manicômios. Essa superação não deve ser

o objetivo em si, e sim a consequência do pensar no campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo fechado, mas sim um processo social complexo.

Para o autor, elaborar uma intervenção nesse campo implica contemplar um conjunto de aspectos que são alheios à ciência, são aspectos de ordem ideológica, política, ética e etc. que são entrecortados por questões religiosas, culturais, morais e muitas outras. Basaglia considerava que o mal obscuro da psiquiatria era separar a doença da existência complexa dos sujeitos e do corpo social, com isso ao separar a doença do homem a psiquiatria se ocupava apenas com ela e não com o sujeito que a vivenciava.

Considerar a existência global e complexa dos sujeitos é fundamental para compreender que diversos fatores sociais determinam o desenvolvimento das características de uma doença. Basaglia propôs o trabalho contrário do que a psiquiatria exercia, ao invés de colocar a pessoa entre parênteses para tratar a doença, colocar a doença entre parênteses para analisar o sujeito e suas experiências. Esse conceito, chamado de “redução analógica” foi pensado por Edmund Husserl, o pai da fenomenologia.

A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana. (AMARANTE, 2019, p. 67)

A partir desse pensamento, com a doença entre parênteses, é possível ampliar a noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial, os serviços já não serão locais de repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância panóptica (FOUCAULT, 1977a), devem ser dispositivos de acolhimento, sociabilidade e cuidado, que lidam com pessoas e não com doenças. Para o autor, a questão dos direitos humanos assume uma expressão singular, quando a loucura/ alienação deixam de ser sinônimo de periculosidade, irracionalidade e incapacidade civil. Ocorre uma revisão da legislação, tanto do código penal quanto do código civil e outras leis e normas que se referem de maneira lesiva a pessoas em sofrimento psíquico.

O início do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil é compreendido entre os anos de 1978 e 1980, teve como marco o episódio conhecido como “Crise da DINSAM” (Divisão Internacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Profissionais de 4 unidades do Rio de Janeiro entraram em greve, em abril de 1978, devido as condições precárias de trabalho e o clima violento de ameaças contra eles e contra os pacientes das instituições.

Amarante (1995) pontua que a crise foi deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II trazendo a público as irregularidades da instituição. Essa ação recebeu apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e dos Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), dando início a um movimento de reuniões periódicas em grupos, comissões, assembleias, ocupando espaços de sindicatos e demais organizações da sociedade civil (AMARANTE, 1995, p.52).

O período da Ditadura Militar, com seus projetos de privatização, construiu a "indústria da loucura", transformando a psiquiatria e a doença mental em uma fonte de lucros através compra de leitos pelo estado brasileiro em instituições privadas. Segundo Heidrich (2017), a privatização da saúde de modo geral desencadeou uma crise institucional financeira da Previdência Social, e somado a isso, nesse período surgiram denúncias do favorecimento da indústria da loucura e uma crescente cobrança por mais eficiência do sistema, trazendo mudanças na área da assistência psiquiátrica previdenciária na redução do número de internações e de pacientes hospitalizados. "Em 1974, medidas reducionistas são adotadas na saúde, em geral, e, na saúde mental em particular. Houve redução dos investimentos e abandono dos 'tímidos' avanços no sentido de transformações na atenção psiquiátrica." (HEIDRICH, 2017, p.69)

E foi nessa conjuntura de crise que surge o Movimento Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, considerado marco inicial do movimento pela reforma psiquiátrica brasileiro. O MTSM constituído enquanto espaço de luta trazia reivindicações em torno de questões trabalhistas e a necessidade de transformações na assistência psiquiátrica, e se posicionava ao lado da reforma sanitária nas críticas à privatização da saúde no Brasil.

Amarante (1995) se refere ao movimento como "ator sujeito e político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras" (AMARANTE, 1995, p. 106). Para o autor, a organização não estava restrita a um sindicato ou associação profissional, "mas uma mobilização política em torno de uma temática social, a saúde mental" (AMARANTE, 1995, p. 108).

Após a participação em diferentes espaços de debate, o MTSM ganhou amplitude e sofreu uma renovação teórica e política que o aproximou de usuários e familiares. Foi no II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, em Bauru, que se instala o lema "Por uma sociedade sem manicômios" e inicia-se a luta coletiva por projetos de desinstitucionalização. Esse Congresso é um marco histórico pois foi através do documento

construído coletivamente no evento, o Manifesto de Bauru⁷, que originou oficialmente o movimento da Luta Antimanicomial no Brasil.

Como já referenciado, no dia 6 de abril de 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A lei aprovada diverge em muitos pontos do texto original do projeto de lei nº 3.657/89 que propunha a extinção dos manicômios e proibia a construção de novos hospitais ou a contratação de novos leitos, limitando-se a indicar o redirecionamento da política sem apontar para qual direção (HEIDRICH, 2017).

Heidrich (2017) afirma que a legislação deixou uma brecha para a existência do manicômio quando afirma no artigo 2º item IX que a pessoa com transtorno mental deve ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. As modificações no texto refletem a disputa de poderes presentes até hoje na área da saúde mental, e leva a considerar que a Lei nº 10.216 apontou para a “reforma psiquiátrica possível naquele momento” (HEIDRICH, 2017).

De qualquer modo, a Lei nº 10.216 é um marco, uma conquista e um instrumento importante para a reforma psiquiátrica, instituiu um novo modelo de tratamento aos paciente da saúde mental no Brasil, e redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária quando determina no item II do artigo 2º que é direito da pessoa portadora de transtorno mental ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Amarante (2007) pontua uma crítica ao termo utilizado pela legislação brasileira

A legislação brasileira utiliza a expressão ‘os portadores de transtorno mental’. Não nos dá a ideia de alguém carregando um fardo, um peso enorme e eterno, inseparável e indistinguível do sujeito? Se formos levar ao limite a ideia de portador, poderíamos considerar que todos nós carregamos o fardo de nossa personalidade e caráter. Por outro lado, uma pessoa com transtorno mental é uma pessoa transtornada, que é o mesmo que possesca! Em inglês o termo *mental disorder* nos remete a pensar em não ordem, quebra da ordem, sem ordem, e aí voltamos ao princípio da questão: qual é a ordem mental? O que é normalidade mental? Por essas razões no campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos ‘em’ sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito. (AMARANTE, 2007, p.68)

⁷ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf> acesso em 05/07/2021

Para o autor, aos nos dirigirmos às pessoas e não às suas doenças, podemos pensar espaços de cuidado e acolhimento, de produção de subjetividades e de sociabilidades, onde ocorra a escuta de suas angústias e experiências vividas. Atualmente novas propostas estão contornando novas possibilidades no campo da saúde mental e atenção psicossocial, e analisar essas experiências nos aproxima da compreensão da complexidade das ações nesse campo e as inter-relações que precisam ser estabelecidas.

No contexto da saúde mental a crise é entendida como um resultado de uma série de fatores que envolvem fatores externos, e não puramente uma reação biológica ou psicológica, mas sim uma situação social. E por isso a necessidade da existência de serviços de atenção psicossocial que acolham as pessoas em crise e todas as pessoas envolvidas para que sejam atendidas e expressem suas dificuldades e experiências de vida. É necessário estabelecer mais do que a relação médico x doença, e sim profissionais x paciente

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam - médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo - com sujeitos que vivenciam as problemáticas - os usuários e familiares e outros atores sociais. (AMARANTE, 2007, p.84)

Os sujeitos usuários da saúde mental passaram a ser identificados como “usuários” a partir da legislação do SUS, leis nº 8.080/90 e 8.142/90, segundo Amarante (2007) isto destaca o protagonismo o que anteriormente era apenas um “paciente”. E os locais de atendimento a esses usuários devem ser lugares onde a crise possa ser acolhida. No Brasil, se instituíram várias modalidades, entre elas os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os CAPS, instituídos pelas portarias ministeriais nº189/91 e 224/92 e reestruturados pelas portarias nº336/2 e 189/2 que estabeleceu várias modalidades de CAPS, são elas:

- CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

- CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Os CAPS são unidades especializadas de saúde mental que oferecem atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros, em articulação com as demais unidades de Saúde e com unidades de outros setores, sempre incluindo a família e a comunidade nas estratégias de cuidado.

Porém, os usuários que saíram do modelo asilar, em muitos casos não possuem autonomia para viver sem ajuda de terceiros, alguns não têm laços com a família ou não querem retornar para casa, e nesses casos as políticas públicas devem oferecer condições para o processo de desinstitucionalização. No Brasil, a portaria n° 106 de 11 de fevereiro de 2000 instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs

Parágrafo único - Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2000)

Essa legislação define que os SRTs constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada e possuem duas modalidades. A modalidade tipo I é destinada ao acolhimento de até 8 pessoas em processo de desinstitucionalização, e a modalidade tipo II destinada a pessoas com o nível de dependência maior que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

Segundo Amarante (2007) uma das áreas mais promissoras é a da saúde mental na saúde da família. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem uma equipe composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes de saúde que devem residir no território de atuação da equipe. A ESF é uma das formas de atenção primária em

saúde com foco na família investindo na promoção da saúde e da defesa da vida, educando a comunidade com práticas de saúde.

Ainda segundo o autor, a ESF também é uma estratégia para a desmedicalização, primeiro porque tem uma alta capacidade resolutiva e dispensa grande parte dos encaminhamentos para os níveis complexos de atenção e segundo porque evita consequências decorrentes de algumas intervenções médicas, pois há um consenso em considerar que a medicina é capaz de produzir e/ou agravar doenças (iatrogenia).

Em 23 de dezembro de 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS por meio da portaria 3.088. A RAPS integra o Sistema Único de Saúde - SUS e estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas.

A rede é composta por diversos equipamentos e está presente:

- Na atenção básica: Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura.
- Na atenção psicossocial estratégica: Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.
- Na atenção de urgência e emergência: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
- Na atenção residencial de caráter transitório: Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial.
- Na atenção hospitalar: Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- Na estratégia de desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC).
- Na estratégia de reabilitação psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Hoje, a principal estratégia de enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas no SUS é a política de Redução de Danos (RD). Essa política parte do pressuposto de que todas as pessoas têm direito a saúde, até aquelas que não conseguem ou não querem parar de fazer o

uso de drogas, ainda que seja um uso prejudicial, e é dever do Estado garantir esse acesso, como previsto na constituição.

