

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA E HOTELARIA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

SAÚDE MENTAL, DROGAS E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:

Uma análise sobre a Baixada Fluminense

Jessica Souza de Farias

Seropédica
2020

JESSICA SOUZA DE FARIAS

SAÚDE MENTAL, DROGAS E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:

Uma análise sobre a Baixada Fluminense

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luiz de Góes Pereira

Co-orientadora: Profa. Dra. Rachel Gouveia Passos

Seropédica

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Fs Farias, Jessica Souza de, 2020-
SAÚDE MENTAL, DROGAS E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:
Uma análise sobre a Baixada Fluminense / Jessica
Souza de Farias. - Seropédica, 2020.
105 f.

Orientador: Jorge Jorge Luiz de Góes Pereira.
Coorientadora: Rachel Gouveia Passos.
Trabalho de conclusão de curso (Graduação). --
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Serviço
Social, 2020.


1. Saúde Mental. 2. Drogas. 3. Comunidades
Terapêuticas. I. Pereira, Jorge Jorge Luiz de Góes ,
1970-, orient. II. Passos, Rachel Gouveia, -,
coorient. III Universidade Federal Rural do Rio de
Janeiro. Serviço Social. IV. Título.

JESSICA SOUZA DE FARIAS

SAÚDE MENTAL, DROGAS E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:

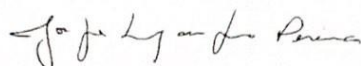
Uma análise sobre a Baixada Fluminense

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal Rural do Rio de
Janeiro, como parte das exigências para a
obtenção do título de bacharel em Serviço
Social.



Seropédica, 15 de dezembro de 2020.

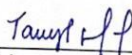
BANCA EXAMINADORA



Dr. Jorge Luiz de Goes Pereira
(Orientador)



Dra. Rachel Gouveia Passos
(Co-orientadora)



Dra. Tathiana Meyre da Silva Gomes
(Membra externa)

Ms. Meiryellem Pereira Valentim

(Membra interna)

Esta monografia é dedicada ao meu tio Leco (*in memoriam*) por ter me ensinado desde os quatro anos de idade a não ter medo da loucura e a entender que o “louco” tem sentimentos, desejos e vontades. Que o “louco”, acima de tudo, é gente!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por me permitir chegar até aqui, sem ele nada seria possível;

Agradeço minha mãe, Rosilane, por ser meu alicerce, minha base e minha maior incentivadora em tudo que eu fiz e faço. Esse diploma é tão meu quanto seu – embora você já tenha o seu, também de bacharel em serviço social – porque sem o seu esforço, dedicação e abdições, eu jamais poderia ter me dedicado exclusivamente a estudar. Nem com todas as palavras do mundo eu seria capaz de descrever meu amor e minha gratidão por você;

Agradeço a minha família por sempre me incentivar a estudar. Em especial a minha avó Ana (*in memorium*), que faleceu durante o processo de elaboração deste trabalho;

Agradeço a minha coorientadora de TCC Rachel, por acreditar em mim e me impulsionar a ser sempre a melhor versão de mim como pesquisadora, pela cumplicidade e pelo carinho. Agradeço também a minha orientadora de Iniciação Científica Tathiana, pela paciência, ensinamentos e confiança;

Agradeço ao Prof. Jorge, que aceitou estar comigo também durante o processo de TCC, mas que também foi um coordenador de curso excelente, sempre disposto a auxiliar os alunos pesquisadores a disseminar sua pesquisa Brasil a fora. E, ao lado dele, a Daiane, que jamais poderia ficar de fora dos agradecimentos. Mais do que secretária da coordenação, Daiane foi um anjo durante toda a graduação;

Agradeço à minha querida amiga dona Rute, que desde que nos conhecemos, fez de tudo que estava ao seu alcance para que eu me formasse. Eu jamais vou esquecer tudo o que a senhora me fez! Todas as palavras amigas, as marmitas pra eu não precisar fazer comida e ir direto para aula, e também os puxões de orelha;

Agradeço às minhas eternas companheiras de casa Paloma, Ziane e Samantha, por toda a paciência, incentivo, cuidado e troca de afetos durante os quatro anos em que dividimos o mesmo teto. Vocês foram muito importantes nesse processo;

Agradeço às minhas companheiras de turma Luiza, Susan, Tamirys e Eloísa, por terem tornado a graduação mais leve e agradável. Vocês são incríveis! Espero poder estar com vocês para além da sala de aula;

Agradeço aos meus amigos, principalmente por entenderem minhas ausências, minhas crises e cuidarem tão bem de mim. Também por estarem sempre dispostos a me ajudar na pesquisa, seja me ensinando ferramentas ou simplesmente me ouvindo ensaiar trabalho. Em especial, agradeço minha parceira de vida Larissa Cristiny, Lais, Luana e Leo;

Agradeço minha parceira de pesquisa Giulia, por toda troca, tanto de aprendizagem quanto de afeto, na pesquisa e no trabalho.

Por fim, agradeço aos usuários do CAPS AD Viva Vida, que me ensinaram mais do que qualquer livro sobre álcool e outras drogas. A construção deste trabalho também é por vocês.

Minha dor é perceber
Que apesar de termos
Feito tudo o que fizemos
Ainda somos os mesmos
E vivemos
Ainda somos os mesmos
E vivemos
Como os nossos pais

Nossos ídolos ainda são os mesmos
E as aparências
Não enganam não
Você diz que depois deles
Não apareceu mais ninguém
Você pode até dizer
Que eu 'tô por fora
Ou então que eu 'tô inventando
Mas é você que ama o passado
E que não vê
É você que ama o passado
E que não vê
Que o novo sempre vem

(Como nossos pais – Elis Regina)

RESUMO

O consumo de drogas é algo inerente a todas as sociedades. Seja para uso terapêutico, medicinal ou recreativo, estas substâncias foram tratadas pelo poder público de formas distintas longo dos séculos. Desde o início do século passado, iniciou-se um processo de criminalização e perseguição a essas substâncias, criando uma ideia de epidemia de drogas e o conceito de “Guerra às Drogas”, onde o Estado a todo custo tenta exterminá-las. Os usuários de drogas passaram a ser vistos como ameaças a sociedade, sendo em sua maioria enclausurados – em prisões ou manicômios. O Brasil muito tardiamente assumiu a questão como caso de saúde pública, a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica que se deu a partir da década de 1980. Com isso, foram pensados serviços territoriais de oferta de cuidado humanizado e centrados no sujeito, sem culpabilização e julgamentos morais a partir da RAPS. No entanto, a partir de 2010, a estratégia do Ministério da Saúde adotou novos equipamentos voltados para o enfrentamento da “Guerra às Drogas”, entre eles as comunidades terapêuticas. Estas se configuram como equipamentos religiosos, asilares e que buscam a abstinência de drogas a partir de práticas sem comprovação científica. Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo identificar e analisar o avanço das comunidades terapêuticas no Brasil, explicitando as particularidades deste processo na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. O método de investigação utilizado é o materialismo histórico e a metodologia possui caráter teórico e investigativo, o que nos possibilitou entender como o contexto político e social influenciou na transformação destas instituições em serviços manicomiais financiados pelo próprio Estado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Drogas; Comunidades Terapêuticas.

ABSTRACT

Drug use is inherent in all societies. Whether for therapeutic, medicinal or recreational use, these substances have been treated by the government in different ways over the centuries. Since the beginning of the last century, a process of criminalization and persecution of these substances has started, creating an idea of a drug epidemic and the concept of “War on Drugs”, where the State is trying to exterminate them. Drug users came to be seen as corrected by society, being mostly locked up - in prisons or asylums. Brazil belatedly assumes an issue as a public health case, starting with the Psychiatric Reform Movement that took place in the 1980s. With this, territorial services offering humanized care and focused on the subject were thought, without blame and moral judgments from the RAPS. However, as of 2010, a strategy by the Ministry of Health adopted new equipment aimed at facing the “War on Drugs”, among them as therapeutic communities. These are configured as religious, asylum equipment that seek drug abstinence from practices without scientific proof. In this sense, the present work aims to identify and analyze the advance of therapeutic communities in Brazil, explaining the particularities of this process in the Baixada Fluminense of the State of Rio de Janeiro. The research method used is historical materialism and the methodology has a theoretical and investigative character, which we cannot understand as the political and social context influenced in the transformation of these institutions into asylum services financed by the State itself.

Keywords: Mental health; Drugs; Therapeutic Communities.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Os principais parâmetros da psiquiatria tradicional e da atenção psicossocial.....	48
TABELA 2 - Expansão dos CAPS no Brasil entre os anos de 2002-2014.....	53
TABELA 3 - Mapeamento das comunidades terapêuticas na Baixada Fluminense.....	73

LISTA DE SIGLAS

AA - Alcoolicos Anônimos

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

ALERJ - Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CARE AD - Centros de Acolhimento Regionalizados para Álcool e outras Drogas

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CESeC - Centro de Estudos de Segurança e Cidadania

CFM - Conselho Federal de Medicina

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CONAD - Conselho Nacional Antidrogas

CONASP - Conselho Nacional de Segurança Pública

CONASSS - Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde

CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes

CSM - Centros de Saúde Mental

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

FAPERJ - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas

IPEA - Instituto Brasileiro de Pesquisa Aplicada

LGBTQI+ - Lésbicas, Gays, Transgêneros, Travestis, Queer, Intergêneros e mais

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NA - Narcóticos Anônimos

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

NUEPSSS/UFF/CNPq - Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Serviço Social e Saúde / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

NUPESS/UFRRJ - Núcleo de Pesquisa, Estudo e Extensão em Serviço Social, Saúde Mental e Atenção Psicossocial/ Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

OAB - Ordem dos Advogados Brasileiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG's - Organizações Não Governamentais

ONU - Organização das Nações Unidas

OS'S - Organizações Sociais

PNAD - Política Nacional Antidrogas

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RCC - Renovação Carismática Católica

RD - Redução de Danos

REME - Movimento de Renovação Médico

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SENAPRED - Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SEPREDEQ - Secretaria Especial de Prevenção à Dependência Química

SES RJ - Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNC - Sistema Nervoso Central

SPAs - Substâncias Psicoativas

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

UA - Unidades de Acolhimento

UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UnB - Universidade de Brasília

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1. DROGAS E CAPITALISMO	19
1.1 Contribuições do materialismo dialético para a relação com as drogas.....	19
1.2 Proibicionismo e Guerra as Drogas no cenário internacional	24
1.3 Proibicionismo, racismo e violência: o caso brasileiro	30
2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL	36
2.1 Breve percurso da política de saúde mental, álcool e drogas na realidade brasileira	36
2.2 Reforma psiquiátrica, redução de danos e os serviços substitutivos.....	49
3. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA BAIXADA FLUMINENSE	70
3.1 A Política de Drogas no Estado do Rio de Janeiro	70
3.2 A política de saúde mental e drogas na Baixada Fluminense e a inserção das comunidades terapêuticas.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
BIBLIOGRAFIA	87

INTRODUÇÃO

O interesse pelo campo da saúde mental iniciou-se em 2017, a partir da inserção como pesquisadora voluntária do Núcleo de Pesquisa, Estudo e Extensão em Serviço Social, Saúde Mental e Atenção Psicossocial (NUPESS/UFRRJ). A efervescência das comunidades terapêuticas no cenário político fez com que a temática se tornasse cada vez mais presente nas discussões do núcleo, e, assim, comecei a estudá-las.

Minha inserção como estagiária no CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas) Viva a Vida, localizado no município de Itaguaí, na Baixada Fluminense, me fez mergulhar definitivamente na Política Sobre Drogas e a questionar o “tratamento” ofertado pelas comunidades terapêuticas, bem como sua aclamada aceitação política e seu financiamento público.

Esses questionamentos e as experiências como estagiária foram cruciais para que, durante os anos de 2018, 2019 e 2020, eu começasse a frequentar eventos acadêmicos tanto do Serviço Social quanto do campo da saúde mental e drogas para apresentar e publicar artigos e resumos.

Também no ano de 2017 fui aprovada no processo seletivo interno para monitoria do núcleo de Métodos e Técnicas em pesquisa, onde pude, através da troca com os alunos que buscavam a monitoria, aprofundar meus conhecimentos no campo da pesquisa e me interessar ainda mais. Foram dois anos como monitora, atendendo as turmas de Métodos e Técnicas em Pesquisa e de Pesquisa Social, além dos demais alunos do curso que possuíam dúvidas.

Em 2019 escrevi, sob orientação da professora Rachel Gouveia Passos, o projeto intitulado “Política de Drogas e as Comunidades Terapêuticas na Baixada Fluminense do Rio de Janeiro”, que foi submetido e aprovado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) com bolsa de um ano, renovada por mais seis meses em decorrência da pandemia do novo Corona Vírus (2019-nCoV). Como fruto do desenvolvimento das primeiras reflexões sobre o tema foi publicado o capítulo de livro intitulado “Saúde mental e os desafios atuais para a luta antimanicomial: o caso das comunidades terapêuticas na Baixada Fluminense”, que integra o livro “Políticas Públicas e práticas sociais: cidadania, saúde, educação, comunicação e segurança alimentar”, organizado por docentes da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Em 2020, passei a integrar o Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Serviço Social e Saúde (NUEPSSS/UFF/CNPq), dando continuidade à pesquisa da FAPERJ e articulando-a com a pesquisa sobre comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro. Os frutos mais recentes desta junção foi o título de menção honrosa no IX Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde (CONASSS) com o trabalho intitulado “Saúde mental, drogas e as comunidades terapêuticas religiosas: uma análise das suas origens e dos desdobramentos no cenário brasileiro” e a publicação do artigo intitulado “Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro” publicado em português e inglês na Revista *Argumentum*. Além disso, em 2020, passei a fazer parte do quadro de pesquisadores do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC), trabalhando em uma pesquisa sobre comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro, a partir do viés político, orçamentário e de modelo de tratamento.

Neste sentido, o presente trabalho é fruto do ínfimo acúmulo teórico dos três anos de pesquisa, especialmente das análises preliminares do projeto, em andamento, da FAPERJ. Sendo assim, o objeto da pesquisa são as comunidades terapêuticas, tendo como problematização central sua inserção na RAPS e seu financiamento público.

O objetivo geral do trabalho é identificar e analisar o avanço das comunidades terapêuticas no Brasil, explicitando as particularidades deste processo na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Como objetivos específicos, nos debruçaremos em comparar as práticas de tratamento executadas nas comunidades terapêuticas com o previsto nas legislações em vigor; discutir sobre as condições em que o tratamento para usuários de álcool e outras drogas vem sendo realizado e evidenciar essa realidade na Baixada Fluminense.

O método adotado na elaboração do trabalho é o materialismo histórico e a metodologia seguida durante a realização do trabalho foi de cunho teórico e investigativo. Em decorrência da pandemia, não foi possível ser realizado em tempo hábil a ida a campo, como planejado inicialmente. Portanto, utilizamos além da revisão bibliográfica e de legislações para construir os dois primeiros capítulos, que são de cunho teórico, utilizamos dois artigos que relatam a experiência de campo na Baixada Fluminense, um levantamento *online* das instituições na região e uma pesquisa na Plataforma *Youtube* de vídeos relacionados a essas instituições, sendo escolhidos cinco para análise.

É sabido que milenarmente substâncias são utilizadas com o intuito de alterar a realidade, seja para fins medicinais, religiosos ou recreativos (LIMA, 2009). O nó que norteia

o primeiro capítulo parte desta afirmação. Trazemos à tona as relações entre o capitalismo e o uso de drogas, buscando desvelar o que está por trás do proibicionismo. Os três tópicos que compõem o capítulo levam o leitor a repensar as dinâmicas basilares que norteiam o debate sobre drogas no Brasil e no mundo, evidenciando principalmente o racismo estrutural.

O segundo capítulo apresenta a trajetória da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil, apontando as disputas políticas e os tensionamentos que foram necessários para a substituição do cuidado a partir do modelo asilar para o modelo psicossocial, através da Reforma Psiquiátrica e da instituição da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, bem como para os desmontes que estas vêm sofrendo nos últimos anos. Além disso, são apresentadas as comunidades terapêuticas em sua versão brasileira – conservadora, religiosa e moralizante e os crescentes incentivos estatais para estas instituições. Utilizaremos aqui os principais documentos de fiscalização destas instituições, entendendo nossos limites de pesquisa.

No terceiro capítulo, nos dedicaremos especificamente a explorar a realidade política no Estado do Rio de Janeiro e das comunidades terapêuticas na Baixada Fluminense, utilizando os dados coletados na pesquisa empírica. Neste capítulo, busca-se que o leitor consiga articular toda a trajetória das drogas com a realidade da região escolhida, que possui um perfil específico de moradores. Não buscamos aqui esgotar o tema, que além de amplo, está em constante mudança. Buscamos construir indagações que provoquem o senso crítico para entender as relações que perpassam o uso e cuidado de drogas.

1. CAPÍTULO: DROGAS E CAPITALISMO

Este primeiro capítulo objetiva representar um breve apanhado histórico, partindo da Revolução Industrial, marco da consolidação de uma exploração mais incisiva sobre o trabalhador e da consolidação do capitalismo como modo de produção, até os dias atuais para apontar os fatores que contribuíram para a proibição do consumo e comercialização do uso de drogas no Brasil e no mundo.

A partir da bibliografia especializada, é possível identificar que o uso de drogas é milenar e que este torna-se um problema na passagem do capitalismo concorrencial para sua fase monopolista. Buscamos aqui entender os fatores econômicos e sociais que incidiram sobre esta problematização e a construção da chamada Guerra às Drogas. Além disso, pretende-se explicitar o atual cenário de Guerra às Drogas proclamado contra as classes mais vulneráveis e como a proibição, a punição do consumo e a comercialização de drogas é seletivo e possui atravessamentos de raça, gênero e classe.

O capítulo está dividido em três subseções: a primeira tratará de uma análise do consumo de drogas a partir do materialismo histórico dialético - método no qual apoia-se a presente pesquisa; a segunda fará um recorte da questão nos Estados Unidos, país pioneiro na proibição das drogas e declaração de guerra contra estas; já no terceiro item, apresentaremos o debate analisando o caso brasileiro.

1.1 Contribuições do materialismo dialético para a relação com as drogas

É possível identificar na literatura especializada que o uso de drogas é uma prática historicamente existente. Desde os primórdios até a contemporaneidade, essas substâncias foram e são utilizadas para fins diversos, seja para uso terapêutico, ritualístico, lúdico ou prazeroso, diretamente ligadas às necessidades dos sujeitos, que foram se transformando ao longo do tempo e recebendo novos significados (BRITES, 2017). No entanto, não é possível marcar historicamente o início do consumo de tais substâncias. Lima (2009) aponta o uso desde os rituais humanos antigos, extraíndo-as a partir de plantas e sementes encontradas na natureza e transformando-as em diversas formas de uso, como é o caso da Coca, por exemplo.

No entanto, é com o advento da Revolução Industrial que este uso tornar-se um problema. Esta iniciou-se durante o século XVIII na Inglaterra, a partir da introdução da máquina a vapor na produção de mercadorias, que antes eram produzidas em pequena escala por trabalhadores majoritariamente do campo de forma manual e voltada para o autoconsumo

(MEDEIROS & PRADO, 2019). Com isto, conglomerados industriais foram criados para atender as novas necessidades do capital. De acordo com Medeiros e Prado (2019, p.134),

A fábrica moderna é caracterizada pela existência de quatro elementos: (i) produção centralizada, (ii) uso de mão de obra assalariada, (iii) controle da produção e dos meios de produção pelo capitalista e (iv) uso significativo de capital fixo na forma de máquinas e equipamentos.

Através da industrialização e do incremento de novas capacidades tecnológicas, o processo de desenvolvimento capitalista sofreu transformações fundamentais, que diversificaram a estrutura de produção e das formas de consumo na sociedade (POCHMANN, 2016). A indústria rebaixou a classe média trabalhadora ao proletariado e os grandes negociantes em burgueses. Com a eliminação da classe média, a população foi contraposta na oposição entre proletários e burgueses (ENGELS, 2010), constituindo a gênese da luta de classes. Como bem nos lembra Marx e Engels (2014, p.43), “numa palavra, no lugar da exploração mascarada por ilusões políticas e religiosas colocou a exploração aberta, despudorada, direta e árida”.

A instalação de fábricas nas grandes cidades promoveu uma mudança radical na sociabilidade dos trabalhadores, que se tornaram operários à disposição do crescente capitalismo. Houve, neste momento, um processo de êxodo rural, visto que a produção manual se tornou obsoleta e a busca pela sobrevivência empurrava a população camponesa para os centros urbano-industriais (ENGELS, 2010). A partir da obra de Engels (2010), analisaremos a situação da classe trabalhadora na Inglaterra neste período, por entender que sendo o berço da revolução industrial, os trabalhadores ingleses experimentaram uma das facetas da perversidade do capitalismo neste período.

De acordo com o autor, os trabalhadores pré-industriais viviam no campo, isolados, sem vida intelectual, seguindo à risca uma rígida rotina. Raramente sabiam ler ou escrever, frequentavam a igreja, não eram politizados, tampouco conspiravam ou refletiam sobre a ordem societária vigente e possuíam boa relação com as classes mais abastadas da sociedade. Esta configuração transforma-se completamente com a ida destes trabalhadores para as grandes cidades.

Como todo ônus recai sob a classe trabalhadora, esta passa a residir nos chamados “bairros de má fama”. Nestes,

Habitualmente, as ruas não são planas nem calçadas, são sujas, tomadas por detritos vegetais e animais, sem esgotos ou canais de escoamento, cheias de charcos estagnados e fétidos. A ventilação na área é precária, dada a estrutura irregular do

bairro e, como nesses espaços restritos vivem muitas pessoas, é fácil imaginar a qualidade do ar que se respira nessas zonas operárias – onde, ademais, quando faz bom tempo, as ruas servem aos varais que, estendidos de uma casa a outra, são usados para secar a roupa (ENGELS, 2010, p. 70).

Além disso,

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

Neste momento, a classe trabalhadora representa cerca de 78% da população total das cidades, por volta de 300 mil pessoas morando em bairros cuja miséria e insalubridade são acentuadas. As casas transbordam de pessoas, chegando a cerca de vinte pessoas por andares, que são alugados como dormitórios. Estas, dividem o mesmo quarto, adultos e crianças, sem o menor pudor. Como consequência, a proliferação de doenças e epidemias nestes bairros eram rotineiras.

Com o passar do tempo, afim de manter o trabalhador o mais próximo possível das fábricas, foram construídas as casas operárias, habitáveis em média por quarenta anos – construídas de forma precária, insalubres, com materiais de péssima qualidade, apesar da beleza exterior, e sem reparos ao longo dos anos. Os operários eram praticamente obrigados a viver nessas casas, seja por falta de recursos para locação de casas melhores, seja pela exigência das indústrias de habitá-las.

A realidade dos bairros operários não era muito diferente dos citados anteriormente. Além das casas miseráveis, com umidade e sujeira e porões “habitáveis”, as ruas possuíam estado deplorável, de extrema sujeira. Visava-se, sobretudo, na construção destes bairros e casas o lucro dos construtores e a servidão do trabalhador ao residir próximo às fábricas.

Quanto a condição do vestuário dos operários, pode-se afirmar que são as piores possíveis. Vestes em péssimo estado, remendadas até se desfazerem e pouco adequadas ao

clima frio e úmido da Inglaterra. Tal clima exigiria que fossem usadas roupas de flanela, camisas e casacos, além de cachecóis, inacessíveis à grande massa de trabalhadores, que não encontram aquecimento nem dentro de suas próprias casas.

No que tange à alimentação, a situação não é diferente. Aos trabalhadores reservam-se os restos de comida – por vezes estragados – para aqueles que ainda podem pagar por um pouco de carne no mercado. Aos demais, que nem as carnes em decomposição conseguem pagar, restam-lhes apenas batatas para sua alimentação. A morte causada pela fome não é uma situação rara, dadas estas condições.

Tal realidade relega a classe trabalhadora uma situação de enorme degradação física e moral. Mora-se mal, veste-se mal, alimenta-se mal e trabalham longas jornadas de trabalho, na qual os capitalistas extraem dos trabalhadores o máximo possível.

Com a imigração dos Irlandeses para a Inglaterra, em busca de oportunidades de trabalho, fez crescer o número de trabalhadores disponíveis, tornando-os “trabalhadores excedentes” – que mais tarde foi reconhecido por Marx (2011) como exército industrial de reserva. Por conta da grande demanda de trabalhadores em detrimento dos postos de trabalho – por conta da exploração massiva do capitalista sob o trabalhador, que opera com o mínimo de mão de obra por uma maior jornada de trabalho – os salários baixaram e as disputas por emprego aumentaram.

Aos que não conseguem uma vaga de emprego, resta-lhe os trabalhos informais nas ruas e a mendigagem, muito mal vista pelas autoridades, mas única alternativa de sobrevivência para estas pessoas. Nesta época, a Questão Social, que se dá através da relação de exploração entre capital/trabalho e se manifesta em suas múltiplas expressões (NETTO, 2018), era enfrentada como caso de polícia e não de política pública, respondendo à essa população de forma policialesca e violenta.

Sem qualquer perspectiva de vida, resta a classe operaria apenas dois prazeres, o sexo e a bebida. E neste contexto o álcool ocupa um espaço bastante pontual e centralizador na vida dos trabalhadores, o de amenizar a exploração sofrida nas enormes jornadas de trabalho e na ausência total de mínimas condições de subsistência. Além disso, é nas tabernas o único local de socialização entre a classe trabalhadora, configurando-se como a forma de lazer deles.

Lima (2019) aponta que o alcoolismo como conhecemos hoje foi conformado neste período – onde também nascera a medicina social e houve uma forte onda higienista – mas que este não era entendido como um problema entre os trabalhadores, e, sim, da burguesia e do Estado. Assim como a miséria, a questão do álcool não era entendida como uma expressão da Questão Social e, por isso, a resposta do Estado era a mais perversa possível.

A autora ainda acrescenta que as ações higienistas propostas neste período não visavam em nada a melhoria de vida da classe trabalhadora, visto que não alterava a base do problema, a exploração sofrida pelo trabalhador e sua péssima condição de vida. Ao contrário, partia de ações reformistas e punitivista para responder os interesses da burguesia e do Estado – que como bem colocam Marx e Engels (2014, p.42), se localizavam como um “comitê para administrar os negócios comuns de toda a classe burguesa”.

Engels (2010) ainda acrescenta a importância do uso do ópio, sobretudo a partir da recém-criada indústria farmacêutica, que pouco a pouco foi construindo seu imperialismo. Destaca-se, principalmente, o uso de drogas em crianças, sob a ilusão de que estas cresceriam mais saudáveis, mas, ao contrário, eram raras as que conseguiam ultrapassar os dois anos de idade. Quanto aos adultos que sobreviviam, tinham uma estimativa de vida de 30 anos, regada a todo o tipo de drogas farmacêuticas, ópio, aguardente e exploração de sua força de trabalho. Para os trabalhadores qualquer coisa que tornava possível o dia seguinte de trabalho era válida, se entregando aos excessos e prazeres da vida.

Este cenário de barbárie não ficou restrito à Inglaterra, estendendo-se para os demais países onde o capitalismo impôs a exploração massiva dos trabalhadores. A Revolução Industrial alcançou diversos países e levou a degradação da classe operária consigo. Tal realidade, ainda que tardiamente, também se instaurou no Brasil, como veremos mais adiante, causando severos impactos que podem ser identificados até os dias atuais.

No Brasil, o processo de industrialização e desenvolvimento das cidades também se deu por um processo de êxodo rural que desenvolveu-se na segunda metade do século XX. A esse processo, junta-se uma grande parcela da sociedade formada por negros libertos a partir da Abolição da Escravatura em 1888, mas sem formação para o mercado de trabalho, que irão ocupar a periferia das áreas centrais dos grandes centros, como Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Salvador e Recife, entre outros (MARICATO, 2004) e a chegada de imigrantes para ocuparem as oportunidades de trabalho geradas pelo surgimento das fábricas de tecidos.

No caso do Rio de Janeiro, além dos trabalhadores ocuparem as áreas de morros e matas (constituição das favelas), também irão em buscar de condições de moradias nos municípios da Baixada Fluminense, constituindo os bairros dormitórios, marcados pelo tráfico de drogas, violência e condições insalubres de moradia, sem assistência médica adequada, acesso ao mercado de trabalho, lazer e educação de qualidade. Portanto, é uma região de exclusão social

formada por negros e pobres na sua maioria. O trabalhador da Baixada Fluminense torna-se uma massa de reserva sem perspectiva de dias melhores¹.

A passagem do capitalismo concorrencial para sua fase monopolista não significou somente a implementação de novas tecnologias, mas, sim, uma nova forma de acumulação capitalista, baseada na exploração do trabalhador em todos os níveis possíveis, levando-o a buscar refúgio nas drogas como forma de enfrentamento ao que estava sendo imposto a ele (LIMA, 2019).

Recuperar esse apanhando histórico é necessário e inerente a pesquisa apoiada sob o materialismo histórico-dialético, revisitando a história para estudar minuciosamente as condições de vida e a várias formações sociais que promoveram o terreno fértil para a disseminação do uso de drogas entre a classe trabalhadora. Entender sua forma de produção e reprodução da vida social nos revela um caminho que desfaz a ideia moralista do consumo de álcool e das outras drogas, e, nos aponta na direção de um consumo prejudicial a partir das explorações do mundo do trabalho (NETTO, 2009).

De acordo com Netto (2009), a partir da perspectiva marxista, é preciso analisar o fenômeno para além da sua aparência, focando a pesquisa na essência da questão problematizada. Fica nítido, neste sentido, a influência da situação precária de vida da classe trabalhadora, impulsionada pelos avanços do capitalismo, para a introdução das drogas como forma de suportar a exploração sofrida.

1.2 Proibicionismo e Guerra as Drogas no cenário internacional

Antes de avançarmos na discussão, é necessário delimitar o conceito utilizado neste trabalho como “droga”. De acordo como a Organização Mundial de Saúde (OMS), “droga é toda substância natural ou sintética que introduzida no organismo vivo, [que] pode modificar uma ou mais de suas funções” (OMS, 1993 *apud* LIMA, 2013, p. 25). Ou seja, a OMS define como droga qualquer substância capaz de alterar biologicamente o ser humano, sendo esta lícita ou ilícita, prescrita para fins terapêuticos ou utilizada para fins recreativos.

¹ Os municípios que compõem tradicionalmente a Baixada Fluminense são Japeri, Queimados, Nova Iguaçu, Mesquita, Belford Roxo, Nilópolis, São João de Meriti e Duque de Caxias. Segundo dados do IBGE (2010), Japeri está na lanterna do ranking do IDH na Baixada. No estado, ocupa a 83ª posição em um universo de 92 cidades, ficando à frente somente de bolsões de pobreza localizados nas regiões Centro-Norte e Noroeste. Queimados permanece dez posições à frente de Japeri, em 73º lugar, e Belford Roxo, em 70º.

A partir da definição adotada por Brites (2017, p.25), podemos também entender as drogas como “todos os produtos, naturais ou quimicamente manipulados, que são consumidos com a finalidade de alteração do sistema nervoso central”, ou seja, “aquelas capazes de alterar o funcionamento das atividades do SNC: deprimindo, estimulando ou perturbando suas atividades”.

A noção de “Guerra às Drogas” surgiu e foi propagada pelos Estados Unidos no início do século XX, com objetivo de exterminar o uso de substâncias que alteram estados de realidade, disseminando para a população que a abstinência total seria a única alternativa viável e recebendo significativo apoio popular. Com isso, declarou guerra através do fortalecimento da polícia, do Exército e do Ministério da Justiça, utilizando todo o seu aparato de Segurança Pública nas questões vinculadas as drogas (PRUDENCIO, 2019).

Na passagem do século XIX para o XX, os Estados Unidos já haviam consolidado seu desenvolvimento industrial de maneira imperialista, ultrapassando países como Inglaterra e Alemanha. Por conta disto, possuíam as ferramentas necessárias para a imposição de uma política externa mais agressiva e militarizada para garantir seu domínio sobre a América.

Identifica-se na literatura especializada três fases principais do proibicionismo no cenário internacional: sua ascensão, sua consolidação e seu declínio e fracasso enquanto ideologia. Passaremos por uma análise das obras de Lima (2009) e Brites (2017) para delimitar como se deu este processo, que para além de sua relevância internacional, influenciou diretamente a política sobre drogas no Brasil.

Lima (2009) inicia sua discussão desvelando as reais motivações que oportunizaram a passagem das drogas de um contexto ritualístico, medicinal e recreativo para um problema público de Estado. Para ela, foi resultado de fatores políticos, sociais e econômicos, impulsionado por forças internas e externas que elevaram o país a uma potência mundial.

De acordo com a autora, quando o país começou a liderar as questões políticas e econômicas internacionalmente com a passagem do capitalismo concorrencial para sua fase monopolista, expandindo suas políticas imperialistas pela Europa, Ásia, África e América. Porém, vale destacar sua influência na América anteriormente a este período, ainda em sua fase de capitalismo periférico, com intuito de proteger sua política interna e sua expansão territorial.

A construção do proibicionismo, conforme Lima (2009) se dá a partir de quatro momentos essenciais, que serão destrinchados a seguir e que influenciaram diretamente na

matriz proibicionista brasileira. O primeiro refere-se a formação transnacional, iniciando nos primeiros anos do século XX e perdurando até a Segunda Guerra Mundial, passando por duas importantes políticas de segurança norte americana, o Big Stick (1904-1933) e a Política da Boa Vizinhança (1933-1945); o segundo diz respeito a consolidação em si, durante a Guerra Fria (1947-1989), com influência das convenções de 1961, 1971 e 1988; o terceiro trata do aprofundamento do proibicionismo no pós Guerra Fria, com forte resposta bélica estadunidense, na qual criminaliza e pune incisivamente o narcotráfico na América; e o quarto e último expõe sustentação da hegemonia proibicionista, em um momento em que as potencias europeias e parte da América começaram a despenalizar o uso de determinadas drogas. É importante destacar que este não foi um movimento linear e que começou a ruir mesmo durante períodos de consolidação e sustentação.

O Big Stick foi uma política externa estadunidense, anunciada em dezembro de 1904, que objetivava conter a interferência das potencias europeias e assegurar a hegemonia dos EUA. Este defendia o direito dos Estados Unidos de promoverem ataques preventivos aos Estados que ameaçassem a ordem e tivessem mau comportamento, nos moldes estadunidenses. Isto envolvia a utilização de intervenção militar afim de defender os interesses do continente, através de uma diplomacia agressiva, que envolvia força bruta e a derrubada de governos.

Foi a partir do Big Stick que os Estados Unidos lançaram as primeiras iniciativas proibicionistas às drogas, através da regulamentação sobre o uso das mesmas. Ainda de acordo com Lima (2009), é possível apontar o Food and Drug Act (1906), como o marco inicial da intervenção estatal sobre o comércio e o consumo de drogas nos Estados Unidos, através do controle público visando proibir o comércio de produtos adulterados e/ou que ofereciam riscos à saúde, efervescendo a necessidade de discriminação da composição de alimentos e medicamentos.

De acordo com o Food and Drug Act, todas as drogas comercializadas nos Estados Unidos deveriam ser regulamentadas e etiquetadas. Álcool, Morfina, Ópio, Cocaína, Heroína, Alfa e Beta Eucáína, Clorifórmio e Cannabis Sativa, passando o comercio destas a ser controladas. Esta política passou por cinco emendas (1912, 1913, 1923, 1930 e 1934) e até a primeira emenda não houve distinção entre drogas e remédios (LIMA, 2009).

Pode-se dizer, a partir de Lima (2009) que as primeiras iniciativas internacionais de controle das drogas também começaram a se organizar em 1906, a partir de movimentos promovidos pelos Estados Unidos. Destaca-se, neste sentido, a Conferência de Xangai, que se

constituiu enquanto uma manobra política de aproximação com a China – produtora de ópio. Por conta da incisiva organização dos grupos religiosos e o capitalismo estadunidense não centrado no comércio asiático e africano, o mercado do ópio não se constituiu enquanto área de interesse dos Estados Unidos. Porém, pelo fato da China ser resistência as políticas agressivas do país e possuir conflitos com as potencias europeias, o governo norte americano decidiu manter um ambiente favorável com a China.

No entanto, o papel exercido pelos EUA na chamada “Guerra ao ópio” é contraditório. Se por um lado o interesse estadunidense nos conflitos da China com os países europeus vinculava necessidades internas e ambições no plano internacional, por outro lado o país vivia sob pressão dos movimentos puritanos, que prezavam pela abstinência total, que reprovavam as práticas de uso do ópio por imigrantes (BRITES, 2017).

Nota-se, neste sentido, uma perseguição moral a determinados grupos sociais no que tange ao consumo de drogas pelos grupos puritanos. Brites (2017) destaca que a maconha era considerada a droga dos mexicanos, por exemplo, a cocaína a droga dos negros e o álcool a droga dos irlandeses. Todos vistos como influências ruins a cultura do país.

De acordo com a autora, ao passo que o país restringia cada vez mais o uso de determinadas drogas em seu território, vinculadas a uso lúdico, recreativo, medicinal e ritualístico, ampliava a produção de outras, vinculadas a recém-criada indústria farmacêutica e ao saber médico. Destaca-se, neste cenário, a produção de drogas sintéticas, como a metadona, os barbitúricos e a anfetamina. Tais substâncias eram supervalorizadas por seus efeitos estimulantes e apaziguador das dores advindas da guerra.

A onda proibicionista internacional iniciada em Xangai, por influência norte-americana, foi acentuada por todo o século XX, provocando vários encontros internacionais para se discutir o tema. Cria-se, neste contexto, o proibicionismo como ideologia política e social, intensificando o preconceito e a xenofobia destinada a determinados grupos sociais, como supracitado.

Entre os eventos internacionais ocorridos, Brites (2017) destaca a Conferência Única, ocorrida em 1961, num contexto onde novos interesses estadunidenses precisam ser reorganizados no âmbito das políticas internas e externas. Esta possuiu um tom mais progressista, ao passo que expressou preocupação com a questão da “dependência química” e firmou um discurso terapêutico de uso indevido e abusivo. Trata-se da primeira conferência organizada e conduzida pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Leal (2017) também sinaliza que este foi um período de efervescência da onda antiproibicionista no contexto internacional. A autora apresenta diversos eventos ocorridos em prol da discriminação das drogas, e até a criação de um manifesto pela discriminação, assinado em 1967. Além disso, foi um período onde ocorreram vários movimentos na rua, tanto nos Estados Unidos quanto ao redor do mundo.

Os anos de 1960 e 1970 refletiram o fracasso da Guerra às Drogas e o declínio da hegemonia conservadora proibicionista. Embora a ofensiva norte americana continuasse respondendo de maneira ostensiva e com caráter de guerra, o uso de drogas só crescia. Brites (2017, p. 115) afirma que “o proibicionismo fracassa se considerarmos suas promessas de redução da oferta e da procura por psicoativos ilícitos”. A autora ainda destaca que a funcionalidade do proibicionismo serve ao capital como manutenção da ordem capitalista, nas diversas esferas que este incide, e que, por isso, até hoje mantém-se vívido na sociedade.

Brites (2017) aponta que, atualmente, existem quatro modelos conceituais, formulados na década de 1970, que pensam e atuam sobre a questão das drogas, a saber: o jurídico-moral, o médico, o psicossocial e o sociocultural. Para a autora, todos estes, apesar de suas particularidades, contribuem de alguma maneira para a construção do ideário existente sobre o consumo de drogas. Falaremos sobre cada um deles a seguir.

O jurídico-moral, que prevê a abstinência total dos usuários, entende a droga como um agente ativo capaz de intervir de forma negativa na vida dos sujeitos. Por isso, este modelo tem como finalidade principal manter as drogas longe do alcance, criando medidas legais contra o cultivo, a manipulação, produção, a venda e o consumo. Pode ser considerado o modelo mais incisivo e atuante no proibicionismo de determinadas substâncias, dado o seu respaldo legal. Trata-se de uma perspectiva conservadora e moralizadora, com forte apelo ao recorte de classe.

O modelo médico, bastante parecido com o anterior, se difere no caráter adotado nas medidas recomendadas, que possuem cunho preventivo. Nesta perspectiva, a droga pode ser comparada as doenças infecciosas e os usuários como possíveis hospedeiros. Não perde o seu caráter legalista, mas apela fortemente para a questão da prevenção, atribuindo também à droga o protagonismo, como no modelo jurídico-moral, como se o sujeito não tivesse escolha consciente sob o uso das substâncias.

O modelo psicossocial, menos repressor que os anteriores, atribui o protagonismo ao sujeito e não mais as drogas. Nesta perspectiva, entende-se que cada caso é um caso e que diversas variáveis influenciam na forma de consumo, como quantidade, frequência e

modalidades de uso. Além disso, entende-se que o uso de drogas pode se dar por diferentes motivos, entre eles, a busca por prazer, considerando que o uso pode ser recreativo.

O último modelo, o sociocultural, atribui o protagonismo ao modo como determinada sociedade define seu uso e seus consumidores. Entende-se aqui que as variações de comportamento como consequências do uso de drogas bem como as motivações de uso variam de acordo com a sociedade e com a cultura e subcultura existente.

A autora afirma que, embora esses últimos modelos sejam considerados um avanço, em sua aplicação prática por vezes o contexto social é atribuído apenas como um pano de fundo, reproduzindo a lógica dos dois primeiros modelos e contribuindo para o embasamento de discursos que tornam o sujeito usuário de drogas como desviante, tornando necessário que o Estado intervenha na regulação e na vigilância destes corpos através das políticas públicas de saúde.

Atualmente, podemos afirmar nas palavras de Michelle Alexander, que “a guerra às drogas são na verdade uma guerra racial” (ALEXANDER, 2017 *apud* MARQUES JUNIOR, 2020, p. 279), sobretudo nos Estados Unidos e no Brasil – que recebe forte influência norte-americana. Trata-se, portanto, ainda de uma guerra a determinado grupo étnico- racial.

De acordo com Marques Junior (2020), a 3ª maior população carcerária é brasileira e a 1ª é a estadunidense, com cerca de dois milhões de pessoas encarceradas, sendo majoritariamente composta por homens negros. Verifica-se, neste sentido, um controle de corpos negros por meio de um sistema penal que, além de tudo é extremamente lucrativo, em uma sociedade que não consegue pensar estratégias de punição descoladas do padrão prisional (DAVIS, 2018).

Nesse caminho, evidencia-se uma “justiça criminal [que] é etnosseletiva” (PREUSSLER, 2018, p. 412) no Brasil e, mais acentuadamente nos EUA, que segregam guetos e favelas, onde vivem majoritariamente negros e latinos – que, conseqüentemente também são pretos ou pardos em sua maioria – da supremacia branca.

Este é um histórico cultural que persiste desde o período escravista até a contemporaneidade, e que só vai reatualizando suas formas de segregação, chegando ao ponto em que estamos, de super encarceramento de negros, pobres e periféricos e que os marca eternamente como criminosos, mesmo depois de egressos do sistema prisional (MARQUES JUNIOR, 2020).

1.3 Proibicionismo, racismo e violência: o caso brasileiro

Saad (2018) nos revela que a maconha, principal droga perseguida no início do século XX, foi trazida da África para o Brasil, através dos negros escravizados, que utilizavam-se desta para suportar as inúmeras violações de direito sofridas entre o período de 1550 até 1888, quando foi promulgada a abolição da escravidão no país, e nos rituais religiosos de matriz africana, como o candomblé e a umbanda.

Entre as diversas linhas de análise que explicam o fim do processo escravista no país destaca-se a marxista, explicitada por Alonso (2014) como resultado da estrutura socioeconômica do capitalismo em expansão, que precisava de mão de obra para o trabalho livre. Porém, no Brasil essa mão de obra não foi absorvida dos escravizados, que eram vistos como preguiçosos e inferiores à raça ariana (SAAD, 2018).

Porém, diferente dos demais países ao redor do globo, o Brasil apresentava – e ainda apresenta – um fator de extrema importância no debate do consumo e proibição de drogas, que são os quesitos raça e classe. E, neste sentido, é preciso que resgatemos as condições em que o país aboliu a escravidão e o tratamento que destinou aos negros para entendermos a conformação da política de drogas no país.

Outrora, a maconha não só era legalizada, como era um importante insumo econômico na Europa. Decretado pelo rei D. João V, havia um significativo incentivo à produção de maconha como uma política de Estado, pois esta fornecia o cânhamo – a fibra da maconha – necessário para a confecção das embarcações portuguesas (BARROS; PERES, 2011). Tal evidência explicita um caráter político ideológico por trás da proibição da erva no Brasil.

Como explicita Saad (2018), o uso de drogas psicoativas foi transformado em um problema social a partir de diversos fatores que não podem ser pensados isoladamente, sendo estes de ordem política, econômica e moral. Destaca-se como principal fator para esta mudança a institucionalização do saber médico e da indústria farmacêutica, que promoveu a regulamentação estatal de determinadas drogas e legitimou a ideia de que certas substâncias propiciavam comportamentos anormais, impediam o curso natural de uma vida saudável e causavam a loucura. A construção do “lícito” e do “ilícito” deu em um processo de legitimação do poder do homem branco e da manutenção da hierarquia social, marginalizando as culturas que se distanciavam da soberania eurocêntrica. Como salienta Barros e Peres (2011), a nova República tinha como princípios básicos a extinção dos doentes, o domínio dos contagiosos e a marginalização dos delinquentes.

A convenção de Haia, ocorrida em 1912, introduziu o Brasil no debate do proibicionismo, tendo a maconha como principal inimigo no país recém proclamado república e que mantinha em curso um projeto de civilização social, baseado no lema “ordem e progresso”. Neste interim, diversos hábitos dos negros, que estavam na condição de recém libertos, começaram a ser questionados, como o consumo da maconha – ou pito de pango, como era conhecido –, a capoeira e as religiões de matriz africana, como veremos mais adiante, a partir dos estudos de Saad (2018).

Embora o debate acerca da criminalização de determinadas drogas no Brasil tenha se iniciado no final do século XIX e início do século XX, sobretudo na figura de Rodrigues Dória, médico, professor, político, influente na área de medicina legal e direito no país e precursor sobre o estudo da maconha no Brasil, foi somente em 1932 que se consolidou uma política proibitiva a nível nacional, sob a ótica de fatores religiosos, políticos, econômicos e morais, através do decreto 20.930/1932 (SAAD, 2018). No entanto, o Brasil foi o primeiro país a editar uma lei contra a maconha, no estado do Rio de Janeiro, em 04 de outubro de 1830, quase um século antes da lei nacional (BARROS; PERES, 2011).

Saad (2018) nos apresenta em sua historiografia a respeito da maconha no pós-abolição um cenário em que o negro era marginalizado em todos os sentidos, tendo inclusive um projeto em curso para a eliminação da raça até o início do século XXI, através da miscigenação das negras com os imigrantes, muitas vezes pela via do estupro, como era de costume nos períodos escravistas.

O país recém proclamado uma república, de acordo com a autora, visava alcançar um nível de progresso ameaçado pelos negros. Nasce, neste período no país o que já era conhecido no mundo como racismo científico, onde a ciência, através de pesquisas sem fontes concretas concluiu que determinadas características físicas e genéticas levariam os indivíduos ao vício, à vadiagem e ao mundo do crime. Rodrigues Dória foi um dos entusiastas deste tema no país.

Assim como no cenário internacional, o consumo de álcool e outras drogas se dava em decorrência das explorações vivenciadas no mundo do trabalho, que, neste momento, importou mão de obra estrangeira e deixou marginalizados os ex-escravizados. Saad (2018) destaca bastante este fator na fala de Rodrigues Dória, um homem “conservador preocupado com a moral, o desenvolvimento da boa raça e manutenção da ordem” (p.38), que fortemente influenciado pelas teorias de Cesare Lombroso², possuía um discurso eugenista de

² Para mais informações sobre o autor e suas teorias buscar LOMBROSO (2017).

“melhoramento” da raça e de “aprimoramento das populações”. Para Dória a Questão Social – que na perspectiva marxista se dá a partir da relação de exploração entre capital e trabalho – se dava por fatores genéticos, passados de forma geracional, onde a raça negra possuía maior propensão a crimes e delinquências,

Esta teoria afirmava que, a partir dos estudos criminológicos, que existiam origens etiológicas para o crime, ou seja, características biológicas, atávicas ou mesmo climáticas para que determinadas pessoas não respeitassem a ordem. Características presentes na estrutura corporal forneciam dados à psicopatologia criminal. Estes geralmente estavam vinculados a estrutura corporal dos negros (BARROS, PERES, 2011).

Tratava-se, portanto, de um projeto de controle dos corpos, de culpabilização dos indivíduos em detrimento do sistema social vigente e, principalmente, de extermínio da população negra, negligenciando a influência das expressões da Questão Social e gerando pensamentos e posicionamentos racistas, classicistas e sensacionalistas, que criminalizaram os negros, bem como sua religião, cultura e hábitos, como o fumo da maconha (BARROS, PERES, 2011).

Esta ideia estava associada ao conceito de eugenia que é “um conjunto de ideias e práticas relativas ao melhoramento ou aprimoramento da raça humana” (SAAD, 2018, p. 61). Este buscava salvar a raça ariana dos males que os negros poderiam proporcionar a eles, direta ou indiretamente, e foi massivamente disseminado durante o período desenvolvimentista na ditadura de Vargas.

O conceito de eugenia foi criado por Francis Galton, primo de Charles Darwin – criador do conceito de seleção natural entre as espécies nas ciências biológicas –, o qual disponibiliza um arcabouço teórico capaz, segundo ele, de encontrar a solução para o melhoramento das características da população. Para Galton, existiam na sociedade dois grupos distintos: “*não degenerados e degenerados; os bem-sucedidos, limpos e puros e os sujos e impuros*” (GOÉS, 2015, p.37). Sendo assim, a solução para o melhoramento social seria a extinção dos “degenerados”.

No Brasil, o principal interlocutor do eugenismo foi Renato Kehl, um farmacêutico, médico e escritor brasileiro, que propagava a questão da eugenia com clamor religioso, afirmando que a humanidade somente estaria salva caso apreendesse a eugenia como uma religião. No intuito de implementar a perspectiva no país, Kehl estabelece diálogo com nomes

importantes que pensavam a questão, como Sílvia Romero, Nina Rodrigues, Euclides da Cunha, Alberto Torres, Manoel Bomfim, Azevedo Amaral, Oliveira Vianna (GÓES, 2015).

Pautados pela perspectiva eugenista, os médicos acreditavam que as doenças e a pobreza só poderiam ser solucionadas através de uma política eugênica. Estes, além de tentar resolver os problemas sanitários e da raça, serviam como representantes do pensamento das classes dominantes e, portanto, com a reprodução da força de trabalho. A eugenia é uma resposta das elites dos países de capitalismo central aos problemas originários na nova sociedade industrial (GOES, 2015).

Kehl influenciou também diretamente na psiquiatria e na questão de gênero, fortalecendo a concepção de inferioridade feminina através do discurso médico e da propensão destas à loucura. O médico eugenista apontou, inclusive, os critérios de uma “boa esposa”, destacando a beleza, a moral e a normalidade. Para ele, a mulher deveria desenvolver um papel de mantenedora do lar, transferindo para os filhos boa educação. Deveria ser obediente – em primeira instância ao pai e, após o casamento, ao marido –, dócil e não questionadora. Qualquer caso que fugisse a este padrão deveria ser caso de internação para manutenção dos valores previstos. Destaca-se aqui o papel dos manicômios não só para as mulheres que transgrediam esses valores, mas para todos os cidadãos que desviassem da ordem vigente, dentre eles os negros (COUTO, 1994).

Durante a ditadura militar, mas especificamente no ano de 1968, houve uma alteração no Código Penal que equiparou usuário e traficante, atribuindo-lhes penas semelhantes. Em 1971, alterações na lei endureceram a repressão contra o consumo e tráfico de drogas, autorizando denúncias e penalizações mesmo sem a existência de provas materiais. Em 1976, passou a vigorar a Lei 6.368/76, que trazia a distinção entre traficante e usuário, que vigorou até 2002, no governo Fernando Henrique Cardoso, que sancionou a lei 10.409/2002, tornando-se esta posteriormente obsoleta por conta dos inúmeros vetos que sofreu. Somente em 2006, com a Lei 11343/2006, que um novo regime passou a vigorar (BARROS, PERES, 2011).

A partir da referida lei, o juiz torna-se obrigado a ter provas concretas para decretar prisão preventiva, apresentando fatos que determinem esta necessidade. Porém, na prática, a teoria é outra, e delegados, promotores e juízes violam a lei e condenam milhares de jovens consumidores como traficantes, a partir de marcadores de raça, gênero e classe (BARROS, PERES, 2011).

Os manicômios tornaram-se depósitos de pessoas consideradas anormais e desviantes da ordem social, instrumentalizando-se como uma das principais ferramentas eugenistas no Brasil. No período da ditadura militar esta prática tornou-se ainda mais enfática, enclausurando e medicalizando corpos pretos, LGBTQI+, comunistas, mulheres, etc. A partir de 1970, o índice de pessoas internadas passou a subir 10% ao ano, levando a uma superlotação dos hospitais psiquiátricos (DIAS, 2012).

Não se pode deixar de evidenciar que, na contemporaneidade, os marcadores sociais que proíbem e penalizam o consumo de drogas no Brasil são os mesmos do século passado: raça, gênero e classe social, que forjam nos jovens negros e periféricos os grandes vilões da chamada Guerra às Drogas (FERRUGEM, 2018).

Como explicita Ferrugem (2018), o estatuto proibicionista brasileiro conserva sua herança de interesses econômicos, morais, éticos e estéticos do início do século passado, reafirmando que a seletividade de gênero, raça e classe sempre estiveram presentes nas políticas de segurança pública e justiça no país.

Os vestígios deixados pela escravidão resvalam até hoje na sociedade brasileira, que nunca reconheceu este período como de barbárie, naturalizando ainda hoje a inferiorização dos negros. De acordo com Ferrugem (2018), o Brasil foi o maior importador de escravizados do mundo e tem hoje nos presídios brasileiros uma metamorfose das senzalas.

Para a autora, os negros libertos pós abolição foram marginalizados pelo Estado e, como resultado disto, hoje ocupam um espaço bastante precarizado na sociedade. Dados levantados por Ferrugem (2018), apontam que os negros são os mais afetados na Guerra às Drogas, sendo os sujeitos usuários e comercializadores na parte mais baixa da pirâmide hierárquica do tráfico. São também os mais penalizados, num sistema onde a diferenciação entre usuário e traficante é definida por critérios adotados por cada juiz, sendo estes marcadores sociais e de raça.

Oliveira e Ribeiro (2018) apontam que após a aprovação da Lei 11.343/2006 a prisão de jovens negros segue aumentando, sem que estes sequer sejam sentenciados. Tem-se como argumento do Estado para o aumento das prisões relacionadas ao delito de drogas, bem como de suas sentenças, a diminuição do poder de facções criminosas. Trata-se, no entanto, de um argumento frágil que mascara o racismo velado do sistema prisional brasileiro.

Essa política não adoece e pune somente usuários e traficantes de drogas. Esta atinge também os servidores públicos que estão na linha de frente (OLIVEIRA, RIBEIRO, 2018). A

polícia militar do Rio de Janeiro, por exemplo, é uma máquina de extermínio e encarceramento de corpos negros, de ambos os lados, visto que seus componentes de patentes mais baixas são majoritariamente negros.

De acordo com o Atlas da Violência, elaborado pelo IPEA (Instituto Brasileiro de Pesquisa Aplicada), publicado em 2020, a principal causa de óbito entre jovens do sexo masculino foram homicídios. Entre estas, 55,6% atingiu a faixa etária entre 15 e 19 anos, 52,3% a faixa etária entre 20 e 24 anos, e 43,7% a faixa etária entre 25 e 29 anos. Em 2018 – ano mais recente de levantamento de dados pelo IPEA –, os negros (pretos e pardos), somaram 75,5% das vítimas de homicídios no Brasil. É possível perceber, portanto, que juventude negra é a mais atingida nesse falido e seletivo cenário de “Guerra às Drogas”.

O racismo no Brasil, por tanto, é estrutural e, apesar do mito da democracia racial – que mascara o racismo – este conforma o controle social dos corpos negros e as políticas de repressão. Tem-se, como resultado, o super encarceramento da população negra, masculina, jovem e periférica. Boiteux (2019) destaca, neste sentido, a continuidade do navio negreiro, das senzalas, das favelas e das prisões, negando aos negros direitos e acessos básicos.

2. CAPÍTULO: A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL

O segundo capítulo tem como objetivo resgatar a construção da política de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil, explicitar sua efetivação a partir da Reforma Psiquiátrica e contextualizar o cenário político que culminou no atual processo de sucateamento dos equipamentos públicos da Rede de Atenção Psicossocial em prol de equipamentos com caráter filantrópicos, religiosos e que reproduzem uma lógica manicomial.

A primeira subseção apresenta um percurso sócio-histórico e bibliográfico, apontando para a construção da política a partir do olhar dos principais atores que participaram dessa construção e pesquisam sobre a temática. O destaque principal é para o médico psiquiatra, professor e autor de diversas obras sobre o assunto Paulo Amarante, que é a peça narrativa central do capítulo.

A segunda subseção introduz a questão política da Reforma Psiquiátrica porque narra a efetivação de um novo modelo de cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. Além de legislações, são utilizados os autores que são referência no assunto no Serviço Social.

A terceira subseção aprofunda a questão política e busca desmistificar o crescimento do conservadorismo e do punitivismo no campo das drogas, que se materializa no crescimento das comunidades terapêuticas. Utiliza-se, principalmente, o recurso de revisão de legislações para apresentar o atual cenário político que se apresenta no Brasil.

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

O Ocidente, a partir de 1950, iniciou um processo de tentativa de modernização da psiquiatria, resultando em diversas experiências de Reforma Psiquiátrica. Destacam-se as experiências da Inglaterra, França e Itália – que influenciou diretamente a experiência brasileira.

A experiência inglesa se iniciou nos pós Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de transformar o modelo de saúde mental vigente, composto principalmente por manicômios. Buscava-se uma mudança no interior dos hospitais psiquiátricos, que proporcionasse aos pacientes um tratamento mais humanizado e terapêutico. Foram implementadas, nesse sentido, as comunidades terapêuticas, conceitualizadas “como grupos de discussão e de conversas em que todos, incluindo médicos, pacientes e enfermeiros, discutiam sobre a instituição” (FEITOSA, *et. al.*, 2010, p.115).

O principal ator da Reforma Psiquiátrica inglesa foi Maxwell Jones, que a partir de 1959, passou a desenvolver no hospital em que trabalhava a proposta de comunidade terapêutica, atribuindo a função terapêutica a todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado e a presença dos pacientes nas discussões. Jones visava minimizar os abusos e violências causados pelo manicômio, criando um espaço onde os pacientes pudessem se expressar e que todos tivessem voz de decisão na instituição (FEITOSA, *et. al.*, 2010).

Na França, o Movimento de Reforma Psiquiátrica iniciou-se durante a Segunda Guerra Mundial quando os hospitais psiquiátricos foram praticamente abandonados e milhares de paciente vieram a óbito. Pode-se dizer que duas experiências construíram a Reforma Psiquiátrica francesa: a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor (FEITOSA, *et. al.*, 2010).

A Psicoterapia Institucional foi implementada no Hospital Saint-Alban, por François Tosquelles a partir de 1940 e tinha como objetivo resgatar o potencial terapêutico do hospital, que havia sido perdido. A ideia era oferecer a chance de os pacientes participarem ativamente dos seus tratamentos e assumirem responsabilidades e, através da convivência diária, experimentarem a liberdade (FEITOSA, *et. al.*, 2010).

A Psiquiatria de Setor, iniciada em 1945, parte da iniciativa de diversos psiquiatras progressistas, com o objetivo de reestruturar o serviço nos hospitais psiquiátricos, a partir da criação de equipes multiprofissionais compostas por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, responsáveis por trabalhar divididas territorialmente, para assistência pós hospitalar dos indivíduos, prevenindo a reincidência ao hospital psiquiátrico. Para isso, criam-se os Centros de Saúde Mental (CSM). Ambas as experiências tem em comum o foco no paciente e não na doença, atribuindo a eles o protagonismo no tratamento (FEITOSA, *et. al.*, 2010).

A experiência francesa e inglesa influenciaram o surgimento da Psiquiatria Preventiva – também conhecida como saúde mental comunitária, nos anos de 1970, nos Estados Unidos, como uma forma de enfrentamento aos maus tratos e péssimas condições de subsistência nos hospitais psiquiátricos norte-americanos (FEITOSA, *et. al.*, 2010).

Embora exitosas e revolucionárias à época, tanto a experiência inglesa quanto a francesa não conseguiram superar a existência do manicômio. Foram perspectivas de reforma, sem, com tudo, abalar as estruturas do hospital psiquiátrico. Estruturas essas que produzem e reproduzem a lógica capitalista, racista, classista, etc.

Em contrapartida, a experiência italiana de Reforma Psiquiátrica é conhecida internacionalmente como mais radical, ao defender a desinstitucionalização³, altas hospitalares e a redução gradual dos leitos psiquiátricos. Esta ocorreu a partir dos anos de 1960 e tem como principal ator o psiquiatra Franco Basaglia, que após clinicar no hospital de Gorizia por um período, identificou que o modelo de psiquiatria italiano estava defasado, por centralizar o tratamento no asilamento dos pacientes (FEITOSA, *et. al.*, 2010).

A antipsiquiatria – uma corrente inglesa surgida na mesma época – influenciou diretamente a Reforma Psiquiátrica francesa. Esta, tinha como característica principal a contestação da centralidade do saber médico e da existência dos hospitais psiquiátricos, entendendo que estes possuíam as mesmas estruturas opressoras e patologizantes que a sociedade (FEITOSA, *et. al.*, 2010).

Basaglia foi também fortemente influenciado por Goffman, Foucault e Fanon⁴ – este último sendo invisibilizado no contexto histórico da Reforma Psiquiátrica – além do materialismo histórico de Karl Marx. Goffman permitiu a Basaglia uma nova interpretação de controle e institucionalização, enquanto Foucault contribuiu com sua crítica às Ciências Humanas (PASSOS, 2019).

Fanon forneceu os elementos para a radicalidade da perspectiva basagliana. Fanon, além de evidenciar a violação produzida nos manicômios, a partir de sua experiência enquanto psiquiatra na Argélia, aponta o papel da equipe médica e das instituições na reprodução das opressões. Fanon escolhe romper com esse modelo e assume uma postura revolucionária, incorporada por Basaglia (PASSOS, 2019).

No entanto, de acordo com Passos (2019), Basaglia reconhece as limitações da experiência italiana, onde não seria possível romper com esse modelo, assim como fez Fanon. Seria necessário manter-se no interior dos manicômios para negá-lo de dentro para fora. Para ele, somente com a criação de um novo modelo de cuidado, seria possível ultrapassar o manicômio. Além disso, o autor fez críticas às comunidades terapêuticas e explicitou que a lógica manicomial está para além da psiquiatria

³ As Estratégias de Desinstitucionalização são iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral, a promoção de autonomia, o exercício da cidadania e a progressiva inclusão social (BRASIL, 2020).

⁴ Para maiores informações, ver FAUSTINO (2018).

Passos (2019) evidencia que, após o pedido de demissão de Basaglia do hospital de Gorizia, a partir de todas as influências que havia recebido, pôde modificar totalmente o sistema assistencial italiano, substituindo totalmente o modelo manicomial e a experiência italiana tornou-se uma referência em Reforma Psiquiátrica.

Gomes (2017), chama atenção para a necessidade de identificar alguns determinantes fundamentais para a compreensão da efervescência destes movimentos. À luz da teoria e perspectiva basagliana, a autora explicita entre outros fatores, a crise gerada na transferência de foco sobre a doença mental para o conceito de saúde mental, que modificou o objeto de intervenção da psiquiatria tradicional. Não cabia mais intervenções reducionistas e simplificadas, era preciso assumir a complexidade dos transtornos mentais e de todos os fatores externos e internos, para que se pudesse construir respostas mais efetivas e que ultrapassassem a imediatividade.

Além disso, alguns outros fatores também precisam ser levados em consideração, como o contexto do pós Segunda Guerra Mundial: a experiência de *Welfare State* nos países de capitalismo desenvolvido, o reconhecimento da ineficácia dos modelos de tratamento manicomiais; o desenvolvimento da indústria farmacêutica e a criação de neurolépticos mais eficientes, que, associados a terapias alternativas, proporcionavam não só o controle dos sintomas, como a estabilização de quadros psiquiátricos, dentre outros (GOMES, 2017).

Os hospitais psiquiátricos, ou manicômios, como também são conhecidos, é um modelo biomédico de tratamento criado com a Revolução Francesa, destinado às pessoas com transtornos mentais (alienados, como eram chamados à época), fundamentado na hospitalização. Nas palavras de Amarante (2007, p. 61),

Como este modelo pressupõe um paciente portador de um distúrbio que lhe rouba a razão, um insano, um incapaz, irresponsável (inclusive a legislação considera o louco irresponsável civil), o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muito das instituições carcerárias, correccionais, penitenciárias. Portanto, um sistema fundado na vigilância, no controle, na disciplina. E, como não poderia deixar de ser, um sistema com dispositivos de punição e repressão”.

No Brasil, no entanto, esse movimento iniciou-se bem mais tarde e a realidade dentro dos manicômios era análoga a do holocausto, como descreve Arbex (2019). De acordo com a autora, “no hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja sua forma” (p. 16). O hospício era uma máquina de enriquecimento às custas de qualquer um que fosse contra a ordem vigente. No Hospital Psiquiátrico de Barbacena, o maior hospício do Brasil, estima-se

que 70% dos internos sequer possuíam um diagnóstico de doença mental. Eram homossexuais, militantes, mães solteiras, pessoas que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas, negros, periféricos, pessoas sem documentos, feministas, etc.

Dentre os relatos vivenciados no manicômio, são recorrentes histórias onde mulheres grávidas passavam fezes pelo corpo para não serem violadas – muitas vezes pelos próprios trabalhadores, uso de choque elétrico resultando em diversas mortes, venda ilegal dos cadáveres para faculdades de medicina, negligência em todos os sentidos. Não lhes forneciam roupas, obrigando-os a aderir a nudez, a alimentação era precária, sobretudo para aqueles que não pagavam mensalidade, por vezes não tinham cama, em decorrência da superlotação, obrigando-os a dormir no chão (ARBEX, 2019).

Somente a partir de 1978 que o Brasil começou a vivenciar uma experiência de Reforma Psiquiátrica e de rompimento com as bases que mantinham a dominação dos manicômios. Destaca-se, nesse sentido, o papel do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental. Para melhor explicar a gênese desse movimento, nos debruçaremos sobre a obra de Paulo Amarante, médico psiquiatra, referência em saúde mental no Brasil. Utilizaremos como referência nos próximos parágrafos a obra “Loucos Pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil”, publicada em 1995, entendendo a complexidade e a relevância da obra nesta temática.

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira teve como estopim um famoso episódio que ficou conhecido como “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde, formulador das políticas de saúde mental. Os profissionais da DINSAM, todas as unidades localizadas no Estado do Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), iniciaram uma greve em abril de 1978, que ocasionou a demissão de 260 funcionários, entre estagiários e profissionais, a transferência da administração do Manicômio Judiciário à administração do Estado e a mudança de nomenclatura do Hospital Pinel para Hospital Phillippe Pinel.

É importante destacar o sucateamento que a DINSAM vinha sofrendo e que desde os anos de 1956/1957 não realizava um concurso público. Como forma de compensar o quadro defasado de profissionais, a gestão da instituição passa a contratar, em 1974, bolsistas (profissionais graduados ou estudantes universitários das áreas de Medicina, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social – que, por vezes, assumiam cargos de chefia e direção) com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental. As condições de trabalho as quais

concurados e bolsistas eram submetidos eram as mais precárias possíveis, com ameaças e violências praticadas contra eles e contra os próprios pacientes.

A crise teve início a partir de uma denúncia realizada por três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, que registraram no livro de ocorrências do plantão as condições insalubres de trabalho e tratamento dos pacientes, bem como as irregularidades existentes no hospital. Este ato levou a público a realidade dos manicômios no Brasil e conseguiu ultrapassar a repercussão local, mobilizando familiares, categorias profissionais e importantes organizações, como o Movimento de Renovação Médica (REME) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

A partir deste evento, começaram a ser realizadas reuniões periódicas, organizadas em grupos, comissões e assembleias e ocupação de espaço nos sindicatos e nas demais entidades da sociedade civil por profissionais da saúde mental. E assim nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este denunciava a falta de recursos nas unidades, que resultava na precarização tanto dos campos de trabalho quanto do serviço ofertado aos pacientes.

