

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

**POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL: BREVES REFLEXÕES SOBRE A
DESRESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO E AS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS**

GRAZIELY ALENCAR DE SOUZA

Rio de Janeiro, 2022

“Apenas quando somos instruídos pela realidade é que podemos mudá-la.”

(Bertolt Brecht)

FOLHA DE ROSTO**Graziely Alencar de Souza****POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL: BREVES REFLEXÕES SOBRE A
DESRESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO E AS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de
Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do
grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Debora Holanda

Rio de Janeiro

2022

RESUMO

SOUZA, Graziely. **POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL: Breves reflexões sobre a desresponsabilização do Estado e as comunidades terapêuticas.** Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2022.

O presente trabalho tem como objetivo contextualizar e entender os impactos gerados da relação do usuário de álcool e drogas com as respostas advindas por parte do Estado. Logo, para isso faz-se necessário fazer uma contextualização completa, principalmente da herança proibicionista que as Leis de Drogas do Brasil incorporam dos Estados Unidos, após essa contextualização entramos a fundo para entender quem são os usuários mais afetados com essa política coercitiva e punitivista. Por fim, o trabalho traz a desresponsabilização do Estado através das Comunidades Terapêuticas, tendo em vista que o mesmo não se movimenta a fim de entender esses usuários e investir mais nos CAPSad, mas prefere terceirizar essa função e deixar que outros atores ocupem esses espaços.

Palavras-chave: Proibicionismo; Drogas; Encarceramento; Desresponsabilização; Comunidades Terapêuticas.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Maria de Fátima e minha avó Nicéa por todo amor e por todo incentivo nessa caminhada, sem vocês esse sonho da graduação não seria possível, obrigada por não medirem esforços e me auxiliarem em todos os momentos.

À minha irmã Vitória, que ilumina meus dias e mesmo com palavras simples no cotidiano me ajudou a me fortalecer nesse processo.

Ao meu namorado Job Neto, que esteve presente comigo desde o início e sempre me ouviu, me aconselhou e me ajudou sem pensar duas vezes quando eu tinha alguma dificuldade.

À minha tia Fátima Regina por ter me orientado e conversado comigo durante a escolha dos cursos, e por ter me auxiliado a escolher o Serviço Social.

À minha família por tudo e por todo apoio.

Às minhas amigas Ana Elena, Isabella e Thatiana que estiveram comigo dividindo esse espaço e foram importantíssimas para que eu conseguisse passar por esse processo de forma mais leve.

À minha querida orientadora Debora Holanda por ter aceitado esse desafio e por ser tão compreensiva e parceira nessa construção desse trabalho.

Aos queridos professores: Ana Izabel e Guilherme por terem aceitado fazer parte da minha banca e estarem presentes nessa realização de um sonho e fechamento de um ciclo.

Por fim, agradeço à Deus por ter me permitido chegar até aqui e construir relações e ocupar espaços que antes eu não conseguia nem vislumbrar e hoje estou podendo colher frutos da onde a minha fé me possibilitou chegar.

LISTA DE SIGLAS

AD – Álcool e Drogas

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas

CDT - Comissão de Dissuasão da Toxicodependência

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CT – Comunidade Terapêutica

FBI – Federal Bureau of Investigation

SENAD – Secretaria Nacional de Política sobre Drogas

SPA – Substâncias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	8
2.	CAP 1 - ESTADO PENAL E ENFRENTAMENTO DO AD	10
3.	CAP 2 - A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL: QUESTÕES PARA REFLEXÃO	19
4.	CAP 3 - AGENDA CONTEMPORÂNEA NO ENFRENTAMENTO DO AD: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	32
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
6.	ANEXOS	44
7.	REFERÊNCIAS	47

INTRODUÇÃO

Quando o assunto em questão trata-se sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas é inerente ao ser humano não construir uma narrativa que perpassasse no juízo de valor socialmente construído, esse trabalho tem como objetivo despertar os leitores para olharmos por uma ótica diferente da convencional. Precisa-se compreender esse indivíduo em sua totalidade, entendendo como o meio social, a demarcação do seu território, suas vivências e os impactos das relações sociais sobre o mesmo contribuem para entender a construção desse indivíduo na história da saúde mental. A minha aproximação com o tema se deu através do campo, que estive inserida no estágio, que era um abrigo coordenado por uma Organização Missionária, o abrigo era direcionado à homens e mulheres que fazem uso de álcool e drogas. O espaço gerou uma inquietação sobre a compreensão desse AD na história, quais redes públicas estão amplamente aparadas para atendê-los, tendo em vista que vislumbramos a cada dia mais o sucateamento do público em contrapartida o crescimento da iniciativa privada.

Tais indagações me fizeram construir esse trabalho, perpassando pontos necessários para entender a história desses usuários e como as respostas do Estado Brasileiro está diretamente articulado ao proibicionismo americano. O trabalho parte principalmente do período que antecede a Reforma Psiquiátrica, em que a questão das drogas era tratado como “caso de polícia”. A reforma desloca essa perspectiva e insere no âmbito da saúde.

Contudo, por mais que tenha sido uma grande evolução esses passos que foram dados ainda tem uma visão muito errônea dos usuários de drogas, associado ao desvio moral.

Por isso, este trabalho se debruça sobre a temática das Comunidades Terapêuticas, e a relação do Estado neste processo de desresponsabilização, que colabora para essa visão estigmatizada dos usuários de álcool e drogas.

Assim, o objetivo desse trabalho é gerar uma crítica com relação à esse tratamento ofertado aos usuários AD, em Comunidades Terapêuticas, visto que se distancia das propostas de cuidado em saúde mental, pautado no compromisso com um cuidado inclusivo e não segregador.

A metodologia foi o levantamento bibliográfico com a análise das leis atuais, trazendo à tona uma relação comparativa entre o antes e depois da Reforma Psiquiátrica,

articulando com experiências vivenciadas no campo de estágio com base nas atividades realizadas e o diário de campo.

Dessa forma, percebe-se que é inegável a contribuição deste trabalho para entender alguns atravessamentos vivenciados pela política de álcool e drogas, no contexto de desresponsabilização do Estado, que colabora para uma visão totalmente preconceituosa do usuário, que acaba colaborando para a uma série de tratamentos sem fundamentos, que não se preocupa diretamente com o usuário mas na sua adequação por completa à sociedade.

CAPÍTULO 1 – ESTADO PENAL E ENFRENTAMENTO DO AD

Para entendermos como o AD se constrói historicamente, precisamos voltar e compreender um pouco do Estado que está por trás, para conseguirmos entender como as particularidades do Estado brasileiro opera precisamos demarcar as heranças advindas do Estado americano, que tinha a lógica proibicionista como eixo central. Para isso precisamos compreender como o Estado americano funcionava e como passou a funcionar. Wacquant(2003) traz a perspectiva que o Estado americano possui características estruturais, mas dentre elas irei destacar uma que será de suma importância para continuarmos com esse debate, que trata-se de como:

O Estado americano é “*Um Estado social residual*”. Tal característica explica como o Estado americano se faz presente apenas em nichos considerados “merecedores” e que tenham sido atreladas ao mercado de trabalho. (WACQUANT, 2003)

Podemos notar que os Estados Unidos adotou uma posicionamento contraditório, tendo em vista o mesmo não possuía políticas concretas de atenção e combate à pobreza e extrema pobreza, esse posicionamento contraditório se intensificou ainda mais com ascensão do neoliberalismo.

Os Estados Unidos apresentam assim o paradoxo de uma sociedade que venera as crianças, mas não tem uma política familiar e educacional, de maneira que uma criança em cada quatro (e uma criança negra em cada duas) nela vive abaixo da "linha" oficial de pobreza; uma sociedade que gasta mais que todas as suas rivais em saúde, mas deixa sem cobertura médica 50 milhões de pessoas (das quais 12 milhões de crianças); uma sociedade onde se sacraliza o trabalho, mas que não dispõe de nenhum instrumento nacional de formação e de apoio ao emprego digno desse nome. (WACQUANT, 2003, p.23)

Assim, Wacquant(2003), considera que isso vai chamar de “O declínio do Estado Caritativo”. Ele destaca que o Estado muda seu alvo, e inicia uma guerra contra aos pobres, posteriormente nos deparamos com o fenômeno de criminalização da pobreza, que se dá a partir de uma criminalização que perpassa em tudo que se

remete aos pobres, sejam os territórios, cultura e nesse contexto principalmente os negros. A partir disso vislumbraremos situações práticas que posteriormente vamos entender como criminalização da pobreza. Nesse contexto o Estado penal foi ganhando força, e acontece a mudança do Estado caritativo¹ para o Estado disciplinar, destaca Wacquant(2003).

A assistência se posiciona como um mecanismo de controle e vigilância de seus então usuários, a pobreza e a miséria ficam em segundo plano e o protagonismo passa a ser da moralização dos pobres. Nesse contexto vai se desenhando um modelo socialmente aceito é esperado para que esses usuários se enquadrem.

Prova disso a onda de reformas votadas nestes últimos anos em vários estados, condicionando o acesso à assistência social à adoção de certas normas de conduta (sexual, familiar, educativa, etc.) e ao cumprimento de obrigações burocráticas onerosas ou humilhantes. As mais difundidas estipulam que o beneficiário deve aceitar qualquer emprego que lhe seja proposto, não importam a remuneração e as condições de trabalho oferecidas, sob pena de abdicar a seu direito à assistência (workfare).”(WACQUANT, 2003, p.28)

As respostas adotadas pelo Estado foi sendo construída à partir do desmonte dos programas que era mais acessados pela classe trabalhadora, os serviços foram sendo sucateados e extintos com o tempo, esse movimento acontece de simples e espontânea vontade fruto do neoliberalismo que vinha ganhando espaço nos Estados Unidos, com grande apoio das elites e da classe média.