Em entrevista⁸, o pesquisador Francisco Neto, coordenador executivo do Programa Institucional de Álcool, Crack e Outras Drogas (PACD/Fiocruz), explica que é uma estratégia de eficácia comprovada e que começou a ser aplicada em diferentes países em todo o mundo ocidental durante a década de 70 e 80.

No Brasil a RD foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no município de Santos, no estado de São Paulo, em 1989, quando os altos índices de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis. Segundo Passos e Souza (2011), a RD teve início no Programa de Troca de Seringas (PTSs), inicialmente como uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis, mas que ao longo dos anos foi se consolidando como uma alternativa à abstinência

A diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental. (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 154)

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, assinada em 2003, reconhece que a redução de danos nos oferece um caminho promissor porque reconhece o usuário e suas singularidades. A política considera que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado pois quando se trata de cuidar de vidas humanas é necessário lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. A estratégia, como o próprio nome diz, é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas. Ao invés de prevenir o uso de drogas, previne-se os danos causados pela substância.

2.3 Ataques e retrocessos a política de saúde mental, álcool e drogas: a inserção das comunidades terapêuticas

Passos (2017) traz para o diálogo que não necessariamente uma reforma psiquiátrica é antimanicomial, e que no próprio processo de construção da experiência brasileira identificam-

⁸ Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Politica-de-reducao-de-danos-30-anos-garantia-de-direitos-ao-usuario-de-drogas> acesso em: 29/05/2021

se forças conservadoras da psiquiatria tradicional que defendem a reorganização dos serviços em saúde mental. “Entre os antimanicomiais também encontramos aqueles que defendem a humanização e reorganização do hospício, o que nos convoca a reflexão e debates a todo instante.” (PASSOS, 2017, p. 56)

A autora afirma que a Reforma Psiquiátrica desde que se tornou uma política pública, em 1992, a direção tem sido antimanicomial expressa, principalmente, pela estratégia da desinstitucionalização, mas que é perceptível uma “crise” na direção da política. Em 2011 comunidades terapêuticas foram incluídas na RAPS através da portaria nº 3.088, “ou seja, dispositivos considerados manicomiais, com carácter religioso e que não possuem uma equipe técnica passam a compor a rede de saúde mental” (PASSOS, 2017, p. 58).

Através da experiência do I Encontro Nacional da RAPS, ocorrido em dezembro de 2013, na cidade de Pinhais/PR, onde participantes denunciaram a ameaça que a política de saúde mental, álcool e outras drogas vinha sofrendo, a autora sinaliza pelo menos três projetos políticos em disputa: 1º) a proposta radical de Reforma Psiquiátrica, pautada na Luta Antimanicomial; 2º) a proposta de manutenção da perspectiva manicomial tradicional; e 3º) a proposta de uma Reforma Psiquiátrica “simpática” às mudanças de carácter meramente legislativo e assistencial. (PASSOS, 2017, p.58)

Passos (2018) sinaliza que antes do golpe parlamentar que destituiu a presidenta Dilma Roussef

tivemos uma *dança das cadeiras* nos ministérios, oriunda dos pactos entre os partidos que estavam no poder, para que não houvesse o impeachment, o que não adiantou muito. Só que nessa correlação de forças tivemos a mudança do Ministro da Saúde e, posteriormente, da coordenação de saúde mental. O final do ano de 2015 foi marcado por esse enorme retrocesso, já que foi a primeira vez, depois de 23 anos, que a política de saúde mental deixa de ser gerida por alguém que não fosse em prol da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. (PASSOS, 2018, p. 18)

No primeiro momento, assume Valencius Wurch, que ocupou a direção do maior hospício privado da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras, localizado em Paracambi, na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Depois de muita luta e mobilização de usuários e familiares, Valencius foi exonerado. Após a sua saída, quem assume é o médico psiquiatra Quirino Cordeiro Junior, nome indicado pelas forças conservadoras da psiquiatria tradicional. Quirino permaneceu no cargo entre 2017 e 2019, e durante todo o seu mandato se

posicionou contrário ao SUS. Foi nessa gestão que destacamos o marco da intensificação dos retrocessos e dos ataques diretos à política de saúde mental com o desmonte da RAPS e a ascensão das comunidades terapêuticas (CTs). Em 2019, Quirino assume a Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania, dando continuidade ao projeto de incentivo as CTs.

Guimarães e Rosa (2019), apontam que a Portaria GM/MS 3.588/2017 provocou mudanças pertinentes na contramão da Reforma Psiquiátrica. Já a resolução 01/2018 marca outro grande retrocesso quando passa a orientar a abstinência ao invés da Estratégia de Redução de Danos. Isso nos permite compreender o direcionamento do cuidado que deixa de envolver a redução dos riscos e passa a pautar a proibição com foco nas internações em comunidades terapêuticas.

Weber (2021) afirma que o financiamento de vagas em CTs com recursos públicos federais teve início por volta do ano de 2010, mas que o financiamento com recursos públicos estaduais e municipais já era uma prática comum. Em sua análise do financiamento das CTs de 2010 a 2019 afirma que, nesse período,

houve queda de 14,7% e estabilização de gastos do FNS com saúde mental, álcool e outras drogas, em especial a partir do ano de 2016, momento em que se aprofundaram ainda mais as restrições orçamentárias para o SUS em razão da promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que restringiu os investimentos sociais no país por vinte anos. (WEBER, 2021, p.44)

A autora afirma que, com base nos dados analisados, “os gastos da FUNAD com as CTs não têm origem no setor saúde e são relacionados ao lançamento eventual de editais de chamamento público (que têm sido mais frequentes desde 2014) ou a emendas parlamentares” (WEBER, 2021, p.43), e indica tendências preocupantes, como a queda e estabilização de gastos extra-hospitalares a partir de 2016 quando do outro lado tem-se a estabilização de gastos hospitalares. Outro cenário preocupante apontado no estudo é que os recursos da saúde para os serviços de base comunitária no campo da saúde mental, álcool e outras drogas não têm aumentado nos últimos anos, e é nesse contexto que o governo federal tem investido no financiamento de CTs.

É notório o crescimento do projeto de incentivo às CTs. Editais milionários de financiamento de vagas em CTs foram surgindo ao mesmo tempo em que os repasses aos equipamentos públicos da RAPS estavam sendo suspensos, como no ano de 2018 onde Guimarães e Rosa (2019) pontuam que R\$ 87 milhões foram assegurados ao novo pacto federal de acolhimento em comunidades terapêuticas através do Edital nº 01/2018 SENAD enquanto

que no mesmo ano a portaria nº 3.659 suspende o repasse de R\$1.077.141,12 ao CAPS, SRTs, UAs e Leitos de saúde mental nos hospitais gerais.

O ano de 2019 chama atenção para os significativos retrocessos que se deram com o reconhecimento legal das CTs na chamada “Nova lei de drogas”, Lei nº 13.840, que altera a Lei federal 11.343/06. Nesse mesmo ano também foi publicada a nova Política Nacional sobre Drogas, e ambas as legislações reconhecem e promovem incentivo as CTs e implicaram na abertura de outros editais milionários de financiamento.

O Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, aprova a Política Nacional sobre Drogas (Pnad) e determina, em seu artigo 3º, que a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública articularão e coordenarão a implementação da Pnad, no âmbito de suas competências. Dessa forma, essa política tornou-se assunto de dois Ministérios, ao Ministério da Justiça e Segurança Pública coube implementar ações que visem reduzir a oferta de drogas, como a repressão ao uso de drogas ilícitas, o combate ao narcotráfico, à corrupção, à lavagem de dinheiro, ao crime organizado e crimes conexos; e a gestão de ativos criminais vinculados ao narcotráfico. Já o Ministério da Cidadania é responsável por ações que promovam a prevenção ao uso de drogas, as ações ficam concentradas na Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred), sob coordenação de Quirino Cordeiro Junior que assumiu após deixar a pasta de saúde mental, e tem como pauta principal as comunidades terapêuticas.

Em janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto do novo coronavírus (2019-nCoV) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII, e o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, anunciou que o novo vírus constitui Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN. Diante dessa crise sanitária mundial, países de todo mundo adotaram estratégias de isolamento social para tentar conter a disseminação do vírus. É importante ressaltar que a portaria GM/MS nº 340 de 30 de março de 2020 estabeleceu medidas para o enfrentamento da pandemia no âmbito das Comunidades Terapêuticas e reconheceu em seu texto que o serviço oferecido pelas CTs é considerado atividade essencial por se enquadrar como assistência à saúde, assistência social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade.

A análise que fazemos aqui é que todo esse cenário de desmonte do SUS e, conseqüentemente, da RAPS tem se tornado um solo fértil para justificar a necessidade do serviço oferecido pelas CTs. Ainda durante a pandemia de COVID-19, em junho de 2020 o CONAD publicou a resolução nº 03/2020 que regulamenta o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas.

Antes mesmo dessa modalidade de acolhimento ser regulamentada, algumas CTs brasileiras já realizavam o acolhimento de adolescentes, de acordo com o *The Intercept Brasil*⁹, em 2019, cerca de 470 CTs acolhiam adolescentes no Brasil. O Relatório diligência de instrução na Comunidade Terapêutica Desafio Jovem Maanaim¹⁰ publicado em 2020 detalhou o que foi visto durante a inspeção em duas dessas instituições: falta de equipe técnica especializada, medicamentos psicotrópicos para contenção dos jovens, alimentos estragados, relatos de tortura, espancamento e estupro.

De acordo com informações do Ministério da Cidadania, divulgadas em rede social¹¹ pelo Ministro Quirino Cordeiro Junior, no ano de 2020 o Brasil financiou 10.747 vagas em comunidades terapêuticas, totalizando o investimento de R\$135 milhões de reais. E nesse mesmo ano, no mês de dezembro, a saúde mental sofreu um dos ataques mais severos com a publicação das Diretrizes para um modelo de atenção integral a saúde mental no Brasil.

O documento propõe uma reformulação em saúde mental que devolve o hospital psiquiátrico a rede assistencial e entende a “doença mental” como algo individual, sem ligação com o contexto social e dentro outros retrocessos propõe a inclusão da eletroconvulsoterapia (ECT) nas listas de procedimentos do SUS. A prática foi alvo de mobilização em repúdio no ano de 2019 quando, na Nota Técnica nº 11/2019 o Ministério da Saúde autorizou a compra de aparelhos utilizados para tratamentos de eletrochoque, mas após repercussão o então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, disse que o expediente seria revisto e foi suspenso.

Mas no início do ano de 2021, após a publicação das Diretrizes e após a nomeação de Rafael Bernardon Ribeiro no cargo de Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, o tema retorna a pauta. Bernardon, médico psiquiátrica, foi

⁹ Disponível em: <https://theintercept.com/2019/03/10/tratamento-drogas-governo/?comments=1#comments> acesso em 01/07/2021

¹⁰ Disponível em: https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/11/relatorio_inspecao_ct_desafio_jovem_maanaim_itamonte.pdf acesso em 01/07/2021

¹¹ [1] Disponível em: https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=702038027340342&id=100026024539808 acesso em 06/01/2021.

Coordenador do Serviço de Eletroconvulsoterapia do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e é um pesquisador e defensor da prática. Sua nomeação simboliza um gigantesco retrocesso aos avanços conquistados pelo movimento da reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial que avançou em grande escala no debate sobre a oferta de um serviço humanizado.

Ao mesmo tempo caminhou-se o projeto de desmonte da saúde pública e privatização da rede de saúde. Na saúde mental a materialização desse projeto segue sendo no investimento massivo ao financiamento de vagas em CTs. Também no início do ano de 2021 o Edital Nacional de Credenciamento Público 17/2019 habilitou 492 CTs no território, com isso foram abertas mais 13 mil vagas.

2.3.1 Sobre CTs

Para discutirmos melhor sobre o que são as CTs, iniciaremos resgatando o autor George De Leon, em sua obra “A comunidade terapêutica – teoria, método e modelo” (2003), explica que a ideia da comunidade terapêutica se repete ao longo da história implementada em diferentes encarnações. A forma contemporânea que conhecemos hoje surgiu de duas grandes variantes da CT.

A primeira, no campo da psiquiatria social, consiste em unidades e instalações inovadoras destinadas ao tratamento psicológico e à guarda de pacientes psiquiátricos socialmente desviantes dentro (e fora) de ambientes hospitalares de tratamento de transtornos mentais. A outra forma assumida pelas CTs são os programas de tratamento residencial, baseado na comunidade, de dependentes de drogas e alcóolicos. (DE LEON, 2003, p.13)

A CT em hospitais psiquiátricos social teve como pioneiro Maxwell Jones e outros no Reino Unido, e a designação comunidade terapêutica no ambiente hospitalar descrevia a organização como comunidade onde se esperava que todos contribuíssem para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de propriedade de cura. A motivação geral da CT de Jones, segundo De Leon (2003) é precursora do conceito de comunidade como método na CT de tratamento da dependência que surgiria mais tarde.

A CT moderna tem como influência a direção religiosa do grupo de Oxford e da fundação de Alcoólicos Anônimos. O grupo de Oxford foi uma organização religiosa fundada na segunda década do século XX e “sua missão para o renascimento espiritual dos cristãos acomodava de modo amplo todas as formas de sofrimento humano, os transtornos mentais e o

alcoolismo, na qualidade de sinais de erosão espiritual, eram contemplados pela preocupação do movimento.” (DE LEON, 2003, p.18)

As iniciativas que configuraram maior impacto e que continuam a influenciar a concepção de trabalho que é feita atualmente são as descritas acima realizadas na Inglaterra, por Maxwell Jones, e nos Estados Unidos por diferentes grupos. O surgimento das CTs no Brasil data do final do século XX e, segundo Cavalcante (2019), o modelo de CT brasileira recebe forte influência do modelo estadunidense, pautado na reforma moral individual.

De Leon (2003) define as CTs como

Um grupo de pessoas que, seguindo certos princípios interpessoais salientes, venceu em larga medida o sofrimento e os comportamentos inadaptados que causam sofrimento, produzidos pelo isolamento; pessoas que tem uma grande capacidade e desejo de ajudar outras pessoas antes alienadas a alcançar um claro sentido de fraternidade comunitária; trata-se de uma comunidade que inclui pessoas que se viram alijadas do comunitário e sabem como ajudar outras pessoas a voltar a esse convívio. (DE LEON, 2003, p.30)

O autor demarca como um dos problemas dessas instituições o fato de serem limitadas a experiência pessoal “Porque a CT faz o que faz costuma ser entendido a partir da experiência pessoal: ‘Funcionou para mim’” (DE LEON, 2003, p.6). Nas instituições brasileiras é comum que os responsáveis sejam ex internos recuperados que assumem o trabalho a partir do seu testemunho como exemplo.

De acordo com a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA), as CTs brasileiras apresentam em sua maioria um viés religioso em relação ao tratamento oferecido, dessa forma, quando fala-se de comunidades terapêuticas no Brasil, fala-se de comunidades terapêuticas religiosas. Ainda de acordo com o relatório do IPEA (2017), o modelo de cuidado proposto pelas CTs ancora-se em três pilares, trabalho, disciplina e espiritualidade, combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas espirituais. O exercício do trabalho é entendido como terapêutico (laborterapia), abrange tanto as tarefas de manutenção da própria comunidade, como atividades produtivas e de geração de renda.

Para o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas publicado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2018, a chamada “laborterapia” encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes, e apontam que essas práticas trazem fortes indícios de crime análogo à escravidão. Neste momento, é interessante resgatar Amarante (2007), que permite nos aproximar do caráter manicomial destas instituições quando analisa a proposta de

resgatar a função terapêutica do hospital psiquiátrico surgiu com as ‘colônias de alienados’, que tinham o objetivo de recuperar o sujeito por meio do trabalho braçal, pois consideravam que o trabalho impediria suas fantasias e seus desejos. Para tanto, fazia-se uso da disciplina, controlando o tempo e as atividades a serem executadas.

As CTs são regulamentadas através da Resolução nº 01/2015 do CONAD, e definidas como “As entidades que realizam o acolhimento de pessoas em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa” (BRASIL, 2015).

Art. 2º As entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que apresentam as seguintes características: I - adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sócio familiar e econômica do acolhido; II - ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares; III - programa de acolhimento; IV - oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12; e V - promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa. (BRASIL, 2015)

Em 2016 as CTs, por meio da portaria a Portaria SAS/MS nº 1.482, são considerados elegíveis ao cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ainda que não sejam consideradas estabelecimentos de saúde, pois ainda que pertençam a RAPS desde 2011, não fazem parte do SUS.

No Brasil, as CTs dispõem de uma Federação, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), fundada em 1990 com o objetivo de contribuir nas ações referentes à prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social construção de políticas públicas.

Atualmente as CTs se consolidam enquanto principal estratégia de enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas por parte do Estado. Materializam a atual política conservadora e constroem um projeto pautado na reforma moral do indivíduo, resgatando ações de isolamento físico, imposição da abstinência e da religião como cura, proporcionando assim uma intervenção com foco na doença, o que foge do entendimento da saúde mental que classifica a crise como um processo social.

Lima (2019) pontua que as CTs brasileiras exemplificam a histórica relação entre os serviços promovidos por atores religiosos e as políticas públicas brasileiras, mesmo após a promulgação da República que definiu a laicidade do Estado. A autora aponta que a problemática das drogas não se tornou apenas objeto da psiquiatria e do direito penal, há outra força histórica fundamental nesse espaço, as religiões.

3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

A cidade do Rio de Janeiro, segundo o último censo realizado pelo IBGE no ano de 2010, tinha uma população de 6.320.446 de pessoas e uma densidade demográfica de 5.265,82 habitantes por quilômetro quadrado. De acordo com o relatório de informações sociais do Ministério da Cidadania, em março de 2021 o total de pessoas inscritas no Cadastro Único¹² era de 1.304.850, entre essas 7.826 famílias em situação de rua. São essas pessoas, em maioria, que em sofrimento psíquico fazem uso da Rede de Atenção Psicossocial do território, e o que o município tem a oferecer?

No presente capítulo, em seu primeiro item, abordaremos a saúde mental na cidade do Rio de Janeiro, e como essa política vem sendo atravessada pela disputa de projetos progressista e conservador, e como, nos últimos anos, a resposta conservadora tem se constituído como principal estratégia ao enfrentamento do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O segundo item traz o levantamento do financiamento das CTs dentro do município do Rio de Janeiro a partir da análise de editais de financiamento e contratos realizados entre a prefeitura e essas instituições. Por fim, no terceiro item apresentamos o perfil das CTs cariocas a partir de um mapeamento das instituições e um trabalho de campo que teve como percurso metodológico a realização de entrevistas com gestores das instituições que possuem vagas financiadas pelo município.

3.1 Breve panorama da saúde mental na cidade do Rio de Janeiro

3.1.1 Organização do território e disputa de projetos

A superintendência de saúde mental do município do Rio de Janeiro tem como superintendente o médico psiquiatra Hugo Fagundes. Esta superintendência, que se localiza enquanto uma área técnica dentro da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, tem como responsabilidade estabelecer diretrizes, articular ações e gerir o Programa de

¹² O Cadastro Único para Programas Sociais reúne informações socioeconômicas das famílias brasileiras de baixa renda – aquelas com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa. Essas informações permitem ao governo conhecer as reais condições de vida da população e, a partir dessas informações, selecionar as famílias para diversos programas sociais.

Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

De acordo com o site da prefeitura do Rio de Janeiro, a cidade conta com 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 6 Centros de Atenção Psicossocial Álcool Outras Drogas (CAPSad) - 2 deles com unidades de acolhimento adultos (UAA) - e 7 Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), totalizando 31 unidades especializadas próprias. Outras 3 das redes estadual e federal completam a rede de 34 CAPS dentro do município do Rio de Janeiro.

Por iniciativa do Governo Federal, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, visando à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico e outras drogas ilícitas, a Secretaria de Ordem Pública SEOP participa, em conjunto com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - SMDS, e com outras Secretarias, do Comitê Local de Enfrentamento ao Crack e outras drogas ilícitas.

Este comitê foi instituído pelo decreto nº 35.419 de 13 de abril de 2012 assinado pelo então prefeito Eduardo Paes e tem como objetivos

I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua; II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas; III - capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas; IV - promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas, bem como fomentar a multiplicação de boas práticas; V - disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; VI - fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas no Município do Rio de Janeiro. (RIO DE JANEIRO, 2012)

De acordo com a legislação, 8 diferentes secretarias compõem o comitê, e a iniciativa da prefeitura em aderir ao programa “Crack, é possível vencer” foi aplaudida pelo na época procurador-geral de Justiça do Ministério Público do Rio de Janeiro, Cláudio Soares Lopes, como uma importante parceria das esferas municipais para o enfrentamento desse caso de saúde pública.

Mas, ainda que o tratamento da problemática estivesse como caso de saúde pública no discurso, ações higienistas nunca foram superadas pelas iniciativas do Estado. Durante a cerimônia do programa que previa um repasse financeiro para criação de novos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial e incentivo a Assistência Social, também foi feito o balanço

de ações da prefeitura em comemoração a um ano do acordo com o Ministério Público e com a Justiça para abrigamento compulsório de crianças e adolescentes. Segundo dados apresentados¹³, 117 crianças estavam em regime de abrigamento.

A internação compulsória está prevista na Lei nº 10.216 como aquela determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. Ainda que essa modalidade esteja prevista em lei, executá-la envolve pontos necessários para a reflexão: nessa sociedade racista, classista, que reproduz a necropolítica e a *necropsiquiatria*¹⁴, é possível que tais estratégias previstas como proteção ao indivíduo assumam de fato essa característica? O que vemos são ações pautadas no eugenismo e higienização da cidade, acarretando em violações de direitos.

O projeto de sucateamento da saúde pública que vivemos hoje, não é recente, Passos *et al* (2020) destaca um aviso prévio coletivo dos trabalhadores contratados por OSs, que estavam à frente da gestão de alguns CAPSad do município do Rio de Janeiro no final de 2016.

Em 2017, o convênio denominado Álcool e Drogas—com verba específica para essa área—só foi assinado após muita pressão dos trabalhadores e usuários que geraram grande comoção. O atraso na assinatura do convênio, no repasse para as OSs e, consequentemente, na entrega de materiais e salários dos funcionários contratados não é um caso isolado. Essa realidade tem sido comum na gestão atual do município que encontra nas constrições orçamentárias decorrentes, entre outras coisas, de dívidas deixadas por gestões anteriores, justificativa para o caos que se estabelece não apenas na política de saúde mental, mas nas políticas públicas do município, com destaque para saúde e educação. (PASSOS *et al.*, 2020, p. 135)

O ano de 2019, que foi marcado por grandes iniciativas a nível nacional para o incentivo ao serviço oferecido por instituições privadas, no que se refere ao enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e que deu destaque às comunidades terapêuticas nas legislações propostas sobre o tema, também foi cenário de uma ampla greve dos trabalhadores da saúde pública, em decorrência do atraso de mais de dois meses nos salários.

No ano subsequente, onde se consolidou a contratação de 225 vagas no valor de R\$2.700.00,00 (dois milhões e setecentos mil reais) em CTs, iniciou-se com o anúncio o rompimento do contrato com a OS Viva Rio que administra 75 unidades de saúde do município, deixando 5 mil profissionais em situação de aviso prévio. Ainda que a organização de sindicatos

¹³ Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=2742733> visualizado em 15/05/2021

¹⁴ O termo faz referência ao uso da psiquiatria para decretar como algumas pessoas podem viver e como outras devem morrer.

tenha conseguido reverter essa situação, é muito simbólico analisar essa movimentação que vem acontecendo concomitantemente no município do Rio de Janeiro e impactando diretamente na vida dos usuários e na continuidade dos serviços públicos substitutivos. Este cenário evidencia a disputa de projetos e o que se consolida hoje no município: o crescente incentivo às instituições privadas na contramão do sucateamento do SUS.

Uma problemática territorial do município são as subdivisões do território, realizadas pelas secretarias, que não conversam entre si. A Secretaria Municipal de Assistência Social, por exemplo, organiza seus serviços por área e território através das Coordenadorias de Assistência Social e Direitos Humanos – CASDH, totalizando dez unidades espalhadas na Cidade. A Secretaria Municipal de Saúde também organiza sua rede de serviços em 10 Áreas Programáticas (APs). Porém, o território do centro da cidade, que é onde concentra o maior número de equipamentos da assistência social para atendimento e acolhimento da população adulta em situação de rua, não possui nenhuma modalidade de CAPS. É essa população em situação de extrema vulnerabilidade social, a qual são negados direitos, diariamente afetada pela precarização dos serviços públicos, que estão sendo entregues às iniciativas privadas como comunidades terapêuticas.

3.1.2 O incentivo a rede privada de serviços

Pouco após a publicação da Lei nº 13.840/19 e a nova Política Nacional sobre Drogas instituída pelo decreto nº 9.761/19, o prefeito do município do Rio de Janeiro publicou o decreto nº 46.314 que prevê um cadastro da população de rua e caminhos para a sua internação, voluntária ou involuntária. Tal decreto se mostra como uma resposta após toda a repercussão midiática do caso em que duas pessoas morreram e outras quatro ficaram feridas depois de serem esfaqueadas por um homem que estava em situação de rua, na Zona Sul da cidade.

O decreto, em consonância com a Lei nº 13.840, explicita dois modelos de internação: voluntária e involuntária, ambas realizadas somente em unidades de saúde sob autorização médica

§ 5º A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser, obrigatoriamente, autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina. (RIO DE JANEIRO, 2019)

No que compete a internação involuntária a classifica como

aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida. (RIO DE JANEIRO, 2019)

Ainda que traga em seu texto que a avaliação deve ser obrigatoriamente autorizada por um médico, abre o leque quando classifica a internação involuntária como podendo ser realizada a pedido de familiares, responsáveis legais, servidores públicos da área da saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad. Atribuir essa função a servidores públicos de diversas especialidades é algo muito perigoso uma vez que a formação profissional dos mesmos nem sempre contempla a capacidade de realizar uma avaliação desse nível.

E por fim atribui à Guarda Municipal (GM) do Rio de Janeiro a função de prover o apoio operacional necessário a assegurar a integridade física da equipe de abordagem multidisciplinar,

§ 1º A GM-Rio priorizará a identificação de quaisquer suspeitos de posse ou porte ilegal de armas de fogo ou aquele injustificado de armas brancas, tais como facas, facões, canivetes, navalhas, punhais, dentre outras com potencial para violar a integridade física de terceiros, circunstância essa que, sendo confirmada, imporá a sua apresentação à autoridade policial. (RIO DE JANEIRO, 2019)

Abordagem essa que obriga a população em situação de rua a realizar o cadastro, que não é realizado no local da abordagem, ou seja, essas pessoas serão abordadas, revistadas e conduzidas pela GM-Rio para a realização de um cadastro. É extremamente problemático considerar que essa atuação se dará de uma maneira pacífica uma vez que a POP Rua já apresenta medo e receio da Guarda Municipal em decorrência do histórico de abordagens truculentas com uso de violência. Passos *et al* (2020) destacam que tais ações não são novidade do município do Rio de Janeiro.

As ações de reordenamento urbano e recolhimento da população em situação de rua não são inéditas no município, uma vez que, durante o mandato do Prefeito Eduardo Paes (2009-2017), ações similares aconteceram com o objetivo de recolher a população em situação de rua, prática considerada ilegal. Isto, por sua vez, gerou uma ação civil pública do Ministério Público Estadual do Rio de Janeiro contra a Prefeitura. Cabe sinalizar que esse tipo de política, de base higienista, eugenista e elitista, faz parte da história da cidade e de sua organização. (PASSOS *et al*, 2020, p. 133)

Apesar da existência da superintendência de saúde mental, e de várias outras secretarias municipais que inclusive pertencem ao comitê local de enfrentamento ao crack e outras drogas ilícitas, o enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas têm tido suas ações concentradas na Secretaria de Ordem Pública (SEOP) do município, juntamente com a

organização da Guarda Municipal, o que de primeira já nos permite conhecer o olhar dado a essa questão.

Em setembro de 2019, foram criadas a Coordenadoria de Cuidado e Prevenção às Drogas, o Conselho Municipal Antidrogas do Rio de Janeiro e o Fundo Municipal Antidrogas na estrutura básica da SEOP. O objetivo é realizar ações preventivas ao uso de drogas, além de participar da formulação de políticas de prevenção, tratamento e recuperação de dependentes químicos. Ainda em 2019 foi a SEOP a responsável por organizar um edital milionário de financiamento de vagas em comunidades terapêuticas - CTS, que está vigente até hoje após prorrogação, financiando 225 vagas em 9 CTs localizadas no município do Rio de Janeiro.

3.2 Financiamento, seleção pública e comunidades terapêuticas

Analisar o financiamento público de vagas em CTs, que cresce na contramão do sucateamento dos serviços públicos da RAPS, nos permite alcançar dados para o debate sobre a contrarreforma do estado neoliberal e como as estratégias de privatização vem afetando diretamente a política pública de saúde do país, tal qual o projeto preconizado na Constituição Federal e demais legislações de regulamentação do SUS.

Esse tensionamento reflete diretamente na qualidade dos serviços prestados pelo SUS, perceptível na entrega de um serviço precário fruto do projeto político de desmonte que se consolida na falta de recursos para instituições públicas e ampliação dos esquemas privados que sugam recursos públicos. A proposta de saúde pública e universal parece estar na prática, sofrendo um processo de privatização passiva (SILVA, 2003; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Não existe uma rubrica dentro da Lei Orçamentária Anual para designar os gastos com financiamento de vagas em comunidades terapêuticas, o que torna muito complexo avaliar esses gastos. Dessa forma essa análise vai partir de dados divulgados e editais de financiamento.

Atualmente o edital nacional de credenciamento nº17/2019 que credenciou 492 CTs em fevereiro de 2021 objetiva ampliar o financiamento R\$ 153,7 milhões, destinados em 2019, para R\$ 300 milhões¹⁵. O valor de R\$153,7 milhões destinados no ano de 2019 foi direcionado

¹⁵ Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/reaberto-edital-publico-para-financiamento-de-comunidades-terapeuticas#:~:text=Com%20a%20amplia%C3%A7%C3%A3o%2C%20a%20estimativa,tratamento%20gratuito%20e%20de%20qualidade>. Acesso em 03/07/2021

a 496 CTs contratadas por meio de dispensa de licitação, e de acordo com matéria¹⁶ publicada pelo jornal O Globo, o montante era quase igual aos R\$158 milhões gastos anualmente com todos os CAPS do Brasil. A ampliação no investimento para R\$300 milhões significa pensar em um financiamento quase duas vezes maior em CTs em comparação com os CAPS.

No estado do Rio de Janeiro tramita-se o edital 01/2020 da Secretaria Estadual de Saúde (SES), que aprovou duas CTs para um financiamento no valor de R\$1,6 milhões. Esses recursos são provenientes do convênio nº12/2017/SENAD, que foi firmado em agosto de 2018 entre a SENAD e a SES, desde o lançamento do edital em janeiro de 2020 até hoje, houve uma série de tramitações, mas ainda sem nenhuma contratação.

No município do Rio de Janeiro o último edital para contratação de vagas em CTs foi lançado no final do ano de 2019. O edital de chamamento público nº 001/2019 divulgado pela Secretaria Municipal de Ordem Pública permeia o acolhimento institucional de 225 (duzentos e vinte e cinco) adultos/mês (18 a 59 anos de idade), de ambos os sexos, em unidades femininas ou masculinas, e totaliza o valor de R\$2,7 milhões.

Nove CTs foram contempladas pelo edital e as 225 vagas foram distribuídas da seguinte forma: 40 vagas na Instituição Marca de Cristo, 75 vagas distribuídas em 3 unidades da Maranatha, 65 vagas distribuídas em 3 unidades da Instituição Manassés, 25 vagas na Assistência Social Videira, e 20 vagas na instituição Revivendo com Cristo.

Do total de R\$ 2,7 milhões estabelecido nos contratos, a prefeitura repassou para as entidades R\$ 950 mil em 2020, conforme tabela abaixo. Os convênios foram prorrogados para o ano de 2021 sem sofrer alteração de valor.

Tabela 1 – Convênio municipal para financiamento de vagas em CTs

CT	Valor do convênio	Valor recebido em 2020
Associação Maranatha	R\$ 420.000,00	R\$ 175.000,00
Associação Maranatha	R\$ 240.000,00	R\$ 100.000,00
Associação Maranatha	R\$ 240.000,00	R\$ 100.000,00
Instituição Manassés	R\$180.000,00	R\$ 100.000,00

¹⁶ Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/bolsonaro-multiplica-investimento-em-comunidades-terapeuticas-para-atender-usuarios-de-drogas-23617535> Acesso em 03/07/2021

Instituição Manassés	R\$ 240.000,00	R\$ 100.000,00
Instituição Manassés	R\$ 360.000,00	R\$150.000,00
Instituto Revivendo com Cristo	R\$ 240.000,00	R\$ 100.000,00
Instituto Marca de Cristo	R\$480.000,00	R\$200.000,00
Assistência Social Videira	R\$300.000,00	R\$125.000,00

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações do Sistema Integrado de Informações gerenciais da Prefeitura do Rio de Janeiro, acessado em 30 de outubro de 2020.

O financiamento das vagas, diretamente relacionado a Secretaria de Ordem Pública do município – SEOP diz muito sobre o viés com que o município encara a temática da saúde mental relacionada ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, não como saúde pública, mas como ordem pública, dando um direcionamento higienista as ações que são voltadas ao recolhimento da população em situação de rua para direcioná-los a locais isolados da cidade. Essa abordagem ignora a percepção sobre as drogas como uma expressão da questão social e reedita a percepção como uma questão apenas de política ou justiça.

A prefeitura nos últimos anos construiu seu próprio fluxo para organizar tais ações, comprovando ainda mais o direcionamento político da atuação, a coordenadoria de cuidado e prevenção as drogas do município, durante do governo do prefeito Marcello Crivella ficou sob a direção de Douglas Manassés, fundador e presidente da Instituição Manassés, que teve 3 casas contempladas pelo edital municipal. Durante a sua atuação enquanto coordenador de cuidado e prevenção as drogas no município, Douglas Manassés estava afastado da direção das CTs, mas retornou logo após a saída da coordenação e sua não elegibilidade nas eleições para vereador no ano de 2020.

Além disso, a vigilância sanitária começou seu trabalho em parceria com a atuação municipal promovendo cursos de capacitação para gestores de CTs. Fiore e Rui (2021) comentam o artigo de Loeck (2021) que aborda o papel da Vigilância Sanitária principalmente a nível municipal

Em seu artigo, o autor observa que, no transcurso de uma década, houve um afrouxamento nas resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e que, da forma como estão organizados localmente, os processos burocráticos de licenciamento, regularização e fiscalização necessários à emissão do alvará sanitário não só apresentam lacunas, como terminam por permitir o funcionamento de entidades com sérios problemas estruturais. (FIORE; RUI, 2021, p.8)

Durante a atuação de Douglas Manassés também foram criados serviços como o Resgate Solidário onde automóveis da prefeitura circulavam pelas ruas da cidade abordando a população de rua com o objetivo de encaminhar para as CTs conveniadas. Em notícia¹⁷, o serviço é denominado de “operação” que foi integrada pela Secretaria Municipal de Ordem Pública (SEOP) e contou com 40 agentes das Coordenadoria de Cuidado e Prevenção às Drogas (CPD) e Guarda Municipal, da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH), da Superintendência do Centro, da Comlurb, além da Polícia Militar.

É extremamente problemático pensar no caráter que assume uma abordagem a uma população em situação de vulnerabilidade, vítima de preconceito, violações de direitos e diversas formas de violência estatal, envolvendo personagens como a Guarda Municipal, Comlurb e Polícia Militar. É comum em espaços de debate com a presença da população em situação de rua e representantes, que sejam relatados casos de violência durante abordagens dessa natureza, em audiência pública em maio deste ano¹⁸ a parlamentar Mônica Francisco pontuou a relação entre a problemática e a precarização dos serviços da assistência social.

Para que haja uma efetiva abordagem e acolhimento, a categoria precisa estar munida e ter seus direitos trabalhistas garantidos. Precisamos elaborar mecanismos de fiscalização a partir da Alerj e da Câmara Municipal da Capital e demais municípios sobre as secretarias estaduais e municipais de assistência social (*sic*).

O debate na audiência pública tinha como pauta a descriminalização da população em situação de rua, e a parlamentar pontuou que é difícil conquistar a confiança dos usuários durante a abordagem quando a ação é realizada junto com profissionais armados. No âmbito da Assistência Social, o serviço de abordagem social previsto no SUAS é um serviço especializado da proteção social especial de média complexidade e objetiva a resolução de necessidades imediatas e promoção da inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos.

O financiamento público é um caminho significativo de reconhecimento e institucionalização das CTs. No município do Rio de Janeiro o crescimento dessas instituições se dá também através de articulações políticas e a promoção de ações colaboram no incentivo a esse serviço. Desde atores chave nomeados por políticos conservadores eleitos, à organização de instituições que passam a assumir o papel de apoio ao serviço, como a Vigilância Sanitária, percebemos uma perigosa movimentação em favor do fortalecimento das CTs ao mesmo tempo

¹⁷ Disponível em: <https://prefeitura.rio/assistencia-social-direitos-humanos/resgate-solidario-prefeitura-faz-acao-de-acolhimento-de-populacao-em-situacao-de-rua-na-lapa/> acesso em 08/07/2021

¹⁸ A audiência pública da comissão de trabalho foi transmitida ao vivo pelo canal da TV Alerj no youtube no dia 28/05/2021. O resumo está disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UVcFnQUeRuw>. Acesso em: 17/07/2021

em que a rede de serviços públicos de saúde mental do município segue sendo alvo de desmonte e sucateamento, um projeto político proposital dentro das estratégias de privatização não clássica da saúde (GRANEMAN, 2011).

3.3 Mapeamento das comunidades terapêuticas cariocas: quem são?

O mapeamento de CTs se mostra um desafio uma vez que nem todas recebem financiamento ou são credenciadas junto aos órgãos do município. Uma vez que funcionam sem qualquer documentação, se torna muito difícil a localização desses serviços para a realização de um mapeamento, o que acarreta também no funcionamento durante anos sem qualquer tipo de fiscalização.

Para a realização de um mapeamento inicial, foram utilizados como fonte de informações a listagem das CTs licenciadas pela vigilância sanitária; as CTs credenciadas pelos editais de financiamento de vagas; o mapa virtual de comunidades terapêuticas no Brasil do Ministério da Cidadania e a listagem de CTs filiadas à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Além de ter realizado levantamento em sites e páginas de redes sociais.

A última concessão de licença de funcionamento concedida pela Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle De Zoonoses à CTs do município se deu através da Portaria “N” S/Subvisa N° 612, de 28 de julho de 2020 e 18 instituições foram licenciadas através dessa portaria. As nove CTs financiadas pelo Edital Municipal da SEOP n° 01/2019 estão contempladas na portaria da Subsecretaria de Vigilância. Através do edital de financiamento da Secretaria Estadual de Saúde e da lista de cadastro junto à FEBRACT, não foram mapeadas CTs no município do Rio de Janeiro.

O aviso n° 1/2021 SEDS/SENAPRED Edital de Credenciamento Público n° 17/2019 publicizou informações como nome e CNPJ de 492 CTs habilitadas pelo edital nacional n° 17/2019. Após realização da consulta do comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral de Pessoa Jurídica pela Internet no site da Receita Federal, foram identificadas 20 CTs dentro do território da pesquisa.

A pesquisa por sites e páginas em redes sociais nos trouxe a um total de 10 páginas atualizadas referentes a instituições comunidades terapêuticas dentro do município do Rio de

Janeiro. A partir desse levantamento foram mapeadas 32 instituições localizadas no município do Rio de Janeiro, listadas na tabela abaixo.

Tabela 2 – Mapeamento das CTs no município do Rio de Janeiro

Associação De Assistência Social Videira
Associação Maranatha Do Rio De Janeiro
Associação Maranatha Do Rio De Janeiro
Associação Maranatha Do Rio De Janeiro
Associação Maranatha Do Rio De Janeiro
Associação Maranatha Do Rio De Janeiro
Associação Maranatha Do Rio De Janeiro
Associação Vencedor A Cada Dia
Autoridade De Jesus ADJ
Casa De Acolhimento Vitória Régia
Casa De Apoio Feminino Poramor
Casa De Recuperação Vidas Libertas Pela Fé
Casa O Vencedor
Casa Terapêutica Raab
Centro De Amparo Aos Moradores De Rua E Dependentes Quimicos
Centro De Reabilitação Vencendo O Gigante
Centro De Recuperação Família Escolhida
Comunidade Terapêutica Alcançando Vidas
Comunidade Terapêutica Jesus É O Caminho
Comunidade Terapêutica Reviva
Comunidade Terapêutica Vida Plena
Crard Centro De Recuperação Amor De Deus
Desafio Jovem Ebenezer do estado do Rio de Janeiro
Igreja Batista Projeto Leão De Judá
Instituição Social Manassés
Instituição Social Manassés
Instituição Social Manassés
Instituto Revivendo Com Cristo
Instituto Social Marca De Cristo
Projeto Florescer Comunidade Terapêutica
Resgatando Vidas Com Amor
Valentes De Davi Missões

Fonte: elaborada pela autora

3.3.1 Entrevistas

Estabeleceu-se como proposta metodológica a realização de entrevistas com gestores dentro da amostra das 9 financiadas pelo edital municipal em vigência, totalizando 5 gestores, considerando quem em dois casos o mesmo gestor era responsável por 3 instituições. Dos 5, a entrevista foi realizada com 2 deles, totalizando 4 das 9 instituições financiadas. Dos três gestores que não participaram da pesquisa, um deles alegou que só realizaria a entrevista presencialmente, mas a ida a campo de maneira presencial não foi possível devido as medidas de segurança em decorrência da pandemia de COVID-19, e com os outros dois não tivemos resposta nas tentativas de contato.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e as entrevistas foram realizadas via ligação telefônica. O roteiro que orientou as entrevistas foi construído em formato de formulário (apêndice 1) durante o processo de pesquisa a partir das principais legislações que orientam o serviço das CTs, como a Resolução 01/2015 e 03/2020 do CONAD e a RDC n° 29 da Anvisa, também foram utilizadas como base a Portaria n° 562/2019, que cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Senapred, e questões consideradas relevantes para traçar um perfil dessas instituições. Dessa forma, os gestores responderam questões sobre o território onde a CT está localizada, quantidade de vagas, perfil dos internos, equipe técnica e aspectos do trabalho desenvolvido.

Um dos gestores, responsável por 3 CTs no território, alegou não receber o repasse da prefeitura há mais de sete meses, e por isso uma das casas fechou as portas este ano. Segundo D¹⁹, o contrato foi feito em janeiro de 2020, mas o primeiro repasse foi recebido somente no mês de abril de 2020, por isso houve a prorrogação contratual. Contudo, os repasses continuam atrasados mesmo com toda a documentação e a prestação de contas em dia junto a prefeitura.

Considerando o fechamento de uma das instituições, trabalharemos com o universo de informações sobre o perfil de 3 CTs no município do Rio de Janeiro que possuem vagas financiadas pelo Edital n°01/2019 da SEOP.

Duas instituições ficam localizadas em zona urbana, apenas uma delas fica localizada em território de favela. Lima (2019) trabalha com um relato de diário de campo sobre uma

¹⁹ Será utilizado letras para não identificar os entrevistados e garantir o sigilo.

experiência de visita a uma CT localizada no complexo de favelas da Maré. As reflexões trazidas pela autora problematizam a escolha do território que apresenta conflito armado e venda de drogas muito próximo a localização, além de ser um território perigoso e desconhecido, o que facilita que os internos tenham medo de sair, e os que saem acabam retornando por não conhecer o território. A concepção de que as CTs ficam localizadas em terrenos isolados se distingue em partes da realidade do município do Rio de Janeiro, pois é comum casas em meio urbano e até mesmo dentro de uma área periférica.

Todas as 3 CTs entrevistadas são destinadas ao público adulto masculino e o número de vagas varia de 30 a 100 (CT1 – 100 vagas; CT2 – 38 vagas; CT3 – 30). Em todas as instituições o número de vagas oferecidas é maior do que o número de vagas financiadas pela prefeitura, justificando assim. Segundo os gestores, a necessidade de receber doações das famílias que podem contribuir e em um caso, o trabalho dos internos fora da instituição para a arrecadação de recursos, sendo este trabalho voluntário e visto como parte do processo de “reinserção social”.

No caso da CT em que os internos realizam trabalho fora da instituição para arrecadar recursos, esta etapa compreende na verdade os internos das duas CTs. As duas instituições, apesar de localizadas em endereços distintos, funcionam juntas no programa de acolhimento da seguinte forma, os novos internos são direcionados para o sítio onde compreende a primeira etapa do programa, quando, após considerados aptos pelos profissionais, chegam na etapa de reinserção social, são encaminhados para a instituição em outra localidade onde realizam o trabalho fora da instituição com o objetivo de arrecadar fundos.

Sobre a admissão na unidade, todos eles alegaram receber encaminhamento da rede de cuidados do município, CRAS, CREAS, CAPS e unidade básica de saúde. Em um dos casos o gestor ao ser questionado sobre a apresentação de laudo médico antes da internação, negou a exigência: “Não, porque estão em situação de rua, não vem nem com documento” *sic*. Essa mesma unidade é gerida por um responsável técnico sem nível superior, não possui substituto na função e a equipe técnica da unidade é composta por assistentes sociais e psicólogos que trabalham de maneira voluntária na unidade. Já as outras duas unidades disseram possuir equipe técnica contratada via RPA e CLT, e asseguraram o cumprimento da exigência da avaliação médica antes da internação.

Esta exigência está prevista no item II do artigo 6º da resolução 01/2015 do CONAD, no artigo 26-A da Lei nº13.840 e no artigo 16 da RDC nº 29 da ANVISA. A presença de um

responsável técnico com formação em nível superior legalmente habilitado e um substituto com mesma qualificação também é exigência da Regulamentação do CONAD e da Resolução da Vigilância Sanitária.

Todas as CTs declararam realizar a admissão do indivíduo independente de religião, identidade de gênero e orientação sexual, apresentando restrições apenas para pessoas em sofrimento mental ou que façam tratamento prolongado de saúde de doenças graves. As atividades realizadas dentro da instituição passam pela manutenção do local, trabalho na horta, oficinas de marcenaria, artesanato, ladrilho, de prevenção contra recaída e atividades de espiritualidade.

Em todos os casos foram relatados que os internos faziam uso da rede de serviços do território, mas não de forma periódica realizando um acompanhamento, somente quando há a necessidade de algum serviço, “Eles são acompanhados pela rede de saúde do município. Frequentam o CAPS, a clínica da família... quando há necessidade, quando eles têm alguma comorbidade, se a pessoa não tem nenhuma comorbidade não tem por que ir ao médico” *sic*. Em todas as CTs os internos são responsáveis pela limpeza e manutenção do local, assim como a preparação das refeições, para os gestores esse processo faz parte do desenvolvimento da autonomia e reinserção social. O período de internação vai até 12 meses nos três casos. Todas as instituições são direcionadas pelo viés religioso, uma delas afirmou ser cristã e outras duas, evangélicas. Atividades religiosas fazem parte do tratamento, e em duas casas o gestor se referiu como atividades de espiritualidade.

De acordo com a resolução que regulamenta o serviço, o desenvolvimento da espiritualidade deve ser uma atividade terapêutica realizada no programa de acolhimento. O relatório do Ipea (2017) compreende que o modelo das CTs consiste em um dispositivo estruturado sobre a tríade trabalho-disciplina-espiritualidade, e compreendemos atividades de espiritualidade como promoção do autoconhecimento, mas é comum as CTs considerarem práticas religiosas como atividades de espiritualidade, e é importante ressaltar que uma atividade espiritual não necessariamente está correlacionada com a religião, devendo assim a preservação das escolhas pessoas de cada indivíduo no que diz respeito a sua crença, assim como previsto no artigo 5º da constituição.

Quando questionados sobre a reinserção social, o gestor responsável por duas CTs disse que esse trabalho começa a ser feito quando eles começam a ter autonomia. A reinserção foi descrita tendo início com a retirada de documentação, o acesso a benefícios, e aí começa o

preparo para o convívio com a sociedade e família, para isso existe o trabalho de encaminhar para cursos e para o mercado de trabalho. O outro gestor atribuiu a etapa de reinserção ao acesso a renda, e segundo o mesmo a reinserção acontece com a inserção em cursos, como de corte de cabelo por exemplo, para que tenham uma renda extra.

Sobre as dificuldades encontradas no serviço, um deles alegou não possuir dificuldade porque ama o que faz. Já o gestor responsável pelas 2 CTs e que alegou o atraso no pagamento da prefeitura, relatou que a maior dificuldade é a falta de recursos, “a gente se preocupa mais em conseguir dinheiro para manter o projeto funcionando do que com o tratamento dos acolhidos, 90% do meu tempo é tentando conseguir dinheiro.” *Sic.*

O levantamento de dados realizado a partir das entrevistas evidencia que a problemática que envolve as CTs no município do Rio de Janeiro, apesar da especificidade territorial e uma maior visibilidade por conta da movimentação política nesta região, focada no incentivo às instituições, não se distingue muito do cenário relatado anteriormente em relatórios como CFP (2018), IPEA (2017) e CFESS (2018). Instituições privadas e religiosas, ocupando espaço na rede de serviços de saúde mental do município, recebendo financiamento e reconhecimento ainda que, em alguns casos, irregulares conforme a legislação.

O trabalho voluntariado, tanto dos internos quanto dos profissionais da equipe técnica é um ponto importante a ser observado também. O primeiro, exige atenção às relações de exploração do trabalho que podem ser estabelecidas, conforme relatórios de fiscalização já citados neste trabalho. E o segundo demonstra uma instabilidade na continuação do serviço, um trabalhador voluntário não compõe a equipe fixa de uma instituição, não se estabelece uma relação de trabalho que garanta direitos aos profissionais ou a garantia da oferta de um serviço continuado durante todos os dias da semana.

É problemático pensar na ausência de uma equipe técnica especializada ou na pouca preocupação na construção de um projeto sólido em parceria com a rede de serviços do território como preconiza a lei. A Resolução 01/2015 do CONAD reconhece a necessidade de articular as entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa com a rede de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social do Sistema Único de Saúde - SUS, do Sistema Único de Assistência Social - SUAS e das demais políticas públicas.

Também é importante pontuar que a rede de cuidado do território, conforme foi explicitado nas entrevistas, realiza encaminhamento de usuários para as CTs, e não é realizado o acompanhamento desse usuário em caráter continuado após o encaminhamento. “A violação de direitos, de forma sistemática e cotidiana, se expressa também pelo não acesso aos bens e aos serviços coletivos” (LIMA, 2019, p.260)

O trabalho interinstitucional em parceria com a rede é fundamental para a construção de um projeto de “reinserção social”. É necessário que aquele indivíduo tenha acesso aos serviços do território, que seja inserido em programas da rede de saúde e socioassistencial. Considerando as diferentes expressões da questão social que atravessam a vida de uma pessoa que está em situação de uso prejudicial de álcool e outras drogas, como a quebra de vínculos familiares, desemprego, acometimentos de saúde física e mental, entre outros, o alcance da abstinência não pode ser imposto como a única condição para o sucesso do “tratamento”.

O processo de “reinserção social”, o enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas é uma questão intersetorial e tais ações devem envolver diferentes áreas e políticas públicas como saúde, cultura, justiça, segurança pública, educação e assistência social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o uso de drogas a partir dos pilares do método crítico-dialético nos permite traçar um olhar crítico sobre toda a trajetória de uso, controle e criminalização dessas substâncias, sem nos abstermos das relações sociais que fundamentaram toda a movimentação e construção desse processo no mundo e no território brasileiro até chegarmos ao que vivemos hoje, uma Guerra às Drogas que se materializa em uma guerra aos negros e pobres.

Até que a saúde reconhecesse sua atribuição em cima da questão das drogas, o tratamento dado a problemática era no âmbito da justiça, seja no encarceramento ou no isolamento, as instituições totais (GOFFMAN, 1974) eram os instrumentos de controle de corpos e subjetividades. Instrumentos estes que resistem até hoje nas práticas do estado com a aprovação de parte da sociedade.

Pensar na origem da criminalização das drogas e no caráter eugenista desse movimento nos obriga a debruçar um olhar minucioso as formas de enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas que se materializam hoje por parte da resposta conservadora do estado. A quem se voltam essas ações? Quem é o público-alvo da bala, do cárcere, dos manicômios, das comunidades terapêuticas?

Este trabalho buscou, em seu primeiro capítulo, problematizar o uso de drogas a partir da estruturação de uma sociedade capitalista, para que fosse possível compreender o interesse por trás da dinâmica no controle dessa mercadoria e como o racismo, estruturante do modo de produção capitalista, se relaciona diretamente com a criminalização no cenário brasileiro. Para, a partir de então, no capítulo 2, inserirmos as drogas no debate da saúde mental e todos os desafios e a trajetória de luta para a construção de projeto de política pública que proporcionasse um tratamento humanizado a seres humanos.

Esse caminho foi percorrido com o objetivo de fundamentar uma análise da disputa de projetos nesse cenário e se debruçar com uma visão crítica em cima do avanço do conservadorismo na resposta do Estado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Hoje, vinte anos após a lei que oficializa a Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda enfrentamos uma luta constante para que esses direitos sejam assegurados, para que o tratamento em liberdade, no território, de forma gratuita, pública e universal seja assegurada como dever do estado e direito de toda a população, e infelizmente estamos perdendo essa luta.

A principal resposta do Estado se constitui no incentivo a instituições privadas e religiosas, que reatualizam práticas manicomiais de isolamento, controle de corpos e subjetividades, enquanto os serviços públicos territoriais resistem, com dificuldade, a política de sucateamento e desmonte da política pública de saúde, projeto da contrarreforma desse estado neoliberal genocida.

A sociedade brasileira cultivou por muitos anos o pensamento manicomial determinando às pessoas em sofrimento psíquico um tratamento pautado em longas e intermináveis internações em hospitais psiquiátricos, palcos do abandono e violência. Basaglia destaca que não basta a transformação do modelo hospitalar em um modelo moderno, higienizado, humanizado, pois as características asilares não permitem avanços significativos e nos fazem retroceder. O autor contribui para pensarmos hoje no fortalecimento da luta pelos serviços territoriais, “Atuar no território significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade” (AMARANTE, 2007, p.106)

A construção desse trabalho foi atravessada por diferentes desafios, o principal deles a situação de calamidade pública mundial que estamos enfrentando devido a pandemia de COVID-19. Também constitui-se como um desafio constante nessa temática, a irregularidade das instituições que funcionam sem documentação impedindo um mapeamento preciso do quantitativo de CTs, não só no município mas em território nacional. Dessa forma, o mapeamento das instituições e do financiamento desse serviço, se materializam como questões de interesse para seguir com a pesquisa sobre o tema.

Seguimos na luta antirracista, antimanicomial e antiproibicionista. (Ainda) Por uma sociedade sem manicômios!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, A. **O abolicionismo como movimento social**. NOVOS ESTUDOS 100. Novembro 2014.

AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. 1ªed – Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

ABREU, Maurício de Almeida. **Reconstruindo uma História Esquecida: origem e expansão inicial das favelas do Rio**. São Paulo: Espaço e Debates, 1994

BOITEUX, Luciana. A reforma da Política Internacional de Drogas virá de baixo para cima. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, n.1, p. 17-20, jan./jun. 2015.

BOITEUX, Luciana. **Aumenta o consumo. O proibicionismo falhou**. In.: Le Monde Diplomatique. Brasil, set. 2009, p. 10-11.

BOITEUX, Luciana. Drogas e cárcere: repressão às drogas, aumento da população penitenciária brasileira e alternativas. In: SHECAIRA, Sérgio Salomão (Org.). **Drogas: uma nova perspectiva**. São Paulo: IBCCRIM, 2014.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto Nº 9.761, de 11 de Abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 12/07/2021.

BRASIL. **Decreto nº 85.110 de 2 de setembro de 1980**. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html> > acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Lei nº 4.294 de 14 de julho de 1921**. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as fórmulas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html> > Acesso em 12/07/2021

BRASIL. **Lei nº 5.726 de 29 de outubro de 1971**. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htmimpresao.htm > acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Lei nº 8.072 de 25 de julho de 1990.** Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18072.htm > acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm > acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm > acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm > Acesso em: 12/07/2021.

BRASIL. **Lei nº 10.409 de 11 de janeiro de 2002.** Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110409.htm > acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm > acesso em: 12/07/2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral e Usuários De Álcool e Outras Drogas.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é a Rede de Atenção Psicossocial.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf Acesso em: 12/07/2021.

BRASIL. **Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: < <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> > acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Portaria nº 189 de 20 de março de 2002.** Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf> > acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html > acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Portaria nº 856, de 22 de agosto de 2012.** Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0856_22_08_2012.html> Acesso em: 12/07/2021.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 12/07/2021.

BRASIL. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Resolução CONAD nº 01/2015.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Disponível em: < https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf> Acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Resolução CONAD nº 03/2020.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833>> acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html> Acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>> acesso em: 12/07/2021

BRASIL. **Portaria nº 562, de 19 de março de 2019.** Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED. Disponível em: < https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/67753796/do1-2019-03-20-portaria-n-562-de-19-de-marco-de-2019-67753613> Acesso em: 12/07/2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016.** Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html> acesso em: 12/07/2021

BRITES, C. M. Consumo de psicoativos, proibicionismo e ética profissional das (os) assistentes sociais. In: (Org.) DUARTE, M. J. O; PASSOS, R. G; GOMES, T. M. S. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

BRITES, C. M. **Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos**. 2006. 148 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

CARNEIRO, Henrique. **As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX**. Revista Outubro, n 06, 2002 (pp.115-128): São Paulo, SP.

CARNEIRO, Henrique S. **Proibição da maconha: racismo e violência no Brasil**. Cahiers des Amériques Latines, Paris, n. 92, p.135-152, 2019.

Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-emComunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 12/07/2021.

Conselho Federal de Serviço Social. **Relatório de Fiscalização Serviço Social e a Inserção de Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas no Brasil**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>. Acesso em: 12/07/2021

DANTAS, Rhael Vasconcelos. **Criminalização das drogas no Brasil: evolução legislativa, resultados e políticas alternativas**. Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasília, 54p. 2017

D'AGOSTINO, R. **Com Lei de Drogas, presos por tráfico passam de 31 mil para 138 mil no país**. G1, São Paulo, 24 jun. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/06/com-lei-de-drogas-presos-por-trafico-passam-de-31-mil-para-138-mil-no-pais.html> . Acesso em: 22/06/2021.

de Cássia Cavalcante LIMA, Rita; Pires ROCHA, Andréa; Batistuta VALE, Juliana; Pereira da FONSECA, Adriana **Políticas sociais sobre drogas: um objeto para Serviço Social brasileiro** Argumentum, vol. 7, núm. 1, enero-julio, 2015, pp. 26-38

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Loyola, 2003

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010.

ERMINIA, Maricato. **Metrópole, legislação e desigualdade**. Estud. av. [online]. 2003, vol.17, n.48, pp.151-166.

FAUSTINO, D. M. **Frantz Fanon: um revolucionário, particularmente negro**. São Paulo: Ciclo Contínuo Editorial, 2018.

FEITOSA., A; *et al.* **Estudo das experiências da reforma psiquiátrica - Concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas**. Mnemosine Vol.6, nº1, p. 111-133 (2010)

FERRUGEM, D. **Guerra às drogas e a manutenção da hierarquia racial**. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de humanidades, Porto Alegre, 122p., 2018.

FIGLIORE, M.; RUI, T. **O fenômeno das comunidades terapêuticas no Brasil: experiências em zonas de indeterminação**. In: RUI, Taniele; FIGLIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p. (Estudos, 61)

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Graal, 2010. (Capítulo XIII).

GÓES, W.L. **Racismo, eugenia no pensamento conservador brasileiro: a proposta de povo em Renato Kehl**. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília, 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. 320 p.

GOMES, T. **Capitalismo contemporâneo, crise e política social: impactos na política de saúde mental, crack e outras drogas**. Revista O Social em Questão, Rio de Janeiro, ano 18, n. 34, p. 297-314, 2015.

GRANEMANN, S. **Estudos de Política e Teoria Social - Neoliberalismo** (Org.). Praia Vermelha (UFRJ), V. 21, P.7-8, 2011

HEIDRICH, A. V. **Balanço da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira**. In: DUARTE, M. J. O; PASSOS, R.G.; GOMES, T. M. S. Serviço Social, Saúde Mental e Drogas. Campinas: Papel Social, 2017.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Perfil Das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf> Acesso em: 21/06/2021.

IPEA. **Atlas da Violência 2020**. Brasília (DF), 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020> Acesso em: 21/06/2021.

LEMGRUBER, J. *et al.* (coord.) **Um tiro no pé: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo**. Relatório da primeira etapa do projeto "Drogas: Quanto custa proibir". Rio de Janeiro: CESeC, março de 2021.

LIMA, R. C. C. **Serviço Social e o método crítico dialético: uma contribuição à análise do uso de álcool e outras drogas**. IN: GUERRA, Yolanda; LEITE, Janete Luzia; ORTIZ, Fátima Grave. **Temas Contemporâneos: o Serviço Social em foco**. SP: Outras Expressões, 2013.

LIMA, R.C.C. **Serviço social e método crítico dialético: uma contribuição à análise do uso de álcool e outras drogas**. In: GUERRA, Y.; LEITE, J. L.; ORTIZ, F.G. **Temas contemporâneos: uma análise de seus fundamentos**. São Paulo: Papel Social. 2019.

LIMA, R. de C. C. Uma periodização do proibicionismo às drogas. In.: GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X. (Orgs.). **Análise de políticas públicas: temas, agenda, processo e produtos**. São Paulo: Anablumme, 2012. p. 249-288.

LÖWY, Michael. **Ideologias e Ciência Social: elementos para uma análise marxista**. São Paulo: Cortez, 2002.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006 acesso em: 26/02/2021

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. 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

MARICATO, E. **Metrópole, legislação e desigualdade**. São Paulo: ESTUDOS AVANÇADOS 17 (48), 2003. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/ea/v17n48/v17n48a13>> acesso em 10/02/2021.

MTSM. **Manifesto de Bauru**. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>> Acesso em: 12/07/2021.

OLMO, R. D. **A face oculta da droga; tradução de Teresa Ottoni**. Rio de Janeiro: Revan, 1990, 88 p.

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

PASSOS, R.G. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? Socied. em Deb. (Pelotas), v. 25, n. 3, p. 74-88, set./dez. 2019

PASSOS, R. G. **Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora**. Sociedade em Debate, Pelotas, v.23, n.2, p. 55-75, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678/1043> visto em: 01/07/2021

RIO DE JANEIRO. **Decreto nº 35.419 de 13 de abril de 2012**. Cria o comitê local de enfrentamento ao crack e outras drogas. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2012/3542/35419/decreto-n-35419-2012-cria-o-comite-local-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>> acesso em: 12/07/2021

RIO DE JANEIRO. **Decreto nº 46.314, de 02 de agosto de 2019**. Suplementa a Lei federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências, com a redação dada pela Lei 13.840, de 5 de junho de 2019; dispõe sobre a assistência à População em Situação de Rua - PSUA, e dá outras providências. Disponível em <http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/58937DECRETO%20RIO%2046314_2019.pdf> acesso em: 12/07/2021

RIO DE JANEIRO. **Edital de chamamento público 001/2019**. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, ano 33, n.137, p.60,1ºout.2019b. <https://doweb.rio.rj.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/4295#/p:60/e:4295?find=aviso%20de%20chamamento%20publico>. Acesso em: 03 de julho de 2021.

RIO DE JANEIRO. **Edital de chamamento público nº 01/2020**. Disponível em: <https://www.saude.ri.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MjgzMTM%2C> acesso em: 03 de julho de 2021

RIO DE JANEIRO. **Resolução SEOP "N" Nº 310 de 31 de janeiro de 2020**. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, ano 33, n.219, p.23-24, 2020.

<https://doweb.rio.rj.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/4432#/p:23/e:4432?find=resolu%C3%A7%C3%A3o%20SEOP>. Acesso em:03 de julho de 2021

RODRIGUES, T. **Política e drogas nas Américas**. SP, EDUC, FAPESP, 2004.

SAAD, L. **“Fumo de negro”**: a criminalização da maconha no pós-abolição. Salvador: EDUFBA, 2019.

TORCATO, C. E. M. **O uso de drogas e a instauração do proibicionismo no Brasil**. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v.4, n.2, p.117-125, 2013.

TORRES, L. **Dois homens morrem esfaqueados por morador de rua na Lagoa, Zona Sul do Rio**. TV Globo, 28 jul. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/07/28/motorista-e-esfaqueado-em-tentativa-de-assalto-na-lagoa-na-zona-sul.ghtml> Acesso em: 20. fev.2020

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Escritório de Ligação e Parceria no Brasil. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html> Acesso em: 12/02/2021.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. **A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1041-1050, mar. 2019.

WEBER, R. **O financiamento público de comunidades terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019**. In: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021.

APÊNDICE – Roteiro de entrevista

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome da CT
2. Endereço
3. Localização
 - () Zona Urbana
 - () Zona Rural
 - () Outro:
4. Especificidade do território:
 - () Favela
 - () Área de Risco
 - () Nenhuma das alternativas anteriores
5. Horário de funcionamento
6. Quantos dias da semana a CT funciona?
7. Possui alvará da vigilância sanitária?

PÚBLICO ATENDIDO

8. Qual é o público atendido na unidade?
 - () Homem adulto
 - () Mulher adulta
 - () Homens adolescentes
 - () Mulheres adolescentes
 - () Homens idosos
 - () Mulheres idosas
9. Número de vagas:
10. Admite usuários independente de:
 - Religião
 - Identidade de gênero
 - Orientação Sexual
 - Cor da pele ou etnia
 - Egresso do sistema prisional
 - Cidadãos em sofrimento mental

Dependente de álcool

Dependente de crack

Dependente de outras substâncias psicoativas ilícitas

11. Como a pessoa chega até o serviço?

Encaminhado pelo CAPS/ CAPSad

Encaminhado de hospitais

Procura espontânea

Encaminhado de instituições religiosas

Encaminhado da prefeitura

Outro

12. É necessário que a pessoa apresente avaliação médica antes da internação?

13. Casos frequentes entre os internos:

Carência financeira

Sem referência familiar

Egressos do sistema prisional

Usuário de álcool de drogas

Em tratamento prolongado de saúde

Refugiados

Desempregados

Migrantes

Outro

14. Acolhidos e/ou familiares pagam alguma taxa para auxiliar na manutenção do serviço?

RECURSOS HUMANOS

15. Formação do responsável técnico pela unidade

16. Formação do substituto do responsável técnico da unidade

17. Trabalhadores da unidade e quantitativo de profissionais

18. Formas de contratação dos profissionais

Carteira de trabalho

Contrato de trabalho

Voluntário

19. As atividades de limpeza e manutenção do local são realizadas por um profissional ou pelos internos?

20. A comida é preparada pelos internos ou por um profissional?

TRABALHO DESENVOLVIDO

21. Qual o tempo máximo que uma pessoa pode permanecer na instituição?
22. Qual período médio que as pessoas permanecem na instituição?
23. Que tipo de atividades como oficinas, atividades desportivas, cursos e outros, são realizados com os acolhidos?
24. Atividades religiosas fazem parte da rotina da instituição?
25. Qual religião orienta as atividades?
 - () Católica
 - () Evangélica
 - () Espírita
 - () Outro
26. Os internos tem acompanhamento médico?
27. Onde é feito o acompanhamento médico?
28. A instituição trabalha em articulação com o CAPSad da região?
29. A instituição possui articulação com o CRAS ou CREAS?
30. Os internos vão com que frequência a CAPSad, CRAS e CREAS?
 - () Vão aos equipamentos quando precisam de documentação/ medicação
 - () Vão aos equipamentos com regularidade para participar dos grupos e atividades
31. A partir de quanto tempo o acolhido começa a receber visitas?
32. Os internos podem realizar ligações telefônicas?
33. É permitido o uso de aparelho celular pelos internos?
34. Os internos realizam trabalho voluntário?
35. Descreva os trabalhos voluntários realizados
36. Como é feito o trabalho de reinserção social do acolhido?

ANÁLISE DO TRABALHO

37. Quais são as dificuldades enfrentadas na execução do serviço?