O Movimento, que tinha como objetivo construir um espaço de Luta que ultrapassasse os muros das instituições e englobasse diversos atores da sociedade, instituiu como pauta inicial reivindicações como a regularização dos bolsistas, aumento salarial, revisão da excessiva jornada de trabalho, e uma crítica incisiva ao tratamento ofertado aos pacientes, sobretudo no uso de eletrochoque, na desumanização dos pacientes e da cronificação das patologias dentro do manicômio. Por agrupar diversas demandas, o Movimento, inicialmente, oscilava entre um potencial projeto de transformação no modelo de psiquiatria tradicional e um projeto de organização institucional.

O MTSM possuía como característica seu perfil não cristalizado institucionalmente, isto é, sem que houvessem estruturas institucionais incorporadas no interior do Movimento, garantindo a pluralidade tanto na participação interna, através da participação de múltiplas categorias profissionais, quanto na participação da sociedade civil que se identificava com a causa.

Logo após a greve da DINSAM, ocorre a greve dos médicos residentes, que fortalece ainda mais o MTSM durante os primeiros meses. No entanto, com o passar do tempo, a greve dos residentes ganha maior notoriedade e se sobrepõe aos interesses do MTSM, por esta categoria impactar mais nos serviços tidos como essenciais, tendo em vista que a saúde mental

era invisibilizada e estigmatizada, sendo entendida como um serviço destinado a escória da sociedade.

Na tentativa de não cair no esquecimento e perder ainda mais força, o MTSM passou a organizar diversos eventos, a partir de 1978, para discutir a questão da saúde mental no país, em conjunto com o CEBES, com o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), com o Sindicato dos Médicos, com a Ordem dos Advogados Brasileiros (OAB), com a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), com a Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, com a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, com a Associação de Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro e outras.

O V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em outubro de 1978, trouxe à tona a possibilidade de organização nacional dos movimentos estaduais, para que, com esta unificação, o Movimento ganhasse mais força e visibilidade. Este evento ficou conhecido como ‘Congresso da Abertura’, por marcar a entrada dos movimentos em saúde mental em eventos da ala conservadora em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria. É importante destacar que, ainda hoje, com os avanços da saúde mental, ainda existe um campo potente de disputa com a psiquiatria tradicional, que tenta constantemente reafirmar e reimplementar suas práticas tradicionais.

Na plenária final deste evento foi lido um importante documento, fruto de pesquisas realizadas pela Associação Brasileira de Psiquiatria, onde aparece pela primeira vez a diferenciação do tratamento oferecido para ricos e pobres, evidenciando o papel da psiquiatria no controle social e dos corpos socialmente não aceitos e da reprodução e manutenção das desigualdades sociais.

Também em outubro de 1978 ocorreu outro importante evento, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro. O evento possibilitou a visita de importantes atores, como os mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria, vinculado ao movimento Psiquiatria Democrática Italiana e da Antipsiquiatria, como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, e outros. Basaglia teceu uma importante crítica ao caráter elitista do evento e durante sua passagem pelo Brasil, participou de outras conferências, com o apoio do CEBES, em universidades, sindicatos e associações, tornando-se um grande influenciador do pensamento crítico do MTSM.

Em janeiro de 1979 ocorreu em São Paulo o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental que teve como marco principal a crítica às práticas dominantes do Estado e a

possibilidade de criação de uma nova identidade profissional. Além disso, surgiu também como crítica no evento o modelo asilar de tratamento nos hospitais psiquiátricos.

Em novembro de 1979 ocorreu, em Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel. Este congresso marcou o início da discussão das questões assistenciais e da realização de trabalho alternativos em conjunto com discussão das práticas tradicionais. Pode-se dizer que, a cada congresso, a ala progressista vinculada a saúde mental ganhava mais força e visibilidade.

Em 1980 ocorreu, no Rio de Janeiro, o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde as discussões giraram em torno dos problemas sociais relacionados à saúde mental, à política de saúde mental e às alternativas que vinham sendo discutidas nos demais eventos. Foram relatadas no evento diversas denúncias de práticas e da situação recorrentes nos manicômios.

Também em 1980, ocorreu em Salvador, o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, ao mesmo tempo que o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Esses eventos marcaram uma ruptura entre o MTSM e a ABP, por conta do caráter progressista e crítico que o MTSM estava assumindo. Na ocasião, o MTSM levanta a crítica a mercantilização da loucura, ao modelo privado de saúde e da psiquiatrização da sociedade, que enclausurava no manicômio todos que fossem “desviantes”.

É importante resgatar como se configurava a política de saúde durante a ditadura militar, que perdurou entre o período de 1964-1985. De acordo com Paiva e Teixeira (2014), o país viveu durante esse período uma dualidade entre um sistema de medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro era voltado aos trabalhadores formais e seus dependentes, sendo atuante principalmente nas zonas urbanas, sendo responsabilidade dos institutos de pensão. Por outro lado, a saúde pública, comandada pelo Ministério da Saúde (MS), era direcionada às zonas rurais e a população mais vulnerável, que não possuía acesso ao trabalho formal. É importante destacar que as políticas de saúde dos governos militares incentivavam deliberadamente a iniciativa privada e, no campo da saúde, ampliaram a compra de serviços por meio da previdência, contrataram companhias privadas e privatizaram uma parte dos serviços médicos estatais – como é o caso dos hospitais psiquiátricos.

De volta à obra de Amarante (1995), no início da década de 1980 inicia-se um novo modelo de gestão na saúde: a cogestão interministerial e o plano do Conselho Nacional de Segurança Pública (CONASP). Estes se configuram como marcos não somente na saúde

mental, como na política de saúde como um todo. Trata-se de um convênio que propõe a colaboração do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde. Ou seja, o MPAS deixa de comprar serviços do Ministério da Saúde. Nas palavras de Amarante (1995, p.59),

A implantação da cogestão estabelece a construção de um novo modelo de gerenciamento dos hospitais público, mais descentralizado e dinâmico, em face a um modelo de assistência profundamente debilitado e viciado em seu caráter e em sua prática privatizante.

A criação do CONASP e a implementação do seu plano podem ser consideradas como uma ampliação nacional da experiência de cogestão e de algumas experiências municipais, centradas na integração, hierarquização, regionalização e descentralização da política de saúde. Têm-se, nesse momento, uma forte influência do Movimento de Reforma Sanitarista e os primeiros passos passa a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que tange a saúde mental, importantes passos começaram a ser dados a partir desse novo modelo. O tratamento que, até então, era focado no hospital, começou a tratar como elemento primário a atenção ambulatorial. Essa nova dinâmica incomodou incisivamente os conhecidos “empresários da loucura” – como eram conhecidos os donos de hospitais psiquiátricos, pois além de afetar seus lucros, afetava diretamente em seu poder político.

A implementação da cogestão também influenciou no fortalecimento do MTSM, que conseguiu se instalar nos aparelhos estatais e ganhar ainda mais força. A partir de 1985, uma significativa parcela dos gestores de programas estaduais e municipais – incluindo algumas universidades – eram ativistas do MTSM, principalmente na região sudeste do país. Com isso, a agenda de eventos sobre a saúde mental começou a fomentar novos e antigos debates pertinentes.

Em 1985 organiza-se o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, iniciativa essa que foi reproduzida também em outras regiões, com o objetivo de reunir dirigentes de várias localidades para discutir e rever práticas institucionais, criar mecanismos e condições de auto reforço e ajuda mutua. O resultado deste encontro é a organização da I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Em setembro de 1985, no Espírito Santo, ocorreu o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, cujo tema era “política de saúde mental para a região Sudeste”, com o objetivo de discutir toda a organização das instituições de saúde mental, bem como a definição de uma política de saúde mental para o Sudeste. Além disso, pretendiam

aperfeiçoar as ações em saúde mental em um sistema único de saúde, com vistas a formulação de uma política nacional de saúde mental.

Em outubro de 1986 ocorreu no Rio de Janeiro, no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, o I Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, com o objetivo de provocar os debates para a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Destaca-se no evento a preocupação latente de alguns participantes na presença de pacientes e ex pacientes atuando ativamente a formulação e execução das políticas de saúde mental.

Em março de 1987 ocorreu, no Rio de Janeiro, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro. O tema central do encontro é a “política nacional de saúde mental na reforma sanitária”. Os temas discutidos versam a respeito da cidadania, sociedade, qualidade de vida, direitos humanos, psiquiatria, justiça e política nacional de saúde mental na reforma sanitária.

Em abril de 1987 ocorreu, em Barbacena, O II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste. Os temas centrais versavam principalmente da saúde mental na rede pública e na reforma sanitária e os desdobramentos do I Encontro de Coordenadores. No documento final, destaca-se o incentivo a expansão da rede ambulatorial de cuidado em saúde mental, bem como a diminuição dos leitos psiquiátricos.

Em junho de 1987 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, com três temas principais: impactos sobre a saúde mental, Reforma Sanitária e reorganização da saúde mental e direitos, deveres e legislação do doente mental. Entre as recomendações da Conferência, destaca-se o incentivo a priorização do investimento em serviços extra-hospitalares e multiprofissional.

Em dezembro de 1987 ocorreu, em Bauru, o II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental. Este congresso se configura como um dos marcos da Luta Antimanicomial, por construir coletivamente o lema da Movimento “Por uma sociedade sem manicômios”, além de trazer à tona os projetos de desinstitucionalização na tradição basagliana.

Mais do que desospitalizar os pacientes internados nos manicômios, a proposta era pensar uma nova forma de sociedade, onde a loucura não fosse enxergada a partir de um estigma social e que seu cuidado pudesse ser feito no território, a partir de ações conjuntas de toda a sociedade civil. Isto fica bastante explícito no Manifesto de Bauru, documento construído no evento, que até hoje norteia trabalhadores, pesquisadores e estudantes da saúde mental. Segue o Manifesto:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical. Contra a mercantilização da doença! 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! (II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Bauru, dezembro de 1987)

O Congresso de Bauru abriu espaço para uma série de novos encontros e debates acerca da saúde mental nos marcos da teoria basagliana, com caráter mais radical e emancipatório. Além disso, foi o estopim para o surgimento de novos modelos assistenciais.

Em 1987, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nomeado como CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo sob forte influência dos hospitais-dia franceses da década de 1940, das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones na Escócia e centros de saúde mental dos Estados Unidos. O objetivo do CAPS era formar um filtro de atendimento entre hospital e a comunidade, promovendo uma experiência de tratamento preferencialmente territorial.

A partir de 1989, o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira ganha força e consegue o fechamento de alguns hospitais psiquiátricos, a partir de denúncias referentes as condições oferecidas aos pacientes, ao modelo de tratamento e as inúmeras violações de direitos. Com isso, abre-se espaço para a ampliação de serviços de base territorial, como o CAPS, cooperativas, associações, instituições de residencialidade, além da criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Com a criação dos primeiros CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde regulamentou a implementação destes e financiou a criação de novas unidades em todo país.

O campo jurídico-político também foi fortemente influenciado pelo Encontro de Bauru. Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado (PT/MG) apresentou o Projeto de Lei 3.657/89, que além de regulamentar os direitos das pessoas com transtorno mental, previa o fechamento progressivo de todos os manicômios no país, redirecionando a política nacional de saúde mental. Porém, de acordo com Heidrich (2017), somente após vários remendos na PL e da perda do seu caráter radical da Luta Antimanicomial, o PL se tornou a Lei 10.216/2001.

A Lei 10.216, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL. p.1) propõe um tratamento preferencialmente no território e minimamente invasivo, mas esta não instaura a abolição de manicômios no país, como previsto no texto inicial do PL.

Além disso, a referida legislação não abrange de forma alguma a questão dos manicômios judiciários, como aponta Correia (2017). De acordo com a autora, o chamado “louco infrator” ainda segue invisível aos olhos do Estado, impossibilitado de receber políticas públicas eficientes e um cuidado em saúde mental minimamente humanizado.

No entanto, a discussão acerca da questão do uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas foi, por muitos anos, invisibilizada no interior da política de saúde mental. Lima (2017) aponta que rede de assistência ao uso de álcool e outras drogas acompanhou o surgimento da AIDS e sua epidemia, principalmente a partir da descoberta do SUS pelos usuários de drogas injetáveis. Porém, o fato de muitas das demandas virem do uso de drogas ilícitas, proibidas pelo sistema criminal brasileiro, estabeleceu-se no país um processo de disputa da liderança da política de drogas.

Até então, a questão das drogas era vista a partir da ótica jurídico-moral, que prevê a abstinência total dos usuários, entende a droga como um agente ativo capaz de intervir de forma negativa na vida dos sujeitos. Tem-se, como finalidade principal manter as drogas longe do alcance, criando medidas legais contra o cultivo, a manipulação, produção, a venda e o consumo. Pode ser considerado o modelo mais incisivo e atuante no proibicionismo de determinadas substâncias, dado o seu respaldo legal. Trata-se de uma perspectiva conservadora e moralizadora, com forte apelo ao recorte de classe (LIMA, 2017).

A própria Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, de 2003, reconhece a culpa do Ministério da Saúde no atraso histórico de absorção da questão das drogas pela saúde mental. Atribui-se a isto dois fatores: a predominância do campo da Justiça e da Segurança Pública na atenção às drogas e a dificuldade de enfrentamento à questão pela saúde pública (LIMA, 2017).

De acordo com Barcelos (2017), somente em 1988 iniciou-se o movimento pela construção de uma política nacional que focada no tema da “redução da demanda e da oferta de drogas” (p.300). Este movimento teve início a partir da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas. Com isso, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) é transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e é criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Em 2002, por meio do Decreto Presidencial 4.345, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD).

Como aponta Barcelos (2017), a partir de 2003 o Governo Federal começou a pensar uma nova agenda nacional para a questão das drogas, entendendo-a como um caso de política pública e incorporando-a na saúde mental (VARGAS & CAMPOS, 2019). Neste ano foi criada a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Foi também a partir de 2003 que a redução de danos⁵ foi inserida pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de cuidado no uso e abuso de álcool e outras drogas, configurando-se como um marco legal (PASSOS & SOUZA, 2011).

Estas modificações efervesceram a discussão acerca do tema, fomentando a realização de fóruns locais, regionais e nacionais, resultando, em 2005, na transição da Política Nacional *Anti Drogas* para Política Nacional *Sobre Drogas*, por meio da Resolução nº 3/GSIPR/CONAD (BARCELOS, 2017, *grifo nosso*) e, posteriormente, na promulgação da Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, que

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

Elabora-se, desta maneira, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, pautando seu cuidado nas necessidades dos sujeitos, na contramão das políticas proibicionistas e legalistas do sistema judiciário. Esta política adotou como estratégia a Redução de Danos, que,

reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por

⁵ A Redução de Danos (RD) é um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas que é utilizado internacionalmente e apoiado pelas instituições formuladoras das políticas sobre drogas no Brasil, como a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) e o Ministério da Saúde. A RD não pressupõe que deva haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas – no âmbito da sociedade ou no caso de cada sujeito –, seu foco incide na formulação de práticas, direcionadas aos usuários de drogas e aos grupos sociais com os quais eles convivem, que têm por objetivo a diminuição dos danos causados pelo uso de drogas. (SENAD, 2017).

outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003, p, 11).

Esta nova forma de organização da política enfatiza a necessidade de fortalecimento e ampliação da rede substitutiva, pois é nela que a estratégia de Redução de Danos pode ser efetivada com êxito. Esta,

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 hetero e a 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 *locus* 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).

2.2 Reforma psiquiátrica, redução de danos e os serviços substitutivos

Como mencionado anteriormente, na década de 1980, o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas era bastante atrelado a AIDS e sua epidemia. Nesse período, pensando na redução do contágio da doença através de seringas, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Estratégia de Redução de Danos (BRASIL, 2005), que

consiste em um repertório de cuidado, constituído de um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas para as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas. Incluem-se nas estratégias de prevenção a recomendação do não compartilhamento de instrumentos e a utilização de materiais descartáveis, inclusive para o uso de silicone industrial e hormônios entre pessoas trans. O acolhimento, a promoção da saúde e o cuidado nos serviços é um direito de todas as pessoas, independentemente do uso de álcool e outras drogas, silicone industrial e hormônio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Werllon (2018) aponta que, neste período, foram criados centros de tratamento, prevenção e pesquisa na área, na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), na Universidade de Brasília (UnB), na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Desta maneira, a Estratégia de Redução de Danos ganhou visibilidade e força política, focando nas consequências reais e nas possibilidades de intervenção que, de fato, minimizassem os riscos sociais e a saúde dos indivíduos.

Entendendo as diferentes demandas que se apresentavam na rede substitutiva, nos diferentes territórios, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, estabeleceu a Estratégia de Redução de Danos como organizadora e

norteadora dos serviços a serem implementados na Rede, não mais moralizando o usuário de drogas ilícitas (BRASIL, 2005).

Os múltiplos avanços conquistados pelo campo da saúde mental não podem (nem devem) invisibilizar as disputas de projetos societários existentes na sociedade brasileira. Os anos de 1990 abriram o país para a iniciativa privada e para a filantropia através da ofensiva neoliberal, que privilegiou a tendência de privatização, de redução do Estado e ampliação do mercado, impactando diretamente na vulnerabilidade social, na conformação da política pública assistencialista e incentivo ao terceiro setor (BARCELLOS, 2018), na contramão do que havia sido conquistado com a abertura política pós ditadura e a Reforma Psiquiátrica não ficou de fora deste cenário.

A Reforma Psiquiátrica implicou na transformação do cuidado em saúde mental, do deslocamento da psiquiatria tradicional para o modelo de atenção psicossocial, que, por si só, constitui ações teórico-práticas que vão na contramão da lógica manicomial. Vejamos a seguir, a partir de Heidrich e Berndt (2018), as principais diferenças entre o modelo asilar e o modelo psicossocial de cuidado.

Tabela 1: Os principais parâmetros da psiquiatria tradicional e da atenção psicossocial

Parâmetros	Modo asilar	Modo psicossocial
Concepção de objeto e dos meios de trabalho	<p>Ênfase nas determinações orgânicas dos problemas que se pretende tratar.</p> <p>Meio de tratar – medicamentoso</p> <p>Pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito – não participa do tratamento.</p> <p>Isolamento – indivíduo visto como doente em relação à</p>	<p>Ênfase nos fatores políticos e biopsicossocioculturais, que são considerados determinantes.</p> <p>Meios de tratar básico – psicoterapias, laborterapia, socioterapia e um conjunto de dispositivos de reintegração socio-cultural, com destaque para as cooperativas de trabalho e a medicação.</p>

	<p>família e ao contexto social mais amplo. Família não é envolvida no processo.</p> <p>Meio de trabalho – incluem recursos multiprofissionais como uma linha de montagem.</p> <p>Não há interação dos profissionais. O prontuário é o elo de ligação entre eles.</p> <p>As áreas não psiquiátricas são consideradas como complementares/secundárias.</p> <p>Instituição típica é o hospital psiquiátrico fechado.</p> <p>Elementos componentes – hospitalização, medicalização e objetificação.</p>	<p>Importância decisiva atribuída ao sujeito que é mobilizado como parte do tratamento.</p> <p>Individuo como pertencente a um grupo familiar e social – que também é “trabalhado”.</p> <p>*A loucura e o sofrimento psíquico não têm de ser removidos a qualquer custo, mas são reintegrados como um agente da possibilidade de mudança.</p> <p>Meios de trabalho – visam um reposicionamento do sujeito como um agente da possibilidade de mudança – implicação subjetiva.</p> <p>O meio de trabalho característico é a equipe interprofissional.</p> <p>Ampliação do conceito de tratamento e do conjunto de meios a ele dedicados – experienciando novas possibilidades de ser.</p>
--	--	---

		<p>Instituições típicas – CAPS, NAPS, Hospital-dia, Ambulatórios de Saúde Mental, equipes multiprofissionais de saúde mental inseridas em serviços de saúde.</p> <p>Metas radicais – desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural.</p>
<p>Formas de Organização Institucional</p>	<p>Organogramas típicos são piramidais ou verticais, nos quais o fluxo de poder interstitucional tem apenas o sentido ápice-base.</p> <p>Há campos interditados aos usuários e população em geral.</p> <p>Estratificação de poder e saber altamente sublinhados entre os profissionais e entre estes e a população.</p> <p>Estratificação, interdição institucional, heterogestão e a disciplina das especialidades.</p>	<p>Organograma deve ser horizontal, no qual o fluxo deve ser subvertido.</p> <p>Respaldo dos pressupostos da reforma sanitária, sobretudo pelos princípios da descentralização e da participação popular.</p> <p>Todas as dimensões da instituição devem estar a serviço da técnica e da ética – importância das assembleias.</p> <p>Ênfase à participação da população, através de práticas de participação e autogestão.</p>

		Participação, autogestão e interdisciplinaridade – metas fundamentais.
Formas de relacionamento com a clientela	<p>Pode ser descrita com os termos sintéticos de espaço de relação entre loucos e são.</p> <p>A instituição é o <i>lócus</i> depositário, para onde são enviados todos os seus problemáticos.</p> <p>Instituição agenciadora de suprimentos diante de uma clientela considerada carente.</p> <p>Imobilidade, mutismo e estratificação por níveis de atenção.</p>	<p>Instituições são espaços de interlocução.</p> <p>Superação do caráter de <i>lócus</i> depositário e passa a funcionar como ponto de fala e de escuta da população.</p> <p>Instituição é foco onde se entrecruzam as diferentes linhas de ação presentes no território e para onde podem convergir as demandas sociais.</p> <p>Interlocução, livre trânsito do usuário da população e territorialidade – metas.</p>
Concepção dos efeitos típicos em termos terapêutico e éticos	Visa uma remoção ou tamponamento dos sintomas, resultando em adaptação.	Visa um “reposicionamento subjetivo”, com ética na perspectiva da singularização dos sujeitos.

Fonte: Heidrich e Bernet (2018).

É possível perceber a diferença radical entre as perspectivas. A atenção psicossocial, diferente da psiquiatria tradicional, entende o indivíduo como singular, para além da sua patologia, e o coloca como protagonista de seu tratamento e de sua vida, visando sempre o convívio social e familiar. Nos casos de usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras

drogas isso se torna ainda mais importante, visto que estes, muitas vezes, são estigmatizados e rompem com vínculos familiares.

É no modelo de atenção psicossocial que pode se dar o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas na rede de serviços substitutivos, presando pela elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁶ de cada indivíduo, entendendo os múltiplos fatores que incidem sobre o usuário, sua família e seu território. É também neste modelo que o uso de álcool e outras drogas deixa de ser entendido como uma questão moralizante e passa a ser tratado a partir da estratégia de redução de danos.

É claro que este não é um campo hegemônico. Há uma forte disputa de projetos e dentro das instituições as duas perspectivas são flutuantes. Assim como não é impossível encontrar experiências antimanicomiais no manicômio, é possível perceber a manicomialização de alguns dispositivos extra-hospitalares. Há uma disputa, inclusive, no interior do próprio movimento de Reforma Psiquiátrica. Disputam-se três projetos principais: um revolucionário, pautado no Manifesto de Bauru, que visa uma emancipação extra muros e a superação da ordem vigente; um reformista, que caminha de acordo aos interesses do grande capital; e um terceiro hospitalocêntrico e manicomial, pautado na psiquiatria tradicional (PASSOS & MOREIRA, 2017).

Gomes (2017) é precisa em sua análise sobre a implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira nos moldes em que foi pensada. De acordo com a autora, somente seria possível realizar os objetivos previstos em um cenário de Bem-Estar-Social, de políticas públicas e sociais universais, sobretudo as de saúde e assistência social, e serviços substitutivos que não sejam permeados pela precarização e sucateamento. A consequência da implementação da Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro é a possibilidade de reprodução da lógica manicomial nos serviços substitutivos, num processo de psiquiatrização das demandas, além de respostas fragmentadas. A crítica deve ser feita, mas não no sentido de negar a importância da Reforma Psiquiátrica, mas sim, no sentido de consolidá-la. Analisaremos, a seguir, a implementação dos serviços substitutivos nos governos Lula, Dilma, sendo considerados os

⁶ O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo, é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.) (BRASIL, 2007).

governos mais germinativos para a política, e os governos Temer e Bolsonaro, marcados pelo desmonte das políticas públicas.

Embora os dois governos Lula tenham sido amplamente propícios a ofensiva neoliberal, foi também neste período que ocorreu a implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira e a materialização da Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, bem como a ampliação da rede substitutiva ao manicômio (GOMES, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), o crescimento da rede substitutiva foi inversamente proporcional ao declínio de investimento nos hospitais psiquiátricos. Em 2002, os hospitais psiquiátricos recebiam 75,24% dos recursos destinados a saúde mental, enquanto a rede substitutiva recebia 24,76%. Em 2014, esses dados se inverteram. A rede substitutiva recebeu 79,39% do investimento e a rede hospitalar 20,61%.

A partir dos dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2011; 2015), pode-se perceber que houve um crescimento substancial na rede substitutiva no país, com ênfase nos serviços diurnos, sobretudo dos CAPS, principalmente os da modalidade⁷ I e II, e uma baixa aderência aos equipamentos que comportam internações temporárias em momentos de crise – sendo criado o primeiro CAPS AD III apenas em 2011, como veremos na tabela a seguir:

Tabela 2: Expansão dos CAPS no Brasil entre os anos de 2002-2014.

ANO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	CAPS AD III
2002	145	186	19	32	42	-
2003	173	209	24	37	57	-
2004	217	237	29	44	78	-
2005	279	269	32	56	102	-
2006	437	322	38	75	138	-

⁷ **CAPS I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

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

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

2007	526	346	39	84	160	-
2008	618	382	39	101	186	-
2009	686	400	46	112	223	-
2010	761	418	55	128	258	-
2011	822	431	63	149	278	5
2012	907	464	72	174	293	27
2013	978	462	78	187	301	47
2014	1.069	471	85	201	309	69

Embora tenha tido um crescimento no número de CAPS, Robaína (2018) aponta para o fato de que, além do número não ser suficiente para absorver a demanda, a centralidade em CAPS não é o suficiente para se manter uma política. É preciso investimento nos demais equipamentos da rede, principalmente nos que ofertam atendimento 24h.

Um dos fatores apontados por Gomes (2017) para a baixa adesão dos CAPS de modalidade III é o alto custo de construção e manutenção do serviço. No entanto, estes são fundamentais para a subsistência da Reforma Psiquiátrica, em conjunto com a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. A ausência de equipamentos que comportem as demandas da crise abrem brecha para dois grandes perigos da contemporaneidade: o discurso de que a rede não é capaz de tratar integralmente o usuário; e o crescimento de instituições filantrópicas, em sua maioria de cunho religioso, como as comunidades terapêuticas oferecendo internação para desintoxicação do uso de drogas.

A construção tardia de CAPS AD III também possui uma grande influência neste cenário. Como dito anteriormente, a questão das drogas foi negligenciada pelo Estado durante muitos anos, abrindo espaço para que as iniciativas filantrópicas monopolizassem este espaço. Com a construção da Política Sobre Drogas, esperou-se que esta lacuna fosse preenchida, mas o investimento somente nos CAPS AD prejudicou o reconhecimento da eficácia da Política.

Por outro lado, não podemos deixar de ressaltar que o crescimento de CAPS de modalidade I significa a introdução do cuidado em saúde mental nos pequenos municípios, que, por vezes, são abandonados pelo Estado. Este não pode deixar de ser considerado um marco da Reforma Psiquiátrica e do SUS, que cada vez mais tem chegado onde a iniciativa privada não chega.

Todos esses avanços e tensionamentos provocaram diversas discussões e encontros nos âmbitos federais, estaduais e municipais, para analisar essa nova forma de cuidado. A ampliação dos serviços provocou a necessidade de estruturação da rede de serviços substitutivos e é nesse contexto que o Ministério da Saúde pública a Portaria GM/SM 3.088/2011 – que “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011), sendo editada em 2013. Para o Ministério da Saúde (2013),

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) (p.1)

Sendo assim, a RAPS tem como objetivos

Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; Promover a vinculação das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências; Promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); Prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e reduzir os danos provocados pelo consumo; Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária; Produzir e ofertar informações sobre os direitos das pessoas, as medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e monitorar e avaliar a qualidade dos serviços mediante indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, p.1)

De acordo com Gomes (2017, p. 90) “a RAPS é mais um dos mecanismos normativos para a institucionalização da reforma psiquiátrica”, isto é, depois da Lei 10.216/2001, esta Portaria simboliza a concretização de tudo que veio sendo construído desde a década de 1970 e idealizado pela Reforma Psiquiátrica. Os serviços são majoritariamente territoriais, antimanicomiais, pautados na Estratégia de Redução de Danos e com centralidade no usuário.

Com tudo, não podemos ignorar os tensionamentos em torno da implementação da RAPS. Passos e Gomes (2019) assinalam que desde 2010, a entrada sutil das comunidades terapêuticas no âmbito dos serviços substitutivos a partir do Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, que viabilizou a internação compulsória de usuários em diversas cidades, gerou conflitos no interior da Política. Outro ponto fundamental deste tensionamento diz

respeito ao orçamento público, que passou a privilegiar equipamentos específicos da RAPS, que reforçam a lógica manicomial, como as comunidades terapêuticas.

Durante o I Encontro Nacional da RAPS, ocorrido em 2013, em Pinhais/PR, foi elaborada “Carta do I Encontro Nacional da RAPS”, onde familiares e profissionais denunciam publicamente a ameaça que representa a incorporação das comunidades terapêuticas na RAPS, explicitando o crescente número de internações involuntárias nessas instituições e seu caráter higienista e manicomial (PASSOS, GOMES, 2019).

Gleisi Hoffman, ex ministra da Casa Civil durante o governo Dilma teve um papel fundamental neste processo, ao declarar seu apoio as comunidades terapêuticas e defender não só as instituições, como as internações involuntárias de usuário de drogas (PASSOS, GOMES, 2019).

A RAPS atualmente é composta por: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura, Centros de Atenção Psicossocial (em suas diferentes modalidades), SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, Comunidades Terapêuticas, Leitos Especializados em Hospitais Gerais, Enfermaria Especializada, Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta Para Casa, Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais (BRASIL, 2011).

Inicialmente a RAPS não havia sido projetada compondo todos estes serviços. O Estado, como resposta à “guerra às drogas” e a incansável batalha contra a “epidemia de crack” no Brasil – que já foi desmistificada por estudos da Fiocruz, que, inclusive revelou que o país não vive uma epidemia de drogas de nenhum tipo⁸ – instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas, com o Decreto 7.179/2010, que deveria executar ações nos moldes previstos pelo modelo de atenção psicossocial (GOMES, 2017).

Assim, passam a integrar a RAPS o CAPS AD III, o Consultório na Rua, as Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil, os Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, Crack e Outras Drogas e Comunidades Terapêuticas, sendo, estes últimos, uma forma de ampliação de leitos, indo na direção contrária da proposta da RAPS (GOMES, 2017).

⁸ Para maior aprofundamento, buscar FIOCRUZ (2017).

Guimarães e Rosa (2019) apontam que em 2012, ainda no governo Dilma, iniciou-se uma crise no interior da Reforma Psiquiátrica, que desde sua instituição enquanto política pública, assumia um direcionamento crítico e antimanicomial. A inserção das comunidades terapêuticas na RAPS como um serviço substitutivo causou um grande impacto.

As comunidades terapêuticas foram regulamentadas pela Portaria 856, de 22 de agosto de 2012, inserindo-as como nos Serviços de Atenção em Regime Residencial voltados para pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Trata-se de um equipamento que não fazem parte do SUS e atuam sob a lógica manicomial, religiosa e sem equipe técnica (GUIMARÃES, ROSA, 2019).

Mas afinal, o que são comunidades terapêuticas? Para melhor explicar o que são e como surgiram estas instituições, será utilizada a obra de referência sobre o tema: “A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método” (2003), de George De Leon, psiquiatra americano, especialista internacionalmente conhecido no tratamento do abuso de substâncias psicoativas e aclamado como principal autoridade no campo das pesquisas sobre comunidades terapêuticas.

De acordo com o autor, a comunidade terapêutica como conhecemos hoje é fruto da fusão entre duas variantes: uma primeira, centrada na psiquiatria social, que serve como guarda de pacientes psiquiátricos, dentro e fora de hospitais; a segunda se configura como tratamentos residenciais voltados para dependentes químicos.

A comunidade terapêutica na psiquiatria tradicional tem como pioneiro Maxwell Jones e suas características principais são: a centralidade na organização como responsável terapêutico; uso da organização social para maximizar os efeitos terapêuticos; democratização como elemento nuclear; uso das relações interpessoais como potencial terapêutico; ambiente fundamentado na aceitação, no controle e tolerância e respeito a comportamentos disruptivos; valorização da comunicação; orientação para o trabalho produtivo e o rápido retorno à sociedade; uso de técnicas educativas e de pressão visando propósitos construtivos; e autoridade difundida entre todos. Quanto as origens da comunidade terapêutica para dependentes químicos, isso ainda é uma incógnita e o autor indica que suas influências advém da religião, da filosofia, da psiquiatria, das ciências sociais e do bom comportamento.

A comunidade terapêutica moderna, destina a dependentes químicos, surgiu a partir do Grupo de Oxford, por volta de 1921, passando pelos Alcoólicos Anônimos (AA) por volta de 1935 e pelo Synanon em 1958. O entre 1964 e 1971 pode ser considerado o de maior disseminação das comunidades terapêuticas no mundo.

O grupo de Oxford foi uma organização religiosa criada pelo ministro Luterano Frank Buchman com a missão de proporcionar renascimento a todos aqueles que assim precisassem, inclusive pessoas com transtornos mentais e alcoolismo – ainda que este não fosse o seu foco.

O grupo Alcoólicos Anônimos (AA) foi fundado por dois alcoólicos em recuperação, um corretor e um médico. Durante uma conversa, os dois perceberam que a partir da mútua ajuda poderiam conceber uma forma de tratamento, que foi alicerçada pelos 12 passos e as 12 tradições⁹, que são responsáveis por guiar o indivíduo durante o processo de recuperação. Tais passos e tradições enfatizam a perda de controle, busca de ajuda e oferecimento da palavra aos semelhantes. O AA se aproxima do grupo de Oxford no sentido de ambos terem um caráter culpabilizador do sujeito e na mudança individual, excluindo a influência social sobre o indivíduo. Porém, se difere ao não utilizar um Deus religioso como fator de cura. Essas duas influências são fundamentais para entender as comunidades terapêuticas modernas, principalmente as brasileiras.

O tratamento para dependência química em comunidades terapêuticas teve seus elementos essenciais através da Synanon. Esta, foi fundada por Charles (“Chuck”) Dederich, um alcoólico em recuperação, que fez a junção de suas experiências no AA com outras filosofias com o fim de desenvolver um programa de tratamento. O início da Synanon se deu no apartamento de Chuck, com companheiros do AA dividindo um grupo de encontro. Um ano após, as reuniões se transformaram em uma comunidade residencial para tratar usuários abusivos de todos os tipos de drogas.

De acordo com De Leon, a comunidade terapêutica moderna pode ser definida como um,

Grupo de pessoas que, seguindo certos princípios interpessoais salientes, venceu em larga medida o sofrimento e os comportamentos inadaptados que causam sofrimento, produzidos pelo isolamento; pessoas que tem grande capacidade e desejo de ajudar

⁹ 1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas; 2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade; 3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos; 4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos. 5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas; 6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter; 7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições; 8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados; 9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem; 10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente (AA, 2020). 11. 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 essa vontade. 12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

outras pessoas antes alienadas a alcançar um claro sentido de fraternidade comunitária; trata-se de uma comunidade que inclui pessoas que se viram alijadas do comunitário e sabem como ajudar outras pessoas a voltar a esse convívio (De Leon, 2003, p. 30).

Cuja metodologia deve,

Proporcionar limites e expectativas morais e éticas de desenvolvimento pessoal; emprega[r] o banimento potencial, o reforço positivo, a vergonha, a punição, o sentimento de culpa, o exemplo e o modelo de comportamento para fazer que ocorram a mudança e o desenvolvimento pessoais (De Leon, 2003, p. 30).

Ou seja, estas instituições devem ser espaços de ajuda mútua, aliado a metas sociais e psicológicas, com o objetivo de cura – partindo do pressuposto que a abstinência é o resultado final do tratamento – e (re)educação dos indivíduos, através de práticas clínicas e educacionais. Esta metodologia deve ser conduzida por uma equipe técnica multiprofissional qualificada em saúde mental.

É importante ressaltar a inexistência do fator espiritual e religioso na perspectiva do autor, que embora apresente elementos fundamentados na ajuda entre os indivíduos, deixa bastante claro que a questão a ser trabalhada deve ser pensada clinicamente, entendendo a dimensão biológica e emocional do abuso de álcool e outras drogas.

No entanto, as comunidades terapêuticas chegaram no Brasil, durante a década de 1970, com um formato bastante diferenciado, fazendo uma mescla das três perspectivas fundantes das comunidades terapêuticas e atrelada fundamentalmente ao uso da religiosidade como ponto central do “tratamento” ofertado (PERRONE, 2014).

Para entender o funcionamento destas instituições no Brasil, nos apoiaremos nos principais documentos de fiscalização das comunidades terapêuticas no país, a saber: o Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras, do IPEA (2017) e o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2018), do Conselho Federal de Psicologia – CFP e também na Portaria 856, de 22 de agosto de 2012, que regulamenta as comunidades terapêuticas, além da Nota técnica nº 055, que comenta a RDC 29 da Anvisa, a RESOLUÇÃO CONAD Nº 01/2015 e a Portaria nº 562 de 19 de março de 2019, que “cria o plano de Fiscalização de Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED (BRASIL, p.1).”

Na Portaria 856/2012 fica estabelecido que os equipamentos de regime residencial transitório devem possuir em sua equipe técnica os seguintes profissionais: médicos clínicos, enfermeiro, assistente social, psicólogos e psicanalistas, terapeuta ocupacional, profissional de educação física e pedagogo, assim como o artigo 5º da RDC Anvisa nº 29/2011 preconiza a

necessidade de um profissional de nível superior e um substituto de mesmo nível para ocupar o cargo de responsável técnico.

Já a Resolução 01/2015 do CONAD, que regulamenta estas instituições no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) traz apenas a necessidade de as comunidades terapêuticas possuírem uma equipe multiprofissional e um responsável técnico de nível superior, sem especificar as especializações profissionais, entrando em contradição Portaria supracitada.

De acordo com a resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas 01/2015, podemos caracteriza-las como:

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

A Resolução CONAD Nº 01/2015 coloca como obrigações das comunidades terapêuticas:

I – possuir e cumprir seu programa de acolhimento, que também deverá conter as normas e rotinas da entidade; II – somente acolher pessoas mediante avaliação diagnóstica prévia, emitida pela rede de saúde ou por profissional habilitado, que as considere aptas para o acolhimento, em consonância com o disposto no art. 3º desta Resolução; III – elaborar plano de acolhimento singular (PAS), em consonância com o programa de acolhimento da entidade; IV – informar, de modo claro, os critérios de admissão, permanência e saída, bem como o programa de acolhimento da entidade, que devem receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido; V – garantir a participação da família ou de pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento, bem como nas ações de preparação para a reinserção social; VI – comunicar cada acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território da entidade, no prazo de até cinco dias; VII – comunicar o encerramento do acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território do acolhido; VIII – oferecer espaço comunitário e de atendimento individual, com acompanhamento e suporte de equipe da entidade; IX – incentivar, desde o início do acolhimento, o vínculo familiar e social, promovendo-se, desde que consentido pelo acolhido, a busca da família; X – permitir a visitação de familiares, bem como acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares; XI – nortear suas ações e a qualidade de seus serviços com base nos princípios de direitos humanos e de humanização do cuidado; XII – não praticar ou permitir ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida; XIII – manter os ambientes de uso dos acolhidos livres de trancas, chaves ou grades, admitindo-se apenas travamento simples; XIV – não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizar expressões estigmatizantes com os acolhidos ou familiares; XV – não submeter os acolhidos a

atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes; XVI – informar imediatamente aos familiares ou pessoa previamente indicada pelo acolhido e comunicar, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, às unidades de referência de saúde e de assistência social, intercorrência grave ou falecimento da pessoa acolhida; XVII – observar as normas de segurança sanitária, de instalações prediais e de acessibilidade, além de manter atualizadas as licenças emitidas pelas autoridades competentes; XVIII – fornecer alimentação, condições de higiene e alojamentos adequados; XIX – articular junto à unidade de referência de saúde os cuidados necessários com o acolhido; XX – articular junto à rede de proteção social para atendimento e acompanhamento das famílias dos acolhidos, quando do seu ingresso, durante sua permanência na instituição e, também, após o desligamento da entidade; XXI – articular junto à rede intersetorial a preparação para o processo de reinserção social do acolhido; XXII – promover, quando necessário e com apoio da rede local, a emissão dos documentos do acolhido, incluindo certidão de nascimento ou casamento, cédula de identidade, CPF, título de eleitor e carteira de trabalho; XXIII – promover, com o apoio da rede local, além das ações de prevenção relativas ao uso de drogas, também as referentes às doenças transmissíveis, como vírus HIV, hepatites e tuberculose; XXIV – manter equipe multidisciplinar com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento e para o pleno funcionamento da entidade, sob responsabilidade de um profissional de nível superior legalmente habilitado, bem como substituto com a mesma qualificação; XXV – promover, de forma permanente, a capacitação dos membros da equipe que atuam na entidade (p. 5).

Além disso, a referida Resolução enfatiza o limite de 12 (doze) meses no período de 24 (vinte e quatro) meses, evitando que haja institucionalização do usuário. A Resolução também apresenta os direitos dos acolhidos, que são:

I – interromper o acolhimento a qualquer momento; II – receber tratamento respeitoso, bem como à sua família, independente de etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, antecedentes criminais ou situação financeira; III – a privacidade, inclusive no tocante ao uso de vestuário, corte de cabelo e objetos pessoais próprios, observadas as regras sociais de convivência; IV – participar das atividades previstas no art. 12 desta Resolução, mediante consentimento expresso no PAS; V – o sigilo, segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato, sendo vedada a divulgação de informação, imagem ou outra modalidade de exposição da pessoa sem sua autorização prévia, por escrito; VI – participar da elaboração do PAS, em conjunto com a família ou pessoa indicada pelo acolhido, e em consonância com o programa de acolhimento da entidade (p.6).

No entanto, o que foi observado tanto na pesquisa realizada pelo IPEA quanto pelo CFP, mostram um cenário bastante diferente do que está descrito legalmente. De acordo com o IPEA (2017), as comunidades terapêuticas brasileiras se configuram através do tripé trabalho, a disciplina e a espiritualidade e podem ser definidas como,

Residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs. Durante sua permanência nas CTs, estas pessoas submetem-se a uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT (IPEA, 2017, p. 8).

Ainda de acordo com os dados do IPEA (2017), a religião é algo bastante presente nessas instituições. Das 83.530 vagas analisadas na pesquisa, 40.793 eram em instituições cristãs (34.277 pentecostais, 4.386 de missão e 2.130 outras), 21.461 católicas, 5.327 pertenciam a outras religiões não citadas no documento, enquanto apenas 15.918 se diziam sem orientação religiosa. O documento ainda ressalta que, mesmo nas instituições não vinculadas a nenhuma religião específica, a questão espiritual é bastante presente, como se a recuperação dos indivíduos dependesse de algo da ordem do divino.

A pesquisa realizada pelo CFP revela diversos tipos de abusos, tais como penitencia, castigos físicos, laborterapia, violação da orientação sexual e religiosa dos indivíduos, isolamento, proibição do contato com o ambiente externo e com a família, ausência de equipes técnicas, uso de medicamentos sem receita e presença de médicos e/ou farmacêuticos, desarticulação com a Rede de serviços de saúde, etc.

A “laborterapia”, ou seja, o trabalho como forma de terapia, prática comum nas comunidades terapêuticas, viola os princípios da Lei 10.216. O CFP identificou que esta mão de obra é empregada de maneira não remunerada, insalubre, sem qualquer garantia trabalhista e por vezes, executa de maneira forçada e degradante, com indicio de crime análogo a escravidão. A principal demanda, seria para limpeza, preparação de alimentos, manutenção do espaço, vigilância e em alguns casos até controle e dispensa de medicamentos. É possível perceber que essa mão de obra é empregada para substituir a contratação de profissionais. O documento ainda relata a presença de castigos e punições em caso de recusa do trabalho.

De acordo com o CFP, a disciplina advém do trabalho. Entre os locais inspecionados, o CFP identificou 16 que empregam castigos e punições aos internos indisciplinados. Destaca-se a execução de tarefas repetitivas, maior carga de trabalho, violência física, privação de sono e alimentação e uso de contenção (com amarras e medicamentos). De acordo com a legislação brasileira, todos esses elementos são caracterizados como tortura e também violam os princípios da Lei 10.216/2001.

As comunidades terapêuticas pregam o discurso de que suas portas estão sempre abertas e que o interno pode ir embora ao momento que quiser. Porém, é importante destacar que além destas instituições estarem localizadas, em sua maioria, em locais afastados dos centros, por vezes em zonas rurais, os documentos e pertences pessoais dos internos são retidos no momento de sua internação (CFP, 2018).

Em relação à internação forçada e compulsória, 17 das 28 instituições inspecionadas pelo CFP (2018) afirmaram fazer internações deste tipo, 1 afirma só fazer internações deste tipo e 10 afirmam fazer somente internações voluntárias. De acordo com a Lei 10.216, para que

qualquer tipo de internação seja realizada, é preciso de laudo médico, inexistente nestes casos e de acordo com a legislação brasileira, a internação compulsória deve ser expedida por um juiz. Internações essas que são feitas sem a construção de projeto terapêutico e por tempo indeterminado, violando, mais uma vez, os princípios da Lei 10.216.

Para além de todas essas violações, algo ainda mais alarmante foi constatado, que é a medicalização compulsória nestas instituições. De acordo com a pesquisa do IPEA (2017), somente nas comunidades terapêuticas de maior porte possuem médicos (em sua maioria voluntários), porém 55% admitem fazer uso de medicamentos. Os Benzodiazepínicos, psicofármacos de tarja preta, vendidos apenas sob apresentação de receita médica, são os mais utilizados, de acordo com a pesquisa. Quem prescreve esses medicamentos? Como são comprados? Por que são administrados? Estas são perguntas que precisam ser respondidas por estas instituições.

A fragilidade no quadro técnico de profissionais é essencial para entender o porquê de o “tratamento” ser feito desta maneira. Há prevalência de corpo técnico é nas comunidades terapêuticas sem orientação religiosa, mas com vínculos precários de trabalho. Nas demais, percebe-se um forte apelo ao voluntarismo e a adesão de profissionais é bem baixa (IPEA, 2017).

Outro problema apontado por Perrone (2014) é a falta de regulamentação de grande parte das comunidades terapêuticas, que se proliferam na irregularidade, em espaços afastados e insalubres, aonde a fiscalização não chega. Entre as registradas, diversas já foram denunciadas pelo Ministério Público Federal por conta de irregularidades e foram obrigadas a fechar.

Guimarães e Rosa (2019) evidenciam as mudanças que ocorreram a partir de 2015 na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), com a implementação de propostas conservadoras e neoliberais, que visavam cumprir acordos políticos. Em 2016 houve mudanças no indicador de avaliação da saúde mental, impedindo novos financiamentos no campo da saúde mental, bem como a construção de novos equipamentos. Por outro lado, no mesmo período, as comunidades terapêuticas conseguiram se estabelecer como equipamentos de saúde através da Portaria SAS/MS 1.482/206, capacitando-as a receber recurso público.

Cria-se, a partir deste momento, uma disputa entre o CAPS AD e as comunidades terapêuticas, onde os CAPS AD são entendidos como porta de entrada e as comunidades terapêuticas como forma de tratamento – asilar e com caráter manicomial (GUIMARÃES, ROSA, 2019)

Já em 2017, no governo Temer, foi promulgada a “Nova Política de Saúde Mental”, através da Portaria GM/MS 3.588/2017, que provocou mudanças pertinentes na contramão da Reforma Psiquiátrica. Para a construção da política, foram realizadas análises quantitativas, sem a participação de pesquisadores e de representantes dos movimentos sociais, que focaram especificamente nas fragilidades da RAPS, desconsiderando a potência da política e defendendo valores corporativos e econômicos (GUIMARÃES, ROSA, 2019).

A partir da Portaria GM/MS 3.588/2017 Guimarães e Rosa (2019) apontam quatro pontos fundamentais a serem pensados: a ambulatorialização do cuidado; a remanicomialização da saúde mental, através do investimento em novos leitos psiquiátricos na contramão do aumento do financiamento dos CAPS, que não se dá desde 2011; a transformação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais em mini hospícios, aumentando dano mais recursos as enfermarias mais cheias; e, sobretudo, a ampliação das vagas financiadas em comunidades terapêuticas de 4.000 para 20.000. As autoras ainda afirmam que esta não é, sequer, uma ação rentável,

para o Governo Federal, um usuário/mês em CAPS AD II, com porta aberta, ou seja, sem limites de atendimento, custa, em média, R\$ 43,00, enquanto o mesmo usuário/mês para uma Comunidade Terapêutica custa aproximadamente R\$ 1.100,00, para no máximo 50 pessoas (p.124).

Isto demonstra o real interesse e direcionamento da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas nos últimos anos, que busca resgatar a lógica manicomial através de novos dispositivos que atendem aos interesses do capital e desconstruir os serviços criados a partir da Reforma Psiquiátrica.

Em 2018, mais um retrocesso marcou a política. A Resolução 01/2018 endureceu as bases da Política Sobre Drogas, passando a orientar a abstinência ao invés da Estratégia de Redução de Danos. Ou seja, pautando o cuidado não mais na diminuição dos riscos, mas sim na proibição e com foco nas internações, sobretudo em comunidades terapêuticas (DUARTE, 2018).

De acordo com Duarte (2018), atualmente a RAPS é composta¹⁰ por:

2.500 CAPS em suas diversas modalidades, 57 Unidades de Acolhimento (UA) entre infantil e adulto, 489 SRT, 1.167 leitos de saúde mental 238 em hospital geral, 150 unidades do Programa Consultórios na Rua. Ressalta-se que se tem 1.163 leitos nos ainda 263 hospitais psiquiátricos e 1.800 comunidades terapêuticas, sendo que apenas

¹⁰ De acordo com Duarte (2018), “Há um limite de acessar esses dados expostos no artigo, pois são inexistentes no portal do Ministério da Saúde e isso só foi possível pela captura de imagens projetadas pelo atual Coordenador Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, Quirino Cordeiro Junior, em reunião da Frente Parlamentar de Saúde Mental, na Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro, em 21 de junho de 2017, que promoveu o debate “Saúde Mental no Brasil” (p.243).

300 delas mantêm parcerias com o governo federal, no âmbito do Programa Crack, é possível vencer. Por meio desta parceria, a Secretaria Nacional de Drogas (SENAD) financia essas organizações, em sua maioria religiosas, que atendem usuários de drogas (p.237).

Há, portanto, três novas tendências apontadas por Duarte (2018) no que tange a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: a modernização das instituições psiquiátricas, seja a partir do financiamento de novos leitos em hospitais gerais, seja pelo financiamento de leitos em comunidades terapêuticas, em detrimento dos equipamentos da RAPS; o enfraquecimento do SUS através da reorganização dos serviços com contrato de OS's (Organizações Sociais) e ONGs (Organizações Não Governamentais); a reivindicação da vertente mais radical da Reforma Psiquiátrica pelo controle da Política.

Como pode ser observado, a trajetória da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas não foi sempre linear, tampouco fácil de ser construída. A abertura política pós ditadura propiciou avanços progressistas, porém, o véu do conservadorismo sempre esteve sob a sociedade brasileira.

No Brasil, sempre houve um consenso no que tange a hegemonia do proibicionista às drogas que forjou uma falsa ideia de que algumas substâncias são mais nocivas do que outras e moldou a “Guerra às Drogas” brasileira. A disseminação do uso de crack e o surgimento das chamadas “cracolândias” foi o estopim para a disseminação do conceito de epidemia de drogas, em especial, epidemia do crack, sem levar em consideração as condições sociais, econômicas e individuais (BARCELLOS, 2018).

Com a crescente propagação da ideia de epidemia do crack – em grande medida pela mídia sensacionalista – o Estado começou a adotar medidas para intervir sob esta situação (BOLONHEIS-RAMOS E BOARONI, 2015). No entanto, esta intervenção não se deu em equipamentos da RAPS, inicialmente, como foi demonstrado anteriormente. Mesmo com a construção dos serviços substitutivos, a filantropia sempre esteve presente no campo das drogas e ganhou substancial fortalecimento com a introdução das comunidades terapêuticas na RAPS.

Com tudo, o sensacionalismo midiático sobre a “epidemia de crack” se limitou aos grandes centros do eixo Rio-São Paulo, onde foram exercidas práticas higienistas, de limpeza social, sobretudo no período de realização de mega eventos, como a Copa do Mundo de Futebol e as Olimpíadas (BARCELLOS 2018).

Desde a criação a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, atrelada ao Ministério da Saúde, a disputa pela direção da política no âmbito da gestão pública existe, entre

pessoas alinhadas à defesa da reforma psiquiátrica antimanicomial e psiquiatras tradicionais (PEREIRA, 2020). Em dezembro de 2015 o tensionamento na gestão da Política se intensificou, com a exoneração do até então coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, Roberto Tykanori, e a nomeação do psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho.

Tykanori foi um importante ator na gênese da Reforma Psiquiátrica brasileira e no Movimento de Luta Antimanicomial. Entrevistado diretamente no Hospital Psiquiátrico Anchieta em Santos, inaugurando mudanças no campo da saúde mental. Por outro lado, Valencius ocupou a direção do maior hospício privado da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras, localizado em Paracambi, na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Houve uma importante mobilização entre militantes, usuários e familiares em torno da saída de Valencius, que ocuparam o Ministério da Saúde. Depois de muita luta, em maio de 2016, veio a exoneração de Valencius.

Após esse evento, a agenda de reformas neoconservadoras passou a ser implementada massivamente no país, como aponta Pereira (2020), com programas mais rígidos e neoliberais com intuito de resolver o problema da dívida pública. Com isso, o desmonte dos equipamentos públicos se aprofundou. Pode-se dizer que se trata de uma nova forma de governar que se arrasta desde o governo Temer até o governo Bolsonaro, que mescla ações neoliberais na economia e neoconservadoras no âmbito social.

O atual Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, o médico psiquiatra Quirino Cordeiro, assume uma postura totalmente contrária aos equipamentos do SUS e a favor das comunidades terapêuticas, inclusive apontando em um relatório, em 2017, apoiado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), irregularidades na Política e a necessidade de repensar o modelo atual de Política de Saúde Mental, incentivando, inclusive, a ampliação de leitos psiquiátricos (PEREIRA, 2020)

A disputa pela direção da política, bem como os rumos que está vai tomar, seguem com muitos tensionamentos e a presença de múltiplos projetos para esta, com o posicionamento contrário a perspectiva antimanicomial de atores como a Associação Brasileira de Psiquiatria, o Conselho Federal de Medicina, a Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais e o próprio gestor federal.

O aumento do neoconservadorismo no campo social no país e a pressão do campo conservador que disputa a liderança da Política de Saúde mental atingiram diretamente na Política Sobre Drogas. Estas ganharam uma nova conformação no novo cenário. A PL a partir do decreto 9.761, de 11 de abril de 2019, que institui a nova Lei Sobre Drogas.

A Redução de Danos deixa de ser uma estratégia de cuidado e passa-se a incentivar a abstinência, a repressão sobre o consumo e comercialização de drogas. Em suas diretrizes, o Decreto estipula

Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas, de adesão e permanência voluntárias pelo acolhido, de caráter residencial e transitório, inclusive entidades que as congreguem ou as representem (...) [E] Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada (BRASIL, 2019).

Podemos perceber, por tanto, que a disputa em torno da direção da política pública sobre drogas tem conseguido fortalecer o campo mais conservador e que este tem atacado todos os avanços da Reforma Psiquiátrica. O sucateamento dos equipamentos da RAPS e o fortalecimento de instituições asilares, como as comunidades terapêuticas é a maior prova disso. Discutiremos mais a fundo sobre as comunidades terapêuticas no próximo capítulo.

3. CAPITULO: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA BAIXADA FLUMINENSE

O terceiro e último capítulo destina-se a pensar as comunidades terapêuticas especificamente na Baixada Fluminense, região do Estado do Rio de Janeiro, entendendo as especificidades desta região e o fato da Universidade a qual este trabalho de conclusão de curso está sendo submetido ter o dever ético de devolver a comunidade ao seu entorno a ciência produzida por ela. A Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro possui dois campi na Baixada, a unidade sede, em Seropédica e um outro polo em Nova Iguaçu.

Na primeira subsecção daremos continuidade a discussão iniciada no capítulo anterior, a respeito da política sobre drogas. No entanto, aqui focaremos na realidade do Estado do Rio de Janeiro, apresentando brevemente como se deu a implementação dos serviços substitutivos no Estado, bem como a implementação e ampliação das comunidades terapêuticas.

Na segunda subsecção, inicialmente trataremos da realidade da Baixada Fluminense, explicitando as disputas políticas e tensionamentos que nortearam a efetivação da RAPS no município e como está situada a questão das drogas para o poder público. Posteriormente, utilizaremos três recursos para apresentar o desenvolvimento das comunidades terapêuticas e como estas estão se organizando: mapeamento de instituições, realizado de forma online; análise de vídeos da Plataforma Youtube vinculados às instituições mapeadas; e, por fim, análise de três artigos de autoras que foram a campo e visitaram comunidades terapêuticas.

3.1 A Política de Drogas no Estado do Rio de Janeiro

Embora no cenário nacional a questão das drogas tenha sido absorvida pela Política de Saúde Mental, tendo sido criados dispositivos de cuidado especializados no âmbito do SUS, o Rio de Janeiro sempre manteve articulação com clínicas populares, como destaca Barcellos (2017). Porém, a fragilidade de vínculos e a imposição de um projeto terapêutico fez com que o Estado buscasse outras alternativas. Em 2007 foram criados os Centros de Acolhimento Regionalizados para Álcool e outras Drogas (CARE AD), propondo a adequação dessas clínicas populares aos preceitos da atenção psicossocial. E assim surge a parceria comunidades terapêuticas-Estado, através de um edital público para captar parceria.

Ainda de acordo com Barcellos (2017), os CARE AD foram apresentados aos municípios como uma proposta de complementar o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e teria sua utilização apenas em último caso, quando todas as alternativas terapêuticas se esgotassem e a internação fosse imprescindível. Porém, com a transferência dos

CARE AD do Governo Estadual para a Secretaria Especial de Prevenção à Dependência Química (SEPREDEQ), houve um tensionamento político, que resultou no rompimento da Gerencia de Saúde Mental do Rio de Janeiro com o terceiro setor, sob o argumento de que o Estado perderia, assim, o controle sob as ações realizadas.

A seguir analisaremos os Projetos de Lei propostos na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), no período entre 2015-2020, sobre a questão das drogas. Foi elaborada uma tabela (disponível no apêndice 1) com todos os Projetos de Lei propostos na ALERJ neste período. Para elaborá-la, utilizamos o site da ALERJ, na página onde encontram-se todos os projetos de lei propostos por parlamentares. Utilizamos como filtro a palavra “drogas” e selecionamos os projetos propostos a partir de 2015, por ser o ano da instituição da “CPI do Crack”. Esta CPI foi composta pelos parlamentares Márcio Pacheco, Eliomar Coelho, Waldeck Carneiro, Ana Paula Rechuan, Lucinha, Tia Ju e Tio Carlos, sendo estes tanto do campo conservador quanto progressista.

Chama atenção o crescimento do incentivo ao financiamento e ao “tratamento” em instituições que não coadunam com a proposta da Estratégia de Redução de Danos e com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, como as comunidades terapêuticas, em especial as de cunho religioso – que são a maioria atualmente no Brasil.

Destacam-se poucas propostas progressistas e em defesa da Reforma Psiquiátrica, como o PL 3625/2017, de autoria do deputado Flávio Serafini, que propõe uma Política Estadual de Redução de Danos e Riscos, e o PL 4365/2018, também de autoria do deputado Flávio Serafini, que propõe restringir o investimento da RAPS apenas aos equipamentos de saúde, excluindo as comunidades terapêuticas desse bojo. Há também dois PLs de autoria do deputado Carlos Minc, que versam sobre o uso da Cannabis medicinal, importante no tratamento de diversas doenças.

Muitos PLs focam na prevenção do uso de drogas, lícitas e ilícitas, sobretudo para crianças e adolescentes. A maioria destes se dão nas escolas, com foco nas públicas, propondo inclusive a participação da Polícia Militar nesse processo educativo. Às instituições privadas, fica facultativa a inserção dos projetos. Mas, entre estes, dois chamam atenção (ambos com o mesmo conteúdo, mas propostos em anos diferentes): O PL 148/2015, de autoria do deputado Luiz Martins e o PL 1815/2016, de autoria do deputado Nivaldo Mulim. Ambos têm a proposta de estabelecer a obrigatoriedade de comunicação ao conselho tutelar em casos de crianças e adolescentes sob efeito de álcool e outras drogas. A intervenção do conselho tutelar, nesses casos, resultaria em uma possível retirada da criança/adolescente do poder familiar e um

acolhimento institucional, sem, sequer, passar por uma avaliação multiprofissional de médicos, psicólogos e assistentes sociais. Tampouco, um possível tratamento territorial, no CAPSi, com acompanhamento familiar.

Os PLs 371/2019, de autoria de Rodrigo Amorim e 1334/2019 de autoria de Alexandre Knoploch, propõe a realização de exames toxicológicos periódicos em discentes e docentes da rede estadual de ensino, sob pena de expulsão em casos de alunos e exoneração nos casos de docentes. Nessa lógica, fica vedada a possibilidade de uso recreativo de substâncias psicoativas, cerceando os direitos individuais de escolha dos indivíduos.

O PL 4578/2018, de autoria de Paulo Ramos, deixa nítido o quanto a religiosidade está se fortalecendo no âmbito político. O referido PL propõe que a religiosidade seja incorporada como política pública, se incumbindo inclusive do tratamento de pessoas que fazem uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas. Esse é mais um incentivo ao tratamento em comunidades terapêuticas, entre tantos outros que estas já têm recebido.

Os PLs 2967/2017, de autoria de Átila Nunes e 673/2019, de Rodrigo Amorim, propõem a internação compulsória e involuntária de pessoas que fazem uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas. Além de ser invasivo e utilizado em última instância, de acordo com a Lei 10.216/2001, os PLs trazem uma indagação: onde seriam internadas estas pessoas? Possivelmente, em comunidades terapêuticas.

A PL 565/2019, de autoria de Márcio Pacheco e Samuel Malafaia, propõe que a atuação e o acolhimento em Comunidades Terapêuticas se tornem uma política pública. Isso é preocupante do ponto de vista que estas instituições, mesmo compondo a RAPS, vão na contramão do que é proposto pela Reforma Psiquiátrica. O incentivo a essas instituições é um marco da disputa em torno da direção política sobre a saúde mental e a questão das drogas.

Com tudo, o PL que deve receber maior atenção no momento é o 676/2019, de autoria dos deputados Márcio Pacheco e Daniel Librelon. Este propõe a criação de uma Política Estadual Sobre Drogas. O propósito da criação desta política, como dito no próprio PL, é a proteção da sociedade do uso de drogas. Para isso, o incentivo ao “tratamento” em comunidades terapêuticas é massivo, inclusive na inserção de captação de recursos para essas instituições. Embora o PL faça menção a Estratégia de Redução de Danos, a ideia de hegemonia no que tange à abstinência de drogas. Além disso, o PL faz menção a transferência das pesquisas sobre drogas para a iniciativa privada, ignorando a existência das Universidades Públicas e da própria Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Durante o período de tramitação da PL houve grande mobilização entre parlamentares do campo progressista, de movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, de usuários, familiares, entidades profissionais e etc, que resultaram em duas audiências públicas e uma audiência popular para debater o projeto. Vários documentos de análise foram publicizados, inclusive uma Nota Técnica¹¹ da linha de pesquisa “trabalho, serviço Social e saúde mental” do Núcleo De Estudos, Pesquisa e Extensão em Serviço Social E Saúde (NUEPESS/UFF/CNPQ), que foi assinada por diversas entidades e pessoas físicas e lida ao final da segunda audiência pública. Toda essa movimentação culminou no congelamento da tramitação do PL, para que este seja reeditado e volte a ser discutido.

Fica evidente que o Estado do Rio de Janeiro sempre esteve muito dependente da iniciativa privada no que tange a atenção e o cuidado sobre drogas. Isso reflete diretamente no crescimento exponencial das comunidades terapêuticas, bem como no crescimento de parlamentares que fazem defesa desse projeto de direção política da Reforma Psiquiátrica.

3.2 A política de saúde mental e drogas na Baixada Fluminense e a inserção das comunidades terapêuticas

A Baixada Fluminense é uma região localizada na área Metropolitana I, com extensão territorial de 2800 km² e densidade demográfica de 960 hab/km², aproximadamente 2.687.767 habitantes (IBGE, Censo 2010), composta por 13 municípios, sendo estes: Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti e Seropédica.

A região é marcada por um histórico de abandono do Estado e com ausência de políticas públicas, sobretudo por seus municípios possuírem uma enorme zona rural e se localizarem bastante distante do centro da cidade. Este é um fator bastante atrativo para as comunidades terapêuticas, como pôde ser observado, que optam por regiões como estas para se instalarem.

No que tange à saúde, a região possui um histórico de total desassistência do poder público. Durante a década de 1980, como aponta Prudêncio (2019), a principal pauta dos movimentos sociais que lutavam em prol da saúde estava voltada para a insuficiência de serviços públicos e baixa qualidade nos que existiam, rotatividade dos profissionais, forte presença da iniciativa privada. As ações do estado para intervir sob a questão, como a implementação de programas como o SOS Baixada e o Programa Especial de Saúde da Baixada

¹¹ Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1Civp0NeGjLDPqOjEjszL35RD8LJLmC0d/view> Acesso realizado em 01.12.20.

(PESB) não se sustentavam, sobretudo pela lógica coronelista e clientelista características da região.

Em 2000, foi criado o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF), que até o presente momento atende 11 dos 13 municípios da região (com exceção de Guapimirim e Paracambi). Trata-se de instrumento regional com objetivo de promover investimento e otimização dos recursos para que, através de um melhor custo benefício, fortaleça o serviço de saúde regional (PRUDÊNCIO, 2019).

Porém, cabe aqui destacar que a influência da iniciativa privada na Baixada se estende até hoje e que, inclusive, a região sediou um dos maiores manicômios da América Latina, o Hospital Psiquiátrico Dr. Eiras, localizado no município de Paracambi, que teve seu fechamento efetivo somente em março de 2012 (PRUDÊNCIO, 2019)

Para Prudêncio (2019, p.107) “Pensar o campo da saúde mental na Baixada é pensar um espaço plural que também estava preocupado com a atenção em saúde, mas que possuía entraves relevantes diante da sua condição desigual na relação com a Cidade do Rio de Janeiro”. A autora afirma que a lógica manicomial era prevalente na região na década de 2000, na contramão do que estava sendo desenvolvido nas outras regiões do estado.

A mudança neste cenário se deu a partir de iniciativas da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES RJ), que implementou na Baixada Fluminense uma noção de atenção em saúde mental ampliada, partindo da intervenção nos CAPS. A partir disto, foram lançadas ações para a efetivação desta forma de cuidado, tais como “diagnóstico situacional ou o consolidado; indicadores clínicos; fórum colegiado; fórum de coordenadores; participação na caravana da cidadania e participação em cursos de atualização e especialização” (PRUDÊNCIO, 2019, p. 109).

No que tange ao cuidado das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, Prudêncio (2019) afirma que a estratégia adotada pelo SES RJ foi pelo caminho do convencimento dos profissionais que já atuavam na saúde mental e que o cenário econômico, político e social – porque criar serviços substitutivos significava maior investimento público e verba pro município – foi fundamental para a efetivação da atenção aos usuários de drogas pautada na redução de danos, além do movimento de luta pelo fechamento do Hospital Psiquiátrico Dr. Eiras. A demanda pelos serviços substitutivos foi construída principalmente a partir do início do processo de fechamento do hospital, em 2000.

Porém, Prudêncio (2019) aponta para o fato de que a ampliação dos serviços não necessariamente veio, necessariamente atrelada a qualificação dos mesmos, existindo na região uma secundarização das questões pertinentes a Política Sobre Drogas e uma maior preocupação voltada para os serviços que fazem atendimentos para pessoas com transtornos mentais.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, a Rede de Atenção Psicossocial da Baixada Fluminense é composta por 25 unidades de serviço residencial terapêutico, divididos em tipo I e tipo II, três equipes de consultório de/na rua, dois hospitais gerais com leito de saúde mental e 29 CAPS, divididos nas modalidades CAPS II, CAPS III, CAPSad E CAPSi.

No sentido de apresentar brevemente o cenário em que se encontram as comunidades terapêuticas na Baixada Fluminense, utilizaremos os dados preliminares da pesquisa em andamento que busca mapear o perfil destas instituições, realizada pela autora do presente trabalho. Para isso, iniciaremos com o mapeamento feito até o presente momento, apresentaremos a análise de cinco vídeos disponíveis na Plataforma Youtube vinculados a essas instituições e finalizaremos com a análise da experiência de três autoras que foram a campo em comunidades terapêuticas na Baixada Fluminense. A ausência pesquisa de campo no presente trabalho se deu, sobretudo, em decorrência da pandemia do novo Corona Vírus, inviabilizando qualquer tipo de visita presencial.

Em nosso mapeamento preliminar – realizado exclusivamente pela internet – identificamos 23 comunidades terapêuticas na Baixada Fluminense, sendo apenas duas reconhecidas no Mapa Virtual das Comunidades Terapêuticas do Ministério da Cidadania, a saber: Desafio Jovem Ebenezer e Desafio Jovem Ebenezer, ambas localizadas em Seropédica – embora tenham o mesmo nome, possuem endereços diferentes. Há a predominância de instituições nos municípios de Nova Iguaçu e Seropédica, como pode ser visto abaixo.

Tabela 3 – Mapeamento das comunidades terapêuticas na Baixada Fluminense

NOME	MUNICIPIO
Centro de Terapia para Dependentes Químicos - QG da PAZ	Belford Roxo
Lar do Amor Maior	Duque de Caxias

Comunidade Católica Maranathá	Duque de Caxias
Comunidade Servos da Divina Misericórdia	Guapimirim
Fazenda da Esperança Nossa Senhora de Lourdes (feminina)	Guapimirim
Comunidade Terapêutica Rhema	Itaguaí
Projeto Resgatando Vidas	Magé
Casa de Recuperação Aliança com a família	Magé
Instituto SOS Reviver	Nilópolis
Comunidade terapêutica projeto alcançando vidas	Nova Iguaçu
Instituto Vida Renovada (IVR)	Nova Iguaçu
Comunidade terapêutica Crisameta	Nova Iguaçu
Movimento Cristo Vive e Reina - Mocriver	Nova Iguaçu
Comunidade Terapêutica Vale do Senhor	Nova Iguaçu
Associação Maranatha do Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Residência Solidária Maanaim	Paracambi
Instituto Vida Renovada	São João de Meriti
Desafio Jovem Ebenezer	Seropédica
Desafio Jovem Ebenezer	Seropédica
Comunidade Terapêutica Betel	Seropédica
Casa Renascer	Seropédica

Fonte: elaborada pela autora

A dificuldade em mapear estas instituições reside principalmente na ausência de registro junto ao Estado. Como foi possível perceber nos capítulos anteriores, embora as comunidades terapêuticas estejam ascendendo frente ao poder público, ainda não há um controle sobre quantas são, onde são, sob quais condições exercem seu trabalho. E na Baixada isto é muito latente, por tratar-se de municípios muito afastados. A falta de fiscalização nestes espaços é o que permite a existência de todos os abusos aqui relatados.

Mais do que isso, identificar as comunidades terapêuticas na Baixada e sua invisibilidade é, também, pensar no marcador que indica para quem esse serviço é pensado, quem são as pessoas que fazem uso das comunidades terapêuticas. Esse tipo de “tratamento”, sem qualquer tipo de respaldo, tem sido majoritariamente destinado a população mais vulnerável.

Foi feita a seleção de cinco vídeos na Plataforma Youtube para aprofundar um pouco mais o entendimento sobre estas instituições da Baixada Fluminense. Durante a busca, utilizamos como filtro o nome da instituição e o município. É possível notar que alguns vídeos revelam a existência de filias destas instituições em outros municípios e até estados.

- **Vídeo 01:**

O primeiro vídeo trata de uma entrevista realizada em um programa de televisão com um gestor da filial de Fortaleza de uma comunidade terapêutica que possui duas filiais na Baixada Fluminense.

Durante a entrevista, o gestor deixa bem claro que na instituição comandada por ele a religião é o pilar central do tratamento. Em uma de suas falas, este diz:

Nós cremos que o Senhor Jesus Cristo é o único que pode nos tirar da dependência, é ele. Porque a ciência sabe bem direitinho que não tem como a pessoa sair do crack, não tem. Só um milagre, um milagre pra isso. A família fica desesperada, sem noção. Muitas mães se suicidam, se hospitalizam como loucas..., mas o importante é não perder a fé.

Fica nítida a descrença no saber médico, depositando na fé cristã a perspectiva terapêutica para o cuidado das pessoas que fazem uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas e se internam na instituição. O gestor em momento algum cita a existência de equipe multiprofissional, sempre resgatando a religião como salvadora.

Outro ponto que merece destaque é quanto ao financiamento da instituição. Segundo o gestor, esta não recebe nenhum financiamento público, mas recebe uma doação fixa de alimentos que mantém a instituição, além de doações financeiras via depósito bancário de fieis e de pessoas interessadas em ajudar o projeto.

Este existe em Fortaleza há nove anos (mesma quantidade de tempo que recebe as doações) e acolhe cerca de 60 internos, do sexo masculino, por ano. Não há nenhuma menção quanto a estrutura do local e as demais filiais do projeto.

- **Vídeo 02:**

O segundo vídeo é gravado por um pastor, representante de uma comunidade que possui duas unidades na Baixada Fluminense, sendo uma delas uma fazenda, que invocando a fé religiosa cristã, pede doações para a ampliação de uma dessas unidades – a fazenda. De acordo com o pastor, o dinheiro recebido seria revertido na construção de 200 novos quartos para o acolhimento de internos na instituição.

As doações são divididas em três categorias diferentes, a saber: a contribuição ouro “que fala de unção e que fala de realeza”, com 12 parcelas mensais no valor de R\$ 700,00; prata “porque fala de redenção”, com 12 parcelas mensais no valor de R\$350,00; e bronze “porque diz: Jesus sofreu por nós”, com 12 parcelas mensais no valor de R\$175,00.

Trata-se de uma comunidade terapêutica influente no Estado do Rio de Janeiro, vinculada ao nome de um pastor conhecido por “operar milagres” em “dependentes químicos” e presidiários.

Fazendo menção todo o tempo à religião, o pastor afirma que só Jesus pode “salvar” as pessoas do uso de drogas, e que o trabalho realizado por esta comunidade terapêutica é único, resgatando pessoas do tráfico, da rua e de presídios. Fica nítido que o cuidado ofertado nesta instituição está baseado na fé e nos preceitos morais cristãos, que o tempo inteiro são ressaltados na fala do pastor, inclusive ao recitar versículos da bíblia.

- **Vídeo 03:**

O terceiro vídeo é uma reportagem, que apresenta uma comunidade terapêutica localizada na Baixada Fluminense, que promete aos internos “uma vida nova” sem o uso da droga.

Na reportagem é dito com todas as letras que o tratamento oferecido na comunidade terapêutica é totalmente baseado na fé cristã, no crescimento espiritual, numa filosofia bíblica que dispensa o uso de medicamentos, inclusive nos momentos de crise e abstinência. Para eles, a bíblia é a ferramenta mais importante na recuperação do “dependente químico”. O tratamento terapêutico se dá a partir da adoção de uma rotina rígida, com três momentos simultâneos de oração.

Trata-se de uma instituição pequena, com capacidade máxima de 15 internos simultaneamente e o apoio oferecido dura nove meses, com índice de 65% de recuperação, de acordo com o gestor da comunidade terapêutica.

O vídeo termina com o depoimento de um ex interno que se diz “recuperado” e que resolveu se manter na instituição para ajudar o tratamento dos novos internos.

- **Vídeo 04:**

O vídeo é dividido em dois momentos: primeiramente, é apresentado um breve relato de um interno que passou pelo tratamento na instituição mencionada, narrando sua trajetória até a entrada na mesma; no segundo momento, o líder da comunidade terapêutica a apresenta, mencionando seus feitos até o momento.

O projeto existe há oito anos e foi criado como uma alternativa para as pessoas que não possuíam condições financeiras de arcar com o tratamento do uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas, sobretudo o crack, e já atendeu 800 famílias, de acordo com o líder religioso da comunidade terapêutica.

Um ponto importante a ser destacado é o trabalho realizado com as famílias relatado pelo gestor. Este diz que além dos alimentos disponibilizados na instituição para os internos, são distribuídos também para as famílias destes enquanto permanecem internos. Estes alimentos são advindos de doações.

- **Vídeo 05:**

O vídeo é uma reportagem do jornal Balanço Geral que apresenta a instituição e pede por doações para a manutenção e expansão da comunidade terapêutica. Esta existe há 32 anos e tem como princípio norteador o cristianismo destinado a prestar assistência “biopsicossocial”, assistência jurídico complementar e capacitação profissional a pessoas do sexo masculino maiores de 18 anos dependentes de álcool e outras drogas, proporcionando acolhimento, tratamento e reabilitação. No momento da reportagem, haviam 43 internos na instituição.

Um representante da comunidade terapêutica afirma que a instituição precisa de doações para a construção de um galpão, para a reforma da cozinha para adequação às medidas sanitárias, para a compra de beliches, coberturas, roupas e alimentação para os internos. Além disso, precisa também de ajuda para a reforma do carro da instituição, que se encontra, no momento da gravação da reportagem, bastante surrado.

Ao afirmar a necessidade da manutenção do carro, o representante da comunidade terapêutica cita que este é utilizado como recurso para locomoção dos internos em momentos de necessidade para emergências, indicando que mesmo que não haja profissionais capacitados na instituição, o serviço de saúde é acionado quando necessário.

Na instituição são realizados palestras, cultos religiosos, trabalho individual, trabalho de grupo, contando com a presença, inclusive, de estagiárias do serviço social aos sábados. Por fim, são mostrados depoimentos de internos que se dizem realizados e “libertos” das drogas, enaltecendo o trabalho realizado pela comunidade terapêutica.

As narrativas presentes nos vídeos reafirmam os achados teóricos da pesquisa, sobretudo no que tange a presença e imposição do credo religioso cristão. Em todos os vídeos é bastante presente a questão da religiosidade, da fé como libertadora do uso de álcool e/ou outras drogas, da ausência de equipe técnica para atuação com os internos, precariedade nos locais de internação, ausência de projeto terapêutica clínico e auxílio da caridade.

A maior parte dos vídeos – entre os selecionados e os presentes na plataforma Youtube – são elaborados para o pedido de doações e reafirmação de que o Estado não é capaz de

oferecer tratamento às pessoas que fazem uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas. O que é uma falácia, como demonstrado nos dados teóricos. Hoje a RAPS possui capacidade de oferecer tratamento especializado a este público específico e vem sofrendo precarizações em decorrência dos investimentos que são feitos na iniciativa privada e nas comunidades terapêuticas.

O cenário exposto é completamente deturpado do que está previsto na legislação vigente. O Estado se absteve sim por muitos anos do cuidado voltado ao uso e abuso de drogas, porém hoje existe uma política pública sólida, composta por diversos serviços gratuitos e de qualidade.

Partindo para a análise das três instituições que foram visitadas e publicadas em artigos, utilizaremos uma evangélica pentecostal (TARGINO, 2017; MACHADO, 2013), uma evangélica interdenominacional (MAISANO, 2014) e uma católica (TARGINO, 2017).

O Instituto Vida Renovada (IVR), CT de perfil pentecostal vinculada à Assembleia de Deus dos Últimos Dias (ADUD), está localizada no bairro de Tinguá, município de Nova Iguaçu e foi fundada em julho 1999 pelo pastor e atual presidente Marcos Pereira. Esta se intitula como uma instituição sem fins lucrativos para dependentes químicos e egressos do sistema prisional que procurar apoio para se reestabelecerem, acolhe internos de ambos os sexos e possui uma equipe técnica composta por dois advogados, uma assistente social e uma psicóloga, contratados em regime assalariado, além de pessoas sem formação, seguidores da ADUD, que prestam serviços de forma voluntária na instituição (TARGINO, 2017).

Targino (2017) entrevistou nesta instituição doze internos, sendo oito homens e quatro mulheres, com faixa etária bem abrangente e com baixo nível de escolaridade – somente um deles possui ensino médio completo. De acordo com a pesquisa, os indivíduos relataram imposição de envolvimento nas atividades na igreja, sob a justificativa de que a desvinculação do tratamento ao grupo religioso colocaria a recuperação em risco, longa permanência na instituição e ausência de tratamento por via medicamentosa. Entende-se, nesta instituição, que o processo de conversão na religião, à fé cristã e Deus é o suficiente para “curar” o interno.

Machado (2013), ao fazer um estudo sobre a ADUD, apresenta o apelo midiático que a igreja possui, seja através da sua presença nas mídias de massa através de entrevistas em programas de televisão e rádio, venda de CDs, DVDs, etc, seja pelas performances do pastor Marcos Pereira em presídios e nos cultos. De acordo com a autora, o pastor afirma que seu público alvo não são os moradores da Baixada, pois, segundo ele, não é ali que reside o

problema, sendo a zona norte do Rio de Janeiro o principal alvo da instituição. Para o pastor, a região é o lugar ideal para a reclusão das drogas.

O Movimento Cristo Vive e Reina (MOCRIVER), CT evangélica e interdenominacional, localizado em Adrianópolis, município de Nova Iguaçu, possui aproximadamente 40 anos de atividade e oferta tratamento para usuários de drogas e dependentes químicos, somente do sexo masculino, através de terapia ocupacional, cultos religiosos, orações, etc., com intervenção de igrejas de diferentes doutrinas e denominações existentes na Baixada Fluminense. A instituição apresentava, no momento da pesquisa, um quadro de 22 internos, de faixa etária variada e exige permanência mínima de 09 meses e cobra mensalidade dos internos (que pode ser paga pela família ou por igrejas) (MAISANO, 2014).

Durante sua pesquisa, Maisano frequentou a CT durante alguns meses, observando todos os sábados (dia de visita) a rotina dos internos, mas só conseguiu conversar com o diretor-presidente da instituição, que também é pastor. Os “profissionais” da instituição se recusaram a participar da pesquisa. Vale destacar que a CT não conta com corpo técnico e conta apenas com voluntários, muitos ex-internos.

A autora destaca que o perfil dos internos é bem variado e que um deles já reside na instituição há nove anos. Mas, também traz a fala do pastor que diz ter um índice de recuperação de 65% dos internos (quando questionado sobre o pastor disse não ter nenhum dado que comprove isso, que o número é dado baseado em “achismo”). Vale destacar que para receber alta, o interno precisa passar por uma avaliação com pastor para que possa ser verificada a sua “cura” da dependência química.

Além de ser diretor-presidente da instituição, o pastor responsável pela instituição também ocupa espaços políticos como a ALERJ, por exemplo, em defesa das comunidades terapêuticas. Em uma de suas falas, transcrita na pesquisa de Maisano (2014), o pastor afirma que entende o problema das drogas como algo espiritual e moral, por isso o modelo de tratamento se difere do modelo médico. Em outra fala, quando cita a esposa, glorifica o fato de sua esposa ter abdicado da vida profissional para cuidar dos filhos e educa-los e que dessa forma eles não seriam desviados do seu caminho moral.

O Projeto Reconstruir, CT católica associada à Comunidade Católica Maranathá e orientada pelos preceitos da Renovação Carismática Católica (RCC), é uma instituição fundada em 2001 e que tem como objetivo a recuperação de dependentes químicos que desejam atingir abstinência total, atendendo homens e mulheres. Esta se destaca por sua amplitude no Rio de

Janeiro no que tange a religião católica, totalizando nove unidades no Estado do Rio de Janeiro, além de uma unidade de Planaltina de Goiás, no Estado de Goiás. A instituição conta com uma equipe técnica composta por um médico, duas enfermeiras, duas psicólogas e uma assistente social, que atuam como assalariadas, e voluntárias sem formação que atuam na instituição (TARGINO, 2017).

Durante a pesquisa, a autora entrevistou dez internos, sendo três mulheres e sete homens, entre 18 e 55 anos, com grau de escolaridade superior ao observado na comunidade terapêutica evangélica também observada por ela – apenas dois internos não possuíam ensino superior completo.

Quanto ao tratamento na instituição, Targino (2017) aponta que a imposição nas atividades embora exista, é bem menos acentuada do que nas comunidades terapêuticas de cunho evangélico e que a presença da religião é mais forte no início do tratamento, mas depois vai se diluindo. A autora destaca que no discurso dos internos a palavra “cura” não existe e que estes buscam viver “um dia de cada vez”, a partir dos “Doze Passos do Cristão” – com apenas algumas alterações, que também é utilizado nos Narcóticos Anônimos (NA) e pelos Alcoólicos Anônimos (AA).

Além disso, o tratamento é feito também a base de medicamentos para aliviar os efeitos da dependência, especialmente no início da internação, e com terapias realizadas por psicólogos, afim de que o interno entenda que não existe uma cura e que ele precisa encontrar uma maneira de viver em equilíbrio (TARGINO, 2017).

É possível identificar, a partir dos três exemplos apresentados, a veracidade dos dados obtidos pelo IPEA e pelo CFP bem como compreender como esta realidade se apresenta na Baixada Fluminense do Rio de Janeiro. O isolamento da região se constitui como terreno fértil para a proliferação de comunidades terapêuticas na região. Outro ponto importante é a comparação entre as modalidades religiosas. As formas de tratamento variam bastante de um perfil religioso para outro. Não existem um padrão ou uma fiscalização, os dirigentes possuem liberdade para guiar o tratamento de acordo com seus próprios entendimentos, mesmo sem formação específica para isso.

O apelo midiático e político verificado nas instituições evangélicas é um ponto chave para entender a popularidade destas. O investimento em marketing com a promessa de “cura” mobiliza familiares apavorados com a suposta “epidemia das drogas”. Em contrapartida, não podemos deixar de evidenciar a proporção das comunidades terapêuticas católicas, que estão

em menor número, mas são as maiores e mais organizadas (IPEA, 2017), como fica evidente na pesquisa de Targino (2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de drogas é algo inerente a todas as formas de sociedade e estudá-lo no contexto do estágio imperialista do capital é de suma importância, pois estas substâncias, licita ou ilícitas, além de estarem presente no cotidiano de todos, também estrutura a vida a partir de marcadores sociais e de raça/cor.

O primeiro capítulo deste trabalho evidenciou que somente no capitalismo as drogas se tornam um problema social, tanto a partir da sua passagem para categoria de mercadoria, quanto em relação aos efeitos que estas causam na vida do trabalhador, aumentando ou inibindo seu potencial de trabalho. Destaca-se aqui o exemplo da maconha, que era utilizada pelos negros escravizados, com permissão dos senhores de engenho, pois estas aliviavam os percalços do trabalho escravo.

Pensar que os hábitos e costumes do negro alforriado foram criminalizados – como o fumo e a bebida, mas também a capoeira e as religiões de matriz africana – só nos evidenciam o ranço deixado pela escravidão no Brasil e que se manifesta diariamente sob a égide do racismo estrutural. O racismo que extermina e enclausura nas prisões superlotadas diariamente os negros e periféricos, que permite a internação compulsória de pessoas em situação de rua, que sucateia os serviços públicos onde esta população é o principal público alvo.

O racismo está presente em todo o percurso da questão das drogas e ele não pode ser minimizado. A polícia que sobe o morro para tombar corpos negros em função da “Guerra às Drogas” nunca invadiu festa da elite burguesa. A mídia que noticia como “traficante” o jovem negro portando drogas é a mesma que utiliza os termos “estudante”, “jovem” quando se trata de alguém de pele clara. Assim como as internações em instituições asilares, manicomiais e insalubres também são, majoritariamente, destinadas aos negros.

Não podemos deixar de mencionar também o lugar do negro enquanto pensador e gestor do cuidado em saúde mental. O caso do médico psiquiatra Franz Fanon é especialmente caro na história das drogas, pois Fanon foi um dos mais importantes pensadores da Reforma Psiquiátrica em sua curta vida, mas teve sua história invisibilizada, como tantos outros, de tantas outras áreas. A história que é contada, passada e ensinada é sempre com o protagonismo masculino e branco.

No capítulo dois o foco foi traçar brevemente a trajetória da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Uma trajetória que não pode ser pensada forma simétrica, pois todos

os avanços conquistados sempre vieram em uma linha tênue com o conservadorismo. Assim como o Brasil vive em ciclos, com esta política não foi diferente.

Os direitos que foram conquistados, a partir da comprovação científica de que prender pessoas não cura transtornos mentais, ao contrário, nunca foram efetivados em sua plenitude, não sendo capaz de atender a demanda e, em resposta a isto, o Estado enfatiza a necessidade da iniciativa privada. Vejamos, o próprio Estado cria a necessidade de um novo serviço ao não potencializar os que já existem. E esse investimento, que já foi para os manicômios, hoje vai para as comunidades terapêuticas.

Diante de tudo que foi apresentado neste trabalho, fica evidente o nosso posicionamento extremamente contrário às comunidades terapêuticas. Não só a sua existência na forma em que se desenvolvem no Brasil atualmente, mas principalmente o seu financiamento público, a falta de fiscalização e monitoramento do Estado sobre elas e a defesa intransigente destas pelo poder público.

As comunidades terapêuticas reproduzem a lógica manicomial, podem ser consideradas como mini-manicômios, que se proliferam na clandestinidade, praticam atos sem nenhum tipo de metodologia como forma de “tratamento” e reproduzem a lógica de que a culpa está no indivíduo e não na sociedade.

A FIOCRUZ ser impedida pelo Governo de publicar uma pesquisa onde afirma que não há uma epidemia de drogas no Brasil é um alerta para pensarmos os caminhos que a Política Sobre Drogas está tomando. Contrariar uma pesquisa de anos, realizada por uma instituição pública internacionalmente conhecida e insistir na hipótese já contestada de que as drogas estão destruindo a população brasileira e incentivar a internação destas pessoas em comunidades terapêuticas é um nítido regresso à lógica da psiquiatria tradicional. Assim como qualquer pessoa “desviante” diante da sociedade no século passado era internada em manicômios, o mesmo tem se repetido agora com os usuários de álcool e outras drogas.

E é por isso que entender a historicidade se torna tão fundamental. O processo de desenvolvimento da política de saúde mental e sobre drogas sempre passou por disputas e por tentativas de retorno da lógica manicomial. Este não é um movimento novo. O que estamos vivenciando é uma disputa de projetos onde o campo conservador está saindo em vantagem.

Não pretendemos aqui esgotar a discussão, pelo contrário, buscamos levantar questionamentos e endossar a luta em defesa da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, que defende uma mudança em toda a estrutura social, abolindo o racismo, o machismo, a LGBTQI+fobia e todos os outros preconceitos; a exploração do trabalhador pelo capital; a dominação dos países desenvolvidos nos periféricos, etc. A sociedade adoce as pessoas e

depois quer prendê-las em manicômios. Seguimos no lema da Luta Antimicomial, “Por uma sociedade sem manicômios” e sem comunidades terapêuticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- ALCÓLICOS ANÔNIMOS. 12 passos. Disponível em: <
<https://www.mpro.mp.br/documents/29249/4643183/12+PASSOS+-+ALCO% C3% 93LICOS+AN% C3% 94NIMOS.pdf/3c9215ae-157f-46b2-8c92-931a0337fdb;jsessionid=1CD7B7495A3162696D6D3E7491225209.node01?version=1.0>>
 Acesso em: 03/12/2020.
- ALONSO, A. O abolicionismo como movimento social. **NOVOS ESTUDOS 100**. Novembro 2014.
- AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. 1ªed – Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.
- BARCELLOS, W. S. As Políticas sobre Drogas e os Desafios Recentes ao Proibicionismo. In: DUARTE, M. J. O; PASSOS, R.G.; GOMES, T. M. S. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.
- BARCELLOS, W.S. Histórico das Políticas sobre Drogas no Brasil: desafios frentes à reação conservadora. In: BARCELLOS, W. S.; DIAS, M. T. G; HEIDRICH, A. V. **O exercício profissional do serviço social nas políticas de saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.
- BARROS, A.; PERES, M. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Revista Periferia**, Volume III, Número 2, 2011.
- BOITEUX, L. **A proibição como estratégia racista de controle social e a guerra às drogas**. Disponível em: <<https://diplomatie.org.br/a-proibicao-como-estrategia-racista-de-controle-social-e-a-guerra-as-drogas/>> Acesso em: 30/04/2020.
- BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde**. v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248. Rio de Janeiro.
- BRASIL. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. “**Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**” Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 22/11/2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral e Usuários De Álcool e Outras Drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2003.
- BRASIL. MNISTÉRIO DA SAÚDE. **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 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é a Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf Acesso em: 01/12/2020.

BRASIL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/redes-de-atencao-a-saude-cidadao/10244-rede-de-atencao-psicossocial-raps> Acesso em: 01/12/2020.

BRASIL. Portaria Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 24/11/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados 8**. Ano VI, nº 8, janeiro de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/23-o-que-e-reducao-de-danos> Acesso em: 30/11/2020.

BRASIL. **Portaria nº 856, de 22 de agosto de 2012**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0856_22_08_2012.html Acesso em: 24/11/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados 12**. Ano 10, nº 12, outubro de 2015.

BRASIL. **Resolução CONAD nº 01/2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Disponível em: https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf Acesso em: 01/12/2020.

BRASIL. **RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html Acesso em: 01/12/2020.

BRASIL. **Decreto Nº 9.761, de 11 de Abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 25/11/2019.

BRASIL. **Portaria nº 562, de 19 de março de 2019**. Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/67753796/do1-2019-03-20-portaria-n-562-de-19-de-marco-de-2019-67753613 Acesso em: 01/12/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/centro-de-atencao-psicossocial-caps> Acesso em: 23/11/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias de Desinstitucionalização**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps/estrategias-de-desinstitucionalizacao/> Acesso em: 30/11/2020.

BRITES, C. M. **Psicoativos (drogas) e serviço social: uma crítica ao proibicionismo**. São Paulo: Cortez, 2017.

Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 01/12/2020.

CONCEIÇÃO, R. Breves considerações sobre a Política de Saúde Mental e a contribuição do serviço social na atualidade. In: BARCELLOS, W. S.; DIAS, M. T. G; HEIDRICH, A. V. **O exercício profissional do serviço social nas políticas de saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

CORREIA, L. C. Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. In: CORREIA, C. L.; PASSOS, R. G. **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

COUTO, R. C. C. M. Eugenia, loucura e condição feminina. **Cad. Pesq.**, São Paulo, nº90, p. 52-61, ago. 1994.

DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante**. 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2018.

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

DIAS, M. T. G. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. **Dossiê Psicologia Existencial e suas Práticas**. v. 12, n. 3 (2012).

DUARTE, M. J. O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.18, n.2, p. 227-243, ago. a dez. / 2018.

FIOCRUZ. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira**. ICICT/FIOCRUZ, 2017.

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

ENGELS, F.; MARX, K. **Manifesto do Partido Comunista**. 2ªed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

FARIAS, J. S.; PASSOS, R. G. Saúde mental e os desafios atuais para a luta antimanicomial: o caso das comunidades terapêuticas na Baixada Fluminense. In: SARTÓRIO, L.V. et al. **Políticas Públicas e práticas sociais: cidadania, saúde, educação, comunicação e segurança alimentar**. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2020.

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

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

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

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

GOMES, T. M. S. Reflexões Sobre o Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil Neoliberal. In: DUARTE, M. J. O; PASSOS, R.G.; GOMES, T. M. S. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão** - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019.

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

HEIDRICH, A. V.; BERNDT, D. P. O processo de “alta” sob a ótica do cuidado psicossocial: análise a partir da experiência do CAPS Escola, em Pelotas – RS. In: BARCELLOS, W. S.; DIAS, M. T. G; HEIDRICH, A. V. **O exercício profissional do serviço social nas políticas de saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Perfil Das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Disponível em: <
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf> Acesso em: 01/12/2020.

IPEA. **Atlas da Violência 2020**. Brasília (DF), 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020> Acesso em: 05/11/2020.

LEAL, F.X. **Movimento Antiproibicionista no Brasil: discursos de Resistência**. Tese (doutorado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Espírito Santo, 373p., 2017.

LIMA, R.C.C. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional**: relações Brasil-Estados Unidos e os organismos internacionais. 2009. 366 p. Tese (doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, R. C. C. A Rede Assistencial aos Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil e em Portugal: notas comparativas. In: DUARTE, M. J. O; PASSOS, R.G.; GOMES, T. M. S. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

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

- MACHADO, C. A igreja ajuda a UPP, e a UPP ajuda a igreja: reflexões sobre pacificação, religião e política a partir de uma igreja Assembleia de Deus da Baixada Fluminense. In: 37º Encontro Anual da ANPOCS, 2013. São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2013.
- MAISANO, P. O. S. **Práticas Religiosas no Tratamento de Dependentes Químicos**. 2014, 102 p. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2014.
- MARICATO, E. *Habitação e Cidade*. São Paulo: Atual, 2004.
- MARQUES JUNIOR, J. S. RACISMO E ENCARCERAMENTO EM MASSA. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro, 1º Semestre de 2020 - n. 45, v. 18, p. 277 – 282.
- MARX, K. **O Capital [Livro I]: crítica da economia política**. O processo de produção do capital. São Paulo: 2011.
- MEDEIROS, F. L.; PRADO, L. C. D. A Teoria Protoindustrial: origem, desenvolvimento e atualidade. **Estud. Econ.**, São Paulo, vol.49 n.1, p.131-161, jan.-mar. 2019.
- MTSM. **Manifesto de Bauru**. Disponível em: < <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>> Acesso em: 22/11/2020.
- NETTO, J.P. Cinco notas a propósito da expressão "questão social". In: **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8ªed. São Paulo: Cortez, 2011.
- NETTO, J.P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 8ªed. São Paulo: Cortez, 2005.
- NETTO, J.P. Introdução ao método da teoria social. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CEAD/UnB. Brasília. 2009.
- OLIVEIRA, N.; RIBEIRO, E. O massacre negro brasileiro na guerra às drogas. **SUR 28** - v.15 n.28, 35 – 43, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Tradução: Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 69-82, 1993.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.
- PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**; 23 (1): 154-162, 2011.
- PASSOS, R.G. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? **Sociod. em Deb. (Pelotas)**, v. 25, n. 3, p. 74-88, set./dez. 2019.
- PASSOS, R.G; MOREIRA, T.D.F. Reforma psiquiátrica brasileira e questão racial: contribuições marxianas para a luta antimanicomial. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 336-354, jul.-dez./2017.
- PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S. Avanço do conservadorismo, regressividade e os ataques à política nacional de saúde mental, álcool e drogas. In: **Desenvolvimento, formação social brasileira e políticas públicas: subsídios analíticos para o serviço social**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2019.

- PEREIRA, S. L. B. A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. **Socied. em Deb. (Pelotas)**, v. 26, n. 1, p. 72-87, jan./abr. 2020.
- PERRONE, P.A.K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):569-580, 2014.
- POCHMANN, M. Capitalismo e desenvolvimento. In: **Brasil sem industrialização: a herança renunciada** [online]. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2016, pp. 16-64.
- PREUSSLER, G. S. Resenha: ALEXANDER, Michelle. A nova segregação: racismo e encarceramento em massa. São Paulo: Boitempo, 2018, 376p. *Argumenta Journal Law*, Jacarezinho – PR, Brasil, n. 29, 2018, p.411-414.
- PRUDENCIO, J.D.L. **A construção das Redes de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental nos municípios da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro**. 2019. 199 p. Tese (doutorado em política social – Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.
- SAAD, L. **“Fumo de negro”**: a criminalização da maconha no pós-abolição. Salvador: EDUFBA, 2018.
- SENAD. **A redução de danos no cuidado ao usuário de drogas**: Eixo Práticas. Disponível em: < <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094500-001.pdf>> Acesso em: 23/11/2020.
- TARGINO, J. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS: estudo de caso sobre uma comunidade pentecostal e uma comunidade católica carismática. **Revista Café com Sociologia**. V. 6, n. 2. p. 314-334, mai./jul. 2017.
- VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(3):1041-1050, 2019.

APÊNDICE 1 – PROJETOS DE LEI PROPOSTOS NA ALERJ ENTRE 2015-2020

Projeto de Lei/resolução	Ano	Autor	Ementa
16/2019	2015	Marcio Canella	REVOGA A LEI Nº 3.238, DE 21 DE JULHO DE 1999, E ALTERA A LEI Nº 5.645, DE 06 DE JANEIRO DE 2010, PARA INSTITUIR NO CALENDÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO O DIA DE PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DROGAS.
676/2019	2015	Marcio Pacheco e Dannel Librelon	DISPÕE SOBRE A POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. => 20190300676
598/2019	2015	Lucinha	DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DO PROGRAMA EDUCACIONAL PERMANENTE DE "RESISTÊNCIA ÀS DROGAS E À VIOLÊNCIA NAS ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS", EM TODO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
48/2019	2015	Dannel Librelon e Samuel Malafaia	DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO SERVIÇO TELEFÔNICO “DISQUE PREVENÇÃO ÀS DROGAS” NO ÂMBITO DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
389/2020	2015	Alexandre Knoploch	REQUER A CRIAÇÃO DE COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO - CPI, DESTINADA A INVESTIGAR E APURAR SITUAÇÕES DE APOLOGIA AO TRÁFICO E AO CONSUMO DE DROGAS NO RIO DE JANEIRO.
1413/2019	2015	Coronel Salema	ALTERA A LEI Nº 8480, DE 26 DE JULHO DE 2019, QUE DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DO PROGRAMA EDUCACIONAL PERMANENTE DE "RESISTÊNCIA ÀS DROGAS E A VIOLÊNCIA NAS ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS", EM TODO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1410/2019	2015	Dannel Librelon e Samuel Malafaia	INSTITUI UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO PARA ATUAÇÃO NA PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS ENTRE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1395/2019	2015	Delegado Carlos	DISPÕE SOBRE OS PROCEDIMENTOS EM MATERIA PROCESSUAL EM RELAÇÃO A

		Augusto, Martha Rocha	DESTRUIÇÃO DE DROGAS APREENDIDAS E NÃO JUDICIALIZADAS NO ÂMBITO DA POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
1189/2019	2015	Rodrigo Amorim	PROÍBE A REALIZAÇÃO DE QUAISQUER MANIFESTAÇÕES, MOVIMENTOS SOCIAIS, PROTESTOS, EVENTOS E ATOS EM FAVOR DA LEGALIZAÇÃO E DA REGULAMENTAÇÃO DO COMÉRCIO E DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS. => 20190301189
371/2019	2015	Rodrigo Amorim	REGULAMENTA A REALIZAÇÃO DE EXAME TOXICOLÓGICO COMO FORMA DE COMBATE E PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS
1069/2019	2015	Leo Vieira	QUE INSTITUI NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, O FUNDO ESTADUAL DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO DA PESSOA DEPENDENTE DE SUBSTÂNCIA QUÍMICA.
438/2019	2015	Alana Passos; Carlo Caiado; Lucinha; Márcio Gualberto	OBRIGA A CONCESSIONÁRIA DE PASSAGEIROS SOBRE TRILHOS (TRENS) A IMPEDIR A COMERCIALIZAÇÃO DE CIGARROS CONTRABANDEADOS, MACONHA, COCAÍNA, CRACK E DROGAS SINTÉTICAS NAS PLATAFORMAS DO RAMAL SANTA CRUZ X CENTRAL E GRAMACHO X CENTRAL
2837/2020	2015	Daniel Librelon	DISPÕE SOBRE A DESTINAÇÃO DE BENS E DINHEIRO EM ESPÉCIE APREENDIDOS NO COMBATE AO TRÁFICO DE DROGAS, EM PROGRAMAS E AÇÕES DE TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
1698/2019	2015	Rosenverg Reis	INSTITUI NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, O APLICATIVO GRATUITO SOS RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS.
1334/2019	2015	Alexandre Knoploch	DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE REALIZAÇÃO DE EXAME TOXICOLÓGICO PARA DOCENTES DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE ENSINO, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

3272/2020	2015	Renato Zaca	DISPÕE SOBRE A PROIBIÇÃO DO USO DE RECURSOS PÚBLICOS PARA CONTRATAÇÃO DE ARTISTAS QUE, EM SUAS MÚSICAS, INCENTIVEM A VIOLÊNCIA OU EXPONHAM AS MULHERES A SITUAÇÃO DE CONSTRANGIMENTO OU CONTENHAM MANIFESTAÇÕES DE HOMOFOBIA, DISCRIMINAÇÃO RACIAL OU APOLOGIA AO USO DE DROGAS ILÍCITAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
2072/2020	2015	Filippe Poubel	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A IMPLANTAR MEDIDAS DE PROTEÇÃO À POPULAÇÃO FLUMINENSE DURANTE O PLANO DE CONTINGÊNCIA DO NOVO CORONAVÍRUS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, ESPECIALMENTE A ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
1382/2019	2015	Jorge Felipe Neto	DISPÕE SOBRE A DESTRUIÇÃO DE DROGAS ILÍCITAS NATURAIS OU SINTÉTICAS, APRENDIDAS EM PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÕES NO ÂMBITO DA POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
673/2019	2015	Rodrigo Amorim	AUTORIZA A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS DEPENDENTES QUÍMICOS NAS ÁREAS DE FLAGELO SOCIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS
3234/2020	2015	Valdecy da Saúde	CRIA O PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS, NO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NA FORMA QUE MENCIONA.
2658/2020	2015	Daniel Librelon	CRIA O CENTRO DE RECUPERAÇÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO DOS MORADORES DE RUA DEPENDENTES QUÍMICOS, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1879/2020	2016	Rosenverg Reis	AUTORIZA A CONCESSÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DA TAXA REFERENTE AO EXAME TOXICOLÓGICO AOS AGENTES DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1345/2019	2016	Deputado Subtenente Bernardo	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A CRIAR O PROGRAMA "ESCOLA SEGURA, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

738/2019	2016	Delegado Carolos; Fabio Silva	DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE REALIZAÇÃO DE EXAME TOXICOLÓGICO PARA ADMISSÃO DE CANDIDATOS A TODOS OS CARGOS DOS QUADROS DA POLÍCIA MILITAR, POLÍCIA CIVIL, CORPO DE BOMBEIROS MILITAR E AGENTES DE SEGURANÇA PENITENCIÁRIA, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
934/2019	2016	Daniel Librelon, Samuel Malafaia	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A MANTER E DIVULGAR CADASTRO ATUALIZADO DAS UNIDADES DE TRATAMENTO PÚBLICAS E PRIVADAS DE DEPENDENTES QUÍMICOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1159/2019	2016	Renato Cozzolino	PROIBE QUE SEJAM EXPOSTAS PROPAGANDAS DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NAS VIAS PÚBLICAS DO ESTADO.
2579/2020	2016	Rodrigo Amorim	DISPÕE SOBRE A CONTINUIDADE DAS AÇÕES POLICIAIS NAS COMUNIDADES DOMINADAS PELO TRÁFICO, A FIM DE RESGUARDAR A POPULAÇÃO DE AÇÕES CRIMINOSAS, DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS
1298/2019	2016	Enfermeira Rejane	DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE TODOS HOSPITAIS DE EMERGÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM MANTER UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ESPECIALIZADA DE SAÚDE MENTAL PARA ATENDIMENTOS E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO EM ESPECIAL AS TENTATIVAS DE SUICÍDIOS E DE PACIENTES COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
1500/2019	2016	Fabio F Silva	REGULAMENTA A VENDA DE CIGARROS E DEMAIS PRODUTOS FUMIGENOS, NA FORMA EM QUE MENCIONA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS
174/2019	2016	Carlos Minc	ESTE PROJETO NÃO TRATA DA POLÍTICA NACIONAL DE DROGAS, DISPÕE SOBRE A PREVENÇÃO DA SAÚDE E O INCENTIVO ÀS PESQUISAS CIENTÍFICAS COM A “CANNABIS MEDICINAL”, COM O OBJETIVO DE GARANTIR SUPORTE

			INSTITUCIONAL E ORIENTAÇÃO PARA PACIENTES E SEUS FAMILIARES.
1901/2020	2017	Martha Rocha	DISPÕE SOBRE A VEDAÇÃO A DISTRIBUIÇÃO E A COMERCIALIZAÇÃO DE CIGARROS, NO VAREJO, NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1632/2019	2017	Franciane Motta	CONSIDERA A COLA DE SAPATEIRO COMO SUBSTÂNCIA ENTORPECENTE.
118/2019	2017	Lucinha	OBRIGA AS EMPRESAS QUE FABRICAM E DISTRIBUEM BEBIDAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E RECEBEM INCENTIVOS FISCAIS DO GOVERNO DO ESTADO A DISPONIBILIZAREM 5% DO SEU ORÇAMENTO GASTO COM PROPAGANDA EM PROGRAMAS E ANÚNCIOS EDUCATIVOS CONTRA O ALCOOLISMO E ACIDENTES DE TRÂNSITO.
1434/2019	2017	Rosenverg Reis	DISPÕE SOBRE A PROIBIÇÃO DE COMERCIALIZAÇÃO, IMPORTAÇÃO E PROPAGANDA DE DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS FUMÍGENOS, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
565/2019	2017	Marcio Pacheco e Samuel Malafaia	DISPÕE SODBRE O PROGRAMA DE ATUAÇÃO E ACOLHIMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO POLÍTICA PÚBLICA PERMANENTE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
1827/2020	2017	Daniel Librelon	DISPÕE SOBRE A POLÍTICA ESTADUAL SOBRE ÁLCOOL E SOBRE MEDIDAS PARA A REDUÇÃO DO USO INDEVIDO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
1835/2020	2017	Rodrigo Amorim	ALTERA A LEI N.º 3.193 DE 15 DE MARÇO DE 1999, QUE “DISPÕE SOBRE A PROIBIÇÃO DA VENDA E DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NAS REDES DE POSTOS DE COMBUSTÍVEIS” PARA PROIBIR O CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS NAS DEPENDÊNCIAS DOS POSTOS DE COMBUSTÍVEIS, EXCETO NO INTERIOR DAS LOJAS DE CONVENIÊNCIAS E RESTAURANTES, BEM COMO EM ÁREAS RESTRITAS E DELIMITADAS QUE NÃO SE CONFUNDAM COM A PISTA DE ABASTECIMENTO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES EM TODO

			ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BEM COMO DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
1519/2019	2017	Alana Passos	DISPÕE SOBRE A PADRONIZAÇÃO DAS EMBALAGENS DOS PRODUTOS FUMÍGENOS, DERIVADOS DO TABACO, COMERCIALIZADOS NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1328/2019	2017	Rosenverg Reis	ALTERA A LEI Nº 5517, DE 17 DE AGOSTO DE 2009, QUE PROÍBE O CONSUMO DE CIGARROS, CIGARRILHAS, CHARUTOS, CACHIMBOS OU DE QUALQUER OUTRO PRODUTO FUMÍGENO, DERIVADO OU NÃO DO TABACO, NA FORMA QUE ESPECIFICA, E CRIA AMBIENTES DE USO COLETIVO LIVRES DE TABACO, NA FORMA QUE ESPECIFICA.
3019/2020	2017	Carlos Minc	DISPÕE SOBRE O FORNECIMENTO DA CANNABIS PARA FINS MEDICINAIS EM TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA CONVENIADAS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO RIO DE JANEIRO.
1192/2019	2017	Danniel Librelon	ALTERA O ANEXO DA LEI Nº 5645, DE 6 DE JANEIRO DE 2010, INCLUINDO, NO CALENDÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, O DIA ESTADUAL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.
1338/2015	2017	Márcio Canella, Waguinho	INSTITUI A CAMPANHA ESTADUAL DE COMBATE ÀS DROGAS NAS ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1269/2015	2017	Marcos Muller	DISPÕE SOBRE A EXIBIÇÃO DE ESCLARECIMENTOS, EM FORMA DE CAMPANHA PUBLICITÁRIA, SOBRE OS MALEFÍCIOS DO USO DE DROGAS ILÍCITAS E PREJUÍZOS RELATIVOS AO ABUSO DROGAS LÍCITAS, NAS SALAS DE CINEMA E SIMILARES EM TODO O ESTADO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
1201/2015	2017	CPI	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A CRIAR O BANCO DE DADOS UNIFICADO SOBRE CONSUMO DE DROGAS, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
4194/2018	2017	Átila Nunes	ALTERA A LEI Nº 2.553, DE 13 DE MAIO DE 1996, PARA CRIAR A CAMPANHA EDUCATIVA E FESTIVAL CULTURAL "RIO

			CONTRA AS DROGAS", NA FORMA QUE MENCIONA.
3625/2017	2017	Flavio Serafini	INSTITUI A POLÍTICA ESTADUAL DE REDUÇÃO DE DANOS E RISCOS.
2140/2016	2017	Geraldo Pudim	DISPÕE SOBRE A INSERÇÃO DE MENSAGENS EDUCATIVAS SOBRE O USO DE DROGAS ILÍCITAS NOS INGRESSOS DE EVENTOS ESPORTIVOS E SHOWS CULTURAIS REALIZADOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1200/2015	2017	CPI	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A CRIAR O NÚCLEO EDUCACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE AO CONSUMO DE DROGAS NA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DO RIO DE JANEIRO.
3727/2017	2017	Átila Nunes	DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DO PROGRAMA EDUCACIONAL PERMANENTE DE "RESISTÊNCIA ÀS DROGAS E À VIOLÊNