

Cláudia Macedo Coutinho

AS COMUNIDADES TERAPEÚTICAS

NA POLÍTICA SOBRE DROGAS DO GOVERNO FEDERAL

NA POLÍTICA SOBRE DROGAS DO GOVERNO FEDERAL



Cláudia Macedo Coutinho

AS COMUNIDADES TERAPEÚTICAS

NA POLÍTICA SOBRE DROGAS DO GOVERNO FEDERAL



Universidade Federal do Tocantins

Editora da Universidade Federal do Tocantins

Reitor

Luis Eduardo Bovolato

Vice-reitor

Marcelo Leineker Costa

Chefe de Gabinete

Emerson Subtil Denicoli

Pró-Reitor de Administração e Finanças (PROAD)

Jaasiel Nascimento Lima

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis (PROEST)

Kherlley Caxias Batista Barbosa

Pró-Reitora de Extensão, Cultura e

Assuntos Comunitários (PROEX).

Maria Santana Ferreira dos Santos

Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (PROGEDEP)

Michelle Matilde Semiguem Lima Trombini Duarte

Pró-Reitor de Graduação (PROGRAD)

Eduardo José Cezari

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESQ)

Raphael Sânzio Pimenta

Pró-Reitor de Tecnologia e Comunicação (PROTIC)

Ary Henrique Morais de Oliveira

Conselho Editorial

Ruhena Kelber Abrão Ferreira

Membros do Conselho por Área

Ciências Biológicas e da Saúde

Eder Ahmad Charaf Eddine

Marcela Antunes Paschoal Popolin

Marcio dos Santos Teixeira Pinho

Ciências Humanas, Letras e Artes

Barbara Tavares dos Santos

George Leonardo Seabra Coelho

Marcos Alexandre de Melo Santiago

Rosemeri Birck

Thiago Barbosa Soares

Willian Douglas Guilherme

Ciências Sociais Aplicadas

Roseli Bodnar

Vinicius Pinheiro Marques

Engenharias, Ciências Exatas e da Terra

Fernando Soares de Carvalho

Marcos André de Oliveira

Maria Cristina Bueno Coelho

Interdisciplinar

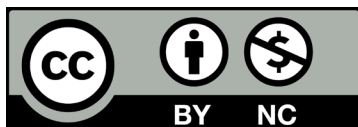
Ana Roseli Paes dos Santos

Ruhena Kelber Abrão Ferreira

Wilson Rogério dos Santos

Copyright © 2024 – Universidade Federal do Tocantins – Todos direitos reservados

Universidade Federal do Tocantins (UFT) | Câmpus de Palmas
Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte
Bloco IV, Reitoria
Palmas/TO | 77001-090



Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Preparação e Capa: Joilene Lima

Diagramação: Raissa Bambirra

Revisão: O conteúdo dos textos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade dos respectivos autores.

Autora: Cláudia Macedo Coutinho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins (SISBIB)

C871c Coutinho, Cláudia Macedo.

As comunidades terapêuticas na política sobre drogas do
Governo Federal

Cláudia Macedo Coutinho – Palmas, TO: EdUFT, 2024.

152 p.

Editora da Universidade Federal do Tocantins (EdUFT). Acesso
em:

<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/editora>

ISBN: 978-65-5390

1. Comunidades. 2. Drogas. 3. Brasil. 4. Governo I. Coutinho,
Cláudia Macedo. II. IV. Título.

CDD 353.8

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS - A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.

SUMÁRIO

O DEBATE DAS DROGAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	11
1.1 Modelo manicomial: o isolamento social como alternativa de tratamento	12
1.2 O consumo de álcool e outras drogas como demanda de saúde mental	24
1.3 Primeiras formulações de comunidades terapêuticas	28
PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: PROJETOS EM DISPUTA	36
2.1 As drogas como expressão da “questão social” e a proteção social no Estado burguês.....	37
2.2 Reforma Psiquiátrica e construção da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil	54
2.3 Os impactos do neoliberalismo na política de saúde mental: privatização e atuação do terceiro setor	67
AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL	83
3.1 Contratação e financiamento de comunidades terapêuticas: do Programa Crack à atual política de atenção a usuários de drogas	83
3.2 O modelo de atenção em saúde mental materializado nas comunidades terapêuticas.....	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS.....	133
Autora	152

PREFÁCIO

Provisoriamente não cantaremos o amor, que se refugiou mais abaixo dos subterrâneos. Cantaremos o medo, que esteriliza os abraços, não cantaremos o ódio, porque este não existe, existe apenas o medo, nosso pai e nosso companheiro, o medo grande dos sertões, dos mares, dos desertos, o medo dos soldados, o medo das mães, o medo das igrejas, cantaremos o medo dos ditadores, o medo dos democratas, cantaremos o medo da morte e o medo de depois da morte. Depois morreremos de medo e sobre nossos túmulos nascerão flores amarelas e medrosas.

(Carlos Drummond de Andrade)

Como assistente social, pesquisadora, inserida na teia das relações sociais enquanto classe trabalhadora, trago nesta obra a inquietude diante de uma sociedade excludente, desigual, discriminatória e individualista, a qual criminaliza e moraliza as expressões mais agudas da desigualdade social, como se essa desigualdade não fosse oriunda da própria produção do capital, e sim das vontades e escolhas de cada indivíduo. Inquietações que vão muito além das linhas que escrevo a seguir, que vislumbram no horizonte uma sociedade mais justa e igualitária.

Do lugar que ocupo, e dentro das possibilidades existentes, tenho me dedicado ao debate da política de saúde mental e da atenção a usuários de drogas, com o intuito de somar e contribuir com outros pesquisadores, trabalhadores, usuários dos serviços e demais leitores/estudantes que tenham interesse pela temática. Faço isso não com a pretensão de resolver um problema ou de esgotar o tema, mas para trazer alguns elementos que estão na ordem do dia e acaloram a discussão acerca do cuidado às pessoas com demandas decorrentes do uso de drogas.

Entende-se que as questões que englobam o debate sobre drogas precisam sair do campo nebuloso do medo, do preconceito, do fundamentalismo religioso, do moralismo e da culpabilização. Para isso, o esforço da pesquisa e a compreensão a partir de determinantes sócio-históricos são imprescindíveis para avançarmos na direção de situar esse debate no campo saúde, como expressão da questão social e objeto de intervenção do Estado.

O e-book que lhes apresento é produto do curso de mestrado

realizado no Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins – ressalto aqui a importância da pesquisa, da ciência e do ensino superior público que, mesmo diante de tantos ataques, resiste com suas possibilidades (trans)formadoras – mas venho me dedicando a estudos na área de saúde mental desde a graduação, e atualmente trago para o doutorado a relevância e os desafios de pensar essa política.

A escrita desta obra em meio aos momentos mais críticos da pandemia de Covid-19 traz nos bastidores o isolamento social necessário que embalou a pesquisa documental; o medo inevitável do adoecimento e do luto que muitos de nós sofremos; a esperança no sistema único de saúde brasileiro e, ao mesmo tempo, a revolta diante do sucateamento e do subfinanciamento deste, escancarados pelas demandas da pandemia.

Os parágrafos aqui desenvolvidos têm como objeto de análise as Comunidades Terapêuticas (CTs) e não poupam críticas ao conservadorismo e ao neoliberalismo; não se contentam com os rumos das atuais políticas de proteção social, mediante as contrarreformas que atingem diretamente as condições de vida da classe trabalhadora; não se conformam com as condições precárias de cuidado e de tratamento a que milhares de pessoas são submetidas em serviços de saúde por todo o país; e não fogem da crítica aos governos que entre os anos de 2011 e 2021 protagonizaram os retrocessos vivenciados na política de saúde mental.

O debate das comunidades terapêuticas no âmbito das políticas sociais exige uma compreensão que alcança elementos históricos e contemporâneos de ordem social, política, econômica e até mesmo cultural, os quais medeiam a compreensão sobre as drogas, o consumo, o comércio, as formas de prevenção e de tratamento ao uso prejudicial.

Partindo da compreensão das drogas como expressão da “questão social” que se (re)produz no movimento de desenvolvimento do capitalismo, esta obra tem como objeto de análise as comunidades terapêuticas no Brasil, com foco no financiamento do governo federal, na inserção e ampliação dessas instituições no âmbito das políticas públicas e no modelo de intervenção concretizado nas CTs.

Para essa análise, é necessária a compreensão acerca da privatização da saúde, aliada ao desfinanciamento dos serviços de

saúde pública, ao mesmo tempo em que se transfere recursos para o setor privado, bem como do lugar que a questão das drogas tem ocupado na sociedade, cuja intervenção é orientada por concepções e práticas criminalizantes, repressivas, higienistas e moralistas. Para além da política de saúde, a construção deste trabalho perpassa também pelo debate do neoconservadorismo, da agudização da “questão social” no contexto de avanço dos ideais neoliberais e pelo debate das políticas de (des)proteção social do Estado burguês.

As comunidades terapêuticas são organizações sociais sem fins lucrativos, geralmente geridas pelas igrejas e regulamentadas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essas instituições começaram a receber recursos do governo federal a partir de 2011, depois da criação do programa “Crack - é possível vencer”. São consideradas instituições de caráter residencial que ofertam atendimento a indivíduos adultos e adolescentes que apresentam demandas decorrentes do uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (SPA).

O tratamento do uso abusivo e da dependência às drogas tem sido objeto de intervenção das políticas de segurança pública, de assistência social e de saúde, nas quais introduziu-se a compreensão de que as comunidades terapêuticas estão aptas a prestar acolhimento, cuidado e recuperação de pessoas com essas demandas. Principalmente a partir de 2011, o governo vem atuando na direção de fortalecimento das CTs e ampliação do financiamento para as vagas destinadas a pessoas que precisam de tratamento e não possuem recursos financeiros suficientes para custear o acolhimento.

Tem-se, dessa forma, uma valorização das CTs em detrimento dos serviços substitutivos de saúde mental existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas comunidades preconizam a “retirada” do indivíduo do meio social no qual ele está inserido e onde constrói e reproduz suas vivências pessoais, seu modo de vida e suas relações com instituições como família e Estado, limitando seu ir e vir e forçando a um processo de tratamento que não tem eficácia comprovada, uma vez que após alguns meses de reclusão e abstinência este é devolvido ao meio social, sem que tenha havido qualquer alteração nesse meio. Sendo assim, a comunidade terapêutica, mediante sua atual configuração e direcionamento, individualiza/ subjetiva a questão do consumo de “drogas” e desconsidera o

contexto e o processo que resultaram na situação do uso abusivo e da dependência.

Essas são algumas das questões que envolvem o funcionamento das comunidades terapêuticas evidenciadas em estudos e pesquisas recentes e que não apontam para possibilidades efetivas de tratamento, o que nos coloca mais uma vez diante das inquietações que orientaram a escrita desta obra.

A partir da compreensão dessa realidade, o/a leitor/a vai encontrar nos capítulos a seguir a discussão sobre o direcionamento político-econômico do governo federal no fomento e fortalecimento das comunidades terapêuticas; uma análise sobre o processo de credenciamento e repasse de recursos públicos para essas instituições, bem como o estudo das práticas de cuidado e assistência à saúde mental concretizadas nas comunidades terapêuticas, para assim compreendê-las no campo da atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Espero que cada capítulo excite inquietações diante da realidade social em que vivemos e que cultive a sementinha da luta por dias melhores!

Gurupi/TO, maio de 2023.
Prefácio escrito pela autora

APRESENTAÇÃO

A obra que se apresenta é fruto de reflexões construídas em meio a um cenário instituído pela financeirização do capital, somado às investidas neoliberais, com “pitadas” do conservadorismo no cenário mundial, e diante da pandemia da COVID 19, que ceifou vidas e isolou a população, intensificando o individualismo, o adoecimento mental, bem como a dependência ao álcool e outras drogas.

Historicamente, a questão da dependência ao álcool e outras drogas possui discussões veladas e, quando tratada, é colocada no âmbito individual e familiar, quando na verdade é uma demanda para a política de saúde, e nesse sentido a autora nos brinda com reflexões importantes e necessárias para o tema, que precisa superar a lógica moral e individual e ser posta como uma expressão da questão social na sociedade do capital, que merece atenção e intervenção do Estado, como medidas de proteção à pessoa com dependência, assim como a seus familiares e rede de apoio.

É nessa perspectiva que a autora desenvolve seu trabalho, analisando o processo social e histórico do seu objeto de pesquisa – as Comunidades Terapêuticas para tratamento das pessoas com dependência ao álcool e outras drogas – em um momento em que a pesquisa e a construção do conhecimento vem desafiando o movimento anticiência, bem como as distâncias sociais. A partir de um estudo documental das legislações e do levantamento do repasse financeiro às Comunidades Terapêuticas no período de 2011 a 2021, bem como da análise dos relatórios de inspeção de 28 comunidades terapêuticas em 12 estados do Brasil, ficam evidentes as desigualdades regionais e territoriais também no trato à saúde mental das pessoas com dependência ao álcool e outras drogas.

É uma produção de uma jovem pesquisadora, formada pelo ensino público desde seus primeiros letramentos, natural da periferia do estado brasileiro que é a região norte, todavia, o brilhante trabalho apresentado faz acreditar que a ciência, a educação e a pesquisa são necessárias e urgentes para a compreensão da realidade e, mais ainda, para acreditarmos que um outro mundo é possível.

Desejo a você, leitor, uma ótima leitura e excelentes reflexões!

Rose Santos

Palmas – Tocantins, abril de 2023.

CAPÍTULO 1

O DEBATE DAS DROGAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Compreende-se que o uso de drogas – aqui entendidas como todas as substâncias que são amplamente conhecidas por provocarem alterações no sistema nervoso, nos sentidos e na consciência e que podem ser criminalizadas¹ ou legalizadas – é histórico e atravessa diferentes formas de organização social, mas nunca antes na história o uso de substâncias psicoativas foi visto como um problema social com tamanha ênfase como na sociedade capitalista, principalmente a partir do século passado, quando o Estado passou a intervir nessa questão por meio das políticas sociais e setoriais, mais enfaticamente por meio da segurança pública e da saúde.

Esse primeiro capítulo dedica-se ao debate do modelo manicomial, do surgimento das comunidades terapêuticas e da inserção do consumo de álcool e outras drogas como demanda de saúde mental. Trata-se de compreender a gênese, as formas de intervenção, as demandas, as instituições, os atores e os sujeitos das práticas em saúde mental, as quais refletem até os dias atuais na condução da política de saúde mental, nos serviços e na concepção dos sujeitos e da sociedade, no que diz respeito à atenção em saúde a usuários de álcool e outras drogas.

1. Os dispositivos criminalizadores que institucionalizam a proibição e sua política de 'guerra às drogas' partem de uma distinção feita entre substâncias psicoativas tornadas ilícitas (como a maconha, a cocaína, a heroína, etc.) e outras substâncias da mesma natureza que permanecem lícitas (como o álcool, o tabaco, a cafeína, ansiolíticos, etc.). Não há qualquer peculiaridade ou qualquer diferença relevante entre as selecionadas drogas tornadas ilícitas e as demais drogas que permanecem lícitas. Todas são substâncias que provocam alterações no psiquismo, podendo gerar dependência e causar doenças físicas e mentais. Todas são potencialmente perigosas e viciantes. Todas são drogas (KARAM, 2015, p. 2). Para Santos e Soares (2013, p. 44) As políticas separam as substâncias psicoativas em grupos distintos, mas que não guardam semelhanças de periculosidade, como é o caso da maconha, da cocaína e da heroína, no grupo de substâncias ilícitas. Também é o caso do álcool, do tabaco e dos medicamentos psicotrópicos na sua ampla variedade no grupo das substâncias lícitas. O critério que se diz científico é aleatório e político, para não dizer econômico, ou de interesses dominantes.

1.1 Modelo manicomial: o isolamento social como alternativa de tratamento

O atual modelo de atenção em saúde mental a usuários de álcool e outras drogas é historicamente construído e imprime concepções e práticas que se originaram nas primeiras formas de intervenção junto a pessoas consideradas loucas. O isolamento social é uma alternativa de tratamento que visa afastar as pessoas do convívio social, buscar a purificação e a cura, bem como livrar as cidades desses transeuntes indesejados. Embora a ênfase desse estudo seja o debate relacionado ao consumo de álcool e outras drogas, faz-se necessário resgatar o tratamento da loucura para compreender esse processo de hospitalização e isolamento que se instaura na saúde mental.

Com o desaparecimento da lepra no final da Idade Média, os leprosários que haviam se multiplicado na Europa como instituições para o isolamento social de pessoas contaminadas, ficam vazios, mas permanece a importância no grupo social dessa temida figura entendida como uma punição de Deus e ao mesmo tempo uma graça: o abandono é a salvação e a exclusão uma outra forma de comunhão. Assim, as estruturas permanecem e, quase sempre, nos mesmos locais, dois ou três séculos mais tarde são retomadas semelhantes práticas de exclusão, em que o leproso é substituído pelos pobres, vagabundos, presidiários e alienados. Essas formas perpetuam-se, na esperança da salvação e reintegração espiritual (FOUCAULT, 1972, p. 10).

Demorou quase dois séculos para que a loucura, que sucede à lepra, fosse alvo das ações de divisão, exclusão e purificação. [...] Os loucos tinham uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confinados a grupos de mercadores e peregrinos, os marinheiros eram encarregados de livrar a cidade de um louco. Certos loucos eram recebidos em hospitais e tratados como tais, mas na maior parte da Europa existiu um local de detenção reservado a eles. Em outros locais, eram escorraçados apenas os estrangeiros, mas as cidades possuíam um lugar para os seus cidadãos (FOUCAULT, 1972, p. 13).

Houve cidades que acolheram os loucos, mantendo-os com o orçamento da cidade, mas não tratando, os quais eram mantidos em alojamentos: jogados na prisão. Em outros lugares, os loucos eram levados por mercadores ou marinheiros, como uma ação de

purificação das cidades. A cura e a exclusão situavam-se no espaço sagrado do milagre. A peregrinação, ou os locais onde os loucos eram mantidos, tornaram-se espaços de esperança para que os sujeitos fossem libertos da loucura (FOUCAULT, 1972, p. 15). De acordo com Amarante (2007, p. 23), a loucura tinha múltiplos significados: endemoniados ou endeusados, comédia e tragédia, erro e verdade, e os seus lugares eram nas ruas, guetos, asilos, prisões, igrejas e hospitais.

Nos séculos XV a XVIII emergem preocupações dos Estados em fortalecer a economia e aumentar a riqueza, para isso, todos os cidadãos eram importantes, mas à medida que avança a industrialização e a urbanização, cresce também a pobreza e com isso a mendicância em torno das cidades, cujo enfrentamento passou a ser feito por meio de instituições que recolhiam as pessoas que não queriam ou não podiam trabalhar: os hospitais (HEIDRICH, 2020, p. 37).

No século XVII surgiram instituições para cumprir uma função de ordem social e política, denominadas hospitais gerais que possuíam grande importância na definição do lugar do louco na sociedade ocidental. A partir disso, a internação passa a ser determinada por autoridades reais e judiciárias. Dessa forma, o hospital passa a exercer funções sociais e políticas (AMARANTE, 2007, p. 23). O Hospital Geral, fundado em Paris em 1656, depois fundado em todas as cidades da França, foi uma junção de diversos estabelecimentos já existentes em uma única administração, todos destinados aos pobres de Paris: válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou não. "Trata-se de recolher, alojar alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade ou aqueles que para lá são encaminhados pela a autoridade real ou judiciária [...]" (FOUCAULT, 1972, p. 56). A administração fica a cargo de diretores que exercem seu poder tanto no hospital como em toda a cidade. Embora médicos pudessem ser contratados para trabalhar, os hospitais gerais não eram estabelecimentos médicos.

Foucault (1972, p. 55) também assinala que muitos loucos eram misturados com a população das Workhouses e parecia ser atribuída uma mesma condição aos pobres, desempregados e aos insanos. O autor destaca que a partir do século XVII essa prática de internamento se perpetua como o local natural da loucura.

Nos dias atuais, os hospitais são conhecidos como espaços importantes do exercício da medicina, transformação que acontece após a Revolução Francesa, mas na sua origem foram criados como

instituições que ofereciam hospedagem, alimentação e assistência aos miseráveis e doentes (AMARANTE, 2007, p. 22).

É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa [...]. Em seu funcionamento ou em seus propósitos, o hospital geral não se assemelha a nenhuma ideia médica. É uma instância da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa época [...] (FOUCAULT, 1972, p. 57).

A igreja, historicamente presente na construção de ações frente aos problemas sociais pela via da caridade e da filantropia, até então estava à margem da organização dos hospitais. Então, cria congregações com funções análogas, nas quais leva-se uma vida quase de convento, por meio de leituras, orações e meditações. Muitos desses internatos são estabelecidos nos locais dos antigos leprosários, e também são mantidos pelas finanças públicas, nos quais se misturam a assistência da igreja aos pobres e os ritos do hospital (FOUCAULT, 1972, p. 61).

Heidrich (2020, p. 37) afirma que o objetivo do hospital era funcionar como uma terceira esfera de repressão ao lado da polícia e da justiça, uma vez que, o trabalho era moralmente obrigatório. O hospital servia como um dispositivo de controle do Estado em uma sociedade em que trabalhar era um hiperativo e abrigava todo tipo de pessoas: loucos, órfãos, prostitutas, miseráveis, indigentes. É importante lembrar que as famílias mais ricas possuíam espaços reservados para esconder os doentes em casa, em quartos próprios, inclusive contidos ou amarrados, se violentos (RESENDE, 1997, p. 31).

De acordo com Foucault (1972, p. 72), a loucura só terá espaço no hospital ao lado dos pobres. Aquela sensibilidade religiosa dá lugar à moral e o seu lugar é entre os pobres, miseráveis, desempregados e vagabundos. Como afirma Heidrich (2020, p. 36), a compreensão da loucura como uma questão moral foi importante para determinar a exclusão e o afastamento social do sujeito louco, que se inicia antes do surgimento da psiquiatria.

Os períodos de crise econômica provocaram alteração na função da internação, que passa a dar trabalho às pessoas que vivem ali, no entanto, a mão-de-obra barata dos internatos resultava em desemprego para pessoas em outras regiões, de modo que foram considerados um fracasso na missão de ocultar a miséria e o

desemprego (FOUCAULT, 1972, p. 80).

Percebe-se o lugar que a exploração do trabalho ocupa na determinação do lugar social dos indivíduos e, com a superação do sistema feudal, desde o início do modo de produção capitalista já se vivenciam transformações intrínsecas à ordem do capital. A desigualdade social que se expressava no pauperismo da classe subalterna começa a ser entendida como questão de desvio moral, cuja intervenção deve alcançar a “cura” e a recuperação desses sujeitos, alijando-os do convívio social. O que se revela paradoxal ao modo de produção capitalista, a partir da compreensão de que nessa sociabilidade não há possibilidades reais de superação da pobreza e do desemprego.

Desde o começo, os loucos tinham seu lugar junto aos pobres e ociosos e eram submetidos a trabalhos obrigatórios, mas distinguiam-se dos demais pela sua incapacidade para o trabalho, então tinha-se a necessidade de conferir aos loucos um regime de internação especial. Isso acontece no século XVIII. Pela primeira vez, a loucura foi entendida do ponto de vista ético da ociosidade que rejeitava a inutilidade social (FOUCAULT, 1972, p. 83).

De acordo com Amarante (2007, p. 25), foi após a Revolução Francesa, no século XVIII, que os médicos foram atuar nessas instituições e as transformaram em instituições médicas. A partir do lema “Igualdade, Liberdade e Fraternidade” os hospitais passaram por profundas mudanças e foram perdendo sua função de controle social à medida que assumiam o objetivo de tratar enfermos. Heidrich (2020, p. 38) afirma que as mudanças no modo de produção econômica e as mudanças políticas revolucionaram a Europa e produziram transformações no modo de pensar e tratar a loucura, pois agora coloca-se na ciência a capacidade de explicar, compreender e agir sobre a realidade.

Passa a existir a concepção de que a manutenção dos hospitais custa caro e seria melhor transferir auxílio para as famílias dos doentes. Entende-se que da mesma forma que o internato acaba sendo criador da pobreza, o hospital, criador de doenças. “O lugar natural da cura não é o hospital, é a família” (FOUCAULT, 1972, p. 426). No entanto, quando os internatos deixam de existir, os loucos ficam sem inserção no espaço social e são criadas outras instituições reservadas para eles. Se por um lado se confiava às famílias o tratamento dos doentes, por

outro não se podia deixar que os loucos se misturassem à sociedade, era necessário um espaço de confinamento que protegesse a sociedade dos perigos da loucura, assim, Tuke e Pinel vão definir o arquétipo do asilo moderno. Agora que a pobreza é entendida como um problema econômico, e a libertinagem e a doença recaíram no espaço da vida privada, a loucura precisa encontrar um lugar (FOUCAULT, 1972, p. 467).

A intervenção médica nos hospitais permitiu aos médicos observar e agrupar doenças, ao passo que construíam um saber sobre elas. Esse processo de medicalização do hospital foi através da disciplina, por meio do controle sobre os indivíduos e de tudo que acontecia na instituição, e o médico tornou-se o detentor do poder hospitalar. Assim, Philippe Pinel iniciou o processo de medicalização do Hospital Geral na Europa e nesse processo propôs a liberação dos loucos para um modelo asilar de completo isolamento. "[...] O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do 'tratamento moral', o princípio do 'isolamento do mundo exterior', é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada na prática psiquiátrica contemporânea [...]" (AMARANTE, 2007, p. 29).

O isolamento seria fundamental para um tratamento adequado. Desse modo, afastava-se o alienado das interferências que pudessem prejudicar a realização do diagnóstico e possibilitava-se o tratamento por meio da ordem e da disciplina, para que a mente pudesse encontrar seus verdadeiros objetivos e emoções, fazendo do hospital uma instituição terapêutica que, por meio do tratamento moral, pretendia reeducar a mente. Destaca-se que um importante recurso terapêutico adotado nessas instituições era o trabalho (AMARANTE, 2007, p. 31-33).

As observações sistemáticas realizadas pelos médicos tinham o objetivo de reconstruir os hospitais, inserindo a disciplina na instituição por meio da catalogação dos doentes, número de leitos, taxas de mortalidade e cura, etc. Dessa forma, o hospital se disciplinou para atender objetivos econômicos, sanitários e sociais (HEIDRICH, 2020, p. 39). Essa concepção pineliana ganhou o mundo e influenciou a criação de hospitais para alienados em inúmeros países.

No Brasil, a loucura permaneceu silenciosa por muito tempo; sua manifestação foi diluída no grande território brasileiro e não se julgava necessário intervir. Aqui, a criação dos manicômios no século

XIX foi semelhante ao que aconteceu na Europa; considerando-se as particularidades sociais e econômicas do Brasil colônia, estes também se desenvolvem a partir da privação de liberdade dos indivíduos e grupos que não conseguem se adaptar à ordem social vigente. Logo no início da industrialização e urbanização no país, a loucura tornou-se um problema, exigindo intervenção das autoridades (RESENDE, 1997, p. 29-31).

Nas Santas Casas de Misericórdia os loucos eram amontoados em porões, separados dos demais, sem assistência médica, sujeitos a maus tratos, espancamento e morte. Não sendo essas casas suficientes para comportar todas as pessoas, os loucos também eram levados para os presídios junto com criminosos, bêbados, desordeiros, nos quais os maus tratos eram igualmente distribuídos (RESENDE, 1997, p. 35).

Desordem franca e ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico, estão aí as mesmas circunstâncias sociais que, alguns séculos antes, determinaram na Europa, o que Foucault qualificou de “o grande enclausuramento”; as diferenças residem apenas nas causas estruturais, aqui e lá; e que não foram poucas. A solução parece simples: remoção dos elementos perturbadores, num primeiro estágio, e sua reeducação para o trabalho num segundo tempo (RESENDE, 1997, p. 35).

Pedro II, o primeiro hospício no Brasil, construído no Rio de Janeiro, foi criado em 1841, na monarquia de D. Pedro II, que por sua vez, assim como outras instituições, foi palco de tratamentos desumanos, tortura, aprisionamento de pessoas que sequer possuíam transtornos mentais, abandono, condições desumanas de alimentação e higiene. Na época já existiam denúncias de maus tratos, superlotação, falta de assistência médica. De acordo com Amarante (2007, p. 38), os primeiros hospícios construídos no Brasil ficaram rapidamente lotados. Com dificuldade para definir os limites entre loucura e sanidade, estes passaram a perder a credibilidade, ao passo que serviam como mecanismo de segregação e cresciam as denúncias de violências contra os internos.

Resende (1997, p. 38) lembra que esses hospitais atendiam ao objetivo de manter a paz e a ordem social, sem o trânsito de loucos pela rua. Tem-se dessa forma a retirada do sujeito perturbador, visando a segurança e o bem dos demais cidadãos, justificando assim

a necessidade de internação clínica para curá-los. A autora afirma que nos primeiros 40 anos da criação dos hospitais psiquiátricos, remover da sociedade e excluir foram os hiperativos legitimados, deixando de lado qualquer possibilidade de cura e tratamento. A população que ocupava esses lugares era composta por pobres que viviam marginalizados e julgados pela sociedade como vadios, arruaceiros e sem trabalho.

No Hospício D. Pedro II os internados eram vítimas de camisas de força, jejum obrigatório, agressões, maus tratos e morte. Nos primeiros 40 anos de criação dos hospícios não existia espaço para a cura, sequer a atuação do médico, e tampouco lugar para princípios humanitários. No entanto, a realidade social que propiciou a construção dos manicômios se alterava rapidamente e exigia novas providências (RESENDE, 1997, p. 39-41):

[...] Em contraste com o período anterior, no qual o binômio ordem-desordem era o equivalente social da equação saúde-doença mental e a contribuição para a restauração da ordem podia ser cumprida pela psiquiatria empírica, no emergente capitalismo comercial e industrial brasileiro somava-se àquele problema a ameaça à sobrevivência e à reprodução da força de trabalho e, em última análise, ao próprio processo de reprodução do capitalismo. [...] Urbanização acelerada, deteriorização das condições de vida da população trabalhadora, de higiene e saneamento das cidades, proliferação de cortiços e favelas, focos de desordem, aglomeração de maltrapilhos nas ruas à espera de trabalho, surtos epidêmicos [...] novos e graves problemas para os quais, na área da saúde mental, a psiquiatria das freiras, os asilos despovoados de médicos eram soluções de amadores (RESENDE, 1997, p. 42).

Os avanços na área da psiquiatria e a passagem da administração dos hospícios para o Estado, por meio dos esforços na área da saúde pública, não foram suficientes para superar a realidade dos manicômios. No início do século XX, estes ainda eram espaços para abrigar aqueles que eram tidos como indesejáveis, na tentativa de recuperá-los.

O manicômio Colônia, localizado em Barbacena-MG, o maior do país, foi criado em 1903, já no período republicano, sob o governo federal de Rodrigues Alves. Arbex (2013, p. 23) relata em seu detalhado estudo sobre a realidade do hospício, a falta de critério médico para as internações, a padronização de diagnósticos e a estimativa de que

70% dos atendidos não sofriam de doença mental.

Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (ARBEX, 2013, p. 23).

Ainda sobre a análise de Arbex (2013, p. 24) em Barbacena, em 1930 haviam cinco mil pessoas em um espaço projetado para 200; as camas foram substituídas por capim, como alternativa. A realidade também foi de tortura, subnutrição, punição (inclusive por meio do eletrochoque, que nem sempre tinha finalidade terapêutica) e cerca de 60 mil pessoas morreram no local. Muitas viveram nessas condições a maior parte da vida, com sua humanidade confiscada.

Resende (1997, p. 54-55) relata ainda a situação de outros manicômios ao final da década de 1950. Juqueri abrigava de 14 a 15 mil doentes; Barbacena, 3.200; Hospital São Pedro, mais de 3.000; Hospitais Colônias de Curitiba e Florianópolis com mais de 800 pacientes, todos superlotados. No Maranhão, Mato Grosso, Alagoas, todos registravam hospitais com número de pacientes muito acima da capacidade, pessoas negligenciadas pelos governos, expostas a uma realidade, de acordo com a autora, medieval.

Uma outra característica era a sujeição dos internos a regimes de trabalho não remunerado, em que estes eram submetidos a trabalhos internos ou externos com a justificativa de retribuírem os gastos do tratamento. Resende (1997, p. 17) afirma que o trabalho e o não trabalho passaram a estabelecer o limite entre o normal e não normal, por sua vez, a saúde mental incorpora os princípios da sociedade em que os manicômios estavam inseridos, responsabilizando-se por devolver à sociedade indivíduos tratados e aptos para o trabalho.

O trabalho aqui relaciona-se com uma lógica retributiva de devolver os custos da internação, e também punitiva, porque o não trabalho passa a ter como punição essa prerrogativa do isolamento social, uma vez que os desocupados são considerados socialmente transgressores da ordem.

Na Europa e no Brasil vemos a centralidade do trabalho na determinação do público-alvo dos manicômios: aqueles que não

atendiam aos interesses da sociedade capitalista que avança por meio da exploração da força de trabalho. O trabalho não só passa a ser determinante para os limites da normalidade, como também para afirmar como cidadãos aqueles inseridos em atividades laborais/profissionais.

Ademais, a perspectiva do trabalho terapêutico ganha espaço entre os alienistas brasileiros que começaram a organizar colônias agrícolas para os alienados, onde eles pudessem trabalhar. Considerava-se que o trabalho estimulava a vontade, energia e resistência cerebral, sendo o meio terapêutico mais valioso, pois seria capaz de fazer desaparecer o delírio (AMARANTE, 2007, p. 39). As colônias acabaram por reproduzir as mesmas práticas dos hospícios. A distância que ficavam da cidade condenava os internados a um caminho sem retorno e as demandas não pararam de crescer com a falta de diagnósticos e processos de seleção sem propósito terapêutico, de forma que permanece inalterada a lógica dos manicômios (RESENDE, 1997, p. 52).

O debate sobre a loucura traz muitas outras questões que são analisadas pelos/as autores/as, no entanto, interessa-nos neste momento a discussão em torno das instituições e do isolamento social como alternativa de tratamento. O que pôde-se observar até aqui, é que na ausência de uma solução para determinado problema, e principalmente diante da falta de conhecimento sobre as demandas que vão emergindo e se aprofundando na sociedade, desenvolve-se a necessidade por enclausurar e punir. O avanço da sociedade capitalista traz consigo essa necessidade, em nome da ordem, de retirar do convívio social aqueles considerados transgressores ou inaptos para o trabalho.

Observa-se também que há mudanças nas instituições e até mesmo nas práticas e nas concepções sobre a loucura, mas permanecem quase inalterados o tratamento moral e a necessidade do isolamento social. A compressão da loucura como uma questão de saúde mental não foi capaz de superar, até o século XX, as velhas ações de controle, moralização, punição, aprisionamento, nem mesmo diante dos ideais da Revolução Francesa. Vemos, portanto, que as alterações mais significativas desse modelo hospitalocêntrico e asilar acontecem a partir do século XX, após a segunda guerra mundial.

passasse a refletir sobre a natureza humana, tanto sobre a crueldade quanto sobre a solidariedade existente entre os homens e foram criando assim condições de possibilidades históricas para outro período das transformações psiquiátricas. Após a segunda guerra a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciava daquelas nos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de reformas psiquiátricas (AMARANTE, 2007, p. 40).

Vasconcelos (2002, p. 20) elenca ainda outros determinantes sociais e políticos para essas mudanças: estímulo à recuperação da força de trabalho considerada improdutiva em conjunturas históricas de maior demanda pelo trabalho humano; transição demográfica, como o crescimento da população idosa; inserção da mulher no mercado de trabalho; aumento do número de famílias monoparentais; ampliação de serviços para substituir o cuidado prestado pelas mulheres no ambiente doméstico; emergência de movimentos sociais ou conjunturas políticas de democratização, de afirmação dos direitos civis e políticos e avanço dos movimentos protagonizados por trabalhadores e usuários no campo da saúde mental; o desenvolvimento de sistemas de bem-estar social e ampliação dos direitos sociais por meio da obtenção de seguros e acesso a programas sociais para determinados grupos populacionais que incluíam os doentes mentais, e mudanças no campo da psiquiatria e das concepções e práticas em saúde mental, como veremos a seguir. É possível verificar, ainda, que até mesmo as políticas de desinvestimento em políticas sociais contribuíram para o processo de desospitalização, tendo em vista o custo elevado dos hospitais psiquiátricos.

A literatura registra diferentes experiências que buscavam a modificação dos hospitais psiquiátricos: a transformação, a partir do hospital, por meio de comunidade terapêutica e da Psiquiatria Institucional, pois reconhecia que o fracasso estava na gestão do hospital; a psicoterapia comunitária, que via a comunidade como o ponto central para desenvolver o tratamento, já que o modelo manicomial estava esgotado e deveria ser desmontado e substituídos por outros serviços terapêuticos; e a alteração dos saberes e práticas da própria psiquiatria que colocaria em xeque as suas instituições (AMARANTE, 2007, p. 41).

A comunidade terapêutica e a Psiquiatria Institucional tinham

o objetivo de qualificar a psiquiatria para transformar o hospital psiquiátrico em uma instituição efetivamente terapêutica. As experiências de comunidade terapêutica foram realizadas por meio de reformas contra a hierarquia, em um processo de horizontalidade nas relações, nas quais os pacientes são chamados a participar das decisões e da construção do próprio processo terapêutico – no entanto, essa proposta não tem a ver com as comunidades terapêuticas atuais.

A psiquiatria institucional, por sua vez, ressalta a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internados. Nessa vertente, o trabalho terapêutico é resgatado e os internos participam e assumem responsabilidades, por meio de oficinas, ateliês e feiras de produtos. Assim como nas comunidades terapêuticas, havia a compreensão de que todos possuíam uma função e deveriam fazer parte da mesma comunidade e, assim, lutar contra a violência e a verticalidade das relações (AMARANTE, 2007, p. 44).

Já a psiquiatria comunitária enxergava a necessidade de o trabalho ser realizado fora do manicômio. Após a alta hospitalar era necessário adotar medidas que evitassem a reinternação ou novas internações, dessa forma, previa o fechamento gradual dos manicômios. Assim, criaram-se centros que faziam esse acompanhamento extra hospitalar, cujas ações eram regionalizadas e possibilitavam o contato com a comunidade e com a família. Aqui começa-se a pensar o trabalho em equipe, de forma que o tratamento deixa de ser exclusividade do médico, incluindo outros profissionais que pudessem fazer esse acompanhamento, dentro e fora dos hospitais. Ganham protagonismo nesse processo, enfermeiros/as, psicólogos/as e assistentes sociais (AMARANTE, 2007, p. 46).

Amarante (2007, p. 51-53) não denomina de reforma psiquiátrica o movimento da antipsiquiatria, mas um processo de rompimento com paradigmas tradicionais. Alguns psiquiatras que implementaram as duas experiências anteriores começaram a pensar que a violência sofrida pelos loucos acontecia não só nas instituições, mas também na sociedade e na família, entendendo que a patologia não ocorre apenas no sujeito, e sim nas relações que ele desenvolve com a sociedade; sendo assim, o hospital psiquiátrico estava reproduzindo a mesma estrutura opressora da organização social que também se manifestava na família. Nessa concepção, o adoecimento era

provocado por essas influências externas e o tratamento seria permitir que a pessoa vivenciasse a experiência da loucura e superasse esse processo com o acompanhamento do profissional.

Essas experiências foram materializadas na Europa e visavam melhorar as intervenções nos hospitais psiquiátricos, envolvendo os internos em processos terapêuticos; sustentavam a crítica aos manicômios de que estes não recuperavam nem tratavam os internos. No entanto, foram vertentes que se limitaram às reformas no interior do hospital, exceto a antipsiquiatria, e não questionavam o próprio entendimento de doença mental nem o saber psiquiátrico, de forma que não alcançaram o elemento central da questão: a transformação da compreensão que se tem sobre a loucura e do lugar social desses sujeitos (HEIDRICH, 2020, p. 43, 44).

Diferentemente, a reforma psiquiátrica que emerge na Itália vai além da desospitalização. Além de denunciar as desumanidades dos hospícios, compreende que essa situação é reflexo da exclusão produzida pela opressão na sociedade capitalista, e constrói uma concepção sobre a loucura que alcança não só o nível técnico, mas também o nível político (HEIDRICH, 2020, p. 44). A psiquiatria democrática teve início nos anos de 1960, tendo como protagonista Fraco Basaglia, cujo objetivo foi ir além da superação do manicômio, mas também superar o “[...] conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana” (AMARANTE, 2007, p. 56).

[...] faz-se necessário destacar que a desinstitucionalização é compreendida como um processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos do processo, colocando a ênfase não mais na cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente HEIDRICH, 2020, p. 45).

Além de mobilizar todos os sujeitos envolvidos (trabalhadores, pacientes, comunidade e sujeitos políticos), o objetivo da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre os sujeitos, mesmo que estes não consigam alcançar a cura, podem receber os cuidados necessários. Para isso, prevê a criação de serviços substitutivos (HEIDRICH, 2020, p. 46). “[...] A desinstitucionalização italiana inovou por ir além da crítica; por buscar construir outras

soluções para o ‘problema’ do cuidado com a loucura, e por não excluir o louco e a sociedade dessa solução” (HEIDRICH, 2005, p. 67).

Com o fechamento dos hospitais, foram criados serviços para substituir o modelo manicomial. Os primeiros foram os Centros de Saúde Mental, todos regionalizados, os quais assumiam a integralidade do cuidado em saúde mental no território, reconstruindo a forma como a sociedade lidava com o transtorno mental na direção de superar a visão de que o louco era perigoso, insensato ou incapaz. A reforma também traz a perspectiva de possibilidades reais de inclusão social por meio de cooperativas de trabalho, acesso à moradia para ex-internos e outras formas de participação e produção social (AMARANTE, 2007, p. 57, 58).

Compreende-se então a reforma psiquiátrica como um movimento cujas transformações alcançam outras esferas da sociedade, além da instituição e da concepção sobre o adoecimento. Essa experiência italiana inspirou a reforma psiquiátrica no Brasil a partir dos anos 1970, cujas lutas e reivindicações conseguiram o fechamento dos hospícios e moldaram a construção da Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do SUS. O movimento também ganha força com a luta pela reforma sanitária que acontece no país nas últimas décadas do século XX e que traz o direcionamento de uma concepção ampliada de saúde e as críticas à sociedade capitalista. Esse debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil será aprofundado no capítulo seguinte.

Cabe ressaltar, ainda, que no período histórico da reforma psiquiátrica vivenciamos também o processo de inserção das demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no campo da saúde mental, que também passaram a ser atendidas nas instituições da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A seguir, buscaremos discutir o processo de inserção do consumo de álcool e outras drogas como uma questão de saúde pública.

1.2 O consumo de álcool e outras drogas como demanda de saúde mental

Realiza-se o debate das intervenções na área da saúde, buscando compreender sua inserção como objeto de intervenção da política de saúde e também problematizando alguns pontos que se colocam de

forma contraditória na relação entre a política de saúde e a guerra às drogas instaurada a partir da proibição.

Conforme analisam Prudêncio e Senna (2018, p. 81), até os anos 1990 as intervenções do Estado na questão das drogas eram apenas no campo da segurança pública, e as ações existentes adotavam o caráter de confinamento, sendo a abstinência o único objetivo a ser alcançado. Destaca-se também uma intervenção de cunho moralizante e repressivo, tendências que permaneceram no século XX. As drogas como questão de saúde pública passaram a ser reconhecidas no contexto de criação do SUS, quando se passou a discutir sobre a epidemia de HIV/AIDS e a preocupação com a transmissão por meio do compartilhamento de seringas.

Área predominantemente tratada como uma questão exclusiva de segurança pública, a atenção a usuários de álcool e outras drogas ganha novos contornos a partir de 2000, quando o enfrentamento ao uso prejudicial das substâncias psicoativas entra na agenda governamental brasileira, articulado a um conjunto de políticas e programas no campo da saúde mental. Certo é que tais avanços, longe de seguirem uma sequência linear e evolutiva, deparam-se consequentemente com resistências e desafios que afetaram seu conteúdo e limitaram seu alcance (PRUDÊNCIO; SENNA, 2018, p. 80).

A formulação da atenção em saúde a usuários de drogas se insere no processo da reforma psiquiátrica e sanitária no país. É a partir da criação do SUS que se efetivam os serviços de atenção à saúde mental que se destinam, também, a atender as demandas do consumo abusivo e da dependência às drogas. Medeiros *Et al* (2019, p. 8) afirma que esse vácuo deixado pela política de saúde mental no século XIX até o início do século XXI foi ocupado pelas comunidades terapêuticas, pelas instituições psiquiátricas e por grupos de ajuda como os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA). De acordo com Silva (2018, p. 36), esses modelos de intervenção reforçam a visão estigmatizada e moralizadora, na contramão da perspectiva de saúde pública. Entretanto, no âmbito do SUS também pode-se observar as tendências conservadoras adotadas pela proibição.

A saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se

a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência (BRASIL, 2005a, p. 40).

A guerra às drogas desvia a percepção da realidade ao promover a cultura da criminalidade e do uso de drogas como uma prática desviante e antissocial, de forma que os modelos de tratamento se organizam em torno da exclusão e da retirada do indivíduo do convívio social. Antes da reforma psiquiátrica não havia uma política de saúde mental de alcance nacional para atender essa demanda (BRASIL, 2005a, p. 41).

Somente em 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental propôs que o SUS incorporasse ações de cuidado e prevenção para usuários de substâncias psicoativas na perspectiva de redução de danos, considerando a complexidade das demandas para além do sistema de saúde (CNS, 2001, p. 9). Em 2002, por meio da Portaria nº 816 do Ministério da Saúde, cria-se o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas com objetivo de promover atenção integral a pacientes e familiares por meio de rede estratégica de serviços extra-hospitalares, bem como de aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de redução de danos. A portaria estabeleceu a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no país até o ano de 2004 (BRASIL, 2002).

Em 2003 temos a criação da política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas que reconhece a necessidade de estruturação de uma rede de atenção psicossocial especializada, articulada aos outros serviços da rede de saúde, com ênfase na reabilitação, redução de danos e “reinserção social” de seus usuários, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2003, p. 6).

Não se pretende entrar no debate sobre os efeitos que as drogas podem causar no organismo, mas sabe-se que esse é um assunto difundido na sociedade sob os jargões “Drogas matam!” e “Diga não às drogas” e, apesar de muitas abordagens serem reducionistas, não

se pode negar que o consumo pode gerar danos à saúde; no entanto, há que se considerar os fatores de ordem física, psíquica e social, a substância, os componentes utilizados na fabricação e que estão relacionados àquela experiência de consumo. O que se pretende colocar é essa contradição entre os discursos que envolvem a proibição – e que por muito tempo limitaram as intervenções apenas ao campo da segurança pública, associada também a uma questão moral e de desvio de caráter que ainda é predominante – e o reconhecimento do consumo de drogas como uma demanda de saúde pública.

Karan (2015, p. 8) afirma que essa decisão de enfrentar um problema de saúde com o sistema penal agrava ainda mais o problema, ao passo que a proibição causa maiores riscos à saúde. A autora explica que não há qualquer regulamentação sobre a produção, o potencial tóxico, o preço ou o local de venda. Essas decisões ficam a cargo dos mercados ilegais que não seguem controles de qualidade, aumentando o risco de adulteração e potencializando os danos que essas substâncias podem causar na saúde. Karan (2015, p. 9) afirma também que:

A ilegalidade cria a necessidade de aproveitamento imediato de circunstâncias que permitam um consumo que não seja descoberto, o que acaba por se tornar um caldo de cultura para o consumo descuidado e não higiênico, cujas consequências aparecem de forma dramática na difusão de doenças transmissíveis como a Aids e a hepatite (KARAM, 2015, p. 09).

O álcool também pode provocar dependência, danos ao bem-estar físico e mental, além de outras consequências, mas não se vê exércitos de homens armados trocando tiros em frente uma fábrica da Ambev; isso porque esse contexto de guerra tem como causa principal a proibição e não a substância em si. Situar a questão das drogas no campo da saúde mental vai além de destinar serviços para atender essa demanda, trata-se de reconhecer que a intervenção deve ser no campo da saúde e, tendo como parâmetro a concepção ampliada de saúde, no campo da proteção social e dos direitos humanos.

Outro ponto importante é que a proibição dificulta o diálogo e a busca de conhecimento e informações, e essa frágil distinção entre drogas lícitas e ilícitas acaba provocando uma despreocupação em relação ao consumo daquelas que são lícitas (KARAM, 2015, p. 9). A proibição, dissemina o medo, interfere nas ações de prevenção,

tratamento e cuidado à saúde, tanto na dificuldade de avançar nas práticas de redução de danos e no investimento insuficiente para ampliar os serviços de saúde mental no SUS, como também ao inibir a procura por esses serviços, ou até mesmo na imposição de tratamentos compulsórios, como o caso das internações.

Quando falamos na institucionalização das drogas como demanda de saúde mental reconhecida pelo SUS, que acontece após a reforma psiquiátrica, cabe ressaltar que há um longo caminho a ser percorrido na direção de avanços que contemplem a demanda da população usuária. É preciso superar o pensamento conservador, reducionista e moralista que envolve essa questão.

1.3 Primeiras formulações de comunidades terapêuticas

Esse tópico realiza a discussão sobre a gênese das comunidades terapêuticas no Brasil, bem como sobre a construção desse modelo de atuação a partir do isolamento social e da intervenção religiosa. Busca-se refletir alguns aspectos que fundamentam a criação dessas instituições, que atualmente existem em todo o país e são destinadas ao tratamento de pessoas com demandas relacionadas com o uso prejudicial de drogas.

Como já sinalizado no primeiro tópico, quando falamos da reforma psiquiátrica, as comunidades terapêuticas surgem na Inglaterra como uma alternativa de alterações no manicômio, em busca da humanização do hospital psiquiátrico. A comunidade terapêutica tem origem anglo-saxã, tendo como principal expoente o psiquiatra Maxwell Jones, inicialmente para atender indivíduos tipificados como doentes mentais. Fundamenta-se na crítica ao poder médico, que contestava a autoridade de psiquiatras, e essas críticas foram ganhando espaço na comunidade, de forma que pacientes, médicos, enfermeiros e assistentes sociais passaram a participar com os mesmos direitos e capacidade de decisão que os médicos possuíam (SCHITTAR, 1985, p. 135-137).

Maxwell Jones passou a envolver os internos nos tratamentos, inserindo-os ativamente em todas as atividades. Ele entendia que a terapia deveria ser de responsabilidade de todos, incluindo técnicos, familiares e pacientes. Dessa forma, todos os assuntos da instituição eram discutidos com o objetivo de prevenir situações de descuido, abandono e violência (AMARANTE, 2007, p. 42).

Logo após o fim da Segunda Guerra Mundial, o comitê de saúde mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma:

[...] o hospital psiquiátrico deveria ser, em sua totalidade, uma comunidade terapêutica. Tal comunidade estabeleceria princípios como a conservação da individualidade do paciente, a convicção de que os pacientes são dignos de confiança e que têm a capacidade de assumir responsabilidades e iniciativas, o comprometimento regular de pacientes em determinados tipos de ocupação, etc (SCHITTAR, 1985, p. 138-9).

Conforme afirma Lima (2016, p. 151), é uma proposta de humanização do manicômio, mas não de superação. Não havia um modelo específico de comunidade terapêutica, mas a primazia pela liberdade, comunicação horizontalizada, tendência de descentralização no exercício da autoridade, análise de tudo que acontece na comunidade, reunião diária e aprendizagem social. Contudo, essas mudanças não alteraram a essência das práticas segregadoras dos manicômios; modelo que começou a ser alterado após a reforma psiquiátrica orientada pelas ideias de Franco Basaglia.

As experiências de comunidades terapêuticas na Inglaterra ou em outros países da Europa não estavam associadas aos cuidados de pessoas usuárias de drogas. Os autores indicam que essa mudança acontece nos Estados Unidos a partir de influência da organização dos Alcoólicos Anônimos (AA). De Leon (2014, p. 14) afirma que não há semelhanças claras entre esse modelo de CT e o modelo que surge nos Estados Unidos.

De acordo com Lima (2016, p.153) aquela afirmação da OMS sobre o caminho da reforma psiquiátrica indica que essa reestruturação não poderia ser apenas na Europa. Nos Estados Unidos, versões modificadas da psiquiatria passaram a ser adaptadas a usuários de substâncias psicoativas, principalmente nas alas psiquiátricas de hospitais geridos por veteranos (DE LEON, 2014, p. 15). Uma das primeiras comunidades terapêuticas foi um centro da Marinha, contrariando a proposta de horizontalidade, era uma instituição militar com regras rígidas, em um pavilhão totalmente fechado (SCHITTAR, 1985, p. 142).

Não há um levantamento histórico profundo sobre a evolução das comunidades terapêuticas, mas observa-se nesse processo relações entre conceitos, crenças e práticas nessas instituições sob influência da religião, filosofia, psiquiatria e das ciências sociais

(DE LEON, 2014, p. 16). Portanto, não há uma indicação precisa de quando surgem as primeiras comunidades terapêuticas, mas parece ter sido iniciativa de membros dos Alcoólicos Anônimos (AA), com finalidade de proteger os membros que possuíam dificuldade de ficar em abstinência. “[...] Da fundação do AA, em 1935, derivou iniciativas informais de hospedagem, espaço de convivência entre membros e também de internação [...]” (LIMA, 2016, p. 154).

No ano de 1948, deu-se a criação da primeira comunidade terapêutica mista na área de drogas: a do modelo Minnesota. Foi fundada no município de Center City, Minnesota, na clínica de Hazelden, onde se utilizou os princípios do Alcoólicos Anônimos, elaborando o manejo profissional dos 12 passos. A equipe profissional recrutava membros da AA ex-pacientes da unidade em reabilitação para compor a equipe. Ainda era um período em que essa organização estava construindo todo o arsenal de princípios, o que somente fora completado em meados de 1950, com a publicação dos Doze passos e as Doze Tradições (LIMA, 2016, p. 154).

O AA surge nos Estados Unidos sob influência de médicos e religiosos, com a clara influência de padres, pastores e seitas religiosas. Embora o AA não declare religião específica, percebe-se essa influência na construção dos 12 passos² (REIS, 2019, p. 133). Então esse modelo de comunidade terapêutica seria uma versão institucional do AA e o tratamento que poderia variar de 28 dias a vários meses tinha como ênfase a esperança em um ser superior (SILVA, 2018, p. 70).

Também há registro de um segundo modelo de comunidade terapêutica nos Estados Unidos, o qual foi uma iniciativa de Chuck Dederich, advindo dos alcoólicos anônimos, que criou em sua casa

2. Os 12 passos de AA: 1º passo: admitirmos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas; 2º passo: Viemos a acreditar que um poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade; 3º passo: decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que o concebíamos; 4º passo: Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos; 5º passo: Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata das nossas falhas; 6º passo: prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter; 7º passo: Humildemente rogamos a ele que nos livrasse das nossas imperfeições; 8º passo: Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados; 9º passo: Fizemos reparações diretas aos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem; 10º passo: Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente; 11º passo: Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar nossa vontade; 12º passo: Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (JUNAAB, 2014, p. 3-7 APUD REIS, 2019, p. 133).

um grupo para alcoólicos e para pessoas usuárias de heroína que buscavam reduzir o consumo de drogas e conseguir a abstinência. Após um tempo, esse grupo decidiu viver junto e fundou na Califórnia a comunidade terapêutica chamada Synanon (LIMA, 2016, p. 155).

Dederich entendia que o comportamento do dependente de droga só poderia ser ajustado através de mudanças no convívio social e da adoção de métodos terapêuticos. A proposta era de um novo lar para os dependentes e familiares e, diferente do modelo anterior, mesmo sendo inspirado nos 12 passos, não tinha a direção de confiar em um ser superior, mas buscava estimular a autoconfiança dos indivíduos (SILVA, 2018, p. 70).

A Synanon deu origem aos elementos essenciais das comunidades terapêuticas no tratamento à dependência química, uniu experiências do AA e outras influências da Psicologia e da Filosofia para desenvolver um programa com características clássicas de autoajuda. As diferenças em relação ao AA estavam no ambiente residencial, estrutura organizacional, perfil dos participantes, metas e ideologia. Os clientes, dependentes de narcóticos ou de outras drogas ilícitas, em sua maioria não tinham acesso aos sistemas médicos e de saúde mental convencionais “ou suas dependências eram temporariamente interrompidas em clínicas de desintoxicação, em hospícios, por meio do encarceramento em cadeias, ou então acabavam por morrer” (DE LEON, 2014, p. 21-22).

A meta estabelecida era a abstinência total como exigência para permanecer no programa, diferente do AA. Outra mudança em relação ao AA foi a orientação psicológica quanto a dependência química e a personalidade do dependente, em que a ênfase em um poder superior foi substituída pela ideologia secular acerca da autodeterminação e da responsabilidade individual; observa-se nesse modelo de CT o desestímulo às práticas religiosas. Nesse ambiente residencial o objetivo era manter os indivíduos afastados dos determinantes sociais que incentivavam o consumo de drogas e assim manter a sobriedade e desenvolver um outro estilo de vida (DE LEON, 2014, p. 22-24).

Esses modelos de intervenção, tanto das comunidades terapêuticas quanto dos alcoólicos anônimos, emergem no cenário de proibição e repressão às drogas, quando estas eram entendidas apenas como questão jurídica e moral, por isso, estão muito mais

próximos à concepção como desvio moral que da compreensão como questão de saúde. Não há indicativos na literatura estudada de que as comunidades terapêuticas tenham surgido como instituições de saúde. Por conseguinte, possuem como recurso terapêutico o ajustamento moral e a espiritualidade. “[...]. É importante situar a força política das pautas dos puritanos e dos higienistas para requisitar uma sociedade livre do álcool, condição para um estilo de vida temperante para toda a população, refratário aos excessos, e para o projeto expansionista do Estado (LIMA, 2016, p. 155).

Esses dois modelos de comunidade terapêutica, o inglês e o estadunidense, influenciaram a criação dessas instituições no Brasil. De acordo com Cavalcante (2019, p. 246), a institucionalização das CTs no Brasil combina também as características da formação social na relação entre as políticas públicas e os serviços promovidos por atores religiosos. Lima (2016, p. 160) ressalta que data de 1960 o surgimento da primeira comunidade terapêutica no Brasil para usuários de álcool e outras drogas, período em que a religião teve maior influência, fundada em Goiânia sob coordenação do Pastor Edmundo. Em 1978, a comunidade terapêutica Senhor Jesus, fundada em Campinas, também se originou do movimento religioso coordenado pelo Padre Aroldo Rham que compreendia o uso de drogas como uma consequência do afastamento da graça de Deus e não como demanda de saúde, deixando dessa forma a saúde como algo complementar à religião, mas em segundo plano. A autora afirma ainda que “se há referência de que uma pessoa com dependência do álcool poderia se beneficiar de uma experiência espiritual, subsumir tal fenômeno a um campo exclusivo de cuidados pode deixar demandas importantes sem cuidado” (LIMA, 2016, p. 161-162).

SILVA (2018, p. 74) aponta a comum exigência de abstinência total nas CTs, de forma que o descumprimento dessa norma acarreta o desligamento do residente, diferente do AA, em que o uso da substância não provoca ruptura com o convívio nesse espaço. De acordo com a autora, as CTs são espaços de autoajuda desconectadas da psicologia, psiquiatria e da medicina.

Essas instituições vão destinar o campo da religião como espaço para tratar o consumo de drogas. Além da compreensão jurídica e do saber médico, tem-se a inclusão da força cultural e política das religiões no campo das intervenções sobre drogas.

Conjecturamos que as CTs indicam a permanência de antigas formas de produção e de reprodução da saúde inscrita na cultura popular. De um lado nas relações sociais em curso no Brasil, os usuários e seus familiares encontram barreiras para acessar políticas sociais públicas subfinanciadas pelo Estado e, por vezes, com dificuldades para garantir o acesso e a resolutividade. De outro lado a fé popular numa providência divina e os rituais de cura promovidos por diversas religiões demonstram forte permanência e importância da religião na cultura popular do país, apesar da separação republicana entre igreja e Estado e seus esforços de laicização das instituições públicas e de secularização da vida social [...] (CAVALCANTE, 2019, p. 246).

A expansão das comunidades terapêuticas a partir de 1970 está vinculada à inexistência de política pública para atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas (SILVA, 2018, p. 75). Além disso, a centralidade do modelo hospitalocêntrico no país contribuiu para que a internação de usuários de drogas se tornasse o modelo de cuidado, como uma regra. Dessa forma, o isolamento social como modelo de tratamento para usuários de drogas ganha espaço no senso comum como uma forma de cuidado (LIMA, 2016, p. 163).

Na década de 1980, Lima (2016, p. 163) registra que um grupo de empresas estadunidenses lideradas pela Johnson & Johnson financiou a qualificação de brasileiros em recuperação para se apropriarem profissionalmente do modelo dos 12 passos do AA. Esses profissionais, que também eram ex-usuários de drogas, vincularam-se a grupos anônimos para tratar profissionais de grandes empresas que eram dependentes. As empresas passaram a reconhecer a vantagem de tratar no lugar de demitir e, como eram trabalhadores, necessários para a produtividade destas, a internação durava de 28 a 35 dias, com acompanhamento posterior ao tratamento.

A expansão das CTs no Brasil foi mais acentuada a partir dos anos 1990. Em sua grande maioria, eram instituições fechadas, de cunho religioso, que ofereciam tratamento de internação por vários meses. Essa expansão não é exclusiva do Brasil, mas acontece em muitos países pelo mundo todo (LIMA; GOMES, 2020, p. 74).

A partir da década de 1970, o país vivencia a luta pela Reforma Psiquiátrica. Como vimos, esse movimento reivindicou o fechamento dos manicômios e a superação do modelo hospitalocêntrico no tratamento em saúde mental. No entanto, ao passo que se avança

nessa direção, observa-se a expansão dos serviços ofertados pelas comunidades terapêuticas. Compreende-se a perpetuação de elementos comuns entre aquelas instituições destinadas ao tratamento dos transtornos e estas destinadas à atenção a usuários de drogas, tais como: regime fechado, tratamento moral – fortalecido pelo direcionamento religioso –, o trabalho como alternativa terapêutica e, ainda, a ausência de profissionais da saúde à medida que surgem tendo como trabalhadores os próprios internos em processo de recuperação, prática que perpetua até os dias atuais.

Além dos 12 passos do AA, no Brasil, as CTs utilizam também os métodos da organização Amor Exigente. Trata-se de apoio e orientação a usuários de drogas e familiares no sentido de corrigir comportamentos inadequados, através da autoajuda e reorganização familiar para que as pessoas consigam mudar o rumo de suas vidas a partir de si mesmas, encontrando equilíbrio e buscando melhor qualidade de vida (FEAE, 2021). Também seguem o modelo dos Narcóticos Anônimos (NA), organização inspirada nos 12 passos do AA, inclusive com os mesmos objetivos e preceitos.

Nos anos 2000, o governo Fernando Henrique Cardoso lançou a Política Nacional Antidrogas, com o apoio de Comunidades Terapêuticas e de grupos da política criminal, durante o II Fórum Nacional Antidrogas. Nesse mesmo ano, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que reposiciona o tema das drogas como objeto dessa área, mas seguindo o direcionamento da reforma psiquiátrica (LIMA, 2016, p. 164).

Aqui no país, a primeira regulamentação sobre o funcionamento das comunidades terapêuticas ocorreu em 2001, quando estas foram reconhecidas pelo Ministério da Saúde como instituições de atenção a usuários de drogas, com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada nº 101, que estabelece exigências mínimas para o funcionamento das CTs, já sob orientação do modelo de atenção psicossocial que surge após a reforma psiquiátrica.

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido

de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de “reinserção social”. (RESOLUÇÃO RDC/ANVISA Nº 101, 2001).

Nessa mesma década, a política de saúde mental definiu a estratégia de redução de danos e o avanço desta política resultou na criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, o que distanciou as CTs do modelo adotado por esses serviços, tendo em vista o modelo clínico e o não condicionamento à abstinência total.

Cavalcante (2019, p. 247) afirma que o fortalecimento das CTs combina forças culturais e forças políticas e econômicas, com ampliação da bancada religiosa no parlamento mediante o crescimento do mercado do crack. Silva (2018, p. 76) registra que essas entidades apresentam um crescimento significativo a partir de 2010, tendo como justificativa a “epidemia” do crack. Com isso, o governo federal passa a investir na ampliação das vagas em CTs, tendo como marco o Plano Nacional de Enfrentamento ao crack, em 2010, e o Programa “Crack é possível vencer”, em 2011.

A exigência de uma equipe multiprofissional por parte da legislação fez com que muitas CTs passassem a contar com equipes de profissionais das áreas de Medicina, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Pedagogia, Educação Física, entre outros. Existem instituições com boa organização de serviços, mas em muitas predominam aspectos negativos como, por exemplo, o fundamentalismo religioso, a exploração do trabalho e a existência de grupos focados no lucro. Além disso, existem poucas evidências científicas sobre a eficácia desses dispositivos (DAMAS, 2013, p. 54-55).

A discussão sobre o modelo manicomial colocou em evidência esse apelo ao isolamento social como alternativa de tratamento, evidenciando a questão moral e a busca por afastar do convívio social aqueles indivíduos transgressores à ordem posta. Soma-se a isso outra questão que até então não tinha conquistado tamanha ênfase, que é a concepção religiosa e que está historicamente presente nas intervenções no campo das intervenções junto às demandas de saúde mental, como tem sido sinalizado desde o início deste capítulo, cujo debate será retomado mais adiante.

CAPÍTULO 2

PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: PROJETOS EM DISPUTA

O capítulo ora apresentado traz a explanação das drogas como expressão da “questão social”, na direção de aprofundar a compreensão sobre drogas no campo das relações sociais capitalistas de produção, cuja intervenção estatal, tanto nas ações de repressão quanto de prevenção e tratamento, vai imprimir o direcionamento do capitalismo neoliberal e neoconservador e, assim, pautar a intervenção sobre drogas no campo das políticas de proteção social e de segurança pública, a partir dos ideais desse modelo de sociedade sem a capacidade de superação das mazelas da “questão social”.

Entende-se que o crescimento do mercado ilegal das drogas e do uso prejudicial dessas substâncias acompanha o desenvolvimento da sociedade capitalista, as revoluções industriais, as grandes guerras, o processo de urbanização, o acirramento da desigualdade social e as precárias condições de trabalho da classe subalterna. Portanto, toda essa problemática das drogas ilícitas é histórica e socialmente construída e o seu debate é indissociável da análise da “questão social”.

Nessa perspectiva de análise, o capítulo tece considerações sobre proteção social, aprofunda a discussão da reforma psiquiátrica no Brasil e evidencia o processo de construção da política de saúde mental no país, cuja tendência, a partir da contrarreforma do Estado e do avanço dos ideais neoliberais, é de subfinanciamento e perda de direitos já conquistados na política de saúde mental, mediante o avanço da privatização que, entre outras formas, se concretiza pela transferência de recursos e responsabilidades para instituições sem fins lucrativos do terceiro setor, para atender demandas que são de responsabilidade do Estado.

2.1 As drogas como expressão da “questão social” e a proteção social no Estado burguês

A compreensão das drogas como expressão da “questão social” tem norteado a construção dos diálogos aqui propostos desde o início, no entanto, é necessário trazer o aprofundamento da “questão social” e suas expressões, situadas na produção e reprodução da sociedade capitalista e nas relações antagônicas entre as classes sociais e, a partir disso, aprofundar a análise das drogas lícitas e ilícitas como uma de suas expressões, para assim tecer o debate da intervenção estatal no âmbito da proteção social.

Inserida no contexto da reprodução da sociedade capitalista, entende-se “questão social” como “[...] a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 77).

Conforme afirma Santos (2012, p. 18), a “questão social” é um conceito, ao passo que não existe na realidade e não pode ser entendida como categoria, o que está na realidade são as suas expressões, determinadas pela desigualdade social fundamental do modo de produção capitalista. Diferente dos outros modos de produção, no capitalismo a desigualdade social é socialmente produzida, já que o desenvolvimento das forças produtivas é capaz de reduzir significativamente a pobreza, mas no capitalismo a miséria é produzida nas mesmas condições de produção da riqueza (SANTOS, 2012, p. 28-29).

Paulo Netto (2001, p. 42) reitera que pela primeira vez a pobreza crescia ao mesmo tempo em que aumentava a capacidade social de produzir riqueza, enquanto “[...] nas formas de sociedade precedentes à sociedade burguesa a pobreza estava ligada a um quadro geral de escassez, agora ela estava conectada a um quadro geral tendente a reduzir com força a situação de escassez”. As relações de produção possuem um duplo caráter: nas mesmas relações em que se produz a riqueza, produz-se a miséria; essas relações somente produzem riqueza burguesa, a partir do aniquilamento contínuo da classe trabalhadora e do crescimento do proletariado (MARX, 2011, p. 1429).

De acordo com Iamamoto (2001, p. 11), a “questão social” é indissociável do processo de acumulação e dos efeitos sobre a classe trabalhadora; ela é tributária das configurações assumidas pelo

trabalho nessa sociedade. A partir da análise marxiana, compreende-se a “questão social” fundamentada pela lei geral da acumulação capitalista, dessa forma, sua gênese está intrínseca ao processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital (SANTOS, 2012, p. 26). “Sua análise é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho e encontra-se necessariamente situada em uma arena de disputas entre projetos societários distintos interesses [...] para a condução das políticas econômicas e sociais” (IAMAMOTO, 2001, p. 10).

[...] Nessa tradição intelectual, o regime capitalista de produção é tanto um processo de produção das condições materiais da vida humana, quanto um processo que se desenvolve sob relações sociais histórico-econômicas de produção específicas. Em sua dinâmica produz e reproduz seus expoentes: suas condições materiais de existência, as relações sociais contraditórias e formas sociais através das quais se expressam. Existe pois uma indissociável relação entre a *produção dos bens materiais e a forma econômico-social em que é realizada*, isto é, a *totalidade das relações entre os homens em uma sociedade historicamente particular*, regulada pelo desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social. Reter essa dupla e indissociável dimensão da análise – a *existência natural das condições de trabalho e a forma social pela qual se realiza* – é fundamental (IAMAMOTO, 2001, p. 12).

Desse modo, compreende-se que a “questão social” tem como determinante a exploração do trabalho, a qual se efetiva no marco dessas contradições já sinalizadas por Iamamoto. Assim sendo, a “questão social” não está relacionada com os traços da sociedade humana que a ordem burguesa herdou, e sim com a sociabilidade construída pelo capitalismo (PAULO NETTO, 2001, p. 46).

A gênese da “questão social” acontece no processo de acumulação e reprodução ampliada do capital, o qual, ao passo que incorpora inovações tecnológicas permanentes que provocam o aumento da produtividade e a diminuição do tempo de trabalho social necessário para a produção, produz ao mesmo tempo o aumento do capital constante e a diminuição do capital variável, na substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto, gerando um crescimento da força de trabalho excedente (SANTOS, 2012, p. 26).

O desenvolvimento tecnológico se torna determinante do desemprego, portanto, em face de sua utilização no

interior das leis de reprodução do capitalismo onde a produção de respostas às necessidades humanas está inteiramente subordinada ao processo de valorização do capital. Ou seja, quem permanece trabalhando é mais explorado na intensidade de horas trabalhadas e torna “indispensáveis” outros tantos trabalhadores. Em outra lógica – que não fosse a do processo e valorização – o progresso tecnológico poderia beneficiar a todos que permaneceriam trabalhando, porém num tempo que tenderia a encurtar, dado o aumento da produtividade por ele proporcionado (SANTOS, 2012, p. 27).

Como afirma Iamamoto (2001, p. 14-15), os avanços técnicos e científicos possibilitam uma maior produção em menos tempo de trabalho, reduzem o tempo de trabalho socialmente necessário e aumentam a exploração da mais-valia com a ampliação do tempo de trabalho excedente. Cresce uma superpopulação relativa, acirrando a concorrência entre os trabalhadores, a oferta e a procura por emprego, qualificada como exército industrial de reserva. Há também os segmentos de trabalhadores intermitentes, em ocupações irregulares, trabalhadores precarizados, sobrevivendo abaixo do nível médio da classe trabalhadora. Essa situação instiga o crescimento do pauperismo, composto pela população apta para o trabalho, porém desempregada, e também crianças, adolescentes, idosos e pessoas incapacitadas para o trabalho.

O crescimento da população trabalhadora maior que a necessidade de emprego ocasiona a acumulação da miséria relativa à acumulação do capital, aí está o cerne da produção e reprodução da “questão social” no capitalismo (IAMAMOTO, 2001, p. 15). Importante destacar também que o pauperismo não manifesta sozinho a “questão social”, “[...] outra característica que a particulariza como tal no âmbito da sociedade burguesa, relaciona-se diretamente aos seus desdobramentos sociopolíticos [...]” (SOARES, 2012, p. 30).

A “questão social” é o conjunto das expressões da desigualdade social que atingem a totalidade da vida dos indivíduos sociais, tanto a vida material quanto espiritual (intelectual, cultural, moral), por conseguinte, se expressa nas dimensões econômicas, políticas e culturais das classes sociais, que são mediatizadas pelas relações de gênero, formações regionais e determinações étnico-raciais. (IAMAMOTO, 2001, p. 16-17).

De acordo com Paulo Netto (2001, p. 45), a “questão social” é compulsoriamente produzida pelo desenvolvimento

da sociedade capitalista, de forma que os diferentes estágios do capitalismo produzem diferentes expressões da “questão social”. As transformações da sociedade a partir do século XIX aprofundam a desigualdade social e fazem emergir novas manifestações da “questão social”. O autor afirma que “a caracterização da “questão social”, em suas manifestações já conhecidas e em suas expressões novas, tem de considerar as particularidades histórico-culturais e nacionais” (p. 49).

Ao analisar as particularidades da “questão social” no Brasil, Santos (2012, p. 135-138) enfatiza que a formação social e econômica do país, a herança escravista, a construção do mercado de trabalho, a industrialização, o capitalismo retardatário (periférico), a constituição ideopolítica e cultural das classes sociais e o sistema política nacional vão refletir nas configurações do trabalho e nas características da proteção social brasileira. Ademais, “[...] Foram determinantes, nas relações entre capital e trabalho no Brasil, os processos de “modernização conservadora” e “revolução passiva [...]” (SANTOS, 2012, p. 137-138). Esses traços não só interferem na organização da classe trabalhadora, como também alimentam uma cultura autoritária no país.

Na contemporaneidade, lamamoto (2001, p. 17) chama atenção para o processo de criminalização e a tendência de naturalização da “questão social” com a destinação das políticas de combate à pobreza de caráter assistencial e focalizado, ou por meio da violência e da repressão como respostas do Estado. Nas palavras da autora “[...] as propostas imediatas para enfrentar a “questão social” no país atualizam a articulação assistência focalizada/repressão, com o reforço do braço coercitivo do Estado [...]”.

lamamoto (2001, p. 18) chama atenção para o risco de responsabilização dos indivíduos pelos “problemas sociais”, isentando da sociedade de classes a responsabilidade pela produção da desigualdade social. Outro risco é uma visão unívoca da “questão social”, desconsiderando expressões mais específicas como a violência e a violação dos direitos humanos.

No âmbito das intervenções na questão das drogas, as respostas do Estado estiveram por muito tempo somente no campo da repressão e do autoritarismo, com alterações mais significativas a partir dos anos 2000. O desenvolvimento do capitalismo, mediante a exploração da força de trabalho tem importante papel na definição do lugar social

dos sujeitos que de alguma forma se relacionam com as drogas, seja na esfera da produção, da comercialização ou do consumo. A intervenção estatal na esfera do consumo de drogas reatualiza a judicialização das demandas, preserva os traços excludentes do ponto de vista da questão racial e de classe, impõe a responsabilização/culpabilização dos sujeitos e das famílias. Perpetua-se a repressão e tardiamente essa intervenção se insere no campo da cidadania como direito à saúde.

Não se pode compreender a questão das drogas de forma isolada, apenas na dimensão do mercado e do consumo. É necessário considerar outras questões que vêm à tona e se aprofundam mediante a proibição e a guerra às drogas: o racismo, a violência, o trabalho ilegal e informal, a inserção de crianças e adolescentes nas atividades ilícitas, o aprisionamento em massa, o não acesso a bens e serviços nas políticas de proteção social. Essas expressões acentuam-se ainda mais no atual contexto de desemprego estrutural, seletividade e focalização das políticas sociais, expansão do Estado penal e mediante a crescente moralização da “questão social”.

A questão das drogas ainda perpassa pelo debate do neoconservadorismo que se perpetua na teia das relações sociais. De acordo com Barroco (2011, p. 209), o neoconservadorismo se legitima pela repressão ou pela criminalização da pobreza ou dos trabalhadores e pela militarização da vida cotidiana, em que se vivencia “[...] a institucionalização da militarização do cotidiano pelo Estado, no combate ao narcotráfico” (BARROCO, 2011, p. 2011).

O medo e a insegurança instaurados na sociedade alimentam o discurso da guerra às drogas, que é moral e religioso, em que as drogas aparecem como o mal a ser eliminado, alimenta-se uma guerra contra o inimigo interno (BARROCO, 2011, p. 211); o inimigo pode ser o traficante ou o usuário, ambos vistos como perigosos, maus, desajustados. O traficante precisa ser punido e o usuário precisa ser curado, embora haja modelo de tratamento que expresse também a punição como alternativa de tratamento.

Outra dimensão indissociável desse debate da “questão social” é a luta de classes, uma vez que as relações antagônicas entre capitalistas e trabalhadores acirram esse processo de produção social da riqueza enquanto sua apropriação é privada (SANTOS, 2012, p. 30). lamamoto (2001, p. 17) afirma que é histórica essa relação da “questão social” com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário

político por meio das lutas por direitos exigindo seu reconhecimento enquanto classe, principalmente por parte do Estado. Foram as lutas da classe trabalhadora que resultaram no deslocamento da “questão social” para a esfera pública a partir da reivindicação da interferência do Estado na legalização de direitos e deveres nas relações entre capital e trabalho. Desse reconhecimento emergem os serviços e as políticas sociais.

A luta da classe trabalhadora conquistou poucos espaços a partir da redemocratização do país, no que diz respeito aos direitos sociais assegurados na Constituição Federal de 1988, o que redefiniu o padrão de proteção social no país. Esse avanço ocorre associado à crise do fordismo brasileiro, de modo que a promulgação dos direitos sociais encontra um país com irrisório crescimento econômico, gerido conforme as diretrizes neoliberais (SANTOS, 2012, p. 189).

Nesses marcos de avanço do neoliberalismo, de recrudescimento da desigualdade social em que se vivencia o ataque direto às políticas sociais, tem-se o crescimento do processo de mercantilização dos direitos, de transferência de recursos e responsabilidades para o setor privado e também para a esfera da sociedade civil – tanto por meio da concepção de ajuda e solidariedade, quanto por meio do incentivo às instituições sem fins lucrativos – tendências que deslocam o conceito da “questão social” e o enfrentamento da desigualdade social para a esfera da ajuda e da filantropia.

[...] no âmbito do pensamento conservador – a “questão social”, numa operação simultânea à sua naturalização, é convertida em objeto de ação moralizadora. E, em ambos os casos, o enfrentamento de suas manifestações deve ser em função de um programa de reformas que preserve, antes de tudo e mais, a propriedade privada dos meios de produção. Mais precisamente, o cuidado com as manifestações da “questão social” é expressamente desvinculado de qualquer medida tendente a problematizar a ordem econômico social estabelecida; trata-se de combater as manifestações da “questão social” sem tocar nos fundamentos da sociedade burguesa. Tem-se aqui, obviamente, um reformismo para conservar (PAULO NETTO, 2001, p. 44).

Assim sendo, o Estado passa a intervir nas relações entre trabalhadores e capitalistas através de legislação social, organização e prestação de serviços sociais como formas de enfrentamento da “questão social”. No entanto, as transformações causadas pelo

desenvolvimento das forças produtivas modificam o posicionamento da classe dominante. As alterações mais significativas se dão na priorização de seus interesses específicos e nas conjunturas de crise econômica as respostas à “questão social” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 77, 78).

Apartir dessa compreensão sobre a “questão social” é importante também o debate da proteção social, tanto para situar a intervenção estatal frente a questão das drogas no âmbito das políticas de proteção social, quanto para compreender as características da atual política sobre drogas situada no contexto do Estado burguês, que atende aos interesses neoliberais, marcado pela descaracterização da política social, sucateamento dos serviços públicos, privatizações, terceirizações, redução de direitos, aumento da militarização do Estado, diminuição do Estado Social, ampliação do Estado a serviço do capital.

As políticas sociais são resultantes das relações antagônicas entre as classes sociais, do papel do Estado e do grau de desenvolvimento das forças produtivas, em um sistema de direitos e deveres, financiado pelo fundo público que altera o padrão de desigualdade entre as classes. O desenvolvimento das políticas sociais passou a instituir um sistema de proteção social com o objetivo de garantir as condições gerais de reprodução da força de trabalho por meio da socialização dos custos da produção (BOSCHETTI, 2016, p. 25).

A proteção social, por sua vez, deve ser entendida em uma concepção mais ampla para além da política social. De acordo com Di Giovanni (1998, p. 9, 10) os sistemas de proteção social têm sido construídos nas sociedades humanas como um processo recorrente e universal, sendo exercidos por instituições não especializadas, como a família, ou por sistemas específicos inseridos na divisão social do trabalho. O autor denomina de sistemas de proteção social as formas que as sociedades organizam para proteger seus membros, seja pelas vicissitudes da vida social ou natural (velhice, doença, infortúnio e privações, por exemplo).

O campo de ação da proteção social não é exclusivamente a provisão das condições de reprodução social da força de trabalho humana, portanto, é distinta das demais políticas sociais, pois produz respostas às necessidades de dependência, fragilidade e demandas universais próprias da razão humana. As respostas a essas demandas,

que acontecem no âmbito público ou privado, imprimem os valores da sociedade para com os cidadãos (SPOSATI, 2013, p. 653).

Nem sempre esses sistemas foram administrados pelo Estado. Antes, ao contrário, durante um longo período do capitalismo, na sua fase liberal ou concorrencial, no século XIX, predominou o formato da proteção expressa em solidariedade primária, direta, de pessoa a pessoa, no qual as famílias, historicamente, são constituídas pelos principais agentes desse tipo de proteção social. Nesse formato, também agiam a comunidade, a filantropia, a assistência religiosa e outras manifestações da sociedade civil, cabendo ao Estado uma intervenção esporádica e emergencial sobre os casos extremos de pobreza, ações coercitivas contra a vadiagem e a vagabundagem (TEIXEIRA, 2013, p. 267).

Conforme afirma Di Giovanni (1998, p. 11), os sistemas de proteção social que ganharam maior importância foram aqueles desenvolvidos na sociedade capitalista da Europa e que deram base ao sistema de seguridade social cujo traço mais marcante é a implementação e gestão estatal por meio da alocação de recursos sociais. Teixeira (2013, p. 267) afirma ainda que os sistemas de proteção social surgem como respostas à “questão social” e são resultados de lutas sociais, as quais trazem à tona reivindicações para demandas sociais, inserindo-as no campo das políticas públicas.

Para Sposati (2013, p. 658), a proteção social transita entre o público e o privado no atendimento das demandas dos trabalhadores inseridos ou não no mercado de trabalho. Nessa relação entre o público e o privado, em que se inserem as organizações sociais e entidades não lucrativas, a autora destaca a dificuldade de caracterização das responsabilidades na prestação da atenção, já que raramente essas instituições se apresentam como produtoras da atenção no campo do direito social. Di Giovanni (1998, p. 12) reitera que a criação do sistema de proteção social estatal como função do poder público não exclui outras formas de proteção privadas.

No Brasil, a proteção social assumida pelo Estado se concretiza no sistema de seguridade social por meio de políticas contributivas (previdência social) e não contributivas (saúde e assistência social). A seguridade social no Brasil se configura nessas três políticas sociais, constitucionalmente subordinadas e disseminadas em todo território nacional (SPOSATI, 2013, p. 655).

É necessário observar, conforme compreende Boschetti (2016,

p. 47), que o Estado social amplia suas funções na sociedade, mas não faz isso somente a interesse da população e da pressão por respostas diante das expressões da “questão social”. Para a autora, “[...] O reconhecimento histórico dos direitos sociais pelo Estado social é resultado de um longo e secular conflito de classes, crivado por perspectivas revolucionárias e reformistas, mas também determinado pelas condições objetivas de desenvolvimento das forças produtivas”.

No capitalismo monopolista, o Estado atua como garantidor das condições de reprodução do capitalismo, desenvolvendo funções políticas e econômicas de forma contínua e sistemática. Direcionado a representar os interesses de uma determinada classe, o Estado é funcional à valorização do capital e atua como o “comitê executivo” da burguesia. O Estado burguês assume então a função de preservar a reprodução da força de trabalho, ocupada e excedente, por meio da generalização e institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais (PAULO NETTO, 1996, p. 21-23).

A intervenção estatal e o processo de democratização de direitos e garantias políticas é suportável e necessário ao capitalismo enquanto componente de legitimação do próprio Estado para que este possa continuar desempenhando suas funções econômicas. As demandas da classe trabalhadora podem ser atendidas pelo Estado, mas respostas positivas a essas demandas são oferecidas na medida em que elas podem ser úteis à reprodução ampliada do Capital (PAULO NETTO, 1996, p. 24-25).

Contudo, esse Estado social, que é estruturalmente determinante do capitalismo, é permeado por relações contraditórias. Por um lado, se mostrou historicamente imprescindível na criação de condições objetivas de reprodução e integração da força de trabalho e reprodução ampliada do capital, ou seja, como um elemento indispensável na manutenção das relações de produção capitalista. Por outro, a ampliação de direitos trabalhistas e sociais, decorrente da luta da classe trabalhadora assegurou a esta o acesso a bens e serviços antes inexistentes, como aposentadorias, seguro saúde, seguro desemprego, educação, moradia, transporte [...] (BOSCHETTI, 2016, p. 49).

De acordo com Paulo Netto (1996, p. 25), são nessas condições que a “questão social” pode se tornar objeto de uma intervenção contínua e sistemática por parte do Estado. Somente por meio da materialização das possibilidades econômicas, sociais e políticas do

capital é que a “questão social” se torna alvo das políticas sociais. É por meio da política social que o Estado consegue administrar a desigualdade social. Boschetti (2016, p. 28) reitera que os direitos sociais reconhecidos e a universalização dos sistemas de proteção social por meio de bens e serviços à população possibilitam a melhoria das condições de vida, alguma redução das desigualdades e certa distribuição do fundo público, mas não desmercantiliza as relações sociais fundadas na apropriação privada da riqueza socialmente produzida.

As configurações do capitalismo vêm alterando-se nos últimos anos devido ao contexto de crise estrutural, que se acirra a partir de 2008, impulsionado pela crise imobiliária nos Estados Unidos, e irradiando um novo ciclo de recessão em escala global, contexto em que o capital financeiro assume um papel central nas relações econômicas e sociais. O poder das finanças encontrou na dívida pública o apoio fulcral e “[...] pressionou o Estado em favor da liberalização dos mercados e das políticas para atrair créditos, a supervalorização do mercado de ações, além de forçar as privatizações, alimentando, com isso, o mercado financeiro” (SILVA, 2019, p. 9).

De acordo com Salvador (2008, p. 96), quando a crise se instaura o mercado aciona o Estado para a socialização do fundo público, que é utilizado para socorrer o mercado financeiro. Behring (2015, p. 80) reitera que o orçamento público tem sido amplamente utilizado para aumentar a produtividade do setor privado, o que configura uma verdadeira simbiose entre as esferas privada e estatal e com isso a penetração da iniciativa privada na educação, saúde, habitação, por exemplo, por meio de contratos firmados com o Estado.

Esse cenário provoca alterações na relação capital-trabalho, conforme afirma Silva (2019):

A intervenção da burguesia imperial e multinacional subordina o Estado para alcançar suas metas em relação ao domínio político e à acumulação. Neste processo, impõe marcas predatórias em todos os continentes. Entre estas, encontram-se, o aprofundamento das desigualdades sociais e os altos níveis de pobreza em descompasso com o aumento e a concentração da riqueza; o desemprego generalizado e a ampliação das condições precárias de trabalho; a regressão dos direitos sociais e a apropriação do fundo público pelas frações do capital; a criminalização dos movimentos sociais resistentes às opressões e à exploração da classe trabalhadora; a perda de espaços democráticos; a expansão do neoconservadorismo e

da ultradireita; e a destruição do meio ambiente (SILVA, 2019, p. 9).

Nesse cenário, “[...] há uma pressão pela diminuição de certas despesas públicas por parte do capital, contraditoriamente articulada ao aumento das demandas postas ao Estado” por parte do trabalho e do não trabalho ou do trabalho informal (BEHRING, 2015, p. 185). As estratégias do neoliberalismo para alargamento de suas bases de acumulação incluem a financeirização das lutas e dos direitos dos trabalhadores.

A financeirização pressiona as políticas sociais, colocando os direitos como nichos de mercado, de forma que o neoliberalismo forja a transferência da proteção social do Estado para o mercado, tendo a saúde e a previdência como os setores dominantes nos investimentos institucionais. Dessa forma, os benefícios da seguridade social são transformados em produtos financeiros (SALVADOR, 2008, p. 98).

No Brasil, um marco para os direitos sociais foi a promulgação da Constituição Federal em 1988, que em seu texto trata dos direitos sociais, políticos, civis e que, entre outras determinações, estruturou o sistema de seguridade social, no tripé previdência, assistência social e saúde, sob responsabilidade do Estado. No entanto, a partir da década seguinte vivencia-se um processo continuado de desmonte desses direitos, mesmo sem antes ter alcançado sua total materialização.

Com a promulgação da carta constitucional, os/as trabalhadores/as brasileiros/as adquiriram novos direitos, tiveram a ampliação do acesso aos serviços públicos e passaram a usufruir da ampliação dos benefícios no campo da proteção social, por exemplo na área de saúde e assistência social. No entanto, esse avanço no campo dos direitos esbarra nos limites do Estado burguês, que a partir dos anos 1990 passa por um conjunto de mudanças a favor das prescrições neoliberais contrárias à seguridade social universal (MOTA, 2018, p. 3).

Sposati (2018, p. 2318) faz uma crítica à desarticulação dessas três políticas. Uma vez que operam por lógicas próprias, não ocorreu um diálogo que permitisse uma caracterização integrada das desproteções sociais dos brasileiros. O formato das três políticas é distinto: a previdência com gestão nacional centralizada no Distrito Federal; a saúde com gestão descentralizada e forte atuação dos municípios; e a assistência social, que se iniciou quase do zero, demandou institucionalização estatal para cumulativamente

nacionalizá-la e descentralizá-la. Os movimentos para estruturação das três políticas aconteceram de forma lateral, não havendo esforços para fortalecer a unidade da seguridade social.

Pela CF-88, a saúde, ao contrário das outras duas políticas, é um direito de todos, enquanto a previdência social opera como provedora de meios financeiros ao seguro. A assistência social, pelo texto constitucional, não foi expressamente vinculada a direitos do cidadão; essa condição lhe foi atribuída pelo seu pertencimento à Seguridade Social. Com competências pouco claras, quanto ao que lhe competia assegurar como dever, manteve forte vínculo com o ativismo pragmático, de cunhos pontual e emergencial, expresso por práticas aligeiradas próprias da política de atendimento. Tal modo de condução, por vez prevalente, entre entes federativos, distanciou-a do protagonismo de exercer a responsabilidade pela atenção social de uma dada demanda, em busca de padrões de resultados assentados na ética da dignidade humana e da cidadania [...] (SPOSATI, 2018, p. 2319).

A autora destaca que nos últimos 30 anos a proteção social, desconectada da perspectiva universal e civilizatória, é subjugada ao código moral capitalista – decorrente da ação indireta do poder conservador da sociedade brasileira e das orientações neoliberais – reduzida à responsabilização individual. Observa-se ainda a influência da religião nas ações do Estado, que financia ações religiosas no campo da proteção social, transformando o direito em caridade financiada com dinheiro público (SPOSATI, 2018, p. 2316, 2317).

Com o avanço da contrarreforma do Estado, a partir dos anos 1990 são definidas, por fatores estruturais e conjunturais internos e externos, as mudanças no papel do Estado com consequências para a política social por meio de corte de gastos, flexibilização de direitos e a explícita privatização dos serviços, provocando uma antinomia entre política econômica e política social, corroborando com afirmações sobre a ordem social prevista na Constituição ser paternalista e ampliar o déficit público (BEHRING, 2008, p. 162). [...] O conceito de seguridade social inscrito na constituição foi varrido, já que as funções sociais do Estado, como a saúde, a previdência e a educação devem ser competitivas com o setor privado, pela reforma do Estado proposta [...]” (BEHRING, 2008, p. 121).

A seguridade social se tornou desprovida do seu valor de direito e transformada pelas forças conservadoras em bem de consumo, como uma mercadoria; além disso, a proteção social passou a ser utilizada

como forma de financiamento privado por meio da utilização dos fundos da seguridade social. Ademais, o avanço do conservadorismo pautado no Estado mínimo e no individualismo tem descaracterizado a proteção social como direito (SPOSATI, 2018, p. 2317).

O tripé da seguridade social perdeu sua direção e a proteção social, enquanto propósito da seguridade social, definha. A proteção social, como moeda, possui um alto valor “[...] transgressor da ética e da dignidade humana, porém com efetivos resultados para a comercialização de apoios neoliberais fundados em desigualdades socioeconômicas (SPOSATI, 2018, p. 2324).

A proteção social é fortemente tensionada pelas estratégias de extração de superlucros, com a flexibilização do trabalho, pela supercapitalização, por meio da privatização e pelo desprezo do capital com o pacto social, em que a tendência é de redução de direitos, transformando as políticas sociais em pontuais e compensatórias, de forma que prevalece o ideário neoliberal na direção de privatização, focalização e descentralização por meio do repasse das responsabilidades do Estado para instituições privadas (BEHRING, 2008, p. 248).

Um aspecto importante da contrarreforma do Estado foi o programa de publicização que deu origem às agências executivas e às organizações sociais e também regulamentou o terceiro setor no campo da execução de políticas públicas. Estabeleceu-se parcerias com ONGs para execução das políticas que, ignorando o conceito constitucional da seguridade social, combinou serviço voluntário ao mundo da solidariedade e da realização do bem comum (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 154).

A proteção social tem se deslocado do campo público estatal à medida que se adota o seu uso como mercadoria, aplicando a ela um alto valor comercial. Transformada em mercadoria, a proteção social perde sua dimensão humana e civilizatória, cujo valor “[...] agregado e estratégico é direcionado a interesses que comprometem sua finalidade protetiva e ampliam as desigualdades sociais” (SPOSATI, 2018, p. 2316).

No âmbito da transferência de responsabilidade para o setor privado inclui-se a responsabilização da família na garantia da proteção social. A família que, mesmo antes da intervenção do Estado, tem assumido a responsabilidade pela proteção social de seus membros,

ressurge nesse cenário, “[...] esse surgimento está mais vinculado ao apelo moral sobre suas funções, do que sobre as responsabilidades objetivas de cumprirem expectativas sociais e de sua situação de vulnerabilidade social [...]” (TEIXEIRA, 2013, p. 278). A família é frequentemente acionada pelas políticas sociais para potencializar sua função protetiva, mas isso acontece por meio de uma visão conservadora de responsabilização das famílias (desprotegidas) por problemas e situações que estão além da sua capacidade de resposta (TEIXEIRA, 2013, p. 278).

É visível o aumento da intervenção estratégica da família frente a incipiente intervenção do Estado, a qual desempenha importantes funções de proteção. Os encargos familiares podem ser medidos pelos serviços dirigidos à família. Na política de assistência social, por exemplo, a família assume a centralidade e, contraditoriamente, ao passo que se oferece proteção, continua o reforço da responsabilização na gestão dos seus problemas (CAMPOS; TEIXEIRA, 2010, p. 26).

Nessa perspectiva, denominada de familismo, a família faz uso de seus recursos internos, hierarquias e relações de gênero para atender suas necessidades de sobrevivência, distribuindo entre os membros tarefas e serviços de cuidado e bem-estar, nos quais o trabalho feminino assume centralidade. Consta-se que o tempo gasto com o trabalho doméstico não remunerado, geralmente a cargo das mulheres, é entre 40,59% e 38,50%. “[...] Essas famílias, sejam as de organização nuclear ou extensa, são sobrecarregadas de funções na proteção social [...]” (CAMPOS; TEIXEIRA, 2010, p. 25).

Essas configurações assumidas pelo sistema de proteção social delimitam a ele um duplo caráter historicamente construído: a constituição da família como agente privilegiado de proteção social e a simbiose entre o público e o privado, mercantil ou não mercantil (TEIXEIRA, 2013, p. 279).

Mota (2018, p. 3) chama atenção para a construção de uma sociabilidade amparada na “[...] negação da intervenção do Estado e na afirmação da regulação do mercado, nas iniciativas individuais e no desenvolvimento da sociedade civil que, ao se assumirem como co-responsáveis pelas políticas sociais, institucionalizam o terceiro setor”. No campo da saúde, a autora observa a abertura ao capital privado na prestação de serviços considerados rentáveis, transformando os trabalhadores em consumidores de serviços privados complementares de saúde.

Arma-se a burguesia de instrumentos para esgarçar a histórica relação entre trabalho e proteção social, visto que a partir de então a tendência é ampliar as ações compensatórias ou de inserção, antes restritas àqueles impossibilitados de prover o seu sustento e, ao mesmo tempo, impor novas condicionalidades de acesso aos benefícios sociais e materiais nos casos de afastamento do trabalho por doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário, para não falar da perda do poder aquisitivo das aposentadorias e pensões por velhice, morte, invalidez e tempo de contribuição/idade. No caso da saúde, a despeito do estatuto universal, a realidade aponta para dois mecanismos: o do acesso a serviços privados como parte dos benefícios ocupacionais oferecidos pelos empregadores e o da expansão de planos de saúde populares, com oferta precária e restrita a serviços ambulatoriais de baixo custo operacional (MOTA, 2007, p. 132).

De acordo com Matos (2014, p. 27), as ações governamentais aliadas à ampliação do capital na área da saúde descaracterizaram o SUS e vem sendo naturalizado o discurso de que o SUS é impossível de se concretizar, o que naturaliza a saúde como um nicho de mercado que, embora seja uma necessidade humana, deve ser gerenciada como uma mercadoria.

O SUS é uma estratégia inconclusa que foi parcialmente implementada e que ao longo dos governos, desde os anos 1990 até o atual, vem passando por uma série de medidas que descaracterizam esse sistema de saúde de sua concepção original (MATOS, 2014, p. 27), de forma que avançam as medidas voltadas para a privatização e terceirização dos serviços de saúde no âmbito do SUS, destinação de recursos deste sistema para o setor privado e a transferência de serviços para organizações sociais sem fins lucrativos.

O aprofundamento da grave crise política, iniciada a partir de 2016, aprofunda as tendências de contrarreforma e colocam em risco a sustentabilidade da universalidade de políticas como o SUS, onde se insere a rede de atenção psicossocial. As medidas de austeridade fiscal aplicadas nas políticas sociais, são aceleradas especialmente com a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95) [...]. Tais medidas se intensificam e ganham novos contornos no governo de Jair Bolsonaro, já em 2019, ao instituir um projeto com bases neodireitistas (FARIAS, 2019, p. 13-14).

A saúde mental vivencia os impactos da contra reforma do Estado. Essa política minimamente humanizada no âmbito da saúde

pública forja-se para a retomada de práticas conservadoras. Na política antidrogas, a consolidação dessa ideologia hegemônica é marcada por retrocessos no que se havia avançado quanto aos direitos humanos.

No atual governo têm-se propostas de alterações contrárias ao conquistado por meio da reforma psiquiátrica. As mudanças na Rede de Atenção Psicossocial vêm apontando o fortalecimento dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas com a destinação de recursos para tais fins. Há também um discurso contrário aos serviços substitutivos de saúde mental, como se fossem ineficientes (BRAVO, PELAEZ, 2020, p. 201).

Tem-se que, diante desse cenário contrarreformista as possibilidades preventivas são limitadas, prevalecendo o trinômio: privatização, focalização e descentralização, esta última sendo o mero repasse de responsabilidades para instituições privadas, que no caso das drogas são bem marcadas pelas comunidades terapêuticas e organizações sociais, além, é claro, dos presídios como “remédio” (FARIAS, 2019, p. 59).

Com o ajuste fiscal e a redução do Estado em relação aos direitos sociais, a política de saúde mental tem vivenciado o processo de sucateamento e precarização, com a captação de fatias cada vez maiores do fundo público por parte do setor privado, e com a destinação de recursos para o terceiro setor; processo que também é marcado pelo avanço do conservadorismo e do autoritarismo que reafirmam os interesses da classe dominante.

Essa tendência de dismantelamento de direitos, caracterizada pela fusão do neoliberalismo econômico com o conservadorismo social e político, traz à tona a tendência de moralização e criminalização da “questão social” aliada com a lógica de desresponsabilização do Estado na atenção direta. Nesse contexto, também está imersa a política sobre drogas (FARIAS, 2019, p. 14), o que vem caracterizando, como veremos no terceiro capítulo, uma política de atenção ao uso de drogas marcada pela filantropia e pela repressão, contexto em que os avanços conquistados na saúde mental enfrentam grandes desafios e disputas.

Os moldes da política social no Estado Burguês, tal como vem sendo discutido, delineiam as intervenções do Estado diante da questão das drogas, seja no campo da saúde mental, seja no âmbito da segurança pública. Essas duas áreas são fortemente marcadas

por disputas e retrocessos que corroboram com o avanço dos ideais neoliberais, conforme veremos no capítulo seguinte.

2.2 Reforma Psiquiátrica e construção da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil

A seguir coloca-se para o debate as particularidades da reforma psiquiátrica brasileira, avançando na discussão da construção da política de saúde mental após a criação do SUS, em 1988, e principalmente após a aprovação da Lei 10.216/2001, que redireciona o modelo de atenção em saúde mental com a criação dos serviços substitutivos após o fechamento dos manicômios. Esse período, a partir dos anos 2000, registra os maiores avanços para essa política.

A partir de 1978 acontece no Brasil a reemergência dos principais movimentos sociais no país, após o longo período de repressão do regime militar. Destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que traz questionamentos acerca do modelo de assistência psiquiátrica vigente. Esse movimento surge a partir de articulações em congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica, mas ganha força com a visita de lideranças mundiais ao país, principalmente Franco Basaglia. Os principais objetivos foram: humanização dos hospitais psiquiátricos, a partir das denúncias em hospitais públicos e privados, melhorias de condições de trabalho e expansão dos serviços ambulatoriais de saúde mental (VASCONCELOS, 2002, p. 22, 23).

A crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela saúde mental, foi o estopim da reforma psiquiátrica. Sem realização de concurso público, condições precárias de trabalho, quadro de profissionais defasado, clima de ameaças e violências a pacientes e profissionais e frequentes denúncias de trabalho escravo, estupro, agressões e mortes não esclarecidas, a crise é deflagrada. As denúncias realizadas mobilizam os profissionais do Movimento de Renovação Médica e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que passam a ocupar espaços nos sindicatos e outras entidades da sociedade civil (AMARANTE, 2000, p. 52).

[...] O MTSM denuncia a falta de recursos das unidades, a consequente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu

atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhistas nacionais. As amarras de caráter trabalhista e humanitário dão grande repercussão ao movimento, que consegue manter-se por cerca de oito meses em destaque na imprensa (AMARANTE, 2000, p. 52).

Dessa forma, o MTSM surge como um espaço de luta não institucional, com propostas de transformação para a assistência em saúde mental que articulam trabalhadores de saúde, entidades de classe e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2000, p. 52).

Nesse mesmo período, a reforma sanitária, movimento organizado por intelectuais, técnicos, profissionais e usuários dos serviços de saúde, foi fundamental para as mudanças na política de saúde na década de 80 e também para o movimento da reforma psiquiátrica. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco ao trazer um novo conceito de saúde, entendida como direitos de todos e dever do Estado, que deveria ser concretizado a partir da criação de um Sistema Único de Saúde. Após isso, em 1987, criaram-se os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que consolidaram mudanças na direção da universalização, equidade no acesso e integralidade dos cuidados em saúde.

Mais tarde, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde, que foi normatizado em 1990 pela Lei 8.080/90 e estabeleceu normas para garantir o acesso à saúde por toda a população brasileira, como direito universal (HEIDRICH, 2007, p. 97). Essa conjuntura de criação do SUS foi o terreno de implementação da reforma psiquiátrica. De acordo com Amarante (2000):

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista, aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços [...] (AMARANTE, 2000, p. 52).

Nesse movimento, foram pontos-chaves reivindicações por direitos trabalhistas; formação de recursos humanos com cursos de capacitação, supervisão e definição de carga horária; crítica ao autoritarismo nas relações entre instituição, clientes e profissionais; crítica ao modelo médico-assistencial e à impossibilidade de utilização

de outros recursos da medicina moderna nos tratamentos; crítica à falta de medicação e de leitos, às grandes filas nos ambulatórios, à falta de conforto para os pacientes e às condições precárias de higiene (AMARANTE, 2000, p. 53).

Articulado ao movimento sanitário, o MTSM passa a se organizar nacionalmente e a participar de eventos com o intuito de discutir a assistência psiquiátrica no Brasil. O V Congresso Brasileiro de Psiquiatria foi praticamente ocupado pelo MTSM e o I Simpósio sobre Políticas, Grupos e Instituições, também em 1978, ambos no Rio de Janeiro, contou com a participação de Franco Basaglia, entre outros autores, os quais vincularam-se com as militâncias locais. Nesse mesmo ano, o MTSM se aproximou do CEBES, momento em que organizou comissões de saúde mental nos estados onde a entidade era mais presente. A ocorrência do I Congresso de Saúde Mental em São Paulo, em 1978, também fortalece essa iniciativa. Este foi ainda o ano em que o movimento se aproximou da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Estes são alguns dos esforços iniciais do MTSM, inclusive como estratégia de se articular com o campo mais amplo da saúde (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2069).

Em 1980 tem início o processo de cogestão entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência para administração dos hospitais públicos, o que possibilitou a abertura de espaços de participação política para lideranças do MTSM para implementarem mudanças nos hospitais psiquiátricos públicos com os objetivos de não criação de novos leitos e redução dos já existentes, regionalização das ações de saúde mental, controle das internações, expansão dos serviços por meio da rede ambulatorial com equipes multiprofissionais, humanização e “reinserção social” dentro dos asilos também com a atuação de equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2002, p. 24, 25).

Os dois ministérios passam a contribuir em conjunto com os recursos humanos e financeiros. Responsáveis igualmente pela manutenção dos hospitais, começam a incluir as atividades de ensino e pesquisa a serem desenvolvidas nos hospitais e a considerar o atendimento universalizado. Com a cogestão, os hospitais sofrem mudanças em suas funções, funcionando como polos de emergência, centros de referência e coordenadores de ações, programas e atividades assistenciais (HEIDRICH, 2007, p. 102).

A cogestão é um marco para a política de saúde não só na saúde mental; é o momento em que o Estado incorpora os setores críticos da saúde mental e o MTSM decide atuar em espaços que se apresentam dentro das instituições públicas. Esta apresentou-se como um espaço concreto de transformação da assistência em saúde mental, pois estabeleceu um modelo de gestão mais dinâmico e descentralizado (AMARANTE, 2000, p. 58-59), o qual vai priorizar o setor público de saúde e não o setor privado, como foi anteriormente no modelo privatizante da previdência social. De acordo com Amarante (2000, p. 61), a cogestão cria a possibilidade de construir uma política de saúde com base no sistema público, na cooperação interinstitucional e na descentralização e regionalização defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

De acordo com Heidrich (2007, p. 102), os principais opositores da cogestão foram as empresas da loucura, como os hospitais psiquiátricos privados, que passaram a criticar os hospitais públicos acusando-os de pouca eficiência e alto custo. Amarante (2000, p. 64) reitera que esses empresários organizaram o Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) com objetivo de centralizar maior parte dos recursos destinados à saúde, sob afirmações de desperdício de verbas, custos nos hospitais públicos maiores que nos hospitais privados, maior tempo de internação nos hospitais públicos se comparado ao setor privado, e também afirmações em relação à qualidade dos serviços prestados, que nos hospitais públicos seria inferior. No entanto, essas críticas são refutadas e a FBH é denunciada por manipulação de dados.

Um segundo momento da reforma psiquiátrica acontece após a 8ª Conferência Nacional de Saúde em que foi decidido convocar conferências específicas como a de saúde mental. Mesmo com muitas dificuldades diante da posição do Ministério da Saúde desfavorável às reformas, a I conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 no Rio de Janeiro, após a atuação dos integrantes do MTSM, que desenvolveram conferências estaduais mesmo sem o apoio do Ministério da Saúde (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2069).

Os debates da conferência estavam situados em torno de três temas: "1) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2) Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e 3) Cidadania e doença mental: direitos, deveres

e legislação do doente mental” (HEIDRICH, 2007, p. 106). Naquele mesmo ano, foi convocada uma segunda Conferência Nacional pelo MTSM, realizada em Bauru-SP, que enfatizou a luta por uma sociedade sem manicômios (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2069).

[...] Por uma sociedade sem manicômios revela duas transformações significativas do movimento. Uma que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objetivo, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2069).

No Manifesto de Bauru, documento do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, afirma-se que esse foi um passo adiante na luta contra a exclusão e a discriminação. Essa atitude marca uma ruptura com a violência institucionalizada e com o desrespeito aos direitos humanos. O documento estabelece que o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada, “[...] tal articulação buscará dar conta da organização dos trabalhadores em saúde mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular sindical” (MANIFESTO DE BAURU, 1987). O manifesto encerra com as palavras de ordem:

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

Criado em Bauru, em 18 de maio de 1987, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial tem o objetivo de despertar a crítica à exclusão social das pessoas em sofrimento psíquico e a violência institucional (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2070). Assim, o movimento se aproxima

da reforma psiquiátrica italiana e extrapola a discussão no campo da psiquiatria, passando a entender que transformar o manicômio significa transformar a sociedade (HEIDRICH, 2007, p. 108).

Essa nova etapa do movimento repercutiu no modelo assistencial e na ação jurídica-política. Em relação ao modelo assistencial, surgem novas modalidades de atenção em saúde mental como alternativa ao modelo manicomial. Cria-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, ano de 1987, com objetivo de construir uma rede de atendimento comunitária com serviços de psicoterapia, fisioterapia e terapia ocupacional, funcionando oito horas por dia e cinco dias por semana.

Em 1989, a constatação de barbaridades e mortes na Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP, ocasionou o fechamento da instituição e possibilitou a implementação de um sistema substitutivo ao modelo manicomial e com isso a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) – serviço de portas abertas, 24 horas por dia, sete dias por semana, e que atendia todo tipo de demanda em saúde mental e com grande capacidade para substituir os hospitais psiquiátricos – e também a criação de centros de convivência, cooperativas, associações e instituições residenciais. Esses serviços contavam com atuação de equipes multiprofissionais e tornaram-se modelo para todo o país. O processo foi um marco para a reforma psiquiátrica, pois a partir da criação dos NAPS e CAPS o Ministério da Saúde regulamentou a implementação de outros serviços dessa natureza (AMARANTE, 2000, p. 83).

Após toda a articulação do movimento sanitário, a política de saúde no texto constitucional de 1988 atende grande parte das reivindicações do movimento e a criação do SUS foi na direção de universalização do atendimento, responsabilização do Estado e redução do setor privado na saúde, descentralização político-administrativa na gestão e execução dos serviços. Desse modo, cria-se uma rede de saúde hierarquizada, regionalizada e descentralizada que possibilita o atendimento integral e também propicia a participação da comunidade e o controle social (BRAVO, 2006, p. 11-12).

O ano de 1989 foi marcante do ponto de vista político. Após a criação do SUS, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, tem-se também a primeira eleição direta para a presidência da república, em uma disputa entre dois projetos distintos de governo:

Fernando Collor de Melo, com interesses mais privatistas, e Luiz Inácio Lula da Silva, representando interesses da classe trabalhadora, com vitória de Collor no segundo turno. Foi nesse cenário político que foi proposto, nesse mesmo ano, o Projeto de Lei 3.657/89, Projeto Paulo Delgado (HEIDRICH, 2007, p. 109).

No campo jurídico, após as primeiras iniciativas do movimento manicomial em 1989, foi lançado o Projeto de Lei Paulo Delgado que propôs a extinção dos manicômios e a criação de serviços para substituí-los (VASCONCELOS, 2002, p. 26).

Amarante (2000, p. 114) destaca que a FBH, a qual citamos parágrafos acima, “torna-se o principal inimigo não apenas do movimento pela reforma psiquiátrica, mas também do movimento sanitário [...]” e funciona como “boi de piranha”, enquanto os setores privados mais modernos se organizam e crescem em silêncio por outros caminhos. Destaca-se ao final dos anos 80 os mercados privados de saúde funcionando por meio da contratação do setor privado pelo setor público ou por meio de convênios com cooperativas do segmento filantrópico e beneficente. Dessa forma, o setor privado se organiza na disputa de clientes com o setor público.

A FBH volta a ter importância após a aprovação do Projeto de Lei Paulo Delgado na Câmara e articula-se com a luta pela rejeição do projeto de lei no Senado, empenha-se pelo veto por meio da imprensa, realizando *lobbies*, patrocinando associação de familiares e por meio do ataque às experiências dos serviços substitutivos (AMARANTE, 2000, p. 115). O projeto foi aprovado em dezembro de 1990 na Câmara de Deputados e encaminhado ao Senado, onde tramitou por quase 12 anos, sendo aprovado apenas em 2001, após alterações em sua redação. Nesse período de tramitação, muitos estados elaboraram projetos de leis estaduais com esse mesmo propósito (HEIDRICH, 2007, p. 110).

Outro momento relevante nessa trajetória foi a II Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, realizada em 1992, que contou com a participação de mais de 20 mil pessoas e com a realização de 24 conferências estaduais e 150 municipais. Entre os delegados eleitos estavam usuários, sociedade civil, representantes do governo e prestadores de serviços (HEIDRICH, 2007, p. 113). Foram reafirmados e renovados os princípios da reforma psiquiátrica na direção da desinstitucionalização e da luta antimanicomial (AMARANTE, 2000, p. 84).

Vasconcelos (2002, p. 27) sinaliza as principais mudanças ocorridas no período de 1992 a 1995. Apesar do governo conservador de Fernando Collor, houve uma ocupação do espaço político pelo movimento no Ministério da Saúde, que, além da II conferência, lançou portarias ministeriais para normatizar o financiamento dos serviços de saúde mental e estabelecer o processo de controle e supervisão com critérios e exigências de qualidade para adequar os hospitais psiquiátricos. Em decorrência disso, houve uma redução no número de leitos em hospitais privados e principalmente nos públicos. Nesse período foram abertos mais de dois mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de 200 CAPS e NAPS, com a substituição gradativa da internação por serviços de portas abertas.

O autor destaca também o crescimento do movimento antimanicomial, com a realização de congressos e encontros em todo o país, e o crescimento das organizações de familiares e usuários, de forma que esses cidadãos conseguem ter participação efetiva no planejamento, execução e avaliação dos serviços e políticas de saúde mental (VASCONCELOS, 2002, p. 28).

O certo é que o movimento em saúde mental no Brasil, ora identificado como movimento de luta antimanicomial, ora como movimento pela reforma psiquiátrica ou de alternativas à psiquiatria, e assim por diante, com suas propostas revolucionárias ou utópicas em alguns momentos, pragmáticas e normativas em outros, cumpre um importante e único papel no campo das transformações em saúde mental: é o ator político a construir as propostas e as possibilidades de mudanças. Se algumas de suas propostas são cooptadas ou capturadas pelas instituições e entidades, o certo é que estas são levadas a modernizarem seus discursos e projetos políticos para não ficarem defasadas das épocas e dos cenários que o movimento vem construindo (AMARANTE, 2000, p. 121).

A Lei nº 10.216 (Projeto de Lei Paulo Delgado), que dispõe sobre os cuidados para pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial, aprovada em 2001, ficou conhecida como lei da reforma psiquiátrica e trouxe avanços consideráveis ao modelo de saúde mental (AMARANTE, 2007, p. 70). A legislação veda a internação psiquiátrica em instituições asilares, coloca a internação nos hospitais gerais como o último recurso a ser utilizado, dispõe sobre os direitos da pessoa e de seus familiares, colocando a política de saúde mental como responsabilidade do Estado.

Em suas normas, esta lei também enfatiza a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, com a participação da sociedade e da família, em estabelecimentos que ofereçam atenção em saúde mental a pessoas com transtornos mentais, cuja finalidade seja a “reinserção social” do paciente em seu meio. Também são estabelecidos os direitos da pessoa com transtorno mental: acesso ao melhor tratamento de acordo com suas necessidades; tratamento com humanidade e respeito visando alcançar a reinserção no trabalho, na família e na comunidade; proteção contra abuso e exploração; garantia de sigilo das informações; acesso ao médico a qualquer tempo, para esclarecer sobre a internação involuntária; acesso aos meios de comunicação disponíveis; ser informado sobre sua doença e tratamento; tratamento em ambientes menos invasivos possíveis; tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental.

A Lei nº 10.216 coloca como último recurso a internação, quando o tratamento extra-hospitalar não for suficiente, sendo vedada a internação em asilos ou em ambientes que desrespeitem os direitos do paciente. A internação pode ser realizada por meio da internação voluntária com consentimento do usuário, involuntária quando for a pedido de terceiro e sem o consentimento do paciente, ou compulsória quando determinada pela justiça (BRASIL, 2001).

A fim de regulamentar essas mudanças no modelo assistencial, principalmente a partir do governo Lula, o Ministério da Saúde aprova um arcabouço normativo. Destaca-se a instituição dos CAPS para prestar atendimento psicossocial e promover a “reinserção social” das pessoas com transtorno mental através da atuação intersetorial e prestação de suporte à atenção em saúde mental na rede básica de saúde (COSTA, 2016, p. 109).

A portaria do Ministério da Saúde, nº 336, de fevereiro de 2002, estabelece as modalidades de CAPS em CAPS I, II e III, de acordo com o porte populacional, os quais devem estar capacitados para atender demandas de saúde mental em regimes de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, que devem funcionar de acordo com a lógica do território. A legislação estabelece as características, os recursos humanos, as atribuições, as ações e a estrutura física desses serviços.

Outro avanço importante dessa política foi a inclusão das

demandas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas a partir de 2002, regulamentado por meio da portaria nº 816, de abril de 2002, que institui no SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Este programa objetiva a atenção a pacientes com dependência ou uso prejudicial de álcool e outras drogas; organização e implementação de serviços articulados à rede de atenção psicossocial e construção de ações que reduzam os danos sociais causados pelo uso de drogas. A portaria trouxe como meta a construção de 250 CAPS para atender essas demandas em todo o país, no prazo de três anos. Uma característica dos CAPS Álcool e outras Drogas (AD) é o funcionamento durante 24 horas, sete dias por semana, com possibilidade de acolhimento que pode durar até 14 dias de acordo com a necessidade.

Passados 10 anos, a Portaria nº 130, de janeiro de 2012, redefine o CAPS AD 24h, que pode passar a atender crianças e adolescentes e se organizar de forma regionalizada para grupos populacionais de 200 a 300 mil habitantes. Essa legislação ainda estabelece as características, a equipe, as ações e a forma de financiamento dos CAPS AD III 24h.

De acordo com Costa (2016, p. 114), em 2002 havia poucas experiências para nortear a abertura desses serviços substitutivos e poucos debates em torno da problemática das drogas no campo da saúde mental. Em 2012, a Portaria nº 130 é fruto da pressão popular, ao exigir respostas do Estado para essa questão, e dos movimentos dos profissionais desses serviços, que cobravam o detalhamento do funcionamento das atividades para atender as demandas existentes.

Em 2011 tem-se a organização e definição das equipes de consultórios de rua, por meio da Portaria nº 122/2011, destinadas ao atendimento da população em situação de rua no âmbito da atenção básica, cujas atividades incluem busca ativa e cuidado a usuários de álcool e outras drogas. Há também a regulamentação de unidades de acolhimento residencial para pessoas com demandas relacionadas ao uso de drogas, por meio da Portaria nº 121/2012, como serviços transitórios que devem funcionar referenciados pelo CAPS, e a implementação de Centros de Convivência em articulação com as políticas de assistência social, previstos na Portaria nº 1.190, de junho de 2009.

Nessa perspectiva, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº

3.088, com finalidade de ampliar o acesso e promover a integração dos serviços de saúde nos territórios. Compõem a RAPS os serviços no âmbito da atenção básica, especializada, urgência e emergência: Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência, CAPS, Serviço de Atendimento Móvel e Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), pronto socorro, Hospital Geral e as estratégias de desinstitucionalização que são os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Por meio desses serviços inaugura-se um novo modelo de atenção em saúde mental a partir da concepção de atenção psicossocial.

[...] 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. 82).

De acordo com Amarante (2007, p. 83 - 85), os serviços da atenção psicossocial devem ser espaços de acolhida, com estrutura flexível para não se tornarem espaços burocratizados ou repetitivos; é preciso ter o entendimento de que estão lidando com pessoas e não com doenças. São serviços que devem contar com equipes compostas por diversas categorias profissionais, tendo o território como área de atuação, de forma que seja capaz de desenvolver relações com os demais recursos existentes no âmbito da comunidade.

Uma importante estratégia nesse modelo de atenção é a redução de danos na intervenção junto a usuários de drogas que, diferente da necessidade de abstinência, é voltada para pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso, cujo foco é minimizar os efeitos danosos do consumo e promover a saúde do usuário. O Brasil avançou nessa concepção que se tornou uma das abordagens na atenção psicossocial por parte do Ministério da Saúde, oficializada na RAPS em 2011 e alocada nos serviços de saúde mental. Entretanto, na contramão dessa abordagem, crescem no país as forças políticas conservadoras e a defesa de modelos centrados na abstinência, o que tem dificultado o progresso dessa estratégia de intervenção (TÓFOLI, 2015, p. 3).

O Ministério da Saúde destacou que a redução de danos é uma estratégia de atuação em defesa da vida, que valoriza a liberdade e a autonomia do usuário no processo de tratamento (BRASIL, 2003, p. 10).

[...] A redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a heterogênea e autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. Neste sentido, o lócus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc., equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e reabilitação sejam contínuos e se deem de forma associada (BRASIL, 2003, p. 11).

Farias (2019, p. 81) destaca que a política de redução de danos, que teve início com a criação do programa de troca de seringas, em virtude da pandemia de HIV/AIDS, representou um avanço significativo ao conduzir alternativas democráticas de tratamento ao uso de substâncias psicoativas. No entanto, essa estratégia vivencia disputas ideológicas e conflitos de interesses alimentados pelo conservadorismo e moralismo e pela compreensão sobre drogas de forma estigmatizada.

Regulamentada pela Portaria nº 1.028 de 2005, do Ministério da Saúde, a redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de drogas deve ser direcionada aos usuários que não querem, não podem ou não conseguem interromper o uso, respeitando a sua necessidade na perspectiva da atenção integral à saúde. Esta pode ser desenvolvida nas unidades de saúde, nos espaços públicos em que ocorre o consumo de substâncias, estabelecimentos educacionais, nas unidades prisionais ou em qualquer outra instituição total.

Tal mecanismo dá autonomia ao usuário e o informa sobre os fatores de risco e de proteção no uso de drogas, resgatando, muitas vezes, a sua qualidade de vida. É nesse sentido que os novos serviços aliados à perspectiva da redução de danos revelaram uma estratégia substitutiva ao modelo manicomial e encarcerador. E esses avanços,

atualmente, mostram-se ameaçados pela investida neo-direitista, que busca renovar as perspectivas tradicionais (FARIAS, 2019, p. 82).

Dessa forma, ficam organizados os serviços da política de saúde mental, com avanços significativos, os quais imprimem reivindicações da luta antimanicomial. Conquistas que não se esgotam na aprovação das legislações nem na criação dos serviços, e que na atual conjuntura têm enfrentado grandes desafios para se efetivarem. Essa política não pode ser entendida deslocada da realidade sociopolítica do país.

Heidrich (2007, p. 116) afirma que foi aprovada a reforma psiquiátrica possível naquele momento. De acordo com a autora, desde as alterações do projeto de lei original, já apresenta-se um retrocesso para a reforma psiquiátrica.

[...] O projeto original previa a extinção dos manicômios e proibia a construção e contratação de novos leitos psiquiátricos. O texto aprovado limitou-se a indicar o redirecionamento do modelo assistencial no Brasil sem, no entanto, apontar para qual direção. De uma maneira bastante tímida, define, em seu artigo 2º, que a pessoa portadora de transtorno mental deve ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. O “preferencialmente” deixa uma brecha para a existência concomitante dos dois modelos antagônicos de cuidados em saúde mental. Ainda que a rede de serviços que está sendo construída esteja descentrada do hospital/manicômio e utilize os Centros de Atenção Psicossocial como principal estratégia, há que se destacar que o hospital ainda se faz presente, e arriscamos afirmar, na maioria dos casos, é o “ator principal” (HEIDRICH, 2007, p. 116, 117).

Importante destacar que o projeto de lei original propunha a extinção do hospital psiquiátrico público, mas não do hospital privado, que funcionava independente dos recursos do Estado; perpetua-se então a disputa entre os setores público e privados, mesmo com a ampliação e melhorias nos serviços públicos (HEIDRICH, 2007, p. 117). O conservadorismo e o avanço do neoliberalismo impulsionadores das contrarreformas do Estado, cujos impactos para as políticas de proteção social foram assunto no início do capítulo, coloca muitos limites para o avanço da reforma psiquiátrica.

Silva e Silva (2020, p. 1060) destacam que a RAPS é um importante instrumento para concretização da reforma psiquiátrica, mas também possui limitações mediante o processo de sucateamento

e precarização, principalmente nos últimos anos, com a destinação de recursos do fundo público para o setor privado.

Portanto, apesar dos visíveis avanços históricos alcançados com a Reforma Sanitária, a constituição do SUS e a Reforma Psiquiátrica, que possibilitaram significativos redirecionamentos no modelo de atenção à saúde e à saúde mental no Brasil, ainda há uma enorme distância entre o que propôs e o que de fato se efetivou, dado o contexto de contrarreforma do Estado que se iniciou na década de 1990 e se estende até os dias atuais, a influência das orientações neoliberais nas políticas sociais e o caráter de inovação e conservadorismo que estas possuem sob ordem do capital (SILVA; SILVA, 2020, p. 106).

Nesse debate, Farias (2019, p. 81) assinala que prevalece a disputa entre os setores público e privado e a nova política sobre drogas do atual governo transfere cada vez mais a responsabilidade da atenção para o setor privado e religioso, resgatando práticas estigmatizantes, repressivas e distanciadas das políticas de proteção social. “A questão emblemática é a anexação das comunidades terapêuticas, oficialmente à RAPS, apesar de todas as denúncias e laudos técnicos envolvendo violações de direitos nesses espaços e o enfraquecimento da política de redução de danos” (FARIAS, 2019, p. 81) e abordando a questão das drogas de forma individualizada e moralizadora.

Os moldes da política social no Estado burguês delineiam a construção da política de saúde mental no país, num descompasso entre avanços e retrocessos. De mãos dadas com o conservadorismo, a disputa entre público e privado tem concretizado uma atuação estatal direcionada para atender aos ditames do grande capital. O tópico que segue se dedica ao debate de como essas transformações refletem na política de saúde mental.

2.3 Os impactos do neoliberalismo na política de saúde mental: privatização e atuação do terceiro setor

O debate sobre proteção social no início do segundo capítulo apontou a ascensão do projeto neoliberal no país, o qual, de acordo com Bravo, Lima e Correia (2020, p. 125), usa a justificativa da crise fiscal para minimizar a atuação do Estado na resposta às demandas da classe trabalhadora, ao passo que alarga suas funções para atender as

demandas do capital. Nessa dinâmica, transfere-se responsabilidades para o setor privado na execução de políticas sociais junto com o repasse do fundo público para esse setor, mediante contratos de gestão. Na palavra das autoras “surtem novos modelos de gestão, entre os quais as Organizações Sociais, ou seja, entidades privadas, que passam a gerir políticas sociais” (BRAVO; LIMA; CORREIA, 2020, p. 125).

Nas últimas décadas, houve significativa apropriação de recursos públicos pela classe dominante, em que um dos jargões utilizados pelos defensores da privatização é que “o problema não é a falta de dinheiro, mas falta de gestão eficiente”, cujo significado indica que o problema não é o desvio dos recursos destinados à política social para ser utilizado em outras coisas, ou mesmo a retirada de recursos públicos da educação para destiná-lo a bancos e financeiras. Para a classe dominante, o problema é que os recursos públicos podem conter lutas políticas e controle popular e esse cheiro de democracia não lhe agrada (FONTES, 2020, p. 15).

A chamada eficiência da gestão sugere implantar a gestão privada no setor público substituindo a gestão coletiva pela gestão lucrativa, e, assim, implementam-se cursos para formar gestores públicos na lógica da eficiência privada, surgem instituições como as organizações sociais que não devem ser lucrativas, mas podem destinar bons salários a seus dirigentes ou podem efetuar grandes compras sem a exigência de critérios de aquisição. Essas medidas atingem as políticas de saúde, educação, transporte, meio ambiente, juventude, entre outras (FONTES, 2020, p. 16).

Os interesses do capital financeiro são efetivados pela agenda neoliberal e mais recentemente pela sua versão mais perversa denominada ultraneoliberalismo, cuja ideologia demoniza tudo que se refere à intervenção do Estado e que diminui sua capacidade de formular e executar políticas públicas. Essa estratégia de dominação capitalista foi facilitada pelo retrocesso do movimento operário em escala global, contexto em que fica clara a tendência de deslocamento das ações governamentais públicas para o setor privado no atendimento das necessidades sociais (FREIRE; CORTES, 2020, p. 33). Nas palavras de Freire e Cortes (2020, p. 33) “Esse processo de transferência da satisfação das necessidades sociais da esfera do direito público para a esfera do direito privado ocorre à medida que

se tem a derruição das lutas e das conquistas sociais, ora extensivas a todo o conjunto da sociedade”.

De acordo com Cislaghi (2021, p. 17), a crise de 2008 iniciada nos Estados Unidos, mas que abrangeu em momentos diferentes todos os países capitalistas, deu gás ao acirramento das expropriações, privatizações, intensificação da exploração da força de trabalho, avanço de projetos políticos com traços neofascistas, ascensão de governos por meio de golpe e redução dos espaços de participação política dos trabalhadores, tendências que chegam a países como o Brasil. Essa é uma nova fase do neoliberalismo mais profunda e violenta se comparada ao período anterior. É uma rodada de “expropriação de bens comuns, exploração do trabalho e apropriação extraeconômica de trabalho necessário e de criação de capitais fictícios, ampliando uma crise sistêmica multifacética que coloca em risco a sobrevivência da humanidade” (CISLAGHI, 2021, p. 17).

O período ultraneoliberal no Brasil foi iniciado com o golpe parlamentar, jurídico e midiático que levou o vice-presidente Michel Temer ao poder, depois do ciclo de neoliberalismo progressista de cooptação do Partido dos Trabalhadores (PT). A primeira e mais importante medida do seu governo foi a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, que instituiu um teto de gastos orçamentários no Brasil, que pretende garantir a transferência de fundo público com o pagamento de juros e amortizações da dívida para o capital financeiro com vigência por 20 anos (CISLAGHI, 2021, p. 18).

Além da redução do gasto público, o ultraneoliberalismo é fundamentado pelo processo de privatização dos direitos, redefinindo, inclusive, a noção de cidadania e democracia (FREIRE; CORTES, 2020, p. 34). Nesse sentido, observa-se o processo de responsabilização e culpabilização das famílias e dos indivíduos, a atuação das organizações sem fins lucrativos e filantrópicas que atuam na concepção da ajuda, a mercantilização dos serviços, não como direito, mas como mercadoria, e soma-se a isso uma política social voltada para os pobres, com serviços precarizados, focalizados, com traços assistencialistas e clientelistas, com cortes de recursos cada vez maiores, formas de contratação precarizadas e ataque aos servidores públicos.

Mesmo sendo reconhecidos constitucionalmente, os direitos sociais não se constituíram historicamente como atributo das políticas

sociais, uma vez que no atendimento das necessidades sociais da classe subalterna manifesta-se uma cultura da tutela e do clientelismo, que reforça a despolitização da “questão social” transferindo-a da esfera pública para o mercado e para a própria sociedade (FREIRE; CORTES, 2020, p. 37-38).

A seguridade social foi redefinida para se adequar às exigências do grande capital, em que ganham destaque no âmbito da proteção social as parcerias comunitárias com ONGs, focalização de recursos e direcionamento da intervenção estatal para a população mais pobre, sucateamento dos serviços públicos e a responsabilização da própria comunidade para adotar iniciativas de auto sustentabilidade (MOTA, 2018, p. 2).

Nesse contexto, Bravo (2013, p. 12) destaca a existência de três projetos em disputa no âmbito da política de saúde: o projeto de reforma sanitária por meio da universalização da saúde, concepção ampliada que abranja melhores condições de vida e trabalho para a população, a construção do SUS e a materialização dos princípios da integralidade, descentralização e participação social, bem como o financiamento efetivo do Estado; o projeto privatista, com isenção de responsabilidades do Estado, contenção de gastos e racionamento da oferta de serviços, no qual a saúde pública seria minimamente garantida a quem não pode pagar, sendo de responsabilidade do setor privado atender os cidadãos e a doença uma fonte de obtenção de lucros; e o projeto da reforma sanitária flexibilizada que propõe o SUS, possível e materializado desde a década de 1990, um SUS voltado para o segmento mais vulnerável da população, sem os horizontes emancipatórios do movimento sanitário.

Como afirmam Bravo e Pelaez (2020, p. 194), a reforma sanitária flexibilizada possui novas configurações diante da contrarreforma do Estado e do progressivo desmonte das políticas públicas, em que se busca adequar o SUS às exigências da política macroeconômica e foi um projeto consolidado nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT).

A privatização tem sido ampliada nos últimos anos, principalmente a partir de 2016. No campo da saúde, a privatização se concretiza por diversos meios, tais quais, renúncia fiscal relacionada aos planos de saúde e seguros saúde privados, destinação de recursos públicos para o setor privado, implantação de modelos organizacionais pautados na

dinâmica do mercado, convênios e contratos com empresas privadas para a execução de serviços de saúde (BRAVO, 2013, p. 11).

O ultraneoliberalismo aprofunda o processo de privatização da saúde, mas não é o início. De acordo com Cislighi (2021, p. 18), essa tendência vem desde a contrarreforma do Estado no governo de Fernando Henrique Cardoso, cuja estratégia foi a privatização dos modelos de gestão dos serviços públicos, e no governo petista não há uma paralisação nesse processo, embora tenha acontecido uma diminuição no ritmo esperado pelo capital.

Desde então, várias formas jurídicas distintas como as organizações sociais (OS), as fundações públicas de direito privado e as empresas públicas organizaram a privatização dos serviços públicos de saúde de forma generalizada, na União e nos diferentes estados e municípios, governados por vários partidos de diferentes ideologias, inclusive de origem na classe trabalhadora como o Partido dos Trabalhadores (PT), componentes essenciais na cooptação de movimentos sociais históricos na saúde para a ideologia da “falta de alternativa”. Em comum essas diversas formas de privatização significaram o fim do Regime Jurídico Único (RJU) e, portanto, da estabilidade para os trabalhadores da saúde o que acarretou na redução de sua autonomia política, precarização dos contratos e direitos com ampliação da rotatividade no emprego, redução de salários e intensificação do trabalho (CISLAGHI, 2021, p. 19).

Nessas três décadas de existência do SUS o Estado não deixou de beneficiar a iniciativa privada, impondo riscos ao projeto de saúde público e universal. Constata-se que de 1990 a 2010 o gasto privado com saúde foi superior ao gasto com a saúde pública. Em 2015, o gasto público correspondeu a 3,9% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto o privado a 5,2% do PIB. A histórica fragilidade financeira do SUS se expressa por meio de recursos insuficientes, indefinição de fontes de financiamento, falta de comprometimento do Estado com alocação de verba e com a melhor distribuição dos recursos da seguridade social e, ainda, a elevada transferência de verba para os modelos privados de gestão (MENDES; CARNUT, 2019, p. 19). Portanto, o ataque aos direitos sociais não acontece apenas no corte de gastos, mas também por meio das mudanças na organização do sistema de proteção social, servindo aos interesses de mercado (MENDES, 2017, p. 4).

O Golpe de 2016, que resultou no Impeachment da Presidente

Dilma Rousseff, intensificou o processo de destruição dos direitos sociais, que na política de saúde ganhou um ritmo mais acelerado. O quadro de subfinanciamento do SUS se transformou em desfinanciamento e aniquilamento gradual das tentativas de concretização de uma saúde pública e universal. Seguindo as orientações do documento “Ponte para o futuro” – elaborado pelo MDB e que conduziu o golpe – foi elaborada e aprovada a EC 95/2016 que limitou os gastos públicos por 20 anos.

Nesses tempos de supremacia do capital financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal. Constatam-se vários aspectos que vêm enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando, por exemplo, o financiamento do SUS. Destacam-se: as crescentes transferências dos recursos públicos às organizações sociais de saúde – de gestão privada – por meio da implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (em vigor a 17 anos) que limita o aumento do gasto com pessoal, favorecendo o incremento das despesas com serviços de terceiros; o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no Imposto de Renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos e à indústria químico-farmacêuticas; a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei 13.097/2015; a instituição da EC 86/2015 que reduz o financiamento do SUS; e a aprovação da EC 95/2016 que congela o gasto público por 20 anos aniquilando a saúde, na medida em que não limita os juros e outras despesas financeiras (MENDES, 2017, p. 3).

Bravo e Pelaez (2020, p. 195-198) destacam outras medidas no governo de Michel Temer que dão continuidade ao projeto de privatização da saúde, além do congelamento dos recursos: a falaciosa necessidade de redução do SUS diante da justificativa de que não haverá capacidade financeira para sustentá-lo, aliada à proposta de planos de saúde populares e acessíveis; propostas de alteração da política de saúde mental que ameaçam as conquistas da reforma psiquiátrica, com a defesa dos hospitais psiquiátricos e fortalecimento das internações; a divulgação do documento “Coalização saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, o qual defende maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços de saúde; a medida provisória 839/2018, que estabelece subsídios fiscais ao óleo diesel, uma alternativa para finalizar a greve dos caminhoneiros, mas que desonera recolhimento

de recursos que fazem parte do financiamento da seguridade social e que terá impacto direto no financiamento da política de saúde; além disso, constata-se a redução de R\$179 milhões no valor que seria destinado ao SUS; medidas que favorecem o capital na disputa pelo fundo público.

No governo de Jair Bolsonaro, as autoras identificam o desmonte do Programa Mais Médicos e a proposta de revisão da saúde para a população indígena com a defesa da municipalização da política. Na saúde mental, liberação da compra de aparelhos de choque elétrico, fortalecimento das comunidades terapêuticas; a proposta do “vale saúde” para prestação de serviços básicos de saúde por empresas privadas, o que desobrigaria o Estado de ter estrutura para esses serviços; atuação contrária à participação social e aos conselhos, com a justificativa de redução do poder dessas entidades, o que atrapalha o desenvolvimento do país (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 198-205).

Mediante o avanço do projeto privatista, de acordo com Bravo (2013, p. 11), as principais modalidades de mercantilização da saúde que ameaçam o SUS e que seguem a lógica do mercado são: “[...] organizações sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e as parcerias público-privadas”.

Em 2019, o Banco Mundial apontou que as Organizações Sociais são o melhor caminho para a gestão da política de saúde, no entanto, este é um modelo de privatização e mercantilização do SUS que tem crescido nos últimos anos como alternativa para modernizar e desburocratizar o Estado e contribui para o sucateamento do SUS, agravado pelo desfinanciamento e pela crise financeira (BRAVO; LIMA; CORREIA, 2020, p. 127).

A esfera privada não lucrativa, onde existem as associações privadas sem fins lucrativos, no âmbito do terceiro setor, ofertam serviços por meio da solidariedade, da ajuda e da filantropia, e também captam recursos públicos para o desenvolvimento de suas ações, para atender expressões da “questão social”. Essa modalidade de atuação é entendida aqui como uma forma de transferir da esfera estatal a responsabilidade de intervir diante das expressões da “questão social”. “Enquanto espaço situado ao lado do Estado (público) e Mercado (privado), são incluídas entidades de natureza distinta como ONGs, fundações empresariais, instituições filantrópicas e atividades do voluntariado” (ALENCAR, 2009, p. 457).

As entidades sem fins lucrativos são consideradas pela legislação “entidades beneficentes de assistência social” aquelas com finalidade de prestar serviços nas áreas de educação, saúde ou assistência social [...]. No caso da saúde, as entidades beneficentes sem fins lucrativos têm prioridade sobre a iniciativa privada com fins lucrativos para participar do SUS de forma complementar aos serviços públicos, por meio de convênio ou contrato. Podem também serem capacitadas como Organizações Sociais (OS) e Organizações Sociais de Interesse Público (Oscips) para assumir a gestão das unidades públicas (CISLAGHI, 2015, p. 109).

O discurso que legitima o terceiro setor o define como instituições que atuam na provisão de interesses coletivos. [...] “Em âmbito nacional, a expansão do terceiro setor é, em parte, fruto da redemocratização do país, que contribuiu com a proliferação e o amadurecimento de iniciativas da sociedade civil, e da crescente incorporação de noções como a responsabilidade social [...] (AMARAL, 2003, p. 36). A compreensão de Amaral diverge da análise feita pela pesquisadora, no entanto, é interessante fazer esse diálogo, tendo em vista que é essa compreensão que corrobora com a expansão do terceiro setor no país, no que diz respeito à gestão e execução de serviços no âmbito das políticas sociais.

Amaral (2003, p. 38) afirma que o terceiro setor é uma maneira colaborativa de atuação do Estado e de importante mobilização da sociedade civil enquanto espaço público. Portanto, é um processo de reconfiguração do Estado com a multiplicação de espaços de solidariedade, cooperação e participação social. Dessa maneira, as instituições sem fins lucrativos e filantrópicas são, na concepção da autora:

[...] um modelo diferente, em que seja renovada a capacidade organizacional do Estado, para que possa, de fato, formular, implementar, fomentar e coordenar políticas públicas, como também ser capaz de articular redes produtivas com a participação das variadas expressões da sociedade civil, de modo a encontrar soluções viáveis e diversificadas para a grande cesta de problemas sociais (AMARAL, 2003, p. 40).

Diferente dessa concepção, entende-se que a transferência dos serviços sociais para a sociedade civil é um processo de

desresponsabilização do Estado e do Capital para com a “questão social”. Esse deslocamento retoma o processo de refilantropização da “questão social”, os pressupostos da ajuda moral, do trabalho voluntário e da fragmentação dos direitos sociais (ALENCAR, 2009, p. 456).

Ao lado da ampliação desses programas sociais de corte assistencialista, predomina o aprofundamento de tendências históricas do sistema de proteção social brasileiro, como, por exemplo, a tendência de privatização nas áreas da saúde, educação e, também, previdência. Por fim, essas fortes tendências convivem hoje com as novas formas de gestão pública das políticas sociais que, por meio da descentralização e municipalização das ações, têm conduzido, muitas vezes, ao desmonte dos programas tornando ainda mais grave o quadro de pobreza e miséria do país (ALENCAR, 2009, p. 456).

Esse discurso da autonomia, solidariedade e democracia, que busca a participação social, opera na lógica da responsabilização de indivíduos e famílias pelas respostas às suas necessidades sociais. Alencar (2009, p. 458) destaca que essa valorização do terceiro setor tem elevado as tendências de despolitização da “questão social”, uma vez que remete o seu enfrentamento ao setor privado e à sociedade civil, em que se constata o deslocamento dos direitos sociais para a esfera dos direitos morais, sob os princípios da ajuda e da solidariedade.

De acordo com Freire e Cortês (2020, p. 34), o Estado define uma política de mínimos sociais como meio de alcançar a eficácia da gestão pública, a partir da sua capacidade de administrar mecanismos de seletividade social. As autoras afirmam:

Vemos assim que as definições de sociedade civil engendradas pelas políticas para pobres não eram aleatórias. As mesmas se apresentaram e se apresentam enquanto uma decisão política sob o sustentáculo da necessidade de se obter uma profunda redefinição do papel estatal e de uma redistribuição regressiva do poder, que beneficie os setores mais poderosos da sociedade. A delegação das responsabilidades públicas depende, aprioristicamente, de forma direta, da intervenção estatal. Nessa medida, o que se pretende não é o “afastamento” da intervenção estatal, mas sim, a sua reconfiguração. Tal processo afetou e afeta cada dia mais profundamente e diretamente as políticas sociais, cuja finalidade passa a ser proteger os pobres [...] (FREIRE; CORTÊS, 2020, p. 34).

As organizações sociais são uma forma de propriedade não

estatal, intermediárias entre estado e setor privado e se apresentam como instituições sem fins lucrativos voltadas para atender ao interesse público. O Programa Nacional de Publicização, criado em 1998, define as organizações sociais como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, “[...] cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde [...]” (BRASIL, 1998, Art. 1º).

A legislação prevê a destinação de bens e de recursos públicos por meio de contratos de gestão, dispensada licitação, para as organizações sociais. A Lei nº 9.190 de 2017 regulamenta o Programa Nacional de Publicização de acordo com diretrizes estabelecidas em 1998: o alinhamento aos princípios da política pública correspondente, a ênfase no atendimento ao cliente-cidadão, ênfase nos resultados e nos prazos e controle social transparente das ações.

O objetivo é transferir serviços não exclusivos do Estado para o setor público não estatal. Não se trata da criação de uma nova modalidade de instituições, mas de uma qualificação especial para aquelas que atendam aos critérios estabelecidos. Um exemplo da maneira como isso acontece na Política de Saúde mental é por meio dos contratos com comunidades terapêuticas e financiamento dessas instituições, que tem aumentado significativamente no atual governo, como poderemos analisar nos resultados dessa pesquisa.

As alterações na política de saúde têm colocado em risco os direitos conquistados tanto pela via da mercantilização da saúde, privatização e desfinanciamento, quanto pela via da invasão de propostas neoconservadoras aliadas ao avanço do neoliberalismo e que se aprofundam, sobretudo, nos governos de Temer e Bolsonaro (SILVA; SILVA, 2020, p. 101).

Entre os avanços e retrocessos da Política Nacional de Saúde Mental, pode-se destacar algumas ações que atuam no sentido de desmonte da política. O Programa “Crack, é possível vencer”, lançado em 2011, foi uma ampliação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com a previsão de habilitação e financiamento de 10 mil vagas em comunidades terapêuticas.

O Programa “Crack, é possível vencer” previa a parceria com 430 instituições sem fins lucrativos e sugeria a criação de 2.460 novos leitos em enfermarias e a readequação de 1.140 leitos, ambos

para tratamento hospitalar. Até 2014 foram abertas 7.501 vagas em comunidades terapêuticas e 800 leitos em hospitais gerais de todo o país. Enquanto isso, o programa previu a abertura de 175 CAPS AD e aumento do número de consultórios na rua em 308, e alcançou a criação de 59 CAPS AD e 123 Consultórios de Rua (CNM, 2014, p. 134). Por sua vez, o programa enfatiza o tratamento asilar com ênfase na abstinência, deixando de lado a perspectiva de redução de danos, e legítima a participação do terceiro setor no âmbito do SUS com a destinação de recursos públicos para esse setor.

Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais são previstos pela luta antimanicomial como estratégia de desinstitucionalização para as demandas que extrapolem a capacidade de atendimento dos serviços extra-hospitalares em que a internação seja necessária. No entanto, é um dos serviços disponíveis da RAPS. O que se observa, como também veremos mais adiante, é a ampliação de investimentos para expansão de leitos psiquiátricos e a priorização deles em detrimento dos outros serviços.

Elemento importante da política de saúde mental no governo Dilma é a inserção das comunidades terapêuticas na RAPS e o crescente financiamento destinado a essas instituições; processo que foi sendo ampliado nos governos Temer e Bolsonaro. Necessário frisar a diferença dos projetos de governo entre a presidente Dilma e os presidentes Temer e Bolsonaro. Embora haja retrocessos, a política de saúde mental do governo Dilma não é a mesma dos outros dois governantes, o golpe de 2016 e a ponte entre Temer e Bolsonaro deixa isso claro.

A partir do governo Temer são estabelecidas novas diretrizes para funcionamento da RAPS, denominada “nova” Política Nacional de Saúde Mental, tendo como base a Resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a qual reformula o desenho, a metodologia, o financiamento e a orientação dos serviços de saúde mental. Tal resolução coloca o hospital psiquiátrico como espaço de cuidado, indicando a necessidade de maior financiamento; reajusta o valor das diárias para internações em hospitais; fortalece a parceria intersetorial entre os ministérios de saúde, justiça, trabalho e cidadania para apoio às comunidades terapêuticas, e inclui na RAPS o Hospital Dia, um dispositivo não territorial, normalmente anexo a um hospital psiquiátrico e que fortalece essa lógica hospitalar. Além disso, esta

resolução institui equipes multiprofissionais especializadas para atendimento em saúde mental. Estas não possuem estrutura física própria, nem população de referência e dispõem de orçamento de 12 a 30 mil reais por mês, enquanto um CAPS com equipe completa, estrutura e população referenciada recebe 28.305 reais por mês (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 5, 6).

[...] A resolução 32 da CIT constitui a base de toda a mudança na Política Nacional de Saúde Mental, pois, ao definir um novo modelo de RAPS, estabelece uma nova orientação do modelo assistencial, que, na verdade, é um retorno ao paradigma anterior à reforma psiquiátrica, como diversos elementos que apontam para um cuidado de característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 6).

A Resolução nº 32/2017 altera os componentes da RAPS já estabelecidos na Portaria 3.088/2011 e acrescenta os Hospitais Dia, as unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais, a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e os Hospitais Psiquiátricos Especializados. Também cria os CAPS tipo IV 24h para atuar nas cenas de uso de drogas, especialmente no enfrentamento ao crack, em caráter de urgência e emergência e visa ampliar a oferta de leitos hospitalares para demandas de uso de drogas e transtorno mental (MS, 2017).

Como afirmam Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 7), o CAPS AD IV apresenta a estrutura de um pequeno hospital psiquiátrico de até 20 leitos, e não condiz com o cuidado pautado na humanização de base territorial por meio de projetos terapêuticos singularizados, assim como nas demais modalidades de CAPS.

[...] A indicação de construção dessas unidades “junto a cenas de uso” afronta o princípio do território, apontando que o sujeito seria cuidado (ou receberia uma intervenção) no local onde faz uso das substâncias, ignorando o local de moradia, trabalho, lazer, vínculos familiares etc., como se o território, e, portanto, a própria existência do usuário de álcool e outras drogas, só se desse no local de uso. Ainda, como se estas pessoas não fossem mais nada na vida além de usuários de drogas. Esta indicação ainda pode apontar para um projeto de intervenção por meio do recolhimento compulsório destas pessoas, capaz de servir como grande porta de entrada para internações compulsórias em comunidades terapêuticas. Trata-se de uma estrutura vocacionada para internações contra a

vontade, implantada nas cenas de uso [...] (CRUZ, GON-SALVES; DELGADO, 2020, p. 7).

A portaria nº 3.588/2017 prevê também que os CAPS AD já existentes podem ser reestruturados em CAPS IV. Pode-se compreender que essa “nova” política vem na direção de deslegitimar a atuação do CAPS AD, cujos serviços poderiam ser ampliados para alcançar um maior número de demandas ou até mesmo haver implementação de outros dispositivos em regiões que ainda não possuem. Além disso, os CAPS IV ficam restritos à população com mais de 500.000 habitantes, enquanto as demais modalidades de CAPS podem ser implementadas em municípios menores.

Como é possível observar, não se constata um esforço dessa “nova” política em ampliar os serviços de saúde mental já existentes, por meio da melhoria na infraestrutura, implementação de mais serviços para que alcancem mais usuários, investimento em recursos humanos e ampliação de recursos financeiros, para assim buscar fortalecer a rede de saúde mental existente nos territórios. Na contramão dessa perspectiva, tem-se o fortalecimento do modelo hospitalar.

Essa portaria aumenta o valor da diária de internação nos hospitais psiquiátricos e amplia de 15% para 20% o número de leitos, sendo que, para que recebam o custeio, estes precisam ter pelo menos 80% dos leitos ocupados, incentivando a hospitalização ou até mesmo a permanência da internação além do necessário (SILVA; SILVA, 2020, p. 108).

Outra questão é a atuação das comunidades terapêuticas prevista na Resolução nº 32, que são instituições mantidas por grupos privados e filantrópicos que recebem recursos do Ministério da Justiça e do Ministério da Cidadania e que também poderão ser financiadas pelo Ministério da Saúde. Caracteriza-se como um movimento de desqualificação da RAPS, proposta na Portaria 3.088/2011 para fortalecimento do modelo asilar pautados na abstinência forçada. Além de ir contra os princípios da reforma psiquiátrica, também atende aos interesses de mercado da chamada “indústria da loucura” (SILVA; SILVA, 2020, p. 109).

Embora tenham acontecido avanços significativos em relação ao fechamento de manicômios e de mais de 60 mil leitos de hospitais psiquiátricos no Brasil, não houve a implantação de serviços substitutivos suficientes, tendo em vista a falta de recursos e de

investimentos para ampliar os serviços de atenção psicossocial. Em decorrência disso, a ausência do Estado abre espaço para a iniciativa privada (SILVA; SILVA, 2020, p. 111).

Nesse cenário em que se identificam os retrocessos na política de saúde mental, o Ministério da Saúde divulgou a Nota Técnica nº 11, em 2019, que reconhece hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas como integrantes da RAPS, defendendo a ampliação e fortalecimento desses serviços igualmente em relação aos outros serviços de saúde mental já evidenciados na Portaria nº 3.088. Essa “nova” Política Nacional de Saúde Mental, como dito na nota, vem na contramão das conquistas alcançadas com a luta antimanicomial e defende que os hospitais psiquiátricos devem ser modernizados, afirmando que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2019a, p. 5). Ao considerar que essa medida foi um equívoco, a nota técnica colocou na conta da reforma psiquiátrica as seguintes questões:

[...] Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das cracolândias, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica (BRASIL, 2019a, p. 5).

Trata-se de uma compreensão esvaziada de historicidade, sem qualquer análise crítica sobre a atual conjuntura econômica, social e política que o país vivencia e, claro, uma memória muito curta para as graves questões de violação de direitos que os hospitais psiquiátricos e manicômios protagonizaram. Um dos pontos que precisa ser questionado para se compreender a realidade citada são as medidas de repressão, violência e guerra praticadas pelo próprio Estado no enfrentamento à questão das drogas.

A “nova” Política nacional de saúde mental assume neste governo uma reatualização de práticas que historicamente se tentou superar. Para o governo, é mais viável deslegitimar todo o processo de luta que resultou na reforma psiquiátrica, do que questionar a

maneira como tem sido conduzida a política antidrogas, a política de saúde e as demais políticas de proteção social.

A política de saúde mental no país, após a Lei 10.2016/2001, sempre foi permeada por conflitos e contradições, mas a partir de 2017 verifica-se o aprofundamento das medidas contrárias ao que se havia conquistado, com forte tendência de reforço ao modelo asilar por meio do modelo hospitalocêntrico, “afastando-se da lógica territorial e integral da atenção aos usuários da política e saúde mental para álcool e outras drogas” (PRUDÊNCIO; SENNA, 2018, p. 86).

Há também o aprofundamento da medicalização como reforço da patologização em saúde mental, apontando o tratamento medicamentoso como único caminho para o cuidado (PRUDÊNCIO; SENNA, 2018, p. 87). A redução de danos, que sempre encontrou desafios para se efetivar, fica em segundo plano diante da busca pela abstinência total; o uso de drogas fica sendo a questão central, deixa-se de enxergar a complexidade da demanda; o foco no adoecimento deixa de compreender o sujeito, a sua particularidade, os seus direitos, a sua humanidade.

A partir desse avanço do conservadorismo na saúde mental, observa-se o crescimento das comunidades terapêuticas. De fato, elas sempre estiveram ali como alternativa, mas é recente o seu reconhecimento enquanto instituição integrante da rede de saúde. Prudêncio e Senna (2018, p. 87) destacam o crescimento de 4 mil para 20 mil no número de instituições credenciadas até 2018, transferindo para elas o foco no cuidado aos usuários de drogas e revelando a ineficiência do Estado para lidar com essa questão.

Compreende-se que essas alterações no percurso da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) não aconteceram distantes do contexto na qual estão inseridas.

Essas sociabilidades do manicômio e do encarceramento tendem a ser reforçadas pelo ideário neodireitista, de modo que, utilizam-se do ódio, do estigma, da moralização e do horror à ciência como subsídios de sustentação de suas propostas. Nesse sentido, a nova proposta de mudança da política de drogas vem sendo orientada por essas concepções como sustentáculo, também, para o imenso lucro gerado, levando-se em consideração a junção do neoconservarismo e do neoliberalismo. O ataque se dá justamente à política de redução de danos e aos serviços substitutivos, primando pela abstinência e pela higienização das pessoas que fazem uso problemático,

pautando a religião e o trabalho forçado como opções de “tratamento”, em uma direção de contrarreforma [...] (FARIAS, 2019, p. 82).

Os manicômios, asilos, hospícios eram efetivos em algumas coisas: enclausuramento da demanda, higienização das cidades, moralização, culpabilização dos sujeitos, negação de direitos humanos e sociais. O avanço do neoliberalismo e do conservadorismo, concomitante à crescente moralização e criminalização da “questão social”, se alinha mais a esses interesses que às perspectivas defensoras dos direitos humanos e da liberdade.

De posse dessa compreensão, o capítulo a seguir dedica-se ao estudo das comunidades terapêuticas, abordando o debate sobre o modelo asilar, as práticas religiosas como alternativa terapêutica, o financiamento dessas instituições e as demais problemáticas em torno dessas entidades.

CAPÍTULO 3

AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

As páginas que seguem discutem acerca do repasse de verbas do governo federal para as CTs, em conjunto com uma gama de implicações que estão intrínsecas a esse processo e que são contrárias aos princípios do SUS, da política de saúde mental e da luta antimanicomial.

Adiante, discute-se as alterações nas políticas de atenção ao uso de drogas do governo federal a partir de 2011, em que se destacam as principais mudanças para as políticas de saúde mental, segurança pública e de assistência social, as quais tecem intervenções em relação ao uso de drogas e passam a inserir as CTs como serviço estratégico de tratamento em saúde mental, movimento que se aprofunda a partir de 2016. O capítulo ainda argumenta acerca do tratamento materializado nessas instituições, concentrado no tripé fé-disciplina-trabalho, que vai evidenciar a ausência de um tratamento em saúde mental que possibilite a recuperação da saúde, o fortalecimento de vínculos e a reinserção social preconizados na legislação.

3.1 Contratação e financiamento de comunidades terapêuticas: do Programa Crack à atual política de atenção a usuários de drogas

O debate aqui está direcionado para o financiamento das comunidades terapêuticas a partir da criação, em 2011, do Programa “Crack, é Possível Vencer”, até o ano de 2021, com as mudanças provocadas na Política Nacional de Saúde Mental e na Política Nacional sobre Drogas.

A transferência de recursos públicos para financiar serviços de saúde mental é um dos principais pontos que perpassam o estudo das comunidades terapêuticas no Brasil. Vemos que esse processo se aprofunda a partir de 2011, quando estas instituições passam a ser consideradas pelo governo federal como locais de tratamento em saúde mental para pessoas em situação de dependência ou uso abusivo de drogas.

O Decreto nº 7.179/2010 criou o Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (revogado em 2019) e deu origem ao Programa "Crack, é possível vencer", o qual tinha como objetivo fortalecer a rede de atenção em saúde e assistência social para tratamento e "reinserção social" de usuários de crack, bem como a formação e capacitação de profissionais, fortalecimento do combate ao tráfico e ampliação de leitos para tratamento com ações voltadas para as famílias, crianças e adolescentes, população vulnerável e pessoas em situação de rua. O plano de enfrentamento determinou que poderiam ser firmados convênios, contratos e termos de cooperação entre órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com consórcios públicos ou com entidades privadas (BRASIL, 2010).

O Programa "Crack, é possível vencer" foi desenvolvido entre os anos de 2011 a 2014, por meio da parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria de Direitos Humanos, com o objetivo de prevenir o uso e promover a atenção integral ao usuário de crack e outras drogas, bem como enfrentar o tráfico de drogas; aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção a usuários e seus familiares; reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas; promover ações de educação, informação e capacitação.

Este programa foi um marco em relação ao repasse de verbas do governo federal para as comunidades terapêuticas. Anterior a sua criação, essas instituições já poderiam receber verbas dos governos estaduais e municipais e continuaram com essa possibilidade, mas o programa vai trazer esse financiamento como uma meta para o governo federal no sentido de ampliar as vagas sociais em CTs destinadas ao acolhimento de pessoas com demandas de dependência ou uso abusivo de drogas, em todo o país. Inicialmente, as CTs vão atuar como uma alternativa de tratamento quando já estiverem esgotadas aquelas possibilidades de tratamento pelos serviços de saúde mental ambulatoriais e de portas abertas. Inclusive, este é um ponto a ser pensado porque parte do pressuposto de que os serviços substitutivos de saúde mental não darão conta das demandas e terão a necessidade de recorrer a instituições asilares, mesmo havendo posicionamentos contrários à atuação dessas instituições diante das

frequentes denúncias de violação dos direitos humanos.

As ações do programa foram divididas em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. As ações no eixo prevenção foram pensadas com o objetivo de reduzir os riscos para o uso de drogas por meio de atividades nas escolas, disseminação de informações sobre drogas e capacitação para diferentes atores que possam atuar na prevenção. O eixo cuidado objetivou a estruturação da rede de atendimento em que os governos federal, estaduais e municipais podem se articular para fortalecer e qualificar a rede de serviços de saúde, assistência social para acolhimento a usuários e familiares, tendo como horizonte a defesa da vida e a redução de danos. Essa ampliação da rede prevê a atuação das CTs para oferta de atendimento integrado de longo prazo. A autoridade, por sua vez, concentrou-se na área de segurança pública na repressão ao tráfico de drogas e ao crime organizado (BRASIL, 2011c, p. 7).

Os municípios que aderiram ao programa definiram áreas prioritárias de ação para orientar a atuação dos Consultórios na Rua, o policiamento, a abordagem social e a instalação das câmeras de videomonitoramento nas áreas em que os problemas relacionados ao uso de drogas acontecem de forma mais visível e trazem consequências para o ordenamento urbano (BRASIL, 2011c, p. 7).

Essa ênfase no crack é justificada pelo aumento do consumo (chamada epidemia do crack) e pelo potencial prejudicial da droga, em que se criou um cenário de pânico, mas possui intrínseca relação com a questão de classe. Esta é uma droga barata e geralmente usada por pessoas pobres e em situação de rua, que passam a ser consideradas criminosas e perigosas. Assim sendo, as ações direcionadas para as áreas com maior evidência de uso de drogas tendem a reforçar o policiamento, as internações em leitos psiquiátricos e o acolhimento (inclusive compulsório) em comunidade terapêutica. Dessa forma, a realidade é de intervenções policiais nas cenas de uso de drogas como a cracolândia ou em bairros pobres, por meio da violência, sem distinção entre usuários e traficantes.

De acordo com Gonçalves *et al* (2015, p. 6), o eixo autoridade foi o que teve mais prioridade para o Estado, que por meio da repressão e da violência, intensificou as intervenções policiais nas comunidades e nas regiões mais pobres, fortalecendo a perspectiva proibicionista e de guerra às drogas. O autor destaca ainda as iniciativas de internação

compulsória e a perspectiva de higienização social, direcionadas principalmente à parcela mais pobre, jovens e negros.

Nesse programa, também ganha ênfase o financiamento das comunidades terapêuticas por meio dos editais realizados em 2012, 2013 e 2014. No eixo cuidado foram estabelecidas as metas de habilitação e financiamento de vagas de atendimento de saúde em comunidades terapêuticas, com cerca de 10 mil vagas a serem custeadas com recursos do fundo público, o que acarretou o avanço dessas instituições e o privilegiamento destas em detrimento dos serviços de saúde mental no âmbito do SUS.

Lima (2016, p. 164) afirma que a partir de 2010, com a explosão da chamada epidemia do crack, veiculada pela mídia e pelos políticos, acontece o crescimento do número de CTs no período inicial da construção dos serviços de saúde mental para pessoas com demandas relacionadas ao uso de drogas, em que o SUS passou a ser questionado quanto à possibilidade de atender esse público. Por outro lado, as CTs já vinham se beneficiando dos recursos públicos estaduais e municipais e uma movimentação política na esfera federal considerou que estavam organizadas para atender essa demanda. “[...] Elas possuíam representantes no parlamento que passaram a pressionar o Executivo Federal para integrá-las à assistência a usuários de drogas” (LIMA, 2016, p. 165).

[...] Diante da “epidemia do crack”, construída ideologicamente, os dispositivos públicos estabelecidos na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas em 2004 pareceram não dar conta da situação e, ao invés de acarretar maior investimento para a criação dos equipamentos previstos nesta política, gerou investimento público nas já existentes comunidades terapêuticas. O que temos em termos discursivos é que a solução mais acessível para o tratamento da maioria dos brasileiros acometidos pelas drogas está nas comunidades terapêuticas (BARDI, 2019, p. 155).

As reportagens sobre o consumo do crack escondem e mostram verdades sobre a realidade. Mostram a gravidade da dependência, os desafios para a política de saúde pública, a necessidade de uma política pública capaz de dar respostas sérias e qualificadas aos danos sociais e à saúde ocasionados pelo uso de drogas. Por outro lado, escondem o conservadorismo autoritário sensacionalista dos noticiários, os elementos políticos, econômicos e culturais que

perpassam o consumo de drogas, escondem as violações de direitos legitimadas nas intervenções pautadas na exclusão, criminalização, repressão e violência (BRITES, 2013, p. 50).

Isso pode ser observado nos resultados alcançados pelo Programa até 2014. Todas as ações previstas no âmbito da política de saúde ficaram muito abaixo do esperado. Por exemplo, dos 308 Consultórios na Rua colocados como meta, se efetivou apenas 123; assim como as Unidades de Acolhimento, com previsão de 618 e realizadas 60, e os CAPS AD 24 horas, que de 175 foram criados apenas 59. Isso se deve, em grande parte, ao fato de os municípios não conseguirem atender às exigências do programa, principalmente em relação ao número de habitantes. As Unidades de Acolhimento só poderiam existir em municípios com população superior a 200 mil habitantes (apenas 144 municípios) e o mesmo acontece com os CAPS AD 24 horas. Já as ações no campo da repressão alcançaram e até ultrapassaram a meta prevista, como as bases de videomonitoramento e o aumento efetivo de policiais.

O financiamento de vagas em comunidades terapêuticas alcançou o número de 7.501 vagas até 2014, sendo que esses contratos foram sendo renovados nos anos seguintes. Diferente dos outros serviços de saúde mental que possuem exigências em relação ao porte do município, as CTs alcançam um número de municípios muito maior; para elas não há critério de porte populacional ou quantidade de pessoas atendidas. Dessa forma, a ausência dos serviços de saúde mental em municípios menores propicia também o crescimento das demandas para as comunidades terapêuticas.

Com exigências que muitos municípios não conseguiram cumprir para implementação dos serviços de saúde mental, o avanço da perspectiva proibicionista e a ênfase do programa nas ações policiais, o direcionamento desse programa para determinados grupos sociais, aliado ao subfinanciamento do SUS e ao avanço da privatização dos serviços de saúde, tem-se o caminho para o fortalecimento das comunidades terapêuticas; uma instituição que está aí para atender não só as demandas de saúde mental, mas também aos interesses da programática neoliberal e neoconservadora.

Nessa direção, o Programa Crack também não alcança garantia das seguranças sociais previstas para as políticas de proteção social, entendidas por Sposati (2016, p. 11) como ações coletivas para

superar desproteções, incertezas e fragilidades, em que se destacam segurança de acolhida, convívio, autonomia, equidade e travessia, as quais devem ser usufruídas pelos cidadãos como um direito humano independente de sexo, religião, etnia, idade. Ao contrário, o avanço das CTs no âmbito da saúde e a ampliação da repressão e da violência policial aprofundam as condições de desproteção social da população-alvo dessas intervenções.

Para atender a meta do Programa Crack foram lançados, no âmbito da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça, os editais de credenciamento 01/2012, 01/2013 e 07/2014, com o objetivo de estabelecer contratos com comunidades terapêuticas na prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, a serem financiadas pelo Fundo Nacional Antidrogas. Novos editais de credenciamento foram publicados em 2018 e 2019, anos em que houve a rescisão dos contratos que até então estavam vigentes e a abertura de prazo para que as instituições pudessem realizar o credenciamento.

Para se inscreverem no edital de credenciamento as CTs precisavam ser certificadas como entidades beneficentes de assistência social. A revogada Lei nº 12.101/2009, o Decreto nº 8.242/2014 e a Portaria do Ministério da Saúde nº 834/2016 regulamentaram a concessão de certificado de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde, sendo concedida a certificação a pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que prestem serviços nas áreas de assistência social, saúde e educação, o que inclui as comunidades terapêuticas na prestação de serviços ao SUS no atendimento e acolhimento de transtornos relacionados ao uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

De acordo com a Portaria nº 834/2016, as comunidades que podem ser consideradas instituições beneficentes na saúde são as que realizam prestação de serviços ao SUS no acolhimento de pessoas com demanda de dependência ou abuso de drogas e prestação de serviços de saúde sem a contraprestação do usuário. Essas ações gratuitas podem ser: grupos de ajuda mútua, formação de profissionais, "reinserção social", defesa dos direitos da pessoa com dependência química, prevenção, acolhimento e tratamento da dependência, acolhimento/abordagem de morador de rua, entre

outras ações pactuadas com o gestor do SUS.

Na atual política de atenção a usuários de drogas cria-se o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) do Ministério da Cidadania. A Portaria nº 563/2019 estabelece todos os critérios para credenciamento e descredenciamento de entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares. O processo de credenciamento e contratação das CTs tem sido realizado por meio do Ministério da Cidadania, bem como todo o processo de fiscalização e de financiamento destas.

Os editais consistem em habilitação e pré-qualificação de entidades que estão aptas a celebrarem os contratos e trazem uma série de determinações para os serviços de acolhimento. Afirma-se que essas entidades são destinadas para pessoas que necessitem do afastamento, por período prolongado, do ambiente onde se desenvolveu o uso de drogas; a adesão deve ser voluntária, salvo os casos previstos em lei; devem atender a demanda local, podendo atender também outros municípios ou estados havendo disponibilidade de recursos; cada pessoa poderá permanecer na instituição pelo período máximo de doze meses. Além disso, de acordo com os editais, a contratação limita-se a 50% da capacidade total da entidade e não pode ser exigida contrapartida financeira de usuários ou familiares contemplados com essas vagas (BRASIL, 2012c; 2013a; 2014b; 2018a, 2019d).

Em relação ao acolhimento, as CTs devem seguir as normas estabelecidas no Edital, quais sejam: acolhimento individualizado, comunicar cada acolhimento, alta ou desligamento à unidade de saúde ou de proteção social de referência, comunicar ao Conselho Tutelar o acolhimento de criança e adolescente, garantir a integralidade na atenção à saúde em articulação com o SUS ou por meios próprios, não praticar ações de restrição de liberdade, contenção ou isolamento, comunicar à família as situações de alta, desistência, desligamento ou evasão, articular junto à política de proteção social a preparação para alta e “reinserção social”, informar ao acolhido e ao responsável a gratuidade do acolhimento e as normas da instituição, preservar os direitos do acolhido de ter atenção integral à saúde, visitação de familiares, acesso a meios de comunicação para contato com

familiares, privacidade quanto a vestuário e objetos pessoais (BRASIL, 2012c; 2013a; 2014b).

O processo de habilitação é feito por meio da verificação de regularidade jurídica, fiscal e trabalhista, através de uma verificação técnica dos documentos da empresa e do dirigente responsável. Essa fase verifica a regularidade dos documentos que são descritos no edital e enviados para a SENAD no ato da inscrição. Já a pré-qualificação analisa as condições técnicas para atendimento da demanda. As entidades habilitadas na fase 1 devem enviar à SENAD documentos referentes à proposta de acolhimento, com currículo dos profissionais e voluntários que atuam na instituição, que conste a oferta dos serviços de articulação com a rede de proteção social local, apoio aos familiares, profissionalização e capacitação dos acolhidos e desenvolvimento de atividades culturais, de esporte e lazer. Essa fase também é uma análise documental feita por comissão especial definida pela Secretaria. Será desabilitada ou desqualificada qualquer entidade que esteja em desacordo com os critérios do Edital. Caso seja detectada alguma irregularidade após a contratação, poderá haver rescisão do contrato.

Os editais publicados nesses três anos trazem as mesmas prerrogativas. Foram publicados com o objetivo de alcançar a meta (ampliação no número de vagas financiadas pelo governo federal para 10 mil) estabelecida pelo Programa Crack e os contratos firmados permaneceram e puderam ser renovados nos anos seguintes.

Em 2018 houve a publicação de um novo edital, também por meio da SENAD, o Edital nº 01/2018. Este possuía o mesmo objetivo dos anteriores, porém continha algumas alterações. Em relação à distribuição das vagas, considera-se a prevalência do consumo de drogas e as necessidades de cada região de forma que a oferta de vagas ficou prevista da seguinte maneira: Região Norte 5,49%, Região Nordeste 33,83%, Região Sul 9,39%, Região Sudeste 45,56%, Região Centro-Oeste 5,73% das vagas (se a contratação não atingisse esse percentual, as vagas seriam remanejadas para outras regiões) (BRASIL, 2018a).

Também foi especificado que as CTs deveriam destinar 70% das vagas contratadas para atender demandas locais e 30% poderiam ser usadas para outras localidades. Para esse edital, a contratação de vagas permanece limitada a 50% das vagas totais da entidade, mas

não pode ultrapassar o número de 30 vagas para cada público e a permanência na instituição pode ser de até 12 meses consecutivos ou 24 meses intercalados; se o acolhido esteve em mais de uma CT nesse período, o tempo é somado. Além disso, no período de até seis meses subsequente ao último desligamento, um novo acolhimento só será feito mediante justificativa fundamentada da equipe da instituição e parceria com a rede de cuidados (BRASIL, 2018a).

Essas determinações são feitas a partir da Resolução nº 1/2015 do Ministério da Justiça, que vai regulamentar as comunidades terapêuticas no âmbito do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. Esta resolução define as comunidades terapêuticas como instituições sem fins lucrativos, de adesão e permanência voluntária e transitória, que propicie a reinserção sociofamiliar e econômica do acolhido, a formação de vínculos entre os pares e o desenvolvimento pessoal. Afirma ainda que devem trabalhar de maneira integrada com a rede de serviços no território no cuidado, tratamento, proteção, “reinserção social”, educação e trabalho (BRASIL, 2015a).

O Edital 01/2018 contempla vagas para acolhimento de adolescentes entre 12 e 18 anos, observadas as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente, e também de mãe-nutriz com filho de até um ano. De acordo com a resolução nº 1/2015, a mãe pode ser acolhida com o/a filho/a desde que observados os direitos da criança.

É condição para acolhimento a avaliação médica prévia, podendo ser médico da rede pública ou privada ou da própria CT, e somente deverão ser acolhidas pessoas que façam uso nocivo ou estejam dependentes de substâncias psicoativas, com necessidade de proteção e apoio social e previamente avaliadas pela rede de saúde (BRASIL, 2015).

Na fase de habilitação e pré-qualificação esse edital destaca, além das verificações já previstas nos editais anteriores, a análise do projeto terapêutico que deve prever as seguintes atividades: atividades recreativas, desenvolvimento interior e de autoconhecimento, promoção de autocuidado e sociabilidade, capacitação e formação.

O edital traz uma série de obrigações que a CT contratada precisa cumprir, entre as quais: elaboração do Plano de Atendimento Singular (PAS) em conjunto com o acolhido e o familiar/responsável tendo em vista o protagonismo do usuário; informações sobre o acolhido,

tais como, dados pessoais, histórico de tratamento, substância que usa, motivação para o tratamento, informações do acolhimento, encaminhamentos realizados, resultados e planejamento de saída. Além disso, este deve ser periodicamente revisado.

Assim como estabelecido na Resolução 01/2015, as instituições devem atender às seguintes exigências, devidamente previstas no edital: possuir programa de acolhimento; avaliação prévia na rede de saúde que determine aptidão para o acolhimento; Plano de atendimento Singular; anuência do acolhido por escrito; inserção da família no tratamento; comunicar o início e o encerramento do acolhimento aos serviços de proteção social no território; ter espaço de atendimento coletivo e individual; promover o vínculo familiar e social; permitir visita e comunicação com familiares; atuar de acordo com os direitos humanos e o cuidado humanizado; manter os ambientes sem trancas, chaves ou grades; não praticar castigos físicos ou psicológicos, nem atividades forçadas; fornecer alimentação, higiene e alojamento adequado; realizar articulação com a rede de saúde; articular com a rede de proteção social o cuidado com as famílias e a “reinserção social” do acolhido.

Os acolhidos possuem o direito de: interromper o acolhimento a qualquer tempo; receber tratamento respeitoso independente de religião, orientação sexual, raça, classe, antecedentes criminais; ter privacidade, observadas as regras de convivência; participar de atividades, desde que concorde, e também o direito ao sigilo e anonimato (BRASIL, 2015a).

Todos esses pontos são previstos no Edital 01/2018 no que diz respeito às obrigações que as CTs assumem ao serem contratadas com verba do governo federal. Em 2019 também foi publicado novo edital, contudo, ainda não foram firmados os contratos com as CTs selecionadas. O Edital de Credenciamento Público nº 17/2019, que foi publicado pelo Ministério da Cidadania por meio da SENAPRED, traz as mesmas prerrogativas que o edital anterior, no entanto, com um maior aparato legal devido às legislações aprovadas em 2019 contribuir para o fortalecimento dessas instituições, conforme veremos no tópico que segue.

Em relação ao que se estabelece nos editais enquanto obrigações que devem ser cumpridas, e também sobre esse processo de habilitação e pré-qualificação, destaca-se alguns elementos para

debate. Afirma-se inicialmente que essas instituições atendem à necessidade de afastamento prolongado, em que o tratamento pode ir de seis a doze meses e o acolhido pode, entre saídas e entradas, permanecer no tratamento até 24 meses, se acolhido em instituições diferentes, esse tempo será somado. Após o período de tratamento, passados seis meses, ele pode ser acolhido novamente por meio das vagas financiadas com os recursos públicos. Além de tratamento prolongado, tem-se um processo de institucionalização com possibilidade de reincidência que já indica a existência de situações em que o acolhido não consegue permanecer no tratamento ou que vá de uma instituição à outra em busca da cura.

Cabe ressaltar que esse afastamento prolongado não é apenas o afastamento do contexto onde prevalece o uso de drogas, como preveem os editais, mas pode ser entendido como uma medida de isolamento da família, do trabalho, da convivência em comunidade, do território onde esse indivíduo constrói suas vivências, do acesso a bens e serviços públicos, o que corrobora o entendimento focalizado do uso de drogas em que o indivíduo passa a ser visto apenas do ponto de vista do uso. Reitera, ainda, a perspectiva higienista de recolhimento de pessoas indesejáveis ou com comportamentos “desviantes” do ambiente das cidades; perspectiva que fundamentou a atuação dos manicômios durante séculos e que se reatualiza com o discurso de que é uma medida necessária para a recuperação.

Na contramão da reforma psiquiátrica, as comunidades terapêuticas encontram eco no imaginário social e popular na busca por soluções rápidas, que aceita o afastamento do convívio social de pessoas socialmente marginalizadas, por vezes envolvidas em atividades ilegais, e acaba por legitimar essa lógica de exclusão (ANDRADE, 2011, p. 4669). De acordo com Brites (2013, p. 49), o medo e a insegurança causados na população diante de imagens e discursos chocantes e degradantes expostos pela mídia, alimentam o impulso por uma solução que seja rápida, eficiente e que elimine o crack da realidade, o que nutre o apelo pela repressão e a cura.

Compreende-se que há demandas com especificidades que necessitam do acolhimento 24 horas, por determinado período de tempo ou mesmo da internação, mas não como uma modalidade de tratamento, e sim como uma forma de intervenção em determinado momento desse tratamento. Para isso, o SUS conta com os serviços dos

CAPS AD 24 horas e, para casos mais graves, com os leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, serviços que podem ser fortalecidos e ampliados.

Os leitos em hospitais só se justificam em casos que estão além da capacidade de atendimento dos CAPS AD e dos demais serviços de saúde da RAPS. Mesmo sendo uma modalidade de internação, diferente das CTs, nos hospitais gerais se preserva mais a identidade do usuário, já que este não é o único serviço oferecido, e coloca a atenção ao uso de drogas no mesmo nível dos outros atendimentos de saúde, o que pode contribuir para a redução do estigma que recai sobre os usuários de drogas, principalmente as ilícitas (ANDRADE, 2011, p. 4669).

Apesar de a legislação priorizar o acolhimento voluntário, há a possibilidade de este ser involuntário ou compulsório, conforme prevê a Lei 10.216/2001. Sobre as modalidades de internação, estas podem ser voluntárias, com consentimento do dependente, ou involuntárias, sem consentimento do dependente, mas a pedido da família, do responsável legal ou do servidor público da saúde ou assistência social, mediante decisão do médico responsável e da inexistência de outras alternativas previstas na Rede de Atenção à Saúde e com prazo máximo de 90 dias.

A internação compulsória, por sua vez, é aquela determinada pela justiça – servindo como uma medida punitiva: ou o cárcere ou a internação; no entanto, é vedado este tipo de internação em comunidades terapêuticas acolhedoras (BRASIL, 2019e, CAp. II). Apesar disso, essas entidades reproduzem tal prática. Inclusive, enquanto realizava a pesquisa e buscava informações sobre as comunidades terapêuticas credenciadas, observou-se instituições divulgando a realização de internação compulsória.

A legislação coloca a internação involuntária como último recurso a ser utilizado, mas essa prática nem sempre acontece após a inserção do usuário na rede de atendimento psicossocial e acaba sendo usada como única alternativa, tendo como principal alvo quem faz uso de crack. Essa modalidade de internação viola os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Como afirma Brites (2017, p. 55), viola a autonomia e a liberdade, viola a condição do usuário enquanto sujeito de direitos, fere os princípios do Estado laico, tendo em vista que a maioria das instituições que reproduzem essa prática são de cunho religioso, beneficia a apropriação privada de dinheiro público,

uma vez que não há o controle social sobre essas internações, já que são realizadas em instituições privadas, e, além disso, retrocede à interdisciplinaridade, ao atribuir poder à autoridade médica e judicial.

Denadai (2015, p. 313) afirma que se utiliza da justificativa de que a internação seria a melhor alternativa para o sujeito, uma vez que ele não exerce nenhuma função social, em decorrência do consumo de drogas, e não poderia responder por si mesmo. No entanto, o que acontece é a não escuta e a não credibilidade às palavras desses sujeitos, o que acaba gerando uma postergação de suas demandas e resgata as práticas excludentes e estigmatizantes do modelo asilar. Para Brites (2013, p. 55), a internação involuntária/compulsória é como o canto da sereia: belo e fatal.

[...] Belo porque entoadado em defesa da vida, da integridade e da solidariedade. Irresistível porque ecoa promessas imediatas e definitivas nos ouvidos cansados de ouvir lamentos desesperados de dor, perdas e violências. No entanto, fatal, porque anuncia o irrealizável e retrocede em conquistas (BRITES, 2013, p. 55).

Durante a coleta de dados para este trabalho, chamou a atenção a constatação de que os nomes de muitas CTs trazem palavras como salvação, redenção, libertação, nova vida, novo caminho, resgate, entre outras, assim como, os discursos em sites e redes sociais que prometem a cura, a mudança de vida, o melhor caminho, a única saída, etc. Além de fortalecer a concepção da dependência como uma questão espiritual/demoníaca que precisa de libertação/salvação/redenção, acontece o esvaziamento da concepção de saúde e de direitos, e ainda decepciona porque não é capaz de superar a desigualdade social, a exclusão social, a pobreza, o desemprego, a violência e a desproteção social que fazem parte da realidade dos sujeitos acolhidos, fatores que continuarão a acompanhá-los, já que não houve uma atuação que pudesse transformar essa realidade. O que se observa é que a internação nessas instituições não intervém efetivamente nos determinantes sociais e culturais que, potencialmente, podem levar à condição de dependência.

No entanto, esses modelos de internação atendem a outros interesses. As ações iniciadas a partir do Programa Crack tiveram como um de seus objetivos uma espécie de higienismo nos espaços urbanos, principalmente nas grandes cidades (com ênfase para os períodos de

realização de megaeventos), com grande preocupação com a cidade e sem a devida atenção com a humanidade das ações (BRITO NETO, 2015, p. 67). “A internação funcionou como uma medida medicalizante e higienizante, de sorte que os poderes se articularão para esconder a poeira representada por esses atores sociais estereotipados no tapete de retalhos dos centros de acolhimento e de saúde” (BRITO NETO, 2015, p. 68).

Outro ponto que carece atenção refere-se à articulação com a rede de saúde e assistência social e a perspectiva da atuação intersetorial que estão previstas no Programa Crack, na resolução nº 1/2015 do Ministério da Justiça, na Resolução nº 32/2017 do Ministério da Saúde, na Resolução CIT nº 1/2021, na Portaria Conjunta nº 4/2022, entre outras legislações, nas quais se destaca o fortalecimento da atuação em rede e da intersetorialidade entre saúde, assistência social, segurança pública e comunidades terapêuticas. Os editais de credenciamento também colocam essa articulação como uma das exigências que as CTs precisam seguir.

Neste trabalho não se busca o aprofundamento do debate sobre rede e atuação intersetorial, no entanto, é importante ressaltar que a atuação das instituições na perspectiva de rede intersetorial é a defesa de uma articulação entre o público e o privado no atendimento às demandas de saúde, tendo como direcionamento a tendência já discutida aqui de transferência de recursos e responsabilidades para o setor privado.

A maioria dos conceitos de rede, no campo das políticas sociais, compreendem as redes como estratégias que possibilitam o compartilhamento de recursos, práticas e saberes entre instituições na direção de maximizar a eficácia das ações. A noção de rede remete a parceria, interação, cooperação entre organizações governamentais e não governamentais na defesa do bem-estar, na prestação de serviços e utilização dos recursos e não apenas no financiamento das políticas sociais. A noção de intersetorialidade surge ligada a esse conceito, como uma nova forma de gestão que propõe a parceria no atendimento às demandas dos cidadãos (PEREIRA E TEIXEIRA, 2013, p. 120, 121).

Apesar disso, essa articulação público-privado se concretiza como um esvaziamento da política social como um direito. Pereira e Teixeira (2013, p. 118) afirmam que o surgimento do terceiro setor

foi fundamental para a difusão da atuação em rede, em que o Estado vai estabelecer uma nova forma de se relacionar com a sociedade na implementação de políticas sociais. Nas palavras das autoras:

A adoção dessas formas de gestão em rede, envolvendo setores e atores públicos e privados, é parte do desmonte do Estado Intervencionista e uma reprivatização das formas de enfrentamento da “questão social”, consequência do desmonte promovido pelas reformas neoliberais nos últimos anos, mascarada pelo discurso do alargamento da esfera pública, da participação social. Ademais, o repasse de responsabilidades para o setor privado (mercantil ou não mercantil) defendido pelo terceiro setor é parte de um processo de mercantilização dos serviços sociais para os que podem pagar e de refilantropização dos serviços e bens, para os mais pobres que não podem pagar pelos serviços, com acesso intermediado pelas organizações sociais (PEREIRA; TEIXEIRA. 2013, p. 119).

Ademais, é preciso refletir se o que tem acontecido é apenas o contato no compartilhamento das informações, o que deve acontecer entre órgãos da saúde e da assistência social, somente no encaminhamento do acolhido para os serviços de proteção social ao final do acolhimento – o que consiste em uma articulação burocrática e imediatista – ou se de fato tem sido desenvolvida uma atuação na direção de superar a fragmentação dos serviços, a partir da concepção ampliada de saúde e da integralidade do cuidado.

Outro ponto que carece atenção é o acolhimento em comunidades terapêuticas de adolescentes com demandas relacionadas ao uso de drogas, previsto nos editais de credenciamento, exceto no Edital nº 17/2019, e regulamentado pela Resolução nº 3/2020 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD). Tal acolhimento fica caracterizado como: adesão voluntária, ambiente residencial com valor educativo e de desenvolvimento humano, oferta de projetos terapêuticos que visam a abstinência, avaliação médica e multidisciplinar prévia, elaboração do PIA e vedação do isolamento físico (CONAD, 2020b).

A elaboração do PIA é regulamentada pela Portaria do Ministério da Cidadania nº 690/2021, que prevê que este deve ser elaborado e desenvolvido com a participação do adolescente e de pelo menos um dos pais/responsáveis, no prazo de até 30 dias após o acolhimento, o qual tem que ser atualizado e revisado periodicamente.

O acolhimento de adolescentes com idade dos 12 anos completos aos 18 anos incompletos deve ter autorização prévia dos pais ou responsáveis e ter adesão voluntária, podendo ser interrompido a qualquer momento. A resolução prevê que a CT deve atuar de forma integrada com a rede de serviços de atenção, cuidado, tratamento, proteção, promoção, “reinserção social”, educação e trabalho que atuam no território. Além disso, deve estimular o vínculo familiar e social, garantir o acesso à educação presencial ou EAD, não praticar ações de contenção física ou medicamentosa, nem isolamento ou restrição de liberdade do adolescente – o que é contraditório, já que a própria configuração da CT impõe a restrição de liberdade.

O programa de acolhimento pode incluir a realização de atividades recreativas, desenvolvimento da espiritualidade (que se concretizam como atividades de orientação religiosa cristã, até mesmo de maneira impositiva), autocuidado e sociabilidade, capacitação, formação e práticas inclusivas. A promoção do autocuidado envolve higiene pessoal, arrumação e limpeza de pertences, acomodação e banheiros, participar da elaboração das refeições e limpeza da cozinha e refeitórios, limpeza e organização dos demais espaços, organização e realização de eventos e programas da entidade (CONAD, 2020b). A nosso ver, trabalho não pago realizado por adolescentes, quando deveria haver a contratação de profissionais assalariados para realização de tais atividades. Deixaremos esse ponto para o tópico 4.3 em que será discutido o trabalho como alternativa terapêutica. Cabe destacar que essa determinação da resolução é um gargalo para a realização de trabalhos forçados.

Parlamentares da Frente Parlamentar Mista de Promoção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes editaram o Projeto de Decreto Legislativo (PDL) nº 354/20 pela revogação da Resolução nº 3/2020, por considerarem-na ilegal. Estes afirmam que não é competência do CONAD editar regulamentação de políticas para crianças e adolescentes, e sim atribuição do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), enquanto instância máxima de formulação, deliberação e controle das políticas para infância e adolescência, o qual nem foi consultado sobre essa resolução. Ademais, viola o que está previsto no ECA sobre o acolhimento institucional de crianças e adolescentes, que se trata do acolhimento excepcional como forma de transição para reintegração

familiar e que não pode se confundir com acolhimento em CT historicamente oferecido para pessoas adultas. O que a resolução expressa é uma modalidade ilegal de acolhimento de adolescentes nessas entidades, com o objetivo de atender ampliação do mercado das comunidades terapêuticas (CONANDA, 2020).

A internação de crianças ou adolescentes para tratamento de danos causados à saúde pelo uso de substâncias psicoativas deve ser uma medida excepcional, de acordo com os princípios de atenção integral, prioritária e de intervenção mínima, e precisa ser realizada por instituições cuja ação seja indispensável à promoção dos direitos e à proteção da criança e do adolescente (CONANDA, 2020).

O PDL ainda não foi tramitado no Senado e a Resolução nº 3/2020 continua vigente. Observa-se, ainda, que o acolhimento de crianças e adolescentes já acontecia antes dessa regulamentação, previsto nos editais desde 2013, podendo ser, inclusive, financiado pelo governo. Ações respaldadas pelo Programa Crack e pela Resolução nº 1/2015 que têm como público-alvo, sobretudo, adolescentes usuários de crack, em situação de vulnerabilidade social e os que estão em situação de rua, muitas vezes criminalizados e alvos da violência da polícia e do tráfico.

Esse debate possui uma série de particularidades em relação aos direitos dos adolescentes, ao tratamento destinado a eles, que não pode ser o mesmo dos adultos, as especificidades em relação aos vínculos familiares, o acesso à educação, o contexto de uso de drogas (comum que nessa idade se faça o uso experimental ou ocasional, o que não pode ser confundido com dependência), bem como o próprio processo de desenvolvimento individual de passagem para a vida adulta; o que coloca uma série de complexidades que a pesquisadora não pode alcançar a partir desse estudo. No entanto, é necessária a crítica aqui apresentada, tendo em vista a violação dos direitos dos adolescentes previstos no ECA, que tem sido financiada pelo Estado, já que antes mesmo da regulamentação em 2020, os editais previam o repasse de recursos para o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas.

O perfil das comunidades terapêuticas realizado pelo IPEA (2017, p. 19) indica que 22,4% das comunidades terapêuticas acolheu adolescentes entre 12 e 18 anos incompletos e 1,7% acolheu crianças com menos de 12 anos. Para a permanência de crianças, a única

possibilidade prevista na legislação é o acolhimento da mãe com filho/a.

O Relatório de Inspeção do Conselho Federal de Psicologia (CFP) realizado em 2017 identificou que das 28 instituições pesquisadas, em 11 eram realizadas as internações de adolescentes e em outras havia crianças e adolescentes acompanhando as mães que estavam internadas; constatou também a internação compulsória de uma criança de 11 anos por meio de decisão judicial. Dessas 11 instituições, em apenas duas haviam espaços separados para adolescentes e adultos, nas demais, eles compartilhavam os mesmos quartos.

A Resolução nº 3/2020 já traz em sua redação violações de direitos da criança e do adolescente previstos no ECA e o levantamento realizado pelo CFP indica arbitrariedades ainda maiores. Ao regulamentar essa modalidade de acolhimento, o CONAD desconsidera as constantes denúncias de maus tratos, violência e as condições inadequadas que se encontra nessas entidades.

A literatura acerca da atenção a crianças e adolescentes em CT é escassa, no entanto, se questiona acerca do preparo e da capacidade destas para promover atenção integral a esses sujeitos. Além disso, deve existir o cuidado para que esse acolhimento não funcione como medida punitiva, por meio da privação de liberdade ou como uma alternativa ao sistema socioeducativo.

Paula *et al* (2017, p. 2736) afirma que no campo da saúde mental há esforços nos serviços de saúde mental no SUS para atender crianças e adolescentes, por meio da estratégia de redução de danos, com enfoque intersetorial e interdisciplinar, não apenas por meio da clínica, mas com ações relacionadas ao trabalho, escola, moradia, cultura, família, comunidade e trabalho, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial que podem destinar serviços para o público adolescente. No entanto, há também uma prática institucionalizante, priorizada pelas famílias, que realizam o afastamento do indivíduo do contexto de uso.

Percebe-se, com efeito, a relação antinômica no desafio da assistência aos adolescentes e jovens usuários de crack. De um lado, encontra-se o eixo orientativo baseado em desinstitucionalização, acolhimento, acesso, atenção integral, autonomia e respeito aos direitos humanos, ações territoriais, com articulação entre os dispositivos comunitários sociais e de saúde, para a inclusão social de usuários e familiares, por outro lado, a preservação

de práticas da psiquiatria clássica e morais-religiosas baseadas no tratamento moral e disciplinar, com privação de liberdade e incentivo à abstinência das comunidades terapêuticas brasileiras (PAULA ET AL, 2017, p. 2736).

Apesar das críticas, as comunidades terapêuticas se apresentam às famílias como uma alternativa de cuidado, proteção e desintoxicação. “Os familiares também esperam que as instituições realizem aquilo que já não conseguem realizar, ou seja, manter os adolescentes protegidos, longe das ruas e dos perigos que os cercam [...]” (PAULA ET AL, 2017, p. 2738).

No cenário de desinvestimento e do subfinanciamento das políticas sociais, do ataque aos serviços de saúde mental que atuam de portas abertas na direção de redução de danos, da negação aos princípios da reforma psiquiátrica e de medidas que violam os direitos de crianças e adolescentes – dentre os ataques aos direitos humanos para além da política de saúde – as famílias e os indivíduos se veem entre a “cruz e a espada”, cujas alternativas forçadas pela realidade transitam entre o acolhimento institucional nas CTs e a violência da polícia e do tráfico nas ruas, em que, além da dimensão de saúde, esse acolhimento assume uma dimensão de proteção à integridade física. No entanto, é uma pseudoproteção, inclusive temporária, o que reforça ainda mais a necessidade das políticas de proteção social às famílias e da ampliação da política de saúde mental enquanto política pública de acesso universal, com recursos e profissionais capacitados para atender as demandas do público infanto-juvenil.

Quanto ao acolhimento da mãe nutriz, em que os filhos acompanham a mãe, este também deve seguir as determinações do ECA. Para a entrada nas CTs, considera-se mãe nutriz aquela que iniciar o tratamento quando o filho estiver com menos de um ano de idade.

Historicamente, mães foram internadas em hospícios e manicômios junto com o/a filho/a ou mesmo quando engravidaram ou chegaram grávidas e, após o nascimento, os filhos continuavam na instituição, em condições inadequadas, até o momento em que as crianças eram encaminhadas a outras pessoas da família ou a outras modalidades de acolhimento para crianças. O mesmo acontece nos presídios, onde há a possibilidade de a mãe nutriz ficar junto com a criança no período de aleitamento materno. Não é uma novidade

a institucionalização de mães lactantes em instituições de saúde mental.

É complexo pensar sobre essa questão porque, por um lado, é um direito da mãe e da criança o aleitamento materno e a convivência familiar, por outro, também é um processo de institucionalização da criança que está submetida àquele regime de acolhimento que, como vimos, nem sempre tem as condições adequadas para o cuidado e a proteção, de forma que esse acolhimento de mães lactantes pode também ser alvo de violação dos direitos da criança.

O acolhimento de mães lactantes em instituições fechadas é também uma questão que revela desigualdade de gênero e de classe. Mulheres pobres são institucionalizadas com seus/suas filhos/as como se não houvesse outra alternativa por meio do tratamento domiciliar, ou nos serviços de portas abertas, no caso da saúde mental, ou pela prisão domiciliar, no caso da privação de liberdade.

O uso de drogas por mães também resulta na perda do poder familiar, julgada a incapacidade de cuidado diante da situação de uso abusivo ou dependência. De acordo com Cardoso (2019, p. 5), esse tem sido um dos motivos que mais afastam as famílias de seus filhos, principalmente as mais pobres e/ou em situação de rua, o que resulta na institucionalização de crianças e adolescentes.

[...] A identificação de presença de uso de drogas tem motivado o afastamento de mães e pais de seus filhos sem, no entanto, considerar a complexidade que envolve o uso de drogas, com diversos padrões de uso, desde eventual e recreativo até casos graves, com forte dependência. Não se pode afirmar, tampouco generalizar que todo uso de drogas incapacite as famílias de exercerem a maternidade e a paternidade de seus filhos (CARDOSO, 2019, p. 6).

Vínculos familiares e rede de apoio muitas vezes fragilizados pela dependência colocam a institucionalização de crianças e adolescentes como única alternativa para muitas mulheres, seja na condição de mãe nutriz ou na perda do poder familiar. Isso acontece também pelo processo de desproteção social e responsabilização da mulher pela proteção da família. As CTs vão reforçar isso a partir do seu modelo de tratamento, como veremos no último tópico deste capítulo.

Os editais, assim como as legislações no campo da política sobre

drogas e saúde mental, afirmam a realização de ações que visem a “reinserção social” do acolhido, principalmente por meio do trabalho e da educação/capacitação para o trabalho, bem como propiciem o fortalecimento de vínculos familiares e a inserção da família no tratamento. Deixaremos essa discussão para o terceiro tópico do capítulo, o qual vai contemplar a atuação das CTs.

Os procedimentos que verificam a regularidade das CTs se dão por meio de análise documental, o que não exclui a possibilidade de haver irregularidades dentro dessas instituições no desenvolvimento das intervenções. Por isso, a fiscalização se torna elementar, uma vez que pode ser realizada *in loco* e, além disso, dá voz aos usuários. De acordo com os editais, a fiscalização deve ser realizada diretamente pelo órgão contratante, e indiretamente pelos gestores estaduais e conselhos de direitos ou gestores de políticas sobre drogas, ou por empresa contratada para essa finalidade, sem prejuízo das instâncias de auditoria, fiscalização e do controle social.

O descumprimento das obrigações previstas nos Editais, bem como nas legislações, pode acarretar nas seguintes sanções: advertência; multa de 5% do valor do contrato; impedimento de contratar com a administração pública pelo prazo de até dois anos; inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que os prejuízos causados sejam ressarcidos à administração pública. Se as irregularidades forem constatadas antes da realização do contrato, a entidade será excluída do rol de entidades habilitadas ou pré-qualificadas. Os parâmetros utilizados para fiscalização são:

a) gestão administrativa (será avaliado se a entidade cumpre prazos, se há reincidência no descumprimento de cláusulas contratuais, se há registros de inconsistências na prestação de contas e o índice de faturas rejeitadas); b) estrutura física (será avaliado se a entidade mantém os requisitos da RDC 29/2011 - Anvisa e requisitos deste Edital); c) recursos humanos e equipe técnica (será avaliado se a entidade mantém equipe técnica condizente com a RDC 29/2011 - Anvisa e com os critérios estabelecidos neste Edital); d) projeto terapêutico (será avaliado se o projeto terapêutico está sendo cumprido; será avaliado o quantitativo de acolhidos pertencente à região; será avaliado as ações desenvolvidas junto à rede de saúde e social, visando a “reinserção social” dos acolhidos; será avaliado a participação dos familiares, e ainda, será avaliado as articulações com demais redes como educação e trabalho (programa de sustentabilidade). e) sanções administrativas aplicadas no decorrer da execução do

contrato; f) denúncias recebidas; e g) resultados obtidos por meio das pesquisas de eficiência, eficácia e efetividade realizada por parceiros da SENAD (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2019c).

A Portaria nº 562/2019 do Ministério da Cidadania cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento das comunidades terapêuticas no âmbito da SENAPRED e, além do que está previsto nos editais, afirma que a fiscalização será realizada *in loco* pelo menos uma vez a cada 12 meses, e no calendário de fiscalização terão prioridade aquelas CTs com existência de denúncia ou irregularidades na execução do contrato, mês de término de vigência do contrato, quantitativo de vagas disponibilizadas, disponibilidade logística para a fiscalização, nessa ordem. No entanto, se houver impedimentos logísticos a fiscalização não será realizada.

Com a pandemia da Covid-19, foi instituída a fiscalização remota, a ser realizada por meio de videoconferência em todas as comunidades terapêuticas contratadas que disponham de acesso à internet, para verificar o cumprimento da prestação de serviços pelas comunidades terapêuticas contratadas pela SENAPRED. A fiscalização presencial pode ser realizada de forma complementar para verificação de fatos ou de irregularidades (BRASIL, 2021b). Nesse caso, a localização de grande parte das CTs em áreas rurais pode ser um impedimento para a fiscalização, tanto por causa do acesso que pode ser dificultado, quanto pela ausência de internet na região.

O processo da fiscalização consistirá em chamada dos usuários que foram acolhidos por meio das vagas financiadas pelo Ministério da Cidadania; entrevista reservada, com oitiva de, no mínimo, três acolhidos, selecionados pelos fiscais, não podendo ser gravada para assegurar a privacidade destes; e vistoria nas instalações físicas da entidade para verificação de conformidade com os requisitos do Edital e do contrato. A fiscalização terá sua execução sempre gravada, exceto quando os acolhidos estiverem sendo entrevistados.

O Sistema Eletrônico de Gestão de comunidades terapêuticas (SISCT) também é usado como um instrumento de fiscalização. Por meio dele é realizada a comprovação da prestação de serviços e de acolhimento e ficam anexadas as notas fiscais e os respectivos pagamentos.

De acordo com Vasconcelos (2014, p. 129), os serviços de

acolhimento e internação devem ser frequentemente monitorados e fiscalizados, principalmente as instituições fechadas que possuem acesso limitado. A fiscalização é obrigação legal dos gestores da rede de saúde mental, de secretarias e entidades de direitos humanos, do legislativo, da vigilância sanitária, do Ministério Público, dos conselhos profissionais, incluindo visitas regulares e conversas com usuários e familiares. No entanto, essa prática ainda está sendo construída no Brasil, de forma que em muitos municípios nem existe ou funciona de forma precária. O autor afirma ainda:

Dada a fragilidade da pessoa durante a crise e a internação, e o alto risco de ocorrer alguma forma de desrespeito a seus direitos fundamentais por parte dos serviços de internação, os seus familiares, representantes pessoais, amigos e companheiros do movimento de usuários e familiares, têm o direito e o dever de realizar visitas e telefonar regularmente. Devem avaliar o seu estado de saúde, bem como acompanhar e fiscalizar cada passo do processo de internação e das formas de tratamento utilizadas, por exemplo, pedindo o acesso ao prontuário. Em caso de alguma irregularidade ou desrespeito a direitos, estas pessoas têm o dever de tomar as medidas necessárias para impedi-las (VASCONCELOS, 2014, p. 129)

Ou seja, além da fiscalização a ser realizada pela SENAPRED, que possui limitações de logística e acontece esporadicamente, destaca-se a importância de outras instâncias fiscalizadoras, inclusive os próprios familiares e amigos que são as pessoas externas à instituição com quem os acolhidos possuem um maior contato, os quais podem identificar situações de violações de direitos; o que impõe desafios, tendo em vista que nem sempre o usuário ou a família tem a compreensão de que estão diante de irregularidades. Há também uma certa naturalização de determinadas práticas, até mesmo colocadas como normas para o funcionamento da entidade, como por exemplo as punições/castigos e as práticas religiosas forçadas.

Outro desafio à fiscalização é que muitas vezes não se consegue alcançar instituições funcionando sem registro. Essa fiscalização realizada pela SENAPRED é prevista apenas para as CTs credenciadas. Fica para os demais órgãos competentes monitorar outras instituições que possam atuar clandestinamente.

Destaca-se a atuação do Ministério Público na direção de fiscalizar violações de direitos humanos, internações forçadas e o acolhimento em regime fechado. No Estado do Tocantins,

entre outras intervenções, em 2016 o Ministério Público Estadual determinou a interdição do Centro Terapêutico de Araguaína, que realizava internações compulsórias e involuntárias, mas não tinha autorização para prestar esse serviço, bem como não prestava nenhum tipo de tratamentos aos internos, pois não contava com equipe de profissionais, nem de plano terapêutico. Em 2021, o MPTO concedeu liminar para interdição do Centro de Tratamento Livre para Viver, em Miracema do Tocantins, onde constatou a ausência de projeto terapêutico, inexistência de atuação de profissionais de forma contínua, inexistência de articulação com a rede, além de situações de maus tratos e insalubridade.

O relatório de inspeção do Conselho Federal de Psicologia identificou uma série de violações de direitos, tais como: restrições de acesso à comunicação, privação de liberdade, castigos, punições, violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual, trabalhos forçados e destaca, ainda, possíveis situações de violações de direitos em instituições financiadas pelo governo dada a natureza das contratações.

É preciso lembrar, ainda, que qualquer destinação de recursos públicos deve contar com a fiscalização e acompanhamento das práticas desenvolvidas pelo destinatário dos recursos, o que não foi identificado nas vistorias. Os dados coletados pela inspeção nacional em comunidades terapêuticas apontam, portanto, que o financiamento indiscriminado de instituições dessa natureza acaba por resultar na destinação de recursos públicos a locais onde há violações de direitos (CFP, 2017, p. 18).

A fiscalização é compreendida então como um importante instrumento para a garantia de respeito aos direitos humanos e para o cumprimento das exigências legais colocadas para o funcionamento das CTs e que precisa avançar para além de verificação documental, numa direção crítica, inclusive na problematização das próprias rotinas institucionais que, por vezes, naturalizam cotidianamente violações e violências.

Sobre o financiamento, além da finalidade prevista no edital de que são valores para custear as despesas de 4 refeições diárias, habitação, materiais de higiene, projeto terapêutico e pagamento dos profissionais, houve também contratos específicos para compra de móveis, equipamentos para montar cozinha, compra de veículos,

construção de usinas fotovoltaicas, aquisição de bens para ampliar estrutura física. Além disso, outros valores podem ser provenientes de doações de patrimônio público (como terrenos e automóveis), contratos com outros órgãos estaduais, municipais ou doações da iniciativa privada, bem como das igrejas, entre outras estratégias que não entraram na pesquisa, mas mostram a diversidade de captação de recursos.

Os atuais valores estabelecidos no Edital 01/2018 são de 1.172,88 por mês, por serviços de acolhimento de adulto; 1.596,44 por mês, por serviços de acolhimento de adolescente; 1.528,02 por mês, por serviços de acolhimento de mãe nutriz, acompanhada do lactente. Valores que são pagos para cada acolhimento realizado, após comprovação de prestação de serviços no SISCT, em que o usuário pode ser acolhido pelo período máximo de 12 meses consecutivos ou 24 meses intercalados, períodos que serão somados caso ele mude para outra entidade. A comunidade recebe pelos dias em que a pessoa ficou acolhida e o valor destinado para uma vaga continua a ser pago caso a pessoa saia e entre outra para ocupar a mesma vaga.

De acordo com os dados obtidos por meio da coleta de dados no Portal da Transparência e no Diário Oficial da União em 2021, os editais de 2012, 2013 e 2014 resultaram na contratação de 389 comunidades terapêuticas com o repasse financeiro de 199 milhões de reais ao longo dos anos de 2013 a 2018, já que os contratos firmados foram sendo renovados. Por meio do Edital publicado em 2018 aconteceram 253 contratos, que foram sendo renovados por 2019, 2020 e 2021, com CTs em todo o país, sendo mais de 65 milhões de reais destinados a elas até o momento da pesquisa. O edital 17/2019 pré-qualificou 528 entidades. Até o momento da coleta de dados não havia contratos firmados, mas a previsão é o financiamento de 90 milhões de reais por ano.

De acordo com os relatórios de gestão da SENAD, esses recursos financiaram, até 2018, 37.756 vagas em CTs, sendo que nos anos de execução do Programa Crack houve um boom em relação ao repasse de verbas, que voltou a crescer em 2018 com a “nova” política de atenção a usuários de drogas. No entanto, mesmo nos anos em que houve uma queda na contratação de vagas, o quantitativo ainda é muito significativo.

Contraditoriamente aos discursos que justificam os

cortes de verbas para as políticas de proteção social, inclusive o subfinanciamento da saúde, observa-se um crescimento acelerado dos valores destinados ao custeio das vagas em CTs, o que reforça o processo de sucateamento do SUS e a privatização dos serviços de saúde.

Há um desencontro de informações, ou seja, uma não transparência nos dados disponíveis pelo governo federal e, ainda, documentos que não foram encontrados durante a pesquisa, principalmente após 2018. De acordo com o informativo de gestão da SENAPRED (2020), em 2018 havia 2.900 vagas financiadas pelo governo federal, no entanto, o relatório de gestão da SENAD (BRASL, 2018e) divulgou o financiamento de 7.100 vagas. Constata-se também contratos realizados que deveriam ser de domínio público, por meio do Portal da Transparência, e que não foram divulgados, portanto, o número de contratos e o valor do repasse é maior que as informações encontradas pela pesquisadora. A pesquisa indica o valor de 65 milhões repassados às CTs em 2018, 2019 e 2021, contudo, dados da SENAPRED informam que apenas em 2020 esse valor foi de 130 milhões.

O Relatório de Gestão de 2018 traz uma informação importante em relação ao número de pessoas acolhidas e afirma que das 7.100 vagas contratadas, cerca de 13 mil pessoas foram atendidas, sendo que em 2020, das 10.680 vagas, 27.000 pessoas foram contempladas, o que pode indicar um tempo de tratamento menor que o previsto, e por isso no prazo de doze meses mais de uma pessoa foi acolhida na mesma vaga, mas também pode indicar a não permanência e desistência do tratamento.

Constata-se, ainda, a existência de redes de comunidades terapêuticas que possuem filiais em vários estados e todas captam recursos federais. A maior delas é a Obra Social Nossa Senhora da Glória – Fazenda da Esperança, que atua desde 1983 na “[...]recuperação de pessoas que buscam a libertação de vícios, principalmente do álcool e da droga [...]”, por meio do acolhimento sustentado no tripé trabalho, convivência e espiritualidade, a partir de orientação religiosa católica. A Fazenda possui filiais em todos os Estados brasileiros e também na Ásia, África e em outros países da América e Europa, com mais de 100 unidades (PORTAL FAZENDA, 2022). A coleta de dados mostra 76 contratos firmados entre 2013 e 2021 somente entre as filiais da

Fazenda da Esperança, o que lhes rendeu quase 34 milhões de reais.

Diante do exposto, verifica-se que estas são instituições privadas de caráter não lucrativo, financiadas e mantidas com recursos públicos, que, além disso, se utilizam de recursos advindos de outras empresas em forma de doação, cobram mensalidades nas demais vagas que não são contempladas no financiamento e economizam em mão de obra ao utilizar o trabalho gratuito dos acolhidos, principalmente em atividades de limpeza, organização, manutenção e produção de alimentos. Embora tenham uma natureza jurídica beneficente, se mostram um lucrativo negócio.

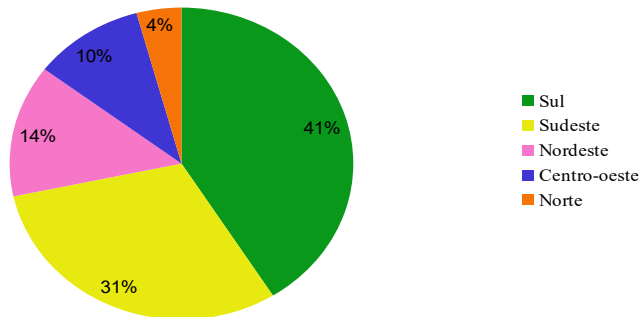
Apesar das entidades atuarem em parceria com o serviço público, elas são um espaço privado, cujas relações são atravessadas pela mercantilização e metas de lucratividade com total liberdade na gestão dos serviços que, em relação aos lucros, não atendem ao interesse público e sim particular. Importante reiterar que são espaços que atuam na contramão do estado laico e com dificuldade de regulação e fiscalização quanto à garantia de direitos humanos (SILVA, 2018, p. 48).

Apesar da lei definir essas instituições como sem fins lucrativos, nada impede que elas lucrem e acumulem. O que a lei determina é que seus lucros sejam revertidos em suas próprias atividades. Os lucros não podem ser distribuídos, pelo menos sob essa forma. Mas podem ser repassados sob a forma de salários, basta que seus dirigentes estabeleçam vínculos empregatícios com a instituição. [...] A legislação que torna as instituições sem fins, não faz com que essas deixem de ser empresas capitalistas (CISLAGHI, 2015, p. 111).

Destaca-se, portanto, a legitimação das CTs no cuidado e tratamento às demandas de abuso e dependência de drogas, que se legitimam pela gama de legislações, principalmente aprovadas a partir de 2017, e pelo financiamento de suas ações por parte do Governo. Dessa forma, ganham um importante espaço na política de saúde mental, na contramão da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

A coleta de dados também trouxe informações sobre a localização geográfica das CTs contratadas, bem como o quantitativo de instituições nessas regiões.

Gráfico 3 – comunidades terapêuticas contratadas por região, entre os anos de 2013 a 2021



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa (2022)

Há grande concentração de recursos na Região Sul, principalmente nos contratos a partir de 2018, tendência já observada nos anos anteriores, embora os indicadores divulgados no Edital 01/2018 coloquem a Região Sul como uma das regiões que menos possui demandas por financiamento de vagas em comunidades terapêuticas, para a qual poderia ser destinada apenas 9,39% dos recursos. Enquanto na Região Nordeste, com previsão de receber 33,83% dos recursos, houve um número muito menor de CTs contratadas. Parece não haver uma destinação de recursos de acordo com as necessidades regionais, e sim uma contratação em massa, de forma indiscriminada, tendo como principal objetivo cumprir as metas estabelecidas, sem o real conhecimento das demandas.

A Região Sul concentra 22,4% das vagas em comunidades terapêuticas, enquanto a Região Nordeste está com 20,2% dessas vagas, de acordo com dados do IPEA em 2017; no entanto, o Sul recebeu 41% dos recursos, enquanto o Nordeste recebeu 14%, havendo, portanto, uma priorização da Região Sul quanto ao repasse de verbas.

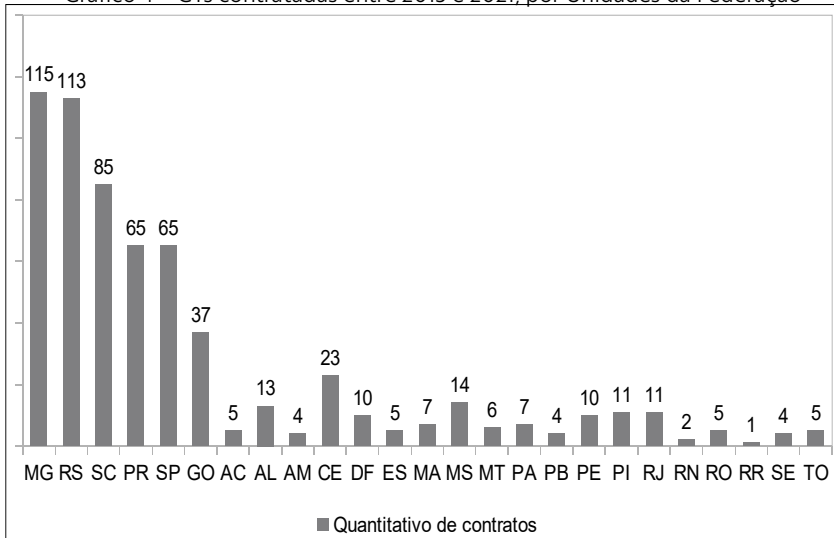
A Região Norte, por sua vez, teve a menor quantidade de contratos. No Tocantins, observou-se que esses contratos foram todos dos editais divulgados em 2012, 2013 e 2014. A partir de 2018 não houve contratações para esse estado, portanto, de acordo com a pesquisa, não há CTs sendo financiadas com recursos federais no Tocantins, mas sabe-se que há instituições sendo financiadas pelo

estado e pelos municípios.

Diante de um número ínfimo de verba para essa região, e considerando que há uma concentração de esforços para expansão dos atendimentos nas comunidades terapêuticas, inclusive sendo priorizadas em relação aos CAPS, fica a preocupação em relação aos investimentos e a capacidade de atendimento a essas demandas nos serviços de saúde mental do SUS, principalmente por se tratar de uma região com muitos municípios de pequeno porte populacional – que implica na impossibilidade de implementação desses serviços – e também pelo distanciamento geográfico entre esses municípios, o que dificulta o acesso a serviços regionalizados.

Constata-se a concentração de CTs contratadas em seis estados, principalmente Minas Gerais e Rio Grande do Sul, como mostra o gráfico.

Gráfico 4 – CTs contratadas entre 2013 e 2021, por Unidades da Federação



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa (2022)

MG, RS, SC, PR, SP e GO também são os estados com maior número de comunidades terapêuticas de acordo com dados do IPEA em 2017. Chama atenção a herança histórica manicomial no estado de Minas Gerais – onde localizou-se o maior manicômio do país, em Barbacena – que pode ser um determinante para a grande concentração dessa modalidade de instituição asilar, e também as

concepções políticas e sociais na região sul do Brasil, que inclusive concentrou cerca de 70% dos votos no Governo Bolsonaro, o que indica uma sociedade conservadora, alinhada aos ideais da política de guerra às drogas.

Essa diferença regional não se dá apenas em relação aos investimentos em comunidades terapêuticas, mas em relação às políticas de proteção social. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste possuem uma maior concentração de atividades econômicas e maior índice populacional. De acordo com dados do Portal da Transparência de 2022, os estados de RS, PR, MG e SP estão entre os estados com maiores gastos em saúde pública, enquanto os da região Norte, e maior parte da região Nordeste, concentram os menores investimentos.

Os menores índices de desenvolvimento humano registrados em 2020 estão nas regiões Norte e Nordeste, como mostram os dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Em 2020, o IBGE indicou que 47,9% da pobreza no país estava na Região Nordeste, enquanto 26,1% se concentrava na Região Sul. Dessa forma, observa-se que as desigualdades regionais evidenciadas no repasse dos recursos para as CTs refletem a desigualdade social e a desproteção social que atingem principalmente os estados localizados nas regiões Norte e Nordeste; herança do desenvolvimento econômico e social do país em que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste trazem a marca do coronelismo e da maior concentração de riquezas.

Esse tópico buscou uma análise mais direcionada para a contratação de comunidades terapêuticas, do Programa Crack, dos editais de credenciamento e das legislações que direcionam o processo de contratação e definição de responsabilidades que devem ser cumpridas.

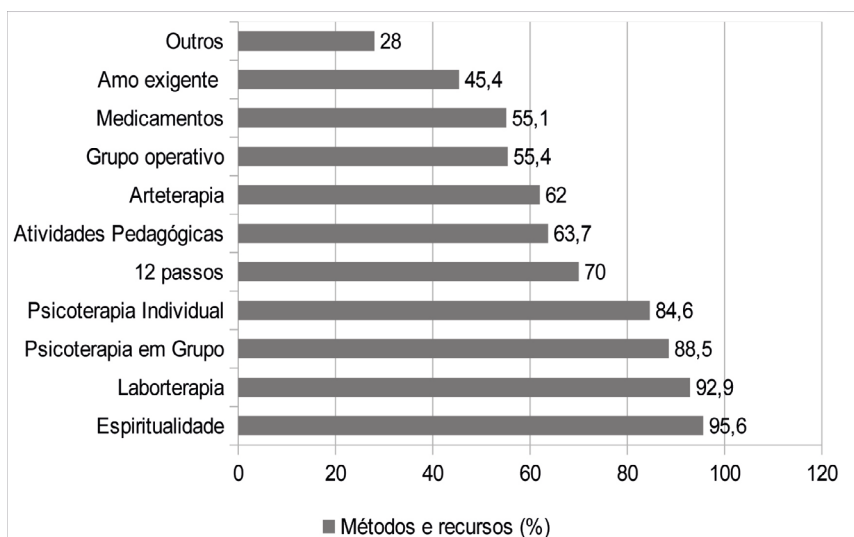
3.2 O modelo de atenção em saúde mental materializado nas comunidades terapêuticas

Diante dos debates realizados até o momento, acerca dos preceitos que fundamentam as CTs e do financiamento público, esse último tópico dedica-se ao debate sobre o modelo de atenção concretizado por essas instituições. Tendo como parâmetro os dados obtidos pelo IPEA na pesquisa de perfil das comunidades terapêuticas (2017) e pelo CFP no relatório de inspeção em 2017, considera-se fundamental o debate sobre trabalho, religiosidade e normas

disciplinadoras adotadas pelas CTs. Inicialmente, buscou-se discutir o tripé fé-trabalho-disciplina que orienta as ações das comunidades terapêuticas e, mais adiante, foi feito um panorama sobre as situações de violação de direitos humanos identificadas nas entidades.

A espiritualidade – interpretada como religiosidade – e o trabalho aparecem como os principais recursos terapêuticos adotados pelas CTs, de acordo com os dados do IPEA.

Gráfico 5 – Métodos e recursos terapêuticos



Fonte: Perfil das comunidades terapêuticas (IPEA, 2017)

Por religião, entendemos um conjunto de valores, crenças, textos, rituais, práticas e estruturas simbólicas, coletivas, com alto nível de institucionalização, continuidade histórica e poder social que possibilita uma relação controlada dos adeptos com a esfera do sagrado, com os projetos e ideais de vida destes, com as demais pessoas e com a sociedade mais ampla. Por vezes, as formas de espiritualidade se diferenciam das religiões por constituir crenças e práticas de relação com o sagrado, com forças cósmicas ou apenas de desenvolvimento pessoal e ético-político, mas com baixo nível ou nenhum tipo de institucionalização estável. As ideias e práticas religiosas e espirituais, os ritos e os mitos, presentes ao longo de toda a história humana, buscam responder a variadas necessidades,

perguntas e desafios humanos (VASCONCELOS, 2016, p. 100).

Tonet (2009, p. 97) afirma que a espiritualidade alcança a filosofia, ciência, educação, arte, comunicação, religião, valores, comportamentos e relações sociais, dimensões da vida social que são profundamente atingidas pela reprodução do capital. De acordo com lamamoto (2009, p. 24), a reprodução de um modo de vida envolve o cotidiano da vida social e não apenas a reprodução da força viva ou dos meios materiais de produção. Envolve a vida material e espiritual em suas formas de consciência social, sejam elas jurídicas, religiosas, artísticas, filosóficas e científicas, por meio das quais os homens pensam e se posicionam na sociedade.

O que acontece nas CTs é que essa concepção de espiritualidade se reduz à religião e, mais que isso, restringe-se a uma única religião, cristã; o que além de excluir as demais formas de expressão religiosa, vai de encontro à laicidade do Estado.

O Estado laico é uma conquista histórica no campo dos direitos e torna inaceitável qualquer atuação do Estado pautada em convicções religiosas sobre a vida social e privada. Ou seja, este não pode ter como parâmetros valores fundados em crenças religiosas para legislar sobre a vida dos indivíduos. Dessa forma, as políticas sociais e o ordenamento jurídico devem respeitar as liberdades individuais de manifestação religiosa (CFESS, 2015).

As ameaças ao Estado laico configuram-se como expressões do avanço do conservadorismo e do irracionalismo neste contexto de agudização dos antagonismos de classe e, conseqüentemente, uma ameaça ao processo de democratização da sociedade e do Estado brasileiro (CFESS, 2015)

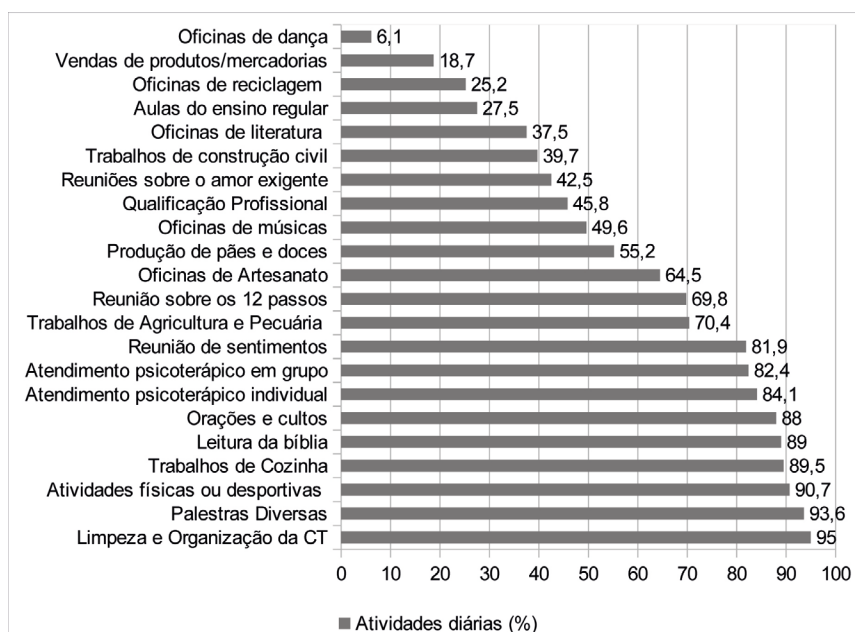
No entanto, há inúmeros ataques a esse caráter laico do Estado brasileiro que representam o avanço do conservadorismo, da intolerância religiosa, a introdução de elementos religiosos no ordenamento jurídico na tentativa de impor convicções religiosas a interesses particulares, como se fossem valores universais (CFESS, 2015). Exemplos disso: o avanço da bancada religiosa na câmara dos deputados, o conservadorismo que permeia o debate dos direitos de pessoas LGBTQ, sobre a legalização do aborto, sobre a legalização da maconha, e que vêm influenciando o avanço das comunidades terapêuticas e a inclusão da religiosidade como estratégia de

intervenção em saúde mental.

As atividades religiosas e a laborterapia assumem um papel central nesse modelo de tratamento, seguidas das práticas terapêuticas de psicoterapia, grupo operativo, atividades pedagógicas e arteterapia, do uso de medicamentos e dos métodos AA e Amor Exigente, sendo que esses dois últimos também reforçam a espiritualidade. É contraditório, sobretudo, que as instituições que deveriam, de acordo com os dispositivos legais, serem lugares de tratamento em saúde mental, tenham atividades de limpeza e organização ou atividades religiosas realizadas em maior porcentagem que as ações psicoterapêuticas.

Como afirma Iamamoto (2009, p. 10), a reprodução das relações sociais na sociedade capitalista é a reprodução de um modo de vida e trabalho que envolve o cotidiano da vida social, de forma que a reprodução da força de trabalho não é apenas a reprodução do trabalho vivo e dos meios de produção, mas se refere à globalidade dessas relações e envolve a reprodução da vida material e da vida espiritual, ou seja, das formas de consciência social: jurídicas, religiosas, artísticas, filosóficas, científicas.

Gráfico 6 – Atividades Diárias



Fonte: Perfil das comunidades terapêuticas (IPEA, 2017)

Como é possível observar, as atividades são centradas em trabalho, práticas religiosas, ensino, esporte e atendimento psicoterapêutico. Chama atenção que as atividades direcionadas para a “reinserção social”, como as aulas do ensino regular, qualificação profissional e os trabalhos desenvolvidos que podem continuar sendo desempenhados fora da entidade, como no caso da construção civil, não são ênfase dentro desse modelo de tratamento. Embora a legislação coloque a “reinserção social” como um dos principais objetivos dessas entidades, estes ficam em uma posição secundária se comparados com as atividades religiosas e a limpeza/ organização da instituição.

Tal prática remete ao regime de acolhimento das Workhouses, destinadas aos pobres desempregados que ficavam reclusos e obrigados a realizarem trabalhos forçados, enquanto recebiam o mínimo para sobreviver (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 48), mas no lugar de trabalhar para justificar a assistência recebida, atribui-se ao trabalho a finalidade terapêutica.

De acordo com a política sobre drogas, o trabalho e as atividades educacionais de formação e capacitação deveriam ser os principais meios para a “reinserção social”, no entanto, o trabalho realizado durante o tratamento são atividades que se materializam fora da CT como trabalho informal, com baixa remuneração e quase sempre precarizados, enquanto as atividades educacionais não são realizadas em mais da metade das instituições.

A educação por meio de cursos de capacitação e formação profissional, ou até mesmo a oferta do ensino regular, pode ser feita por meio do ensino presencial ou à distância, já que o deslocamento do interno para locais fora da comunidade terapêutica só é realizado em último caso ou em situações emergenciais, como aponta o relatório do Conselho Federal de Psicologia. Essas atividades educacionais deverão ocorrer por meio de profissionais que se dirijam até o local, condicionando o acesso ao ensino à possibilidade de haver profissionais disponíveis e de existir estrutura para essas atividades, ou então por meio do ensino à distância, que além de ser um ensino precarizado, também fica limitado pela dificuldade de acesso à internet, principalmente nas zonas rurais.

Citada em quase todos os documentos e legislações que

versam sobre drogas, saúde mental e comunidades terapêuticas, a “reinserção social” é compreendida como atividades integradas para sua integração ou reintegração em redes sociais e devem seguir os princípios de: respeito ao usuário, consideração das particularidades sociais e culturais dos usuários e familiares, existência de projeto terapêutico orientado para a inclusão social, atenção multidisciplinar, sempre que possível, estímulo à capacitação técnica e profissional, efetivação de políticas voltadas para educação e trabalho e orientação adequada sobre as consequências do uso de drogas (BRASIL, 2006).

Usamos a palavra “reinserção social” entre aspas porque o lugar que esses sujeitos ocupam faz parte da sociedade. As relações de compra estabelecidas nos pontos de venda de drogas, as relações interpessoais no âmbito do uso, as instituições de saúde e assistência social que prestam atendimento, as abordagens policiais, a segregação, a discriminação, o desemprego, a falta de acesso a bens e serviços, a moradia nas ruas, a fragilização de vínculos familiares e comunitários e demais espaços e vínculos que fazem parte da vida desses indivíduos são parte da sociedade. O que a política propõe é um reordenamento da vida social.

O que a política de saúde mental trata como “reinserção social” é a reinserção do sujeito à moral capitalista da vida produtiva, da educação/capacitação para o trabalho, da família como base do cuidado (desconsiderando que nem sempre essa família possui a capacidade para cuidar), do consumo apenas de produtos legalizados (inclusive do álcool, que é legalizado e, mesmo que o seu uso possa acarretar danos à saúde, não é alvo da PNAD) e do ajustamento social à ordem vigente – que é hegemonicamente cristã e conservadora. A “reinserção social” em uma sociedade da qual advêm os fatores que podem levar ao uso de drogas, uma vez que esse uso pode estar relacionado com outras expressões da “questão social”. Por isso, entende-se que o tratamento em saúde mental deve acontecer a partir da concepção ampliada de saúde, e as intervenções frente ao uso de drogas precisam alcançar a totalidade da vida social desses indivíduos e, mais que isso, a transformação dessa realidade.

A manutenção dos vínculos familiares é incompatível com esse modelo de trabalho das CTs. O indivíduo já entra ali com os laços familiares perdidos ou fragilizados. Há locais que desenvolvem programas que possibilitam a reintegração desses vínculos, no entanto,

essa prática não é rotineira. O que a realidade mostra é que grande parte dos dependentes químicos após saírem das CTs, completando ou não o tratamento, recaem no uso das substâncias quando retornam para o seu meio social. Muitos passam a vida dentro das CTs, indo de uma à outra porque, de fato, ficam incapazes de retornar à sociedade e manter-se “livre” do uso de drogas (DAMAS, 2013, p. 59).

Nestes casos, pode-se implicar que o processo de aculturação à CT e institucionalização mostra-se tão intenso que impede o retorno do indivíduo à sociedade. O self individual é identificado com a cultura da CT, e não mais com qualquer outra de fora. As tentativas de retorno à sociedade tendem a ser fracassadas – representadas pela “recaída” – o que reforça cada vez mais a institucionalização (DAMAS, 2013, p. 59).

Nos moldes propostos pela atual política de saúde mental, essa “reinserção social” não está falando do respeito à autonomia, da liberdade para fazer suas escolhas, da construção de alternativas concretas para uma vida sem o uso drogas, nem da proteção social às famílias, dando a elas condições para prover o cuidado aos seus membros. O processo de institucionalização e enclausuramento das CTs tende a substituir essa “reinserção social” pelo ajustamento moral e pelo controle sobre os corpos.

Ademais, o isolamento em instituições que separam os sujeitos do convívio social e familiar reforçam a segregação, a discriminação e a perda dos vínculos familiares e sociais, ao passo que os serviços abertos promovem a reinserção das pessoas na vida em sociedade ao fortalecer vínculos e redes estabelecidas, e reforçam a luta contra a segregação e discriminação difusas na sociedade em relação a pessoas que fazem uso de drogas (VASCONCELOS, 2014, p. 49).

Um dos recursos citados para alcançar a “reinserção social” é o trabalho, que de fato se realiza de duas formas, conforme observamos nos gráficos acima, a primeira por meio do trabalho doméstico de organização, limpeza, manutenção e cozinha – pensado também como recurso terapêutico – e a segunda é a capacitação ou as práticas que levam a uma profissionalização para que possam desenvolver atividades remuneradas fora das entidades, para alcançar a reinserção econômica.

Cabe ressaltar ainda que essas questões de formação, emprego, renda, família e etc, são pensadas como alternativas de tratamento,

mas não se enfatizam esses pontos quando se fala da prevenção ou da proibição; nesses momentos, predominam a disseminação do medo, a repressão e a violência. Essas alternativas são elementos que podem auxiliar na recuperação do usuário, mas também podem atuar como estratégias para prevenir o uso, por meio do acesso aos direitos sociais e da minimização da desigualdade social.

O trabalho ocupa o seu lugar no cuidado em saúde mental desde o século XIX nos manicômios e hospícios e está associado tanto à noção da cidadania quanto de saúde mental, colocando como saudáveis aqueles sujeitos que estão aptos para o trabalho. Uma concepção que não está desconectada com a realidade, mas está conectada com a ideologia do capitalismo.

A laborterapia consiste numa terapia por intermédio do trabalho. Envolve tanto tarefas de manutenção da própria comunidade (limpeza e preparo de refeições) quanto atividades produtivas (agricultura, construção civil, artesanato, confecção de produtos para venda, entre outros). Visa ao disciplinamento dos acolhidos para o mundo do trabalho – condição entendida como essencial para a “ressocialização” e “adequação social” dos sujeitos que fazem uso problemático de drogas (SANTOS, 2018, p. 12).

O trabalho, que na maioria das comunidades terapêuticas é obrigatório, seria um coadjuvante do processo disciplinar. Nos primórdios da psiquiatria, o trabalho supostamente era capaz de fazer o alienado voltar à realidade e construir hábitos saudáveis a partir de uma reorganização do seu comportamento (SOUZA; NUNES; SANTOS, 2018, p. 64).

A reforma psiquiátrica questionou esses princípios de ocupação, normatização e controle dos corpos que se perpetuaram nos manicômios e propôs a superação da laborterapia. Os profissionais que passam a atuar nessa área construíram estratégias de cuidado e tratamento a partir de atividades sem o sentido do tratamento moral, a fim de proporcionar a formação e o acesso ao trabalho efetivamente como instrumentos de reinserção social, por meio da promoção da autonomia, construção da cidadania e do respeito aos interesses e habilidades dos indivíduos (CFP, 2017, p. 83).

No entanto, as CTs reatualizam aquele sentido que o trabalho possuía anteriormente, utilizando-o como instrumento disciplinador e até mesmo punitivo, de forma que não coaduna com a construção

de projetos terapêuticos singulares, não possui horizontes de desenvolvimento de potencialidades ou de formação profissional. Esta é, também, uma maneira da instituição não arcar com os custos da manutenção dos locais, potencializando as margens de lucro (CFP, 2017, p. 83).

O relatório do CFP (2017, p. 16) mostra o emprego da laborterapia como ferramenta de disciplina em que são realizados trabalhos de limpeza, preparação de alimentos, manutenção, vigilância e até mesmo controle e aplicação de medicamentos. Identificou-se uma situação no Rio Grande do Norte em que os internos estavam sendo usados na construção civil, em obras particulares dos dirigentes da comunidade terapêutica.

Os dados dessa pesquisa indicam uma possibilidade bem maior desses trabalhos cumprirem muito mais a função de mão-de-obra forçada, explorada, não paga e, mais que isso, sem nenhuma regulamentação quanto aos direitos trabalhistas assegurados em lei, que de fato exercerem alguma função terapêutica.

Cohn, Costa e Felipe (2019, p. 56) entendem a laborterapia como uma violação de direitos e garantias fundamentais no tratamento à dependência química. De acordo com os autores, as instituições utilizam essa nomenclatura para encobrir trabalhos forçados, em condições precárias, inclusive análogas à escravidão e como forma de punição. Isso acontece por falta de pessoal devidamente contratado, com vínculos e garantias trabalhistas, o que resulta na obrigatoriedade dos internos realizarem esses serviços sem nenhuma garantia ou retorno financeiro (COHN; COSTA; FELIPE, 2019, p. 56).

Na análise marxista, categoria fundamentalmente ontológica, o trabalho permite o desenvolvimento de mediações que diferenciam o ser social dos outros seres da natureza. Essas mediações, quais sejam, sociabilidade, consciência, universalidade e liberdade, são conquistadas no processo histórico de sua autoconstrução pelo trabalho; isso porque o trabalho é coletivo, responde a necessidades sócio-históricas, e também implica um dado conhecimento sobre a natureza a fim de apreender a realidade existente. A capacidade teleológica permite uma prévia ideação sobre a ação e seus resultados, bem como a criação de alternativas e realização de escolhas, de forma que o produto da práxis é a objetivação das intenções do ser social e possui valor de uso, uma vez que resultou na produção de algo útil a

necessidades sócio-históricas do homem (BARROCO, 2005, p. 26-29).

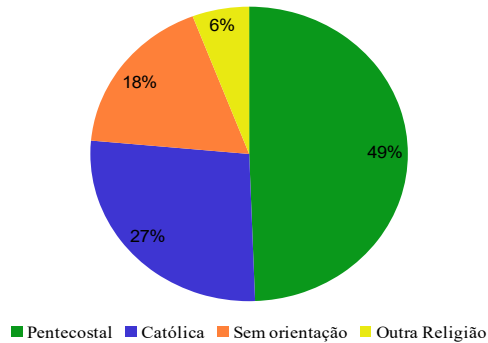
O trabalho, antes de tudo, é um processo entre o homem e a natureza, processo esse em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza [...]. Os momentos simples do processo de trabalho são, em primeiro lugar, a atividade orientada a um fim, ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar, seu objeto e, em terceiro, seus meios (MARX, 2011, p. 255-256).

O homem é um ser social, isso significa que o processo de trabalho se realiza em determinadas condições sociais, no marco das relações sociais de produção. O avanço das forças produtivas possibilitou a diminuição do tempo de trabalho necessário para a produção e a superação de barreiras naturais, bem como proporcionou a crescente integração entre as sociedades, mediada pelo mercado. Resultando, por exemplo, na divisão do trabalho, no desenvolvimento dos modelos de produção, na industrialização, nas revoluções tecnológicas, na internacionalização da economia e do mercado e no crescimento da ciência.

No desenvolvimento das relações de produção, o trabalho perde essa dimensão humano-genérica e assume centralidade no processo de exploração da força de trabalho, criação de valor e geração de riqueza. As relações sociais passam a ser mediadas pelo estranhamento, fetichização, reificação, tanto no âmbito da produção e do mercado, como também nas esferas em que se objetivam outras formas de práxis: religião, cultura, política, direito e ideologia.

A partir dessa compreensão, o trabalho nas CTs não está associado ao trabalho como categoria ontológica, com possibilidade emancipatória, e sim ao trabalho no capitalismo, fetichizado e, além disso, precarizado e informal, sem as garantias que o trabalho regulamentado pode propiciar. Há um grande distanciamento entre estas formas de trabalho e os objetivos de recuperação da saúde e reinserção social. Outro instrumento disciplinador amplamente utilizado é a religião, cuja orientação é predominantemente cristã.

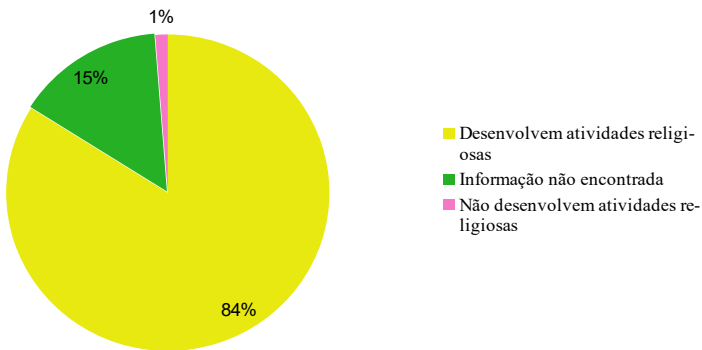
Gráfico 7 - comunidades terapêuticas do acordo com a orientação religiosa



Fonte: Perfil das comunidades terapêuticas (IPEA, 2017)

Entre as CTs presentes na coleta de dados sobre o repasse de verbas do governo federal também se constata grande parte das instituições que recebem esses recursos atuando a partir de alguma orientação cristã.

Gráfico 8 – Realização de atividades religiosas nas CTs financiadas com recursos do governo federal



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa (2022)

A religião como caminho para a cura não é uma ideia recente no Brasil, expressa a própria formação cultural do país que teve em sua construção social forte influência da religião. As primeiras comunidades terapêuticas que surgiram no Brasil possuíam essa base

religiosa, fundadas e administradas por igrejas, padres e pastores (CAVALCANTE, 2019, p. 265-267). E ainda cabe ressaltar “[...] a combinação entre as CTs religiosas e o modelo hospitalocêntrico facultou a crença de que o isolamento com a internação, acrescido da abstinência total às drogas, configuraria dois pilares fundamentais para a recuperação (CAVALCANTE, 2019, p. 268).

Vasconcelos (2016, p. 109) indica a complexidade das análises sobre as práticas religiosas no tratamento a situações de uso abusivo de drogas, por seu caráter não linear, interdisciplinar e paradoxal. De acordo com o autor, é preciso reconhecer que há uma certa eficácia imediata e pessoal, microsocial e comunitária, a curto prazo, mas também há efeitos problemáticos no contexto macrosocial e cultural.

As religiões pentecostais estariam ofertando para os grupos sociais mais atingidos pela crise social atual motivação, rigidez moral, mecanismos de defesa e intensidade emocional que seriam necessários para, entre outros aspectos, resistir ao atual cenário de isolamento, miséria, desemprego, desesperança e degradação pessoal, familiar e comunitária, por meio da recriação desses vínculos com suporte social e revalorização individual. Usam-se exemplos vivos e bem-sucedidos de conversão que se ajustaram na vida pessoal, familiar e no trabalho. As comunidades terapêuticas são um componente dessas estratégias (VASCONCELOS, 2016, p. 125, 126).

A expressão moral, política e social é extremamente conservadora e desrespeitosa dos valores laicos e dos direitos humanos na vida social e na política pública, bem como dos outros credos religiosos, das formas não convencionais de família, das diversas identidades sexuais e do conhecimento científico e profissional. Exemplos disso estão: na reivindicação de **financiamento público para as comunidades terapêuticas**, que oferecem internação prolongada, com apenas a elaboração ou conversão muitas vezes uniconfessional como tratamento, além de muitos problemas, em termos de condições sanitárias e de vida institucional e diária, que violam os direitos fundamentais e humanos [...] (VASCONCELOS, 2016, p. 127).

No cotidiano das instituições o cultivo da religiosidade envolve orações, cultos, reflexões, leituras da bíblia e parece atender a dois objetivos: consolidar um padrão moral de comportamento para os acolhidos e oferecer um suporte emocional para a manutenção da abstinência e serenidade. “A divindade (em geral, o Deus cristão) é vista como instância suprema de vigilância e julgamento moral que,

ao mesmo tempo, consola e ampara os que sofrem” (SANTOS, 2018, p. 12).

Há um esvaziamento da concepção de saúde e um enorme distanciamento da compreensão da questão das drogas como expressão da desigualdade social, ao passo que se compreende e trata o consumo de drogas pela via do pecado, da demonização, da falta de Deus, da ausência de caráter ou de força de vontade. Em que se substitui a atuação especializada de equipes multiprofissionais pela busca divina de libertação e redenção.

Esse programa terapêutico tem como pano de fundo uma representação específica sobre a pessoa do usuário problemático de SPAs. Essa pessoa teria algumas características cognitivas e comportamentais muito próprias – falta de controle dos impulsos; incapacidade de adiar satisfações; *deficit* de percepção acerca da realidade; entre outros –, além de um estilo de vida que conflita com as normas sociais. Pode-se dizer, sinteticamente, que, na ótica que predomina nas CTs, as pessoas que fazem uso problemático de drogas estariam destituídas da condição de *sujeito moral* e alienadas de sua razão, de sua vontade e de sua capacidade de responsabilizar-se. É com base nesse entendimento que essas instituições pretendem operar uma transformação subjetiva-moral dos indivíduos que nelas são internados (SANTOS, 2018, p. 12).

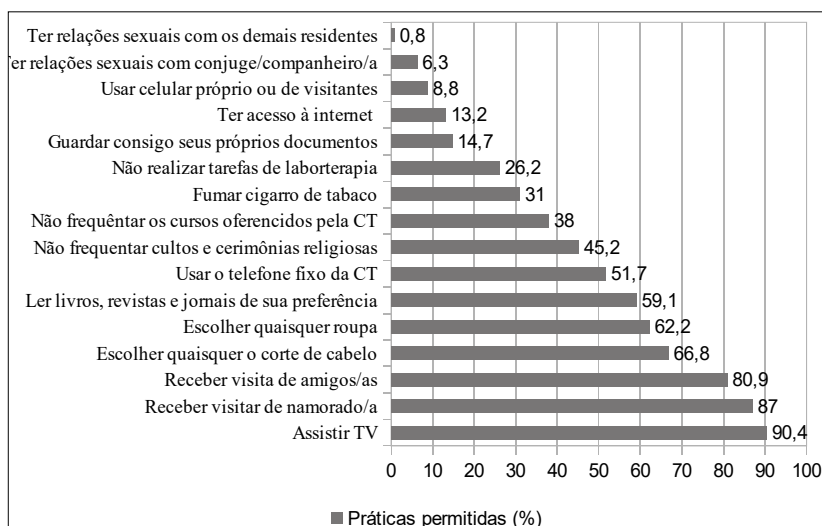
A internação é concebida como um campo de batalha travada contra um inimigo poderoso, uma luta que será pelo resto da vida. A indispensabilidade da crença também é reforçada pelo método dos 12 passos do AA. Inicia-se pelo reconhecimento da impotência do indivíduo diante da droga e por isso realizam profundos estudos sobre as características e os efeitos dessas substâncias, que vão induzir os acolhidos a aceitarem os discursos da entidade e entender a necessidade de buscar uma transformação (SOUZA; NUNES; SANTOS, 2018, p. 64).

Não se trata de negar completamente que a crença e a prática religiosa podem trazer, de alguma maneira, algo positivo para pessoas em situação de adoecimento. Até mesmo o livre exercício da religião é direito constitucional. A crítica, no entanto, está em serem práticas impostas, que desrespeitam o direito à livre expressão de outras concepções além do cristianismo ou de outras formas de desenvolvimento da espiritualidade. É uma prática contraditória à

laicidade das políticas públicas e à ética dos profissionais que atuam na equipe multidisciplinar, tais como assistentes sociais e psicólogos. A religião também acaba sendo usada para justificar outras intervenções, que cerceiam a liberdade dos indivíduos, tais como o controle sobre a sexualidade e o desrespeito à diversidade sexual.

No cotidiano das instituições fomentam-se regras de convivência que moldam o comportamento dos acolhidos, observa-se algumas de orientação religiosa e outras que violam os direitos dos usuários.

Gráfico 9 – Práticas permitidas aos acolhidos das CTs



Fonte: Perfil das comunidades terapêuticas (IPEA, 2017)

O acesso aos meios de comunicação fica restrito na maior parte das entidades, apenas 13,2% possuem acesso à internet e quase metade das instituições não permite nem uso do telefone da própria CT, uma violação do que o CONAD afirma como direito de acesso a meio de comunicação para entrar em contato com a família, que corrobora para fragilização de vínculos familiares e interpessoais.

Mesmo as CTs possuindo espaços separados para homens e mulheres, ou instituições destinadas a um único público, impõe-se restrições quanto à vestimenta e corte de cabelo, constatando-se mais uma vez o controle do corpo – prática semelhante à que é adotada nos presídios.

A respeito da TV, meio de comunicação e atividade mais praticada nas CTs, deve-se reconhecer a limitação e o direcionamento

ideológico e político transmitido pelos programas, com potencial para moldar e formar opiniões, principalmente nos canais abertos. Em relação ao próprio consumo de drogas, o tráfico, a criminalização, os discursos televisivos enfatizam o uso de crack e os efeitos prejudiciais da droga, reduzem os usuários a uma visão deles como doentes e perigosos, reforçam a violência e a repressão no combate ao tráfico. Assim como em outros assuntos que viram temas de noticiários, filmes, novelas, programas de auditório, os discursos veiculados atuam como formadores de opiniões, grande parte pautados pelo conservadorismo.

A restrição às práticas sexuais, mesmo entre cônjuges, tem o embasamento religioso, de forma que uma minoria das instituições permite essa prática; a maioria preconiza a abstinência sexual. O gráfico indica ainda a porcentagem de instituições que facultam ao acolhido participar ou não das atividades propostas, mostrando a imposição da religião e da laborterapia. Além disso, apenas 14% das CTs permitem que os usuários guardem consigo seus próprios documentos, dificultando a possibilidade de saída sem autorização dos profissionais, o que reforça a concepção de isolamento e da violação do direito ao acolhimento voluntário.

Os documentos legais que foram objetos desta pesquisa trazem as obrigatoriedades quanto à atuação das CTs, mas não contestam as práticas já existentes. Ao contrário, afirmam que o acolhimento deve observar também as normas e rotinas da entidade. Importante ressaltar que o descumprimento dessas regras implica em punições, como por exemplo o aumento das tarefas e horas trabalhadas ou a intensificação das atividades religiosas. São situações de violações de direitos legitimadas e naturalizadas.

O CFP identificou ainda outras situações de violação de direitos no dia-a-dia das CTs: isolamento ou restrição do convívio social por estarem em locais de difícil acesso, com restrição quanto às saídas e a circulação de pessoas, retenção de documentos e pertences, condições para saída não dadas, multas em caso de saídas não previstas e punição pela tentativa de fuga. Nas primeiras semanas de tratamento é comum que o acolhido não possa receber visita nem se comunicar com pessoas externas, nem mesmo com a família; muros, portões e trancas, com relatos de pessoas ficando em dormitórios fechados durante a noite; retenção de dinheiro que enfatiza ainda

mais a impossibilidade de saída do local; violação do sigilo de correspondências e de ligações telefônicas (CFP, 2017, p. 57-65).

Não há o reconhecimento do usuário como sujeito de direito, ao contrário, são intervenções mediadas por uma visão moralizante, estereotipada, repressora, proibicionista que se acirra pelo viés da disciplina e do fundamentalismo religioso (FARIAS, 2019, p. 17).

Fica nítido o espaço que essas instituições vêm ganhando na sociedade, caracterizando um grande erro o fato de terem sido incentivadas ao longo do tempo, mesmo com os governos mais progressistas e mesmo com a progressão dos serviços substitutivos ao longo dos anos. De fato, correspondem a uma parte bem maior em relação aos mecanismos públicos e o cenário atual aponta para o crescimento exponencial das mesmas. [...] Curiosamente, esses setores unem religião à violência, tal como os discursos dos atuais representantes do governo, abraçados, também, por parte da sociedade (FARIAS, 2019, p. 105).

É um direcionamento moral para uma questão de saúde pública. Embora possam haver instituições com possibilidades efetivas de intervenção, as pesquisas indicam um cenário de completa violação de direitos humanos e sociais. Como afirma Gomes *et al* (2020, p. 130), as CTs se revelam como instituições que buscam moldar os corpos, comportamentos, subjetividades e identidades, com o objetivo de formar pessoas aptas para a vida em sociedade (produtivos). De acordo com as autoras, "[...] a violência expressa no controle desses corpos e subjetividades é componente fundante no modo de produção capitalista e representa uma fonte de lucros, além de ser uma das estratégias de dominação, submissão e contenção dos indesejáveis (GOMES ET AL, 2020, p. 130).

Reitera-se, portanto, que as CTs atendem aos interesses da lógica capitalista e incorporam preceitos neoliberais e neoconservadores, servindo a interesses particulares, enquanto pessoas com demandas e necessidades reais são submetidas a tratamentos ineficazes, com normas que se assemelham aos presídios. Um lugar de gente que não tem vez nessa sociedade desigual, individualista, excludente, racista e moralista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os esforços para enfrentar a questão das drogas têm articulado as políticas de segurança pública, assistência social e saúde, as quais, principalmente as duas primeiras, vêm priorizando a modalidade de acolhimento em comunidades terapêuticas, embora estas sejam contraditórias à laicidade do Estado, à perspectiva de redução de danos, à concepção ampliada de saúde, aos avanços em direção à superação da lógica manicomial e asilar e fortaleçam o processo de privatização do SUS mediante financiamento do setor privado com recursos do fundo público.

A proteção social que se concretiza entre o público e o privado assume na política de atenção a usuários de drogas dois elementos centrais. O primeiro deles, o processo de privatização e financiamento da iniciativa privada com recursos públicos; o segundo, a culpabilização e responsabilização das famílias, que recai principalmente sobre as mulheres, no que diz respeito ao processo de adoecimento e ao cuidado.

Embora a reforma psiquiátrica tenha avançado na construção dos serviços substitutivos de saúde mental, os ataques aos serviços por meio do subfinanciamento, a desvalorização profissional, a ausência de concursos públicos, as condições de trabalho precarizadas, os serviços insuficientes para atender as demandas da população acontecem concomitante ao avanço da privatização no campo da saúde, principalmente por meio dos contratos firmados com a iniciativa privada. A partir dessas tendências, a política de saúde mental passa a ser uma política focalizada para os mais pobres, que não podem pagar pelos serviços privados, e as vagas sociais financiadas nas CTs trazem essa prerrogativa, pois são vagas cujo acesso passa pelo crivo das condições socioeconômicas do indivíduo.

Ao indivíduo e à família, por sua vez desprotegida, atribui-se a culpa pelo adoecimento, sendo cobrada pelo cuidado e por garantir as condições de recuperação dos seus membros. Responsabilidade que não pode ser alcançada pela ausência de políticas efetivas de proteção social para as famílias trabalhadoras que, em relação ao uso de drogas, agrava-se ainda mais pela perda do vínculo familiar no aprofundamento do uso nocivo de SPA. A defesa da recuperação desses vínculos é contraditória nos serviços ofertados pelas CTs,

seja pelo distanciamento e dificuldade de deslocamento, seja pelas restrições impostas pela entidade para que essa comunicação aconteça.

Além do mais, a existência da comunicação ou de uma interação por algumas horas durante as visitas não é suficiente para o fortalecimento/recuperação desses vínculos. Mais que isso, vínculos pressupõem laços afetivos, troca, convivência, respeito, e que nem sempre vão acontecer com a família consanguínea. Dessa forma, ficam os questionamentos: o que é esse fortalecimento de vínculos que tanto se defende e qual conceito de família tem sido colocado? Pela orientação religiosa, poderia dizer que se trata da família nuclear, ao desrespeitar as outras maneiras de ser família, principalmente a família homoafetiva.

Esse estudo sobre as CTs é também um estudo sobre como o Estado vem tecendo enfrentamentos diante das demandas relacionadas ao uso de drogas, seja pela venda, produção, consumo ou uso, cujas ações atingem indivíduos e famílias e expressam a criminalização dos segmentos mais pobres da sociedade, o acirramento da violência com a ampliação do Estado penal, a precarização das políticas de proteção social – focalizadas e seletivas, a privatização da política de saúde, o esvaziamento da concepção de cidadania e de direitos sociais a partir da criminalização e moralização das demandas, o avanço das formas de ajuda e filantropia como recursos para intervir perante demandas que não estão sendo atendidas pelo Estado, e o neoconservadorismo, que tem como uma de suas bases o fundamentalismo religioso e a necessidade de ajuste/disciplina/punição daqueles que de alguma forma ameaçam a ordem estabelecida. As CTs vêm reforçar essas tendências e, mais que isso, reproduzi-las.

Nos serviços de atenção em saúde mental por meio das CTs tem-se um resgate da concepção Pinealiana de que tratamos no primeiro capítulo, de isolamento do mundo exterior, sendo este o elemento central do tratamento moral, que impõe a necessidade desse isolamento para um processo de libertação de práticas prejudiciais, encontro de objetivos e motivações pessoais, autodesenvolvimento, autocuidado e crescimento espiritual. Aspirações sucumbidas pelo tratamento moral e disciplinador, em que a espiritualidade se traduz em atividades religiosas forçadas e o autodesenvolvimento e o cuidado são buscados por meio da imposição do trabalho não

pago, sem qualquer regulamentação e sem perspectiva de promover a “reinserção social”.

O isolamento social como alternativa de tratamento é histórico e socialmente construído, aliado a práticas de punição, trabalho obrigatório, moralização da pobreza, assim como também é histórica a presença da religião cristã na intervenção frente a expressões da “questão social”. Desde as primeiras formas do hospital, antes e depois da inserção dos médicos, os internatos, até os manicômios e hospícios do final de século XX, essas práticas se perpetuam e assumem novas roupagens.

Salvação e reintegração espiritual que foram usadas para fundamentar o isolamento social de pessoas no final da idade média perpetuam-se quase que nos mesmos moldes daquelas concepções. Altera-se a rotina, os gestores, as demandas dos acolhidos dentro das instituições, que antes eram alienados, “desordeiros”, pessoas com doenças venéreas, e hoje são pessoas usuárias de substâncias psicoativas, mas permanece a necessidade de moralização e padronização dos corpos para se adequarem a uma sociabilidade que, por essência, é excludente e desigual. Permanece também a presença da igreja e dos ideais religiosos como solução para questões que são, antes de tudo, sócio-históricas, fundadas e acirradas no contexto das relações antagônicas entre as classes sociais no capitalismo e que precisam ser compreendidas para além da dimensão individual e religiosa.

A disciplina, o trabalho e a punição que eram utilizados nos antigos leprosários, depois em hospitais, hospícios e manicômios, são trazidos para as CTs como recursos terapêuticos. Embora se atualizem, estas parecem ser características intrínsecas a todas as instituições destinadas a tratamento e recuperação, associadas muito mais à adequação dos sujeitos na sociedade, que a tratamentos de saúde mental. Para além das CTs, são elementos inseridos na política de saúde mental e na política antidrogas. O trabalho e a educação como meios para a “reinserção social” e o fortalecimento da espiritualidade, que vai ser reduzida à religiosidade, aparecem na maior parte das legislações que tratam da questão das drogas.

A crítica deste trabalho não se dirige à laborterapia pensada pelos profissionais da área como recurso terapêutico, com possibilidades de auxiliar no tratamento em saúde mental. Há pesquisas desenvolvidas

e debates realizados por profissionais da saúde que indicam a eficácia dessas abordagens. A crítica aqui concentra-se no questionamento sobre de qual trabalho estamos falando: são trabalhos forçados, não pagos, sem regulamentação trabalhista, sem os direitos que o trabalho formal assegura, precarizados, usados como forma de economia de mão de obra. Dessa forma, como podem ter finalidade terapêutica?

As comunidades terapêuticas ainda atuam na direção de reforçar a concepção de ajuda e da caridade. A sua natureza jurídica como instituição privada sem fins lucrativos esvazia a perspectiva do direito e da proteção social à saúde como dever do Estado. A religiosidade vai atuar no sentido de reforçar o tratamento e a cura como uma bondade de Deus, algo que só pode ser alcançado através do arrependimento, do sacrifício e do perdão. Limita-se a análise sobre a realidade desses sujeitos e sobre a questão das drogas ao colocar essa ênfase na religiosidade. O que se observa, também, é a diminuição do sujeito à condição de usuário de drogas, quando há muitos outros determinantes presentes nessa realidade para se chegar a uma situação de uso abusivo ou de dependência e que são desconsiderados por análises reducionistas.

O lugar das comunidades terapêuticas é o lugar onde se perpetua o neoconservadorismo e se aprofundam as expressões da desigualdade social. Lugar em que se naturalizam e se reproduzem violências, violações de direitos, mortes/massacres, práticas higienistas, moralização e criminalização da "questão social". Lugar atualmente legitimado por um governo descompromissado com as demandas da classe trabalhadora e com as políticas de proteção social.

Nem comunidades, nem terapêuticas. A comunidade se reduz ao agrupamento de pessoas em um mesmo ambiente, com demandas de saúde mental relacionadas ao uso de substâncias psicoativas e que são induzidas à padronização de comportamentos, crenças, hábitos, atitudes, etc. Enquanto isso, a dimensão terapêutica se esvai junto com a autonomia, a liberdade e o respeito aos direitos sociais e humanos.

Há que se pensar também em que termos essa vida que se busca construir dentro da comunidade terapêutica existe fora dela. Dentro da CT se está distante da violência nas ruas, dos ambientes de venda e uso de drogas, longe da exclusão, da discriminação vivenciada no território, distante de todo aquele contexto que levou ao uso abusivo ou à dependência. A vida que se busca construir, e

que é ensinada na CT, considera muito mais o ambiente da própria instituição e a convivência entre os pares que a realidade fora dela, de forma que não resulta em possibilidades concretas de superação do uso de drogas quando o acolhido sai do tratamento. Isso pode resultar na reincidência e na institucionalização de pessoas que já não conseguem viver do lado de fora, indo de uma CT a outra.

Se essa dissertação fosse fazer a defesa da CT, afirmaria a importância e a necessidade de articulação com a rede intersetorial junto às políticas sociais que pudessem atuar e intervir na realidade dos sujeitos acolhidos, com o intuito de buscar meios para a continuidade do tratamento no território, assim como prevê a legislação. No entanto, o que se defende aqui é o fechamento das CTs que atuam nas perspectivas apontadas ao longo desse estudo. A pesquisa realizada e a literatura estudada não indicam que essas instituições podem ser consideradas locais de cuidado e tratamento em saúde mental, como têm afirmado as regulamentações vigentes. Essa articulação intersectorial trazida nos documentos legais é uma articulação público-privada que privilegia o setor privado, portanto, essa também é a defesa do SUS enquanto política de saúde pública e gratuita.

Podem haver exceções em relação às CTs que consigam construir intervenções que alcancem a superação da dependência, ou mesmo indivíduos que por meio da religião ou da laborterapia, por exemplo, consigam algum sucesso nesse tratamento, mas essa não é a regra. O que temos são ações do governo federal que vêm destinando recursos a instituições por meio de credenciamento em massa, com um processo de fiscalização ainda frágil, descompromissado com os serviços de saúde mental substitutivos, e que parece ter uma preocupação maior com os números (valores destinados, vagas financiadas, quantitativo de entidades e de pessoas alcançadas), do que com as demandas que são encaminhadas a esses serviços e que carecem de atenção especializada.

O movimento pela reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial resultou em conquistas históricas para a política de saúde mental. São mudanças significativas, que acontecem após a aprovação da Lei nº 10.216, e que trazem novos horizontes para o cuidado em saúde mental, os quais precisam ser retomados no dia a dia dos serviços de saúde, no processo de gestão e planejamento,

nos debates e conferências, nos movimentos sociais e organizações políticas de usuários e familiares, a fim de fortalecer a luta pela defesa da Política Nacional de Saúde Mental diante do atual cenário.

Reitera-se, então, a defesa do SUS, público e gratuito, contra a privatização e o subfinanciamento e por uma política de saúde mental pautada no respeito aos direitos humanos, na redução de danos e no fortalecimento da autonomia e da cidadania.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Cynthia Studart. **Drogas, “questão social” e Serviço Social:** respostas teórico-políticas da profissão. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro, 2018, 301f. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23274/16031> Acesso em: 04/10/2021.

ALENCAR, Maria Torres de Alencar. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In: **Serviço Social:** Direitos sociais e competências profissionais. CFESS, Brasília, 2009. p. 449-460.

AMARAL, Ana Valeska. Terceiro setor e políticas públicas. In: **Revista do Serviço Público.** Ano 54, número 2. Abril-junho 2003, p. 35-60. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/bits-tream/1/1315/1/2003%20Vol.54%2cn.2%20Valeska.pdf>> Acesso em: 22/06/2021.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2007.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Fiocruz, 2 ed. 2000.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade em manicômios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 23, 2018, p. 2067-2074. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 09/11/2021.

ANDRADE, Tarcisio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Revista Ciência de Saúde Coletiva**. 16, dezembro de 2011. p. 4665-4674. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQXcRPcyZ-TrjtZ4NZ3D4THJ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 27/09/2021.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1º ed. São Paulo. Geração Editorial, 2013.

BARDI, Giovanna. **Entre a cruz e a “caldeirinha”**: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas. Tese de doutorado. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. 2019. Disponível em: https://sappg.ufes.br/tese_drupal//tese_13919_Giovanna%20Bardi.pdf Acesso em: 14/06/2021.

BARROCO, Maria Lucia S. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. **Serviço Social e Sociedade**, n. 106, São Paulo, 2011, p. 205-218. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/rTywnLhQhmCyXCtYCSQWN9n/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 19/10/2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio**. 6º ed. São Paulo, Cortez, 2015.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2 ed. São Paulo. Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo, Cortez, 2009.

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. Brasília, 1990. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 09/11/2021.

BRASIL. **Lei nº 9.637 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasil. Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm Acesso em: 21/11/2021.

BRASIL. **Resolução RDC/Anvisa nº 101, de 30 de maio de 2001.** Estabelece regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Ministério da Saúde. Anvisa. Brasília, 2001. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf Acesso em: 07/10/2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Planalto. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 09/11/2021.

BRASIL. **Portaria n 816 de 30 de abril de 2002.** Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Ministério da Saúde. Brasília, 2002b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html Acesso em: 11/01/2021.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde, Secretaria executiva. Coordenação Nacional DST e Aids. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf Acesso em: 11/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em 01/20/2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005.** Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Ministério da Saúde. Brasília, 2005b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html Acesso em: 09/11/2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.190 de 4 de junho de 2009.** Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Ministério da Saúde. Brasília, 2009a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html Acesso em: 09/11/2021

BRASIL. **Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social. Brasília, 2009b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm Acesso em: 26/10/2021.

BRASIL. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm Acesso em: 21/12/2021.

BRASIL. **Portaria nº 122 de 25 de Janeiro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua. Ministério da Saúde. Brasília, 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html Acesso em: 09/11/2021.

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 SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 11/01/2021.

BRASIL. **Programa Crack, é possível vencer:** Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 6. ed. – Brasília, DF. 2011c Disponível em: http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/avea/conteudo/cartilha_crack,_ae_possoivel_vencer Acesso em: 21/12/2021.

BRASIL. **Portaria nº 130 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h e os respectivos incentivos financeiros. Ministério da Saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html Acesso em: 09/11/2021.

BRASIL. **Portaria nº 121 de 25 de Janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, Brasília, 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html Acesso em: 09/11/2021.

BRASIL. **Editais de chamamento público nº 01/2012.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/MJ. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2012-11/secretaria-nacional-de-politicas-sobre-drogas-edital-de-chamamento-publico-no-1.pdf> Acesso em: 12/12/2021.

BRASIL. **Editais de chamamento público nº 01/2013.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/MJ. Brasília, 2013a. Disponível em: <https://comadavare.files.wordpress.com/2013/07/edital-chamamento-pc3bablico-comunidade-terapc3aautica-001-2013.pdf> Acesso em: 12/12/2021.

BRASIL. **Relatório de Gestão do Exercício de 2013.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Brasília, 2013b. Disponível em: https://www.justica.gov.br/Acesso/auditorias/arquivos_auditoria/secretaria-nacional-de-politicas-sobre-drogas-senad/senad-relatorio-de-gestao-de-2013-versao-tcu.pdf Acesso em: 12/11/2021.

BRASIL. **Decreto nº 8.242 de 23 de maio de 2014.** Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social e sobre procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade social. Brasília, 2014a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8242.htm Acesso em: 25/09/2021.

BRASIL. **Edital de chamamento público nº 07/2014** – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/MJ. Brasília, 2014b. Disponível em: <https://www.mpes.mp.br/Arquivos/Anexos/15118c9d-91b2-413e-87d-4-78e24b9ceda7.pdf> Acesso em: 12/12/2021.

BRASIL. **Relatório de Gestão do Exercício de 2014.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Brasília, 2014c. Disponível em: https://www.justica.gov.br/Acesso/auditorias/arquivos_auditoria/secretaria-nacional-de-politicas-sobre-drogas-senad/relatoriogestao-2014-senad.pdf Acesso em: 12/11/2021.

BRASIL. **Resolução nº 1 de 19 de agosto de 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. Ministério da Justiça. Diário Oficial da União. 2015a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806> Acesso em: 26/10/2021.

BRASIL. **Relatório de Gestão do Exercício de 2015.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Brasília, 2015b. Disponível em: https://www.justica.gov.br/Acesso/auditorias/arquivos_auditoria/secretaria-nacional-de-politicas-sobre-drogas-senad/relatoriogestao-2015-senad.pdf Acesso em: 12/11/2021.

BRASIL. **Portaria nº 834 de 26 de abril de 2016.** Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2016a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-834-de-26-de-abril-de-2016-22686977> Acesso em: 26/10/2021.

BRASIL. **Relatório de Gestão do Exercício de 2016**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Brasília, 2016b. Disponível em: http://www.justica.gov.br/Acesso/auditorias/arquivos_auditoria/secretaria-nacional-de-politicas-sobre-drogas-senad/senad-2016-relatoriogestao.pdf Acesso em: 12/11/2021.

BRASIL. **Decreto nº 9.190 de novembro de 2017**. Regulamenta o disposto no art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Brasil. Brasília, 2017b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9190.htm Acesso em: 21/11/2021.

BRASIL. **Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Diário Oficial da União. Brasília, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html Acesso em: 27/10/2021.

BRASIL. **Portaria nº 3.588 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. Ministério da Saúde. Brasília, 2017d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 21/11/2021.

BRASIL. **Relatório de Gestão do Exercício de 2017**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Brasília, 2017e. Disponível em: https://www.justica.gov.br/Acesso/auditorias/arquivos_auditoria/secretaria-nacional-de-politicas-sobre-drogas-senad/senad___relatorio_de_gestao___exercicio_2017.pdf Acesso em: 12/11/2021.

BRASIL. **Relatório de gestão**. Ministério da Justiça, 2018e. Disponível em: https://www.justica.gov.br/Acesso/auditorias/arquivos_auditoria/a-partir-de-2018-1/mj___relatorio_de_gestao_2018___extraido_e_contas_em_31_07_2019.pdf Acesso em: 12/11/2021.

BRASIL. **Edital de credenciamento nº 01/2018**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/MJ. Brasília, 2018a. Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/edital-de-credenciamento-senad-n-1-2018-11797733-11797733> Acesso em: 27/10/2021.

BRASIL. **Nota técnica nº 11/2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. 2019a. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>> Acesso em: 14/01/2021.

BRASIL. Portaria nº 563 de 19 de março de 2019. Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania. Ministério da Cidadania. **Diário Oficial da União.** 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-563-de-19-de-marco-de-2019-67758457> Acesso em: 11/11/2021.

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. Ministério da Cidadania, **Diário Oficial da União.** Brasília, 2019c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-562-de-19-de-marco-de-2019-67753613> Acesso em: 11/11/2021.

BRASIL. **Edital de credenciamento público nº 17/2019.** Ministério da Cidadania. Brasília, 2019d. Disponível em: http://www.mds.gov.br/web/arquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/Edital%2017/Edital%2017-2019%20-%20MC-SENAPRED.pdf Acesso em: 03/12/2021.

BRASIL. Lei 13.840 de 5 de junho de 2019. dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e trata do financiamento das políticas sobre drogas. Atos do Poder Legislativo. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2019e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.840-de-5-de-junho-de-2019-155977997> Acesso em: 11/11/2021.

BRASIL. Portaria conjunta nº 4 de 22 de outubro de 2020. Aprova orientação técnica conjunta para a atuação intersetorial e integrada entre a rede socioassistencial e as Comunidades Terapêuticas no enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) junto à população em situação de rua, usuária abusiva de substâncias psicoativas. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2020a. Disponí-

vel em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-conjunta-n-4-de-22-de-outubro-de-2020-284713412> Acesso em: 26/11/2021.

BRASIL. Resolução nº 3 de 24 de julho de 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. Conselho Nacional de Política sobre Drogas. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833> Acesso em: 23/11/2021.

BRASIL. Resolução de Consolidação CIT nº 1 de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2021c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-consolidacao-cit-n-1-de-30-de-marco-de-2021-323572057> Acesso em: 26/11/2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Revista Ser Social**. Brasília, v. 22, nº 46. 2020. p. 191-209. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630> Acesso em: 06/01/2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete da et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Rio de Janeiro: Cortez, 2006. p. 1-24.

BRAVO, Maria Inês Souza; LIMA, Joseane Barbosa de; CORREA, Maria Valéria Costa. Privatização e mercantilização da saúde e crise no Rio de Janeiro: o desmonte realizado pelas organizações sociais. In: BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. p. 125-146.

BRAVO, Maria Inês Souza. Prefácio. In.: SILVA, Letícia Batista et al (orgs.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: Reflexões críticas sobre a prática profissional**. Papel Social, Campinas, 2013, p. 11-14.

BRITES, Cristina Maria. Internação Compulsória: um canto de se-reias. **Revista Inscrita**. Ano 10, n 14, CFESS, 2013. p. 46-53. Disponível em: <https://issuu.com/cfess/docs/inscrista14-cfess-site> Acesso em: 24/01/2022.

BRITO NETO, José. **Comunidades Terapêuticas em percurso**: uma análise genealógica a partir do plano crack e suas ressonâncias no estado do Pará. Dissertação, Universidade Federal do Pará. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Belém, 2015. Disponível em: [https://ppgp.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/disciplinas/Disserta%C3%A7%C3%B5es%20de%20Mestrado/Dissertac%C3%A7%C3%A3o%20final%20Jose%20Araujo%20de%20Brito%20Neto.%20PPGP%20UFPA%20\(1\).pdf](https://ppgp.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/disciplinas/Disserta%C3%A7%C3%B5es%20de%20Mestrado/Dissertac%C3%A7%C3%A3o%20final%20Jose%20Araujo%20de%20Brito%20Neto.%20PPGP%20UFPA%20(1).pdf) Acesso em: 13/02/2021.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo. Cortez, 2016.

CAMPOS, Maria Silva; TEIXEIRA, Solange Maria. Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social. **Revista Katályses**, v. 13, n. 1, Florianópolis, 2010, p. 20-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/fmXdwG7SdXBggJTcVVHjqVp/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21/10/2021.

CARDOSO, Gracielle Feitosa de Loiola. “No meio do caminho tinha uma pedra”: uso de drogas e a perda do poder familiar. **Anais**. IX Jornada Internacional de Políticas Públicas. UFMA, Maranhão. Agosto de 2019, p. 1-9. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaold_1523_15235cca-31f8079b4.pdf Acesso em: 15/02/2022.

CAVALCANTE, Rita. A institucionalização clínica e a política das Comunidades Terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão e LIMA, Rita de Cássia Cavalcante (orgs.) **Religiões e o paradoxo apoio social**: intolerância e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas. 1 ed. São Paulo, Hucitec, 2019. p. 245-307.

CFESS. **As Implicações das alterações na política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas para o exercício profissional de assistentes sociais no Brasil.** Conselho Federal de Serviço Social. Nota Técnica. 2019. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnicailei13840-2019-.pdf> Acesso em: 13/01/202022.

CFESS. **Edição especial:** em defesa do Estado laico. CFESS Manifesta. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2015-CfessManifesta-EstadoLaico-Site.pdf> Acesso em: 27/02/2022.

CFP. **Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas.** Conselho Federal de Psicologia. Ministério Público Federal. Brasília, 2017. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf Acesso em: 21/12/2020.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil:** parcerias público-privadas e valorização do capital. Tese. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2015. 193f. Disponível em: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/bitstream/1/15891/1/Tese%20Juliana%20Fiuza%20Cislaghi.pdf> Acesso em: 21/11/2021.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Revista Humanidades e Inovação.** v. 8, n. 35. 2021. p. 15-24. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5338/2607> Acesso em: 21/11/2021.

CNS. **III Conferência Nacional de Saúde Mental:** Caderno informativo. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde Mental. 1 ed, Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf> Acesso em: 11/01/2021

CNM. **Crack, é possível vencer.** Estudos Técnicos. Confederação Nacional de Municípios. 2014. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/ET%20Vol%207%20-%2019.%20Crack,%20%C3%A9%20poss%C3%ADvel%20vencer.pdf Acesso em: 13/01/2021.

CONANDA. **Projeto de Decreto Legislativo nº 354/2020**. De Parlamentares da Frente Parlamentar Mista de Promoção e Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Susta os efeitos da Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020, Ministério da Justiça e Segurança Pública. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node06j3q4yeqt02q13a7397y-g5l3v28676278.node0?codteor=1919374&filename=PDL+354/2020 Acesso em: 26/11/2021.

COHN, Amélia; COSTA, Yuri Veronez Carneiro Costa; FELIPE, Márcio Gonçalves. A laborterapia como violação dos direitos humanos como relatado na primeira inspeção nacional em comunidades terapêuticas. **Unisanta Law and Social Science**. Vol. 8, nº 2, 2019. p. 54-70. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/index.php/lss/article/download/2494/1795> Acesso em: 25/01/2022.

COSTA, Tereza Cristina Ribeiro da. **A política de saúde mental na contemporaneidade: entre inovação e conservadorismo**. Tese. Doutorado em Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco. 2016. 254f. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bits-tream/123456789/27636/1/TESE%20Tereza%20Cristina%20Ribeiro%20da%20Costa%20.pdf> Acesso em: 09/11/2021.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveria; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. 18(3), p. 1-20, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQ-qBH/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21/11/2021.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde de Pública**. v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140376/comunidades-terapeuticas-no-brasil_expansao-institucionalizaca_8NQp7yT.pdf Acesso em: 25/01/2022.

DE LEON, George. **A comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método**. Editora Loyola, 5ed, São Paulo, 2014.

DENADAI, Mirian Cátia Vieira Basílio. **O legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil**: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas? Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, Marco Antônio de (org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. UNICAMP, IE, Campinas, 1998, p. 9-30.

FEAE. **Quem somos**. Federação de Amor Exigente. Campinas/SP, 2017. Disponível em: <https://amorexigente.org.br/quem-somos/> Acesso em: 28/01/2022.

FARIAS, Lara Lisboa. **Estado, nova direita e contrarreforma**: uma análise sobre os atuais parâmetros da política de drogas no Brasil. Dissertação de Mestrado e Política Social. UnB. 130p, Brasília, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/38075/1/2019_LaraLisboaFarias.pdf> Acesso em: 29/10/2020.

FREIRE, Silene de Moraes; CORTES, Thais Lopes. Políticas de combate à pobreza e avalanche ultraneoliberal: aportes para reflexão. In: BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. p. 27-52

FONTES, Virgínia. Prefácio na tragédia da pandemia. In: BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. p. 11-17.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura. Editora Perspectiva. São Paulo, 1972.

GOMES, Tathiana Meyre da Silva *et al.* As comunidades terapêuticas brasileiras e a pandemia do novo coronavírus. In: GOMES, Tathiana Meyre da Silva *et al.* (orgs.). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia**: contribuições do Serviço Social. Uberlândia. Navegando Publicações, 2020.

GONÇALVES, André de Menezes *et al.* Atenção Socioassistencial a usuários de crack e outras drogas: um debate sobre a realidade de

Iguatu (CE). Anais. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luis-MA, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/atencao-socioassistencial-a-usuarios-de-crack-e-outras-drogas-um-debate-sobre-a-realidade-de-iguatu.pdf> Acesso em: 25/01/2022.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira**: análise sobre a perspectiva da desinstitucionalização. Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2007. 205f. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/392/1/398635.pdf> Acesso em: 09/11/2021.

HEIDRICH, Andréa Valente. Isolados e aglomerados desde sempre: sobre a necessidade de avançar a luta pelo fim dos manicômios. In: GOMES, T. M. da S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. de O. (Orgs.). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia**: contribuições do Serviço Social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A “questão social” no capitalismo. **Revista Temporalis**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, n 3, Brasília, ABEPSS, 2001. p. 09-32. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf Acesso em: 19/10/2021.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Conselho Federal de Serviço Social. 2009. p. 15-51.

IPEA. **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Nota Técnica nº 21. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. 2017. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf Acesso em: 15/08/2021.

KARAM, Maria Lúcia. Drogas: Legalizar para respeitar os direitos humanos. In: **Conferência de abertura do Seminário Redução de Danos**: Saúde, justiça e direitos humanos. Salvador – BA. Agosto de 2015, p. 1-13. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/8.pdf> Acesso em: 30/09/2021.

LIMA, Rita de Cassia Cavalcante. Comunidades Terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível? In: VIEIRA, Luciana Leila

Fontes; RIOS, Luis Felipe; QUEIROZ, Tacinara Nogueira de. (Orgs.). **A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento**. Editora UFPE, Recife, 2016, p. 142-171.

LIMA, Rita de Cassia Cavalcante; GOMES, Tathiana Meyre da Silva. Neoliberalismo e a ascensão do fundamentalismo religioso na América Latina: o caso das Comunidades Terapêuticas. In: GOMES, T. M. da S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. de O. (orgs.) **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: Contribuições do Serviço Social**. Uberlândia, Navegando Publicações, 2020. p. 55-90

MANIFESTO DE BAURU. **Manifesto de Bauru**. - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Bauru, 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf> Acesso em: 09/11/2021.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Tradução Rubens Enderle. Boitempo, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547757/mod_resource/content/1/MARX%2C%20Karl.%20O%20Capital.%20vol%20I.%20Boitempo..pdf Acesso em: 19/10/2021

MATOS, Maurílio Castro de. No rastro dos acontecimentos: a política de saúde no Brasil. In: DUARTE, Marco José de Oliveira et al (Orgs). **Política de saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho do assistente social**. 1 ed. Campinas, SP, Papel Social, 2014.

MEDEIROS, Débora Gomes et al. Política de drogas e saúde coletiva: diálogos necessários. **Revista Cadernos de Saúde Pública**. 2019, volume 35, p. 1-14. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-35-07-e00242618.pdf> Acesso em: 30/09/2021.

MENDES, Áquilas Nogueira; CARNUT, Leonardo. O Estado e o Capital e a crise da forma-direito na saúde brasileira. In.: **O Brasil nas disputas geopolíticas e econômicas mundiais**. [S.l: s.n.], 2019. p. 1-26. Disponível em: https://repositorio.usp.br/directbitstream/3d8cb240-8aed-4113-80fa-441a5ad50d19/HSP_30_2019.pdf Acesso em: 21/11/2021.

MENDES, Áquilas. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **Futuro do Brasil Ideias para Ação**. Centro de Estudos Estratégicos da Fio Cruz. 2017. Disponível em: http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Aquilas_Mendes_.pdf Acesso em: 18/11/2021.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. in: MOTA, Ana Elizabete *et al* (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Editora Cortez, 4 ed. 2018. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servi-co_social_saude/texto1-2.pdf> Acesso em: 05/12/2020.

MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e seguridade social: uma agenda recorrente e desafiante. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. Número 20, Rio de Janeiro, 2007, p. 127-139. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/download/164/190> Acesso em: 21/10/2021.

PAULO NETTO, José. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Revista Temporalis**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, n 3, Brasília, ABEPSS, 2001. p. 41-49. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf Acesso em: 19/10/2021.

PAULO NETTO, José. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 2ed. São Paulo, Cortez. 1996.

PAULA, Milena Lima de *et al*. Experiência de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**. 22(8), 2017. p. 2735-2744. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XDnmHFHMbcqDgDHLmc7MTg-Q/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12/11/2021.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos e Contextos**, v. 12, n. 1, p. 114-127. jan./jun. 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/12990/9619/0> Acesso em: 12/11/2021.

PORTAL FAZENDA. **Quem somos.** Fazenda da Esperança, 2022. Disponível em: <https://www.portalfazenda.org/QuemSomos/Home> Acesso em: 13/01/2022.

PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo e SENNA, Mônica de Castro Maia. Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas. **Revista Argumentum** Vitória, v. 10, n. 3, 2018, p. 79-93. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/20854/15676> Acesso em: 01/10/2021.

REIS. Tatiana Rangel. Antecedentes históricos e teóricos da irmandade de Alcoólicos Anônimos: apontamentos sobre a relação entre o tratamento do alcoolismo e a religiosidade. In:

VASCONCELOS, Eduardo Mourão e LIMA, Rita de Cássia Cavalcante (orgs.) **Religiões e o paradoxo apoio social:** intolerância e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas. 1 ed. São Paulo, Hucitec, 2019. p. 219-244..

RESENDE, H., 1997. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: **Cidadania e Loucura:** Políticas de Saúde Mental no Brasil. (S. A. Tundis & N. R. Costa, org.) pp. 15-73. Petrópolis: Editora Vozes.

SALVADOR, Evilásio da Silva. **Fundo Público no Brasil:** Financiamento e destino dos recursos da seguridade social. Tese de doutorado apresentada à Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Humanas. Brasília, 2008. 395f.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão social:** particularidades no Brasil. São Paulo, Cortez, 2012.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **Comunidades Terapêuticas:** temas para reflexão. Rio de Janeiro, IPEA, 2018. p. 17-36.

SANTOS, Vilmar Ezequiel e SOARES, Cassia Baldini. O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. **Saúde e Transformação Social.** v. 4, n. 2, p 38-54, Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2214> Acesso em: 04/10/2021.

SCHITTAR, L. A ideologia da comunidade terapêutica. In: BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 135-147.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **O Serviço Social e o popular**: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 2 ed. São Paulo. Cortez, 2002.

SILVA. Débora de Souza. **Espiritualidade, religiosidade e acolhimento de usuários de drogas**: descrição das características, funcionamento e práticas religiosas em três instituições evangélicas do Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Tese. Rio de Janeiro, 2018, 158f.

SILVA, Berenice Lira da. SILVA, Alexandra Ximenes da. A política Nacional de Saúde Mental: Uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**. V 23, nº 1, Londrina, 2020. p. 99-119. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/38697/28018>> Acesso em: 12/01/2021.

SOUZA, Letícia Canonico de; NUNES, Matheus Caracho; SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Tempo e subjetivação em comunidades terapêuticas. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **Comunidades Terapêuticas**: temas para reflexão. Rio de Janeiro, IPEA, 2018. p. 61-76.

SPOSATI, Aldaiza. Descaminhos da seguridade social e proteção social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 23, 2018. p. 2315-2325. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n7/2315-2325/pt> Acesso em: 20/10/2021.

SPOSATI, Aldaiza. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 116, p. 652-674, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/WcYSGg6ys8ZbQfLwf9zCtkn/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21/10/2021.

TEIXEIRA, Solange Maria. Sistema de proteção social brasileiro na contemporaneidade: “novas” relações entre Estado e sociedade. **Revista FSA**. Teresina, v. 10, n. 01, Art. 15, p. 264-280, 2013. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/115> Acesso em: 21/10/2021.

TONET, Ivo. Expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico-prática. In: CFESS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Conselho Federal de Serviço Social. p. 87-106

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2002, p. 19-34.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social da UFRJ. Brasília, Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. 2014. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/Manual-Direitos-Deveres-min.pdf> Acesso em: 03/12/2021.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Práticas religiosas no campo das drogas: complexidade, paradoxos e desafios do campo, e posicionamentos na ótica da luta antimanicomial no Brasil. In: VIEIRA, Luciana Leila Fontes; RIOS, Luis Felipe; QUEIROZ, Tacinara Nogueira de. (Orgs.). **A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento**. Editora UFPE, Recife, 2016, p. 98-141.

AUTORA

Cláudia Macedo Coutinho, assistente Social efetiva na Universidade Federal do Tocantins (UFT), Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal do Pernambuco, Mestre em Serviço Social pelo PPGSS da UFT (2022), especialista em Serviço Social e Política Social pela UFT (2019), especialista em Educação, Pobreza e Desigualdade Social pela UFT (2017) e Bacharel em Serviço Social pela UFT (2016). Como pesquisadora vem estudando a Política de Saúde Mental no Brasil, a Política sobre Drogas e o Sistema Único de Saúde.