A transição do sistema caritativo para o sistema penal não se deu do dia para a noite. Ela perpassou pelo desmonte do Estado-providência, os programas do qual dispunha, sua acessibilidade por parte dos extratos mais vulneráveis da sociedade, assim como pelo dismantelamento dos serviços básicos aos quais a população tinha acesso até então livremente. Esse movimento, como dito anteriormente, surgiu como produto do pensamento neoliberal que começava a tomar conta não só da crescente política republicana, como

¹ Vargas, Francisco Gomes. "Do estado caritativo ao estado penal: a importação do modelo americano de gestão da miséria no Brasil." (2019).

também era alimentado pela classe média e elite dos Estados Unidos, assim como esta também era bombardeada pelas informações alarmistas trazidas pelo lado interessado. (VARGAS, p.13, 2019)

É importante descartar quais são formas que o Estado encontra como ferramenta de controle, vigilância e coerção é o encarceramento. O Estado Penal se consolida através do encarceramento, como promessa de controle da criminalidade, encarceramento esse que atinge majoritariamente negros. Wacquant(2003) destaca que o número de detentos afro-americanos quintuplicou desde 1970. Esse encarceramento em massa direcionado as pessoas negras e residentes do gueto deu-se por causa da política de “guerra às drogas”. Wacquant(2003) destaca que por causa dessa política que se o número de ocupantes negros nas celas aumentaram. Essa política destaca veemente como o Estado tem um posicionamento racista e que criminaliza não apenas os corpos mas os espaços que tais ocupam.

É uma "guerra" que não teria razão de ser, visto que o uso de estupefacientes está em descenso desde o final dos anos 70 e que era perfeitamente previsível que se abateria de maneira desproporcional sobre os bairros deserdados: neles a presença policial é particularmente densa, o tráfico ilícito é facilmente identificado e a impotência dos habitantes permite à ação repressiva toda a liberdade. (WACQUANT, 2003, p.29)

O neoliberalismo colaborou veemente para o crescimento exponencial do encarceramento, tendo em vista que se tornou algo rentável ao Estado. Os orçamentos além de aumentarem, devido a grande demanda de penitenciárias para alocar todos os detentos, os recursos foram direcionados à indústrias privadas também. Cria-se com esse movimento um ideal de segurança pública que é eficiente e eficaz, mas apenas contribui para a criminalização da pobreza, tendo em vista que se criou um perfil do dito “marginal”. É importante trazer como os resquícios da escravidão seguem presentes nessas construção do modelo de correção e segurança.

O encarceramento tornou-se assim uma verdadeira indústria -e uma indústria lucrativa. Pois a política do "tudo penal" estimulou o crescimento exponencial do setor das prisões privadas, para o qual as administrações públicas perpetuamente carentes de fundos se voltam para melhor rentabilizar os orçamentos consagrados à gestão das populações encarceradas. (WACQUANT, 2003, p.31)

Um mecanismo adotado pelo Estado americano, em ascensão do Estado penal, como forma de controle e vigilância foi a implementação do toque de recolher, que tinha como premissa o controle da marginalidade e operando principalmente nos guetos e direcionado, principalmente, aos jovens residentes desses lugares. Tal medida adotada pelo estado também é importante para pensarmos sobre o encarceramento, tendo em vista que a mesma foi responsável pelo aumento de moradores dessas zonas ditas abandonadas. Wacquant(2003) destaca que segundo um relatório disponibilizado pelo Federal Bureau of Investigation (FBI), aproximadamente 75 mil jovens foram detidos por esse motivo no decorrer do ano de 1992.

A possibilidade de modular sua aplicação segundo a origem geográfica, social e racial dos interessados garante ao toque de recolher um lugar especial na parafernália de novas técnicas de "contenção" agressiva dos jovens dos bairros deserdados, ao lado dos boot camps (campos semi-militares de disciplina), da vigilância eletrônica dos delinquentes e da extensão das penas incompressíveis de 21 para 31 anos, para os condenados menores. (WACQUANT, 2003, p.32)

Em relação ao perfil dos detentos encarcerados são, indivíduos em sua maioria que desenvolvem algum tipo de trabalho, mas que a assistência social não os contempla e os mesmos permanecem em situação de miséria. São empregos que não oferecem assistência, deixam essa decisão a cargo da empresa contratante.

De um lado, estes empregos não oferecem geralmente nem assistência médica nem cobertura social (que dependem da boa vontade da empresa). Do outro, o fato de estar empregado e portanto de ter uma renda, por magra que seja, impede-os de postular ajuda pública e cobertura médica para as

famílias indigentes (auxílio que, de qualquer maneira, é de difícil acesso e estritamente limitado no tempo). (WACQUANT, 2003, p. 34)

Diante toda essa guerra declarada aos pobres, vislumbramos mais uma forma que ela se expõe, através de uma “reforma” da assistência social, com intuito de controle e coerção. Wacquant(2003) destaca como essa “reforma” veio com o objetivo de vigiar e punir. A “reforma” votada pelo Congresso americano e assinada pelo presidente Clinton, causou um grande confusão no meio político e fora dele também. Membros de ministérios pediram demissão, laços de amizades e alianças foram rompidos, porque dessa vez era nítido que o índice de desigualdades sociais e da pobreza extrema iria aumentar bruscamente.

De fato, a dita "reforma dos serviços sociais nada tem de reforma, pois consiste em abolir o direito à assistência para as crianças mais desfavorecidas e substituí-lo pela obrigatoriedade do salariado desqualificado e subpago para seus pais. Ela afeta apenas um setor menor dos gastos sociais do Estado americano - aqueles voltados para as famílias pobres, os enfermos e os indigentes -, excluindo os programas que beneficiam as classes médias, habitualmente reagrupados sob a denominação social insurance, por oposição ao termo maldito welfare.”(WACQUANT,2003, p.41)

A “reforma” teve por objetivo fazer uma separação entre duas categorias: pobres merecedores e pobres indolentes, sendo eles respectivamente, aqueles que estão inseridos no mercado de trabalho e os que não fazem parte do mercado de trabalho, a questão é que não se faz uma análise crítica que permita entender porque tais pessoas não conseguem se inserir no mercado de trabalho ou quando conseguem são atividades com horas muito extensas, remunerações baixas e sem qualquer assistência. Wacquant(2003) destaca que a “reforma” tem como objetivo empurrar os jovens indolentes através da coação cos segmentos inferior do mercado de trabalho e “corrigir” do comportamentos supostamente desviantes e desviados que seria, a cauda da miséria de uns e outros.

Sob o manto da "reforma" a "lei sobre a responsabilidade individual e o trabalho", de 1996, instaura o dispositivo social mais retrógrado promulgado por um governo democrático no século XX. Sua passagem confirma e acelera a substituição progressiva de um (semi) Estado-providência por um Estado carcerário e policial no seio do qual a criminalização da marginalidade e a contenção punitiva das categorias deserdadas fazem as vezes de política social. (WACQUANT,1996^a apud WACQUANT, 2003, p.41).

A "reforma" teve impacto expressivo aos pobres assistidos, principalmente mulheres, crianças e negros. A questão é que para o Estado, por mais que estatisticamente, os afro-americanos não fosse maioria dos assistidos, tinham a lógica que o dinheiro era revertido na manutenção de vícios dos moradores das periferias. Essa lógica expõe mais uma vez como o Estado em questão era racista e criminalizava constantemente esses corpos e os espaços que tais ocupam.

Vale ressaltar que a justificativa que o Estado usou para legitimar a "reforma" é que assistência social era muito generosa, logo nos deparamos com uma situação muito comum até mesmo nos dias atuais. Fora a relação direito e caridade, na qual muitos usuários não conseguem reconhecer aquela ação do Estado como algo que é direito do mesmo, esbarramos com posicionamentos do Estado que perpetuam essa relação de caridade, como se o que fizesse o usuário permanecer em situação de miséria fosse o fato do mesmo receber algum benefício do governo, e não toda essa lógica do Estado que criminaliza, não oferece oportunidades e declara abertamente guerra à essas classes subalternas.

Conseguimos observar as falhas que a "reforma" traz porque a mesma vem com a premissa de realocar esses usuários no mercado de trabalho, mas o que sobra para essa classe são os trabalhos menos rentáveis é que não possuem nenhuma proteção assistencial. Logo, o ciclo da miséria segue normalmente, mas dessa vez sem os benefícios do Estado. O que podemos perceber que não foi uma medida positiva, e que nenhum momento visava diminuir as desigualdades sociais e sim estava colaborando para manter essas desigualdades. Destacando Wacquant(2003) é mais cômodo, e eleitoralmente mais rentável, atacar os pobres.

De fato, a nova legislação se abstém de enfrentar as causas econômicas da pobreza: estagnação da renda média familiar depois de vinte anos e baixa contínua do salário mínimo há três decênios; crescimento explosivo do salariado dito “contingente, que compreende atualmente um quarto da mão-de-obra do país; erosão da cobertura social e médica dos assalariados pouco qualificados; persistência de taxas altíssimas de desemprego nos bairros periféricos das grandes cidades, mas também em um bom número de condados rurais; reticência dos empregadores em relação aos habitantes dos guetos e às pessoas desqualificadas que vivem da assistência social.(NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1993 apud WACQUANT, 2003, p.44)

Duriguetto (2017) traz que a partir disso conseguimos entender como se deu esse processo de criminalização da pobreza, como as expressões da “questão social” passaram a se tornar casos de polícia e não alvo de políticas públicas contundentes e eficazes. Esses fenômenos de penalização e criminalização são indissociáveis da processualidade histórica do desenvolvimento do capitalismo e das relações de dominação e exploração que as classes dominantes instituem sobre as classes subalternas.

Tais medidas adotadas servem como forma de controle sobre essas classes, e como forma de perpetuação da exploração da força de trabalho das mesmas. A partir do momento que a criminalidade é associada a pobreza além da marginalização do sujeito é banalizada as lutas dessa classe. A lógica capitalista não tem interesse em intervir nas expressões da “questão social” trazendo soluções, e sim intervir de maneira que não rompa o ciclo de superexploração.

Exercer o controle penal sobre os socialmente descartáveis pelo capital e criminalizar as lutas e movimentos sociais é associar pobreza à criminalidade, é transformar a "questão social em uma questão individual e moral, é deslegitimar as organizações e lutas das classes subalternas, é criminalizar a visibilidade pública e política das expressões da "questão social" e dos sujeitos individuais e coletivos que reivindicam e/ou defendem direitos, que confrontam a ordem hegemônica capitalista. Neste sentido, não podemos compreender a criminalização da pobreza e dos movimentos sociais apenas por meio das legislações específicas, mas, sobretudo, pela necessidade

histórica de sua intensificação para manter a exploração e a dominação do capital. (DURIGUETTO, 2017, p.105)

Aprofundando um pouco mais, mediante a essa lógica punitivista e criminalizadora conseguimos ter compreensão onde o usuário de álcool e outras drogas se insere. O contexto do AD no Brasil foi marcado por um olhar repressivo e moralizador, que está presente em todos os espaços que esses usuários ocupam. Algumas vezes esse olhar se materializa através do esquecimento com políticas públicas específicas, como também nas assistências médicas, no qual o foco imediato era apenas a abstinência e também na medida que esse usuário é visto como um indivíduo à parte da sociedade que não possui direitos e precisa ser contemplado na sua totalidade, logo entender quais componentes históricos, sociais g

O Brasil teve como herança a influência norte-americana, então a questão da “guerras às drogas” também era uma realidade no território brasileiro. A estratégia adotada como mais eficaz por muitos anos foi a lógica proibicionista, que descola o foco do usuário em si e o coloca na substância, logo as ferramentas mais usadas é a repressão. Esse debate é muito recente tendo em vista que em 2006, com a nova lei de drogas (Lei nº 11.343/06) que trouxe uma visão de atenção, prevenção e reinserção social desses usuários.

Em 2006, entrou em vigor a nova lei de drogas', Lei nº 11.343/06, que trouxe como umas das principais disposições a prescrição de medidas para prevenção, atenção e reinserção social. A lei também estabelece punições de maneira diferenciada para aquele que utiliza a droga para consumo pessoal e aquele que fornece ou produz. Porém, foi mantido o aspecto de criminalização e repressão ao consumo e ao porte de drogas. (ALMEIDA E CUNHA, 2021, p.106)

Nesse contexto outra vertente foi ganhando espaço a redução de danos², mas tinha uma disputa política muito grande envolvida, tendo em vista que por muitos anos a questão das drogas eram tratados em hospitais psiquiátricos, e quando houve a reforma psiquiátrica a sociedade não queria ter que lidar com aqueles que são excluídos, as drogas se tornaram exemplo de delinquência e desvio moral. Almeida e Cunha (2021) abordam que entre avanços e retrocessos configurou-se um conflito em relação ao usuário de álcool e drogas: de um lado a vertente proibicionista que é pautado na repressão e criminalização e do outro as políticas de redução de danos que visam, não apenas os danos à saúde mas os danos sociais e econômicos também.

Com isso as comunidades terapêuticas foram ganhando espaço tendo em vista que o Estado não se mostra eficiente e nem interessado em tratar questões relacionados a esse grupo que é totalmente excluído, com isso o posicionamento adotado por ele é o de total desresponsabilização e então investe em Comunidades Terapêuticas, majoritariamente dirigidas por organizações religiosas, elas desempenham um papel de adequar cada usuário ao seu próprio vícios moral. Outras práticas determinantes nas mesmas é a questão da abstinência e a são favoráveis a internação, medida que é totalmente contra aquilo que a Reforma Psiquiátrica traz. Logo, nota-se como esse movimento por parte do Estado caracteriza um sucateamento do público e contrapartida o crescimento na iniciativa privada.

Outro grave episódio foi a reorientação em 2018, com relação à direção da promoção da abstinência e ao financiamento de Comunidades Terapêuticas (CTs) com recursos também do Ministério da Saúde. Destaca-se que as CTs já vinham sendo financiadas no âmbito dos Ministérios da Justiça e do Desenvolvimento Social. (ALMEIDA E CUNHA, 2021, p.106)

² A redução de danos consiste em um repertório de cuidado, constituído de um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas para as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/o-que-e-reducao-de-danos>

CAPÍTULO 2 – A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL: QUESTÕES PARA REFLEXÃO

O enfrentamento ao uso de álcool e drogas no Brasil. É marcado pelo proibicionismo, de origem internacional, e com respostas repressivas por parte do Estado. O proibicionismo por longo tempo esteve direcionado a drogas específicas, como: maconha, coca e seus derivados, ópio, morfina e heroína. Esse proibicionismo criou uma ilusão de que seria possível viver em uma sociedade sem lidar com a questão das drogas. Acontece que como tudo isso foi uma grande ilusão as respostas do Estado foram marcadas por uma criminalização da substância e do usuário.

O proibicionismo à certas drogas criou um lastro de legitimidade para intervenção do Estado para invadir a liberdade e minar princípios democráticos a partir de sua ampla e difusa produção de dispositivos criminalizadores. (LIMA; TAVARES, 2012, p.8)

O tratamento ao usuário de droga sempre foi marcado por diversas violações dos direitos humanos, a lógica punitiva imperava as relações cotidianas, seja com relação ao tratamento dos espaços públicos, quanto em sociedade. O Brasil adotava uma posição similar à que foi adotada pelos Estados Unidos, mediante a lógica proibicionista, que seria possível uma sociedade sem drogas. Um ponto importante a ser destacado é de como o mercado das drogas movimentava muito dinheiro as classes dominantes, e o proibicionismo atrelado à esse mercado faz com que seja algo bem lucrativo, seja através de medicalizações, indústria bélica, através de aparelhos de tecnologia de segurança e etc.

O proibicionismo, hoje, mantém esse traço de servir a interesses velados de frações de classe; de vincular seu enfrentamento a outras esferas econômicas como a indústria bélica e seus equipamentos de tecnologias de segurança; de nublar a crescente medicalização da vida sob a suposta proteção dos benefícios terapêuticos dos remédios produzidos pela indústria farmacêutica e prescritos pela corporação médica; e de incidir sua violência institucional maciçamente sobre segmentos populacionais marcados pela discriminação racial, de gênero e etnia. (LIMA; TAVARES, 2012, p.8)

O proibicionismo surge a partir do pensamento puritano norte americano, destaca Lima, essa ideologia é responsável pelas respostas do Estado de forma bastante incisiva e acaba dando respaldo e fortalecendo a exploração da força de trabalho. Essas particularidades sempre acompanharam a política de drogas exportada dos EUA para o restante do mundo, mas tornam-se severamente evidentes no contexto de crise de capital de 1970, quando o Proibicionismo ganha força por meio do estabelecimento da retórica cunhada em uma suposta guerra às drogas, sustentará a partir da construção de inimigos individuais e coletivos (BOITEUX, 2006).

O modelo proibicionista de controle de drogas sustenta-se em dois fundamentos básicos: o fundamento moral e o fundamento sanitário-social, e a proibição repousa sobre a premissa da supressão da oferta por meio da interdição geral e absoluta de todo o uso, comércio e produção, que passaram a ser previstos como crime, e sancionados com pena de prisão. O discurso punitivo que fundamenta o modelo considera a proibição como única opção para se lidar com os malefícios da droga. Trata-se de uma escolha simples em teoria, mas extremamente difícil na prática, pois se presume, sem nenhuma base empírica, que a interdição pela lei penal, sob ameaça de pena, fará as pessoas mudarem seus hábitos, gostos e escolhas e deixar de consumir determinadas substâncias, apenas pelo fato destas serem ilícitas. (BOITEUX, 2006, p.46-47)

No contexto norte-americano, internamente, os negros são colocados como os principais inimigos (ALEXANDER, 2017). Externamente utiliza-se da guerra às drogas para se fortalecer o ideário de Segurança Nacional, permitindo a imposição de poder dos EUA sobre países em processo de desenvolvimento, em especial na América Latina. Como se pode depreender o proibicionismo às drogas participa de tramas geopolíticas e geoeconômicas ao longo do século XX, conformando outra díade de sustentação (LIMA, 2009).

O Brasil se insere totalmente atrelado a lógica proibicionista norte-americana e vale salientar que a formação social brasileira tem bases racistas e o substrato conservador destacado por Lima(2010) juntamente com o caráter repressivo tido como herança da ditadura militar, serão fundamentais para compreender as respostas punitivas, coercitivas e criminalizadoras do Estado em relação às drogas. No Brasil,

podemos afirmar que a “questão social” consistiu em um processo tardio, em razão do modelo implantado pelo sistema colonial, baseado no trabalho escravo, na monocultura agrícola e no latifúndio exportador, todos subordinados aos grandes expoentes da economia mundial, fato que marcou em absoluto a vida econômica, política, social e cultural de nosso país. Na verdade, a Questão Social era reprimida pela sociedade, pelo Estado, por ser considerada com um caso de polícia. (NETO e FAÇANHA, 2018)

O Estado burguês é autoritário e penal, características que acompanham em suas diferentes fases, adequando-se às necessidades objetivas de cada momento histórico em nome da manutenção do modo de produção capitalista. O autoritarismo é justificado pela ideologia dominante que como, Marx e Engels (2016) enfatizam, sustentam as relações culturais desse Estado, centradas na exploração da força de trabalho e na manutenção da propriedade privada. Essa ideologia, por sua vez, tem sua concreticidade materializada no bojo das relações superestruturais estabelecidas nas esferas das política e do direito, que retroalimentam a a lógica do capital. Conquanto, a forma mais visível se mostra pela violência ideologicamente ancorada e naturalizada quando extrapola os limites do controle e mentes, conduzindo-se ao controle de corpos, em especial negros e pobres.”(ROCHA, LIMA, FERRUGEM, 2020, p.158)

Esse jogo de interesses acaba colaborando para toda uma lógica, racista e higienista a medida que esses corpos são criminalizados e punidos, e por muito tempo foram refém de um sistema que os colocavam todos no mesmo nicho, seja aqueles que faziam uso individual ou os que estavam diretamente ligados ao tráfico, destaca Lima e Tavares (2012).

Apesar do Brasil ter revisto sua lei especial sobre drogas muito recentemente, através da Lei Nº 11.343, de 2006, a expectativa inicial de uma alteração no quadro de encarceramento no país não se confirmou. Ela se tornou um exemplar da tradição de intervenção do poder público com o binômio assistência e repressão, na medida em que, de forma simultânea, a referida lei determinou o declínio da pena privativa de liberdade para usuários e o aumento da pena mínima para

tráfico de drogas de três para cinco anos. Assim, um dos parlamentares ativos na elaboração desta lei reconheceu três anos depois que permanecemos sob um forte substrato proibicionista. (LIMA, TAVARES, 2012, p.12)

LIMA (2010), destaca a história de dois jovens, pardos e que trabalhavam como guardadores de carro, popularmente conhecido como “flanelinhas” que foram apreendidos com 1,1 gramas de maconha e foram autuados por tráfico de drogas e por mais que tenha acontecido uma transação penal no decorrer do processo eles iam ficar nessa condição por 5 anos, então deveriam ficar atentos e procurarem outro emprego para não ficarem em uma situação tão exposta. A autora relata que não houve contentamento por parte dos jovens, que estavam teoricamente livres mas na prática a realidade é outra. Através dessa história podemos destacar um aspecto importante para darmos continuidade no nosso debate: a criminalização da pobreza. Uma pesquisa realizada em 2008 aponta que a maioria dos presos autuados por tráfico de drogas no Brasil eram réus primários, presos sozinhos, desarmados e com pouca quantidade de droga, portanto, “traficantes descartáveis”, varejistas, que não detinham poder na estrutura econômica do tráfico (LIMA, 2010, p.108).

Avançando um pouco o debate e partindo para a parte jurídica, a legislação brasileira sobre droga manteve sua base durante mais de quatro décadas, que foi parcialmente alterada com a lei nº 11.343 de 2006. Acontece que logo após essa alteração aconteceu o Golpe Militar (1964-1984), que colocou a questão das drogas mais uma vez como caso de segurança pública e reforçou a repressão a esses usuários, e que o problema estava atrelado a um desvio moral dos mesmos.

A partir da centralização do poder político na União com a implantação da Ditadura Militar (1964-1984), a associação entre drogas e segurança nacional pode ser encontrada, também, no texto constitucional de 1967. Cabia à União “organizar e manter a Polícia Federal com a finalidade de prover”, naquele momento, a ordem institucional no Brasil. Das quatro finalidades previstas à Polícia Federal, uma era exclusiva para o combate ao mercado ilícito das drogas controladas. (LIMA, 2010, p.110)

No mesmo período em questão surge a Lei nº 5.726 (Lei Antitóxicos) o governo militar assume na agenda pública que a questão de drogas precisa ser encarada de forma repressiva. A questão é que o avanço da política de drogas no contexto da Ditadura Militar foi pausado e a tendência era que houvesse uma regressão. Diante de uma agenda internacional da área pautada pelas Nações Unidas, em que se tem uma ampliação do rol das drogas controladas no início da década de 1970, o Brasil inicia uma revisão da Lei Antitóxico, justamente, para “aperfeiçoá-la” à luz do proibicionismo, agora, multilateral (LIMA, 2010, p.110).

Havia uma simetria entre o substrato conservador da formação social brasileira, o contexto político do regime militar e a “estrutura repressiva” prevista nas convenções internacionais para a resposta do Estado ao problema drogas. Esses nexos parecem ter sido consolidados no âmbito das políticas públicas de drogas no Brasil com o apoio do aparato jurídico emanado da Lei Nº 6.368. (LIMA,2010, p.112)

O Brasil teve influências bastantes significativas dos EUA, influências essas que não foram totalmente superadas e marca presença, mesmo após a reforma psiquiátrica e a evolução da política de saúde mental, o país incorporou toda a visão violenta de resposta a esses usuários. Afim de enriquecer o debate acho valeiro trazer exemplos de outros países que resolveram encarar a questão das drogas como caso de saúde pública. Países como Holanda, Portugal, Marrocos e Espanha, trouxe uma perspectiva que é contra a ideia punitivista, e mesmo que teoricamente e juridicamente não tenha rompido diretamente com o proibicionismo foram em direções opostas. Essa ideia foi um marco, tendo em vista que o foco estava na proteção ao uso abusivo de álcool e às drogas tornadas ilícitas no âmbito da saúde.

Portugal estabeleceu um novo pacto societário sobre que intervenções deveriam ser previstas para os sujeitos envolvidos no ciclo consumo das drogas sem descriminalizar qualquer droga, portanto, sem romper com o proibicionismo. O autor registra que a avaliação favorável da experiência portuguesa se deveu à liderança assumida pelo Ministério da Saúde e não pela segurança pública, a despeito do aparato policial permanecer investigando os crimes relativos ao tráfico e abordando, que são encaminhados a estruturas descentralizadas da saúde

nomeadas de Comissão de Dissuasão da Toxicodependência (CDT). (LIMA; TAVARES, 2012, p.9)

A partir dessa medida adotada por Portugal foram vistos resultados expressivos, o consumo de drogas na adolescência caiu, juntamente com o número de contaminação por HIV e hepatite C. O país adotou uma quantidade estipulada para o consumo de algumas drogas, a partir do momento que se enxerga o problema como um caso de saúde pública consegue desenhar-se uma série de estratégias que são importantes, para o que mais na frente vamos conhecer como redução de danos. Esse conjunto de articulações permite você não moralizar o usuário e não inseri-lo no nicho de traficante, e principalmente não resultar respostas punitivas e violentas a esse usuário.

Importante observar que esses resultados dependeram de uma decisão técnica e política de definir quantidades toleradas para o porte das drogas tornadas ilícitas, que indicariam apenas a finalidade para uso pessoal – ,inferior a 25 gramas de maconha, dois gramas de cocaína ou um grama de heroína ou anfetaminas. (BURGIERMANN, 2011)

No estatuto médico-jurídico das drogas tornadas ilícitas, de forma arbitrária e sem estudos científicos consensuais, tais substâncias foram supostamente tornadas mais ,perigosas', mais gravosas à saúde pública, justificando a expansão do poder punitivo do Estado. Quando Portugal optou por tipificar quantidades toleradas para porte das drogas, não foi por considerá-las sem risco, mas por uma opção política: diminuir uma área de atuação da intromissão do Estado punitivo na liberdade individual, assegurando a hegemonia da intervenção pública pela saúde pública. Os efeitos, portanto, mostram-se relevantes, segundo (Burgierman, 2001 apud LIMA e TAVARES, 2012, p.10).

Em relação ao Brasil tem se notado uma notória intenção em diferenciar o usuário e o traficante de drogas, e está se debatendo o quanto seria uma quantidade que expressaria que a pessoa estaria traficando drogas. A questão é que o Brasil tem um cenário de grande tensão que não seria fácil fazer esse deslocamento da política da partem-se segurança nacional para a saúde pública.

[...] o proibicionismo brasileiro às drogas com sua legislação articulam-se não só com as recomendações hegemônicas do proibicionismo internacional como também é orgânico à força da formação social brasileira, que mantém os problemas societários como problemas de repressão policial e da órbita da responsabilidade individual. (LIMA, 2010, p.119)

O encarceramento em massa é uma característica expressiva desse Estado proibicionista. Encarceramento esse que tem como perfil majoritário homens negros, nenhuma novidade quando se trata de um país que tem como base histórica o trabalho escravo, sendo assim o racismo impera estruturalmente as relações. Mesmo que a Lei nº 11.343 de 2006 tenha sido revista e parcialmente modificada o impacto no sistema carcerário não aconteceu, segundo Lima (2012), a Lei se tornou um exemplar da tradição de intervenção do poder público com o binômio assistência e repressão, na medida em que, de forma simultânea, a referida lei determinou o declínio da pena privativa de liberdade para usuários e o aumento da pena mínima para tráfico de drogas de três para cinco anos.

A Lei permaneceu com sua base intacta, tendo em vista que a repressão, encarceramento e violência continuam sendo formas utilizadas pelo Estado, através da guerras às drogas para conter e criminalizar.

O número de mortes em conflitos relacionados ao mercado de drogas é muito maior do que as mortes que são provocadas pelo uso da droga em si. Apesar desta repressão, o consumo de drogas ilícitas no Brasil cresceu nos últimos anos e o número de presos condenados por atividades relacionadas à venda e ao consumo dessas substâncias também está em ascensão.”(TEIXEIRA, 2009)

Boiteux (2009) traz uma pesquisa elaborada pela UFRJ e a UnB que será importante para traçar como a lógica proibicionista se manifesta em um encarceramento em massa a pesquisa que tem como título: “Tráfico e Constituição: um estudo sobre a

atuação da Justiça Criminal do Rio de Janeiro e do Distrito Federal no crime de tráfico de drogas”, encomendada pelo Ministério da Justiça ao Núcleo de Política de Drogas e Direitos Humanos da UFRJ e à Universidade de Brasília (no período de outubro 2006 a maio 2008), essa pesquisa retrata como a rigurosidade penal se manifesta, tendo em vista que:

<ul style="list-style-type: none"> • 66% dos presos são réus primários;
<ul style="list-style-type: none"> • 91% foram presos em flagrante;
<ul style="list-style-type: none"> • 60% estavam sozinhos quando foram presos;
<ul style="list-style-type: none"> • Apenas 14% portavam armas no momento;
<ul style="list-style-type: none"> • 42% foram flagrados e presos portando menos de 100g de maconha;
<ul style="list-style-type: none"> • 58% estavam condenados a penas de 8 anos ou mais de reclusão em regime fechados.

Fonte: Pesquisa retirada do texto: BOITEUX, Luciana. **Tráfico e Constituição: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas**. Revista Jurídica, Brasília, p. 1-29: 2009.

Como se depreende, o próprio crime do ‘tráfico’ é sustentado pelo substrato proibicionista. Nega-se o valor de uso e o valor de troca contidos nas drogas, proíbe-se o desejo por essas substâncias e punem-se aqueles que passam a trabalhar no mercado também tornado ilícito dessas mercadorias. Recusa-se a reconhecer o mercado dessas drogas como atividade e sobre ela lança-se uma intervenção pública, que apenas vem resultando na oferta de suas mercadorias de forma mais violenta, mais barata, mais tóxica, mais acessível e mais diversificada. (KARAM, 2012)

O contexto de Guerra às Drogas é extremamente problemático porque ele escancara um perfil de “delinquente” e a partir disso marginaliza corpos e espaços que se tornam

palcos para uma grande barbárie. A questão das drogas tem um movimento econômico bastante significativo, o traficante seria o mesmo que a “ponta do iceberg”. Vale salientar que mesmo com os mínimos avanços o Estado ainda se apresenta de forma repressiva e truculenta quando o assunto é a drogas.

Podemos destacar que uma das formas de desresponsabilização do Estado é através do financiamento na ONG's, nesse caso representado pelas comunidades terapêuticas. Estudos demonstram que esses espaços são antros de violações dos direitos humanos, além de não adotarem a prerrogativa prevista no SUS que seria a redução de danos, nesses espaços a abstinência é vista como melhor caminho de tratamento, sem contar os julgamentos morais que são direcionados aos usuários, outra situação bem presente nesses espaços são as imposições religiosas, tendo em vista que a maioria desses espaços estão atrelados a igrejas, principalmente evangélicas.

A questão é, a sociedade encara o problema de drogas como “falta de vergonha na cara”, algo que a melhor opção é institucionalizar e depois retornar ao convívio em sociedade quando estiver “curado”. As comunidades terapêuticas surgem reforçando o aspecto higienista e moralizante que se faz presente na sociedade.

Delgado (2011) opina acerca desse tema, afirmando que “a internação e o isolamento só encontram aceitação social se a sociedade não dispõe de serviços descentralizados, comunitários, abertos com a mesma facilidade que encontra o mal que a desampara”. Este autor repudia o uso do terror e do pânico para legitimar este tipo de tratamento, afirmando que “não adianta, pois, querer medicalizar problemas sociais e manipular a política pública para enfrentamento tão complexo. (DELGADO, 2011, p. 4705 apud FEITOSA E GARCIA FILHO, 2020, p.16)

A partir do momento que não se encara a questão das drogas como uma questão de saúde pública e intrínseca a uma gama de problemas sociais, não terá êxito na resolução da mesma. Precisamos esmiuçar os problemas sociais, que a partir disso entenderemos onde esse usuário de drogas se insere, a moralização e o proibicionismo impede que os verdadeiros motivos sejam enxergados e considerados.

No entanto, como relatam Bolonheis-Ramos e Boarini, “por uma perspectiva sócio-histórica, esse consumo deveria ser entendido como sintoma dos problemas sociais” e não o contrário (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015). Este mesmo entendimento foi trazido por Martins, Braga e Silveira (2002), onde “o problema não é a droga em si, mas a fome, o desemprego, entre outros, encobertos por uma cortina de fumaça, que tenta e até consegue que muitos acreditem ser a droga o único vilão da história. (MARTINS; BRAGA; SILVEIRA, 2002 apud FEITOSA E GARCIA FILHO, 2020, p.15).

Em 2003 foi anunciada na “Política do Ministério da Saúde para atenção integral à usuários de álcool e outras drogas” sob o protagonismo da saúde mental que iria se assumir a questão das drogas como problema de saúde pública. Lima e Tavares (2012) destacam que tal marco não foi para limitar a resposta ao problema drogas a uma única política social pública, mas de assentar um mirante reconhecido de liderança da saúde pública sobre as demais políticas. Algo que teve um impacto muito significativo na época foi a prevenção contra a contaminação de HIV que estava em uma crescente expressiva, principalmente por causa das drogas injetáveis.

O surgimento da AIDS, além de ter favorecido o reconhecimento dos problemas de saúde de associados ao uso de drogas no campo da saúde pública, contribuiu para reafirmar a necessidade de ações pragmáticas e efetivas de redução do impacto desses problemas na saúde da população. As práticas de redução de danos já utilizadas para o controle de outras epidemias passaram também a estar presentes nas políticas preventivas de AIDS. (MACHADO, 2006, p.31)

A orientação sobre redução de danos ganhou bastante visibilidade e aprovação no final dos anos de 1990, mas mesmo com isso teve alguns entraves com relação a atores e práticas hostis à sua orientação para a área de drogas (BASTOS, 2007). Uma concentração de entidades profissionais, as comunidades terapêuticas não mostraram contentamento com o o tratamento a partir da lógica da redução de danos, tendo em vista que o pilar dos seus tratamentos é a abstinência. Lima e Tavares

(2012) destacam como essa resistência não foi por questão política do Ministério da Saúde tomar para si a articulação as outras políticas sociais e mais pela nova concepção de cuidado que preconizava a redução de danos. A posição do Ministério da Saúde acabou frustrando tais atores, que tinham como objetivo conseguir lugar na agenda pública e receber um financiamento do Estado. Com isso acho importante destacar os princípios que o cuidado a partir da redução de danos se materializa:

Esta tem como objetivo a atenção integral ao usuário de drogas, reconhecendo que a procura por drogas se inscreve na história do gênero humano e responde a anseios coletivos e individuais. A redução de danos recupera o sentido contraditório e complexo do pharmakon, cuja relação humana é marcada pela experiência permanente de prazer e desprazer. Como alguns usuários terão danos nessa relação, a estratégia de redução de danos deve orientar projetos de cuidado e de reabilitação singulares para diminuição dos prejuízos clínicos e sociais. É um conjunto de estratégias que começam pela saúde pública nos territórios onde vivemos e requisita atores da sociedade e de outras políticas sociais públicas para prevenir riscos possíveis e diminuir danos referente ao uso nocivo de drogas. (LIMA; TAVARES, 2012, p.15)

Lima e Tavares (2012) trazem pontos importantes para compreendermos como a política de redução de danos, adotada diretamente pelos CAPSad, se materializa no cotidiano.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Os usuários de drogas passam a ser vistos como cidadãos, com seus direitos resguardados; |
| <ul style="list-style-type: none">• Apoiar os usuários a evitar hábitos que ampliam riscos e danos; |
| <ul style="list-style-type: none">• Ênfase que as informações sejam acessíveis a todos os usuários de drogas, trocando metas de longo prazo por outras de curto prazo que são mais acessíveis. |

Fonte: Dados retirados do Texto: Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre drogas: enfrentamento do crack e proibicionismo. Vitória (ES), 2012.

A política de saúde mental foi debater a questão do usuário de álcool e outras drogas mais tardiamente, o público maioritário da política eram aqueles que tinham longo período de internação em instituições com estruturas manicomiais, o processo de desinstitucionalização acabou abrangendo apenas esse nicho e esquecendo os outros usuários, esse movimento fortaleceu de forma expressiva as comunidades terapêuticas, tendo em vista que esse nicho não tinha sido incluído na agenda de saúde mental.

Segundo, Lima e Tavares (2012) as políticas brasileiras sobre drogas nas décadas de 1980-1990 apresentaram os primeiros embriões de crítica ao proibicionismo às drogas, mesmo que não tenha sido suficiente para romper com a hegemonia repressiva e moralizadora. Ela destaca também a importância da redução de danos na área da AIDS como importantíssima para a ruptura ao proibicionismo e reafirmar a eficácia da redução de danos.

A partir do final da década de 1990, aproximando-se em alguns traços ao modelo europeu ocidental mais tolerante com o uso das drogas [...], observa-se a experiência da redução de danos dando início a projetos colidentes no Brasil. No entanto, têm-se, no país, ao final dos anos 2000 a continuidade que será chamado [...] ,desenvolvimento desigual e combinado' das políticas públicas para a área das drogas, que articula uma base anterior repressivo militar de combate ao mercado ilegal das drogas [...] e novas práticas mais solidárias à experiência humana do uso de drogas. Esse arranjo integrativo vem se dando sob tensão no âmbito das políticas públicas brasileiras e apresenta uma hierarquização importante, cujo foco dos investimentos do fundo público parece se concentrar no âmbito de uma economia eminentemente voltada para o ,combate às drogas. (LIMA, 2009, p.168)

A redução de danos se insere num marco de muito avanço na política de drogas, se faz necessário um posicionamento firme por parte do Ministério da Saúde afim de que a questão das drogas seja de fato encarada como situação de saúde pública, e que

seja visto o sujeito mediante sua individualidade, como um cidadão de direitos que precisam ser garantidos e preservados. É necessário frisar, mais uma vez, a importância que precisamos romper com a lógica proibicionista e encarar a questão do uso abusivo de álcool e drogas como questão de saúde pública e não de repressão estatal.

CAPÍTULO 3 – AGENDA CONTEMPORÂNEA NO ENFRENTAMENTO DO AD: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.

O surgimento de Comunidades Terapêuticas foi marcado por muita tensão, e indo para o lado oposto do que é proposto para o tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Ela traz um viés higienista na sua construção, tendo em vista que a sociedade tratava a questão das drogas como um desvio moral.

Para MAFRA e FREITAS (2018) destaca-se que o surgimento das comunidades terapêuticas está diretamente ligado à um fenômeno sócio-histórico que atinge a sociedade brasileira.

Com o surgimento destes novos dispositivos de atenção, proliferaram-se também as Comunidades Terapêuticas (CTs), com a proposta de oferecer intervenção em ambiente fechado por um período prolongado, suprimindo as necessidades da população por um tipo de cuidado que não é contemplado nos CAPS AD. De acordo com o Ministério da Saúde, CTs são Instituições privadas que oferecem gratuitamente, por meio de financiamento público, acolhimento para pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à SPA. (FEITOSA e GARCIA FILHO, p. 15, 2020)

No Brasil também houve uma expansão das CTs próprias para o tratamento do uso nocivo e dependência de SPA. A partir da Lei 11.343/2006, que prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de SPA, houve um aumento significativo de CT em todo o país. A criação dos planos de enfrentamento ao crack e outras drogas, além de leis e portarias com previsão de financiamento para estas instituições, influenciaram consideravelmente a proliferação de CT no Brasil nos últimos anos. (FEITOSA e GARCIA FILHO, 2020).

As comunidades terapêuticas ganham um destaque expressivo na década de 1990, assim que a agenda neoliberal se estabelece no Brasil, é importante destacar que a oferta do Estado mínimo se torna bem expressivo nesse ponto, a partir do momento que se torna viável e mais lucrativo (tendo em vista o dinheiro que seria “poupado” da saúde pública) o Estado nesse mecanismo de desresponsabilização acaba colaborando para o surgimento desses espaços.

A questão é que o trabalho desenvolvido pelas CT's vão na contramão do que é proposto pelo Ministério da Saúde e trabalhado nos CAPSad, segundo um relatório do CFESS (2018) o Ministério da Saúde tem como a Redução de Danos definido como o que é mais eficaz com esses usuários, mas em contrapartida o Ministério da Justiça juntamente com a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) indica a abstinência e a internação como o mais viável.

Além disso, são ações forjadas em valores religiosos, da espiritualidade, da honestidade, do amor e da solidariedade, de forma descontextualizada das determinações econômicas e sociais e sem considerar as contradições oriundas de relações sociais capitalistas, bem como do lugar que a droga ocupa na vida das pessoas. Em outras palavras, os dados coletados refletem que as comunidades terapêuticas se configuram como instituições privadas, confessionais, em que a religião se torna instrumento de tratamento, sem atentar para a realidade social, ética, cultural e religiosa do sujeito, bem como para a dimensão social do uso das drogas, desconsiderando os parâmetros e princípios da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (CFESS, p.13, 2018)

Para entendermos como surge essa visão basta retomar o ponto sobre a Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que por muitos anos os assuntos destinados à saúde mental tinha como característica principal a internação compulsória em manicômios, os quais eram espaços onde a individualidade do usuário era esquecida e ocorriam muitas infrações dos direitos humanos. A sociedade por anos não quis lidar com essa parte da população, e especificamente a questão das drogas por socialmente estar ligada a marginalidade, até mesmo à “falta de vergonha na cara” e ao crime organizado. Essa situação é totalmente colaborada quando o visto como eficaz é tratar a questão das drogas como problema de polícia ou segurança e não de falta de políticas públicas eficazes.

O discurso médico é responsável pela construção social da dependência química como uma doença, o que fortaleceu a elaboração de tratamento e políticas públicas com foco na abstinência, e não no indivíduo, e também para a medicalização

daqueles que fazem uso de determinadas substâncias, além de fortalecer o movimento de judicialização da saúde – notadamente pelas ações de internação compulsória. (GIANSANTE, NOJIRI, 2017)

As Comunidades terapêuticas tornaram-se uma solução para o problema em relação às drogas, solução essa que é contestada, tendo em vista que vai contra aquilo que é proposto pelo SUS através dos CAPSad. Acontece que o surgimento desses espaços foi palco de muito tensionamento político, e teve aprovação maior no âmbito conservador. Para fazer essa construção precisamos entender onde esse usuário está presente em todo decorrer da histórias e da ressignificação dos trabalhos em saúde mental. Martins (2019) evidência como em todo o processo histórico da tentativa de formulação da nova política de saúde mental e antes da reforma psiquiátrica os loucos eram nichados e colocados a parte da sociedade, porque para além de um problema que a sociedade não quisesse encarar o Estado não se mantinha presente na consolidação de direitos e na elaboração de políticas públicas essenciais, logo o modelo mais eficaz se tornou o de internação.

Naquela época os loucos faziam parte deste grande bolsão de miseráveis, eram considerados desviantes, mas a noção de doença mental ainda não havia sido estabelecida. Os hospitais gerais, workhouses e colônias agrícolas utilizavam o trabalho com a finalidade de regeneração de seus internos. (MARTINS, 2019, p.98)

O relatório do CFESS (2018) destaca que os leitos que são direcionados às CT's são garantidos por intermédio do Ministério da Justiça, essa tensão provocada continua cada vez mais ganhando corpo tendo em vista que dois importantes ministérios estão de lados opostos pela resolutiva da questão. Quando entendemos que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988) tem que ser realidade, mas o que vem acontecendo é esse deslocamento de verba do público para o privado, que parte do princípio de estarmos em uma sociedade que tem como modo de produção o capitalismo e que não é algo que o Estado quer investir e debater, faço uma

comparação dessa tensão como se fosse um pêndulo, o qual já escolheu seu lado e também como responder à essas questões ligada ao álcool e drogas.

As CT's apresentam um contexto muito problemático, a questão do álcool e drogas é tratado de forma moralista e não como uma questão de saúde pública, isso implica no tratamento ofertado ao usuário a partir do momento que ele é visto como uma falha que precisa ser ajustada. Algo bastante preocupante também é a questão da laborterapia utilizada por muitas unidades, que são trabalhos realizados pelos próprios residentes das comunidades afim de conservá-la e muitas vezes mantê-la.

Além disso, muitas destas instituições se apropriam dos resultados econômicos advindos do trabalho dos/as acolhidos/as, por meio da laborterapia desenvolvida pelos/as residentes das CTs. É este trabalho que, muitas vezes, garante as condições de funcionamento institucional, pois os/as acolhidos/as realizam atividades de limpeza, de marcenaria, de consertos hidráulicos, de equipamentos, hortas, piscicultura, dentre outras. As CTs instituem, ainda, o voluntariado na forma de prestação de serviços profissionais, que reproduz a precarização e a exploração da força de trabalho. Essa modalidade soma-se à privatização dos serviços, à terceirização e às demais formas de flexibilização das relações trabalhistas que tomam impulso no Brasil a partir dos anos 1990, com vistas a alcançar vantagens com a racionalização dos recursos humanos. (CFESS, 2018, p.7)

As CT's mantêm uma lógica de tratamento totalmente baseada na adequação moral e ética do indivíduo, esse ponto chega a ser importante porque mediante esse olhar do usuário de álcool e drogas como uma falha de caráter ou vagabundagem, faz com que políticas públicas eficientes sejam adotadas. O tratamento nessas instituições é forjado através de muitas regras e condutas disciplinares, isso tudo sob a lógica do isolamento (total ou parcial), as práticas adotadas são de autoajuda, psicologização do usuário, moralizante, e que reforçam sempre a responsabilidade individual, colaborando na lógica da culpa. (CFESS,2018).

Nos relatórios, evidenciam-se outras atividades de cunho religioso, tais como aulas, cultos, oração, leitura da Bíblia ("como intervenção divina de

salvamento da alma e obediência”); grupos de espiritualidade; laborterapia na realização de diversos serviços, a exemplo de serralheria, horta, piscicultura, serviços domésticos, dentre outros; parceria com um empresário/a e produtor/a de alimentos na implantação de um curso na área de produção agrícola (em uma CT). (CFESS, p.11,2018)

Um dos campos de estágio que tive a oportunidade de atuar, foi um abrigo que tinha como perfil pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, esse espaço era vinculado à igrejas, o método de tratamento utilizado na instituição era bem similar ao que é trabalhado nas Comunidades Terapêuticas, principalmente no sentido de ter como premissa a abstinência e ver a relação do uso de drogas como um desvio moral. Era até mesmo desafiador, para nós do serviço social, porque muitas vezes os usuários lidavam com o nosso trabalho como se fosse um favor, e não direito constituído. Algo que pude perceber de perto, principalmente em relação aos triagem é como a maioria tem resistência em frequentar os CAPSad, seja por um pré-conceito ou por achar que o tipo de tratamento não possui resultados palpáveis.

Essa visão que o a raiz do problema apenas poderá ser tratado na medida que o usuário vive um período recluso, longe de tudo e todos vai totalmente em contrapartida da política de redução de danos, a qual é utilizada no SUS por meio dos seus CAPS e Hospitais Psiquiátricos, como foi abordado anteriormente, essa dinâmica gera um impacto expressivo na vida desses usuários, tendo em vista que pude perceber durante esse período estágio como a recaída é uma realidade bem presente e quando isso acontece o primeiro passo daquele usuário é decidir, muitas vezes, começar o processo do zero, justamente por também se ver como uma ameaça.

Contudo, nessa mesma década a saúde mental definiu a estratégia da redução de danos como ética do cuidado na atenção às pessoas que façam uso indevido de drogas. Essa definição fazia parte de uma estratégia mais ampla de retirar o problema drogas da esfera da política criminal e deslocá-lo para a saúde pública. (LIMA, p. 8, 2017)

Um ponto importante à se debater é de como, por muitas vezes, por de trás das CT's está a igreja, voltando a comentar um pouco da minha experiência nos estágios, destaco como é difícil até mesmo para o usuário entender o que é ou não direito seu como cidadão. Nós do serviço social acabávamos numa posição que toda a nossa atuação profissional era vista de uma lógica de caridade. (LIMA, 2017) traz um debate acerca de uma ação em um Casa Terapêutica no Complexo da Maré – RJ, mediante o relato que a mesma descreve do coordenador do projeto era como que, não a última, mas a única porta aberta para os usuários de álcool e outras drogas era a igreja. Mesmo aqueles que não se encontravam em situação de rua, que tinham seus familiares destacavam uma certa dificuldade com relação ao convívio.

A partir desse relato vamos construir um debate para entendermos quem está por traz dessas instituições e entender como esses atores se comportam ao atendimento aos usuários. Vale salientar que o crescimento expressivo do mercado do crack e o aumento da bancada religiosa no parlamento (LIMA, 2017) gera um impacto grande e contribui para esse crescimento das Comunidades Terapêuticas e legitimam as igrejas a trabalhar a questão das drogas como desvio moral.

Na atualidade, embora as práticas das comunidades terapêuticas religiosas possam ser identificadas como expressão de uma onda reacionária, ela nos parece também indicar a permanência de antigas formas de produção de saúde inscrita na cultura popular, cujos trabalhadores ao viver sofrimentos difusos nas relações sociais em curso encontram políticas sociais públicas subfinanciadas e pouco qualificadas para garantir o acesso e a resolutividade na assistência. De forma concomitante, a fé popular numa “providência divina”, os rituais de cura promovidos por diversas religiões e uma secularização inacabada no Brasil também devem ser considerados na análise do fortalecimento das comunidades terapêuticas religiosas na área da política social de drogas em tempos de radicalização da agenda neoliberal. (LIMA, p. 2-3, 2017)

O clamor amplificado pela mídia e por políticos sobre os danos do uso do crack encontrou uma saúde mental, a partir dos anos de 2010, num período inicial de construção dos serviços para álcool e outras drogas. Ao contrário, da legitimação

conquistada no processo de desinstitucionalização brasileira, os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) foram questionados na potência para oferecer cuidado a esse público (LIMA, 2017). É possível perceber como a epidemia do crack está diretamente ligada ao crescimento exponencial das CT's.

As CT's são consideradas Atenção Residencial de Caráter Transitório, logo ela está inserida no Sistema Único de Saúde, podemos entender que toda essa tensão e disputa política teve um bom proveito para aqueles que eram contrários a redução de danos e eram favoráveis a institucionalização desses usuário, como forma de adequação dos mesmos a sociabilidade dita como normal. Com essa inserção das CT's no SUS temos duas vertentes que são antagonistas, geridas e financiadas pelo mesmo Estado, mas vale destacar, que com as CT's o custo é menor, tendo em vista que a responsabilidade é terceirizada e a mesma por muitas vezes conta com muitos parceiros e colaboradores, sem contar os rendimentos frutos de atividades laborais, podemos refletir, quantas vezes nos deparamos dentro do transporte público com usuários que residem em CT's vendendo balas, objetos, esse dinheiro arrecadado também gira em torno da instituição.

Neste sentido, o processo de ressignificação do trabalho no campo da saúde mental não se configura linear. Tendo como referência os princípios antimanicomiais, esse processo de ressignificação avança e retrocede de maneira a refletir as estruturas de poder em cena. O trabalho surge neste campo como ferramenta de opressão, controle e disciplina, sentido que ainda emerge conforme o jogo de forças em campo. Agrega-se a este sentido, o sentido terapêutico atribuído ao trabalho como forma de tratamento moral e meio de regenerar corpos tomados pelas vicissitudes ou ainda pela necessidade de produtividade imposta pelo capitalismo. Outro sentido associado ao trabalho surge da interação do campo da saúde mental com aquele campo definido pelos princípios da economia solidária – autogestão, solidariedade e finalidade econômica. Neste último o trabalho do louco manifesta o desejo de participação efetiva em outros campos, por meio da autonomia, da participação social, do acesso à renda e da conquista de direitos sociais. (MARTINS, p.112, 2019)

Portanto, apesar de não ser consenso normativo considerar as CTs serviços de saúde, elas são reconhecidas por usuários, profissionais de saúde e a comunidade como instituições que realizam tratamento para uso nocivo e dependência de SPA. (FEITOSA e GARCIA FILHO, 2020).

As comunidades terapêuticas foram incluídas como serviço da Atenção Residencial de Caráter Transitório, portanto, inseridas no SUS, demonstrando sua força política a despeito da tensão interna gerada no âmbito da saúde pública e, particularmente, da saúde mental. Por que essa tensão? Para alguns atores da saúde mental, como os novos gestores da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas seria possível alinhá-las às diretrizes da RAPS; mas para a grande maioria seria o consentimento de rupturas com compromissos firmados pelo processo de desinstitucionalização: a internação como último recurso terapêutico, o cuidado no território, a defesa intransigente da liberdade e a orientação ética da redução de danos. (LIMA, p.10, 2017)

É importante destacar pontos-chaves que são explícitos na Lei N°13.840 de 2019 que traz pontos importantes sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas, por meio dessa lei podemos entender que o mais importante no tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, é a ampliação da capacidade de inserção social desse usuário. Mas essa inserção de forma diferente, é necessário compreender o indivíduo na sua totalidade, sendo assim pensar no seu sustento, programas e projetos voltados a educação, pois através desses mecanismos a emancipação desse usuário, que por muitas vezes não é visto descolado de sua família ou de sua condição atual, poderá se tornar realidade.

Os assistentes sociais presentes nesses espaços, que por muitas vezes é palco de tensão, tem como premissa fazer articulações entre saúde e assistência, tendo em vista que são pilares importantes para compreender a questão das drogas no Brasil, não apenas como um fenômeno atrelado à saúde mas também ao contexto de vulnerabilidade social que muitos atravessam.

Para exemplificar isso que foi dito trago a história de um usuário que foi atendido por mim no meu estágio, no processo de triagem passamos uma ficha social afim de

entender e conhecer esse usuário, a história que vou contar é do Bruno (nome fictício), Bruno relatou que sua inserção no uso abusivo de álcool e drogas se deu a partir de “fuga da realidade”, sua história repleta de dores e problemas em suas relações, o mesmo diz que o abandono de seu pai – e como essa história se desdobrou no falecimento de sua mãe, colaboraram para que ele estivesse nessa situação até hoje. Ele conta que com o abandono do pai ele e seus irmãos viveram um longo período em situação de rua, logo podemos perceber como a pobreza impacta diretamente diferentes usuários e possibilita, como forma de fuga ter acesso à drogas que, as vezes momentaneamente vai trazer um alívio, mas futuramente danos perigosos à saúde.

Entender o uso abusivo como sintoma de uma sociedade que a vulnerabilidade social, fome, racismo, violência, subemprego se faz necessário e desloca toda essa culpa do usuário e começamos a entender como um problema social e presente na nossa formação sócio-histórica e no modo de produção operante, que no caso é o capitalismo. Iammamoto (2013), destaca que a desigualdade é indissociável do processo de “modernização produtiva”, mediante à isso precisamos estar alertas com as consequências que esse processo produz.

Um ponto relevante para debatermos é acerca da precarização de trabalho presente nas CT's, além de muitas vezes o trabalho ser através do voluntariado, (CFESS 2018) comenta que essa lógica reproduz a precarização e a exploração da força de trabalho. Essa modalidade soma-se à privatização dos serviços, à terceirização e às demais formas de flexibilização das relações trabalhistas que tomam impulso no Brasil a partir dos anos 1990, com vistas a alcançar vantagens com a racionalização dos recursos humanos.

Encerrando esse capítulo se faz necessário abordar como e expressa a atuação do assistente social dentro desses espaços, tendo em vista que é um espaço com muitas contradições, como a questão da religião que aparece bem presente durante todo processo e até mesmo das relações, como por exemplo essa necessidade de “adequação moral”.

A atuação do assistente social constitui-se enquanto um processo constante de modificações visto a intervenção profissional ocorrer junto à realidade e o processo de (re) construção constante desta, exigindo, de forma periódica, uma leitura crítica e contextualizada da realidade por parte do profissional. A

reflexão sobre a prática do Serviço Social uma discussão recorrente tanto no ambiente acadêmico como nos espaços de organização da classe. Tais discussões, necessariamente, devem estar vinculadas ao projeto tico-político da profissão e à realidade das demandas que chegam at o profissional, sem desvincular-se dos aspectos investigativos da profissão.(MAFRA e FREITAS, p.45,2016)

A importância de ter um profissional responsável e comprometido com o projeto ético político será de suma importância na garantia desse atendimento à esse usuário, de forma que não sejam feito juízos de valor e que haja articulações necessárias tanto com órgãos fora da instituição, também como os demais profissionais que irão compor a equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados o que podemos observar com a construção desse trabalho é de como a Política de Drogas está atrelada ao proibicionismo americano, e como esse proibicionismo ecoa até hoje nos tratamentos com pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. A construção do Estado Penal após o declínio do Estado Caritativo é um marco importante para entender como essas políticas proibicionistas se tornaram a melhor opção.

A partir disso o inimigo se torna outro, a guerra aos pobres foi declarada e com ela a criminalização da pobreza se torna uma realidade, a assistência social se torna um mecanismo de controle e vigilância e o encarceramento em massa passa a ser uma característica expressiva desse Estado punitivista e proibicionista e com ele se estabelece o conceito de “guerra às drogas”, que acaba marginalizando ainda mais as classes mais baixas, ditas como subalternas.

A relação do uso abusivo de álcool e drogas passou a ser tratado como questão de polícia, com isso ocorreram muitos prejuízos, tendo em vista que esse usuário era tido como alguém à margem da sociedade com desvios morais a serem “consertados”. Esse tratamento é colocado em cheque com a Reforma Psiquiátrica, que desloca o conceito de uso de drogas da segurança pública para uma questão de saúde pública, com esse avanço foram elaboradas políticas públicas de saúde mental direcionada à esses usuários. A política de redução de danos foi de suma importância pois a partir dela foi possível entender esse sujeito na sua totalidade e com direitos constituídos, e enxergá-lo na totalidade da sua realidade, a partir disso entender os mecanismos responsáveis para o uso desenfreado de substâncias psicoativas.

A partir da nossa formação social brasileira, conseguimos entender como essa criminalização da pobreza opera e onde opera, os alvos são bem claros, em sua maioria negros e favelados, tendo em vista que as favelas são amplamente criminalizadas, vistas apenas na sua superficialidade e palco de operações e barbárie. O problema de drogas é direcionando ao traficante na ponta, o esquema todo envolvido por traz é ignorada e o verdadeiro inimigo é declaradamente escancarado. Com relação à desresponsabilização, abordada no último capítulo, as Comunidades Terapêuticas servem como uma terceirização da responsabilidade, a partir do momento que se utiliza da iniciativa privada o Estado se coloca em segundo plano, em algumas partes como financiador mas não com uma responsabilidade direta.

Acontece que esse movimento acaba colaborando para desconstrução da política de redução de danos, tendo em vista que esses espaços funcionam com premissas diferentes e pautados em valores específicos, muitas vezes atrelado à igreja.

Com isso se estabelece uma demanda muito específica e importante para os assistentes sociais, romper com toda essa herança positivista e a lógica de caridade por traz desses atendimentos, e manter firme e compromissado com o Projeto Ético Político da profissão.

Encerro esse trabalho trazendo duas indicações, que me auxiliaram a entender como a construção do AD e os caminhos propostos para esses usuários foram se desenhando ao longo dos anos, e principalmente vislumbrar o avanço que foi a política de saúde mental e a importância da luta antimanicomial. São dois filmes nacionais, que desenharam as tensões que pulsaram durante esse período e como foi importante profissionais comprometidos em romper essa lógica de institucionalização desses corpos, que foram por anos violados, descartados e desprezados. O primeiro é o filme Nise: O coração da loucura, que traz a história de Nise da Silveira um nome importante quando debatemos a luta antimanicomial e os benefícios pós Reforma Psiquiátrica. O outro filme é o Bicho de Sete Cabeças, onde podemos ver um conflito familiar por causa de um cigarro de maconha e como toda a construção do personagem Neto, vivido por Rodrigo Santoro, foi se perdendo durante o processo, principalmente após suas internações compulsórias. O filme evidencia também, como é difícil debater a questão das drogas quando umas são mais criminalizadas que outras, tendo em vista que o pai do personagem faz uso contínuo de tabaco.

Esses filmes nos ajudam a construir um olhar crítico e humanizado para esses usuários da saúde mental e vislumbrar as conquistas adquiridas por meio de tanta luta, e como se faz necessário reafirmarmos e colaborarmos para que não haja retrocessos.

ANEXO 2 - Reportagem do Jornal G1 trago para exemplificar como algumas CT's operam em condições insalubres e prejudiciais para a vida dos usuários.



Comunidade terapêutica e Prefeitura são condenadas ao pagamento de R\$ 200 mil de indenização em Viçosa

O local foi interditado após Vigilância Sanitária constatar irregularidades, como ausência de alvará sanitário e falta de responsável técnico de nível superior para acompanhar os internos. Os envolvidos foram procurados.

Por **Fellype Alberto**, g1 Zona da Mata — Viçosa
23/03/2022 18h07 · Atualizado há 3 semanas

[f](#) [t](#) [w](#) [a](#) [in](#) [s](#)

ANEXO 3 - Reportagem do Jornal Folha de São Paulo, achei válido trazer essa matéria para exemplificar como a desresponsabilização do Estado opera, enquanto o público vem sendo sucateado o privado vem ganhando espaço e investimentos.

The screenshot shows the top of the Folha de São Paulo website. At the top, the URL 'www1.folha.uol.com.br' is visible. Below it is the UOL logo and the site's name 'FOLHA DE S. PAULO'. A navigation bar includes 'cotidiano', 'educação', 'coronavírus', 'saúde', and 'rio de'. A Google AdSense advertisement is present, with a blue button that says 'Enviar comentários' and a text box containing 'Anúncio? Por quê?'. Below the ad, the word 'PUBLICIDADE' is written. The main headline reads 'Investimento federal em comunidades terapêuticas sobe 95%'. A sub-headline states: 'Aporte é estimado em R\$ 300 milhões neste ano; 74% dessas entidades são católicas ou evangélicas'.

www1.folha.uol.com.br

uol

FOLHA DE S. PAULO

cotidiano > educação coronavírus saúde rio de

Anúncios Google

Enviar comentários

Anúncio? Por quê? ⓘ

PUBLICIDADE

DROGAS

Investimento federal em comunidades terapêuticas sobe 95%

Aporte é estimado em R\$ 300 milhões neste ano; 74% dessas entidades são católicas ou evangélicas

The screenshot shows the top of the Folha de São Paulo website with the URL 'www1.folha.uol.com.br'. The author's name 'Gabriella Soares' is displayed. The main headline reads: 'SÃO PAULO O repasse de verbas a empresas privadas que realizam tratamento com internação de dependentes químicos passou de R\$ 153,7 milhões em 2019 para R\$ 300 milhões neste ano, segundo o Ministério da Cidadania.' Below the headline, there are two paragraphs of text. The first paragraph states: 'Levantamento feito pela **Folha** mostra que 74% das comunidades terapêuticas que recebem financiamento federal são de matriz religiosa.' The second paragraph states: 'A rede privada de tratamento para o vício em álcool e drogas foi expandida no governo de Jair Bolsonaro. Em 2018, havia 2.900 leitos patrocinados com dinheiro público no Brasil. Esse número subiu para 11 mil em 2019, e miram-se 20 mil vagas até o final de 2020.'

www1.folha.uol.com.br

Gabriella Soares

SÃO PAULO O repasse de verbas a empresas privadas que realizam tratamento com internação de dependentes químicos passou de R\$ 153,7 milhões em 2019 para R\$ 300 milhões neste ano, segundo o Ministério da Cidadania.

Levantamento feito pela **Folha** mostra que 74% das comunidades terapêuticas que recebem financiamento federal são de matriz religiosa.

A rede privada de tratamento para o vício em álcool e drogas foi expandida no governo de Jair Bolsonaro. Em 2018, havia 2.900 leitos patrocinados com dinheiro público no Brasil. Esse número subiu para 11 mil em 2019, e miram-se 20 mil vagas até o final de 2020.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, Fellype. **Comunidade terapêutica e prefeitura são condenadas ao pagamento de R\$ 200 mil de indenização em Viçosa.** Viçosa (MG), 23 de março de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2022/03/23/comunidade-terapeutica-e-prefeitura-sao-condenadas-ao-pagamento-de-r-200-mil-de-indenizacao-em-vicosa.ghtml>

ALEXANDER, Michelle. **A nova segregação: racismo e encarceramento em massa.** São Paulo: Boitempo, 2017.

ALMEIDA, Amanda; CUNHA, Marize. **Unidade de Acolhimento Adulto: Um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas.** Saúde debate, Rio de Janeiro, p. 105-117: 2021.

BASTOS, F. I. et al. **Descentralização, AIDS e Redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 23, p. 2134- 2144, 2007.

BOITEUX, Luciana. **Tráfico e Constituição: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas.** Revista Jurídica, Brasília, p. 1-29: 2009.

BRASIL, Lei N° 13.840, de 5 de junho de 2019. **Para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.** Brasília, 2019.

BURGIERMANN, Denis Russo. **O fim da guerra. Maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas.** São Paulo: Leya, 2011.

CFESS. **A inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas: Consideração sobre o trabalho profissional.** Brasília, p.2-16: 2018.

CFESS. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate técnico.** Gestão Tecendo na Luta a Manhã Desejada (2014- 2017), 28 de novembro de 2014. Brasília, 2014

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Criminalização das classes subalternas no espaço urbano e ações profissionais do Serviço Social.** Serv.Soc.Soc., São Paulo, n.128, p. 104-122: 2017.

FEITOSA, Ana Nery; GARCIA FILHO, Carlos. **Processo de trabalho em Comunidade Terapêutica e a política de drogas no Brasil.** Quipá Editora, Fortaleza, p.14-87: 2020.

GIANSANTE, Ana Letícia; NOJIRI, Sérgio. **Bicho de sete cabeças: discursos e construções sociais sobre o uso de drogas e a internação compulsória.** Brasília, Revista de Direito, Arte e Literatura, p.58 - 75, 2017.

IAMAMOTO, Marilda. **O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais.** SER Social, Brasília, p.327-341: 2013.

KARAM, M. L. **Psicologia e sistema prisional.** Revista EPOS Genealogia, Subjetivações e Violências, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, jan./jun. 2012. Disponível em: Fonte: <http://revistaepos.org/?p=608>. Acesso em: 12 de março de 2022.

LEVY, Clarisse. **A vida dos internos em comunidades terapêuticas é pular de inferno em inferno.** Jornal The Intercept Brasil. 31 de maio de 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/05/30/comunidades-terapeuticas-internos/>

LIMA, Rita de Cássia. **As comunidades terapêuticas religiosas e a política social de drogas.** 5º Encontro Internacional de Política Social/ 12º Encontro Nacional de Política Social. Vitória (ES), 5 a 8 de junho de 2017.

LIMA, Rita de Cássia; TAVARES, Priscilla. **Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo.** Argumentum, Vitória (ES), v.4, n.2, p.6-23: 2012.

LIMA, Rita de Cássia. **O problema das drogas no Brasil: Revisão legislativa nacional**. Libertas, Juiz de Fora, v.10, n.1, p.102-123: 2010.

LIMA, R. de C. C. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil-Estados Unidos e os organismos internacionais**. 2009. 365 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, R.C.C.de. **O problema das drogas no Brasil: revisão legislativa nacional**. Libertas: Revista da Faculdade de Serviço Social/UFJF, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, 2010.

LIMA, R.C.C de. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil – Estados Unidos e os organismos internacionais**. Rio de Janeiro: UFRJ, Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social, 2009.

MAFRA, Janaina; FREITAS, Silvia. **O processo de trabalho do assistente social na comunidade terapêutica casa de recuperação água da vida**. Revista Gepesvida – UNIPLAC, Santa Catarina, p.34-46: 2016.

MARTINS, Rita de Cássia. **Reformas psiquiátricas de ressignificação do trabalho na saúde mental**. Revista Nufen, Belém, p.96-116: 2019.

NETO, Inácio; FAÇANHA, Josanne. **A questão social no Brasil: Uma abordagem a partir da contrarreforma do Estado brasileiro**. Revista de Política Judiciária, Gestão e Administração da Justiça, Salvador, p.58-78: 2018.

ROCHA, Andréa; LIMA, Rita de Cássia; FERRUGEM, Daniela. **Autoritarismo e guerra às drogas: violência do racismo estrutural e religioso**. Florianópolis, v.24, n.1, p. 157-167: 2021.

RODRIGUES, L.B.F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 2006. 273 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo.

SOARES, Gabriella. **Investimento federal em comunidades terapêuticas sobe 95%**. Jornal Folha de São Paulo. São Paulo, 1 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/11/investimento-federal-em-comunidades-terapeuticas-sobe-95.shtml>

TEIXEIRA, Paulo. **Discurso feito no Grande Expediente da Câmara dos Deputados**. Brasília: Câmara dos Deputados, 28 out. 2009.

VARGAS, Francisco Gomes. **Do estado caritativo ao estado penal: a importação do modelo americano de gestão da miséria no Brasil**. Niterói, Universidade Federal Fluminense, 2019.

WACQUANT, Loic. **Punir os pobres: A nova gestão da miséria nos Estados Unidos**. Coleção Pensamentos Criminológicos, 2ª edição, Instituto Carioca de Criminologia, Cap. 1, Editora Revan: 2003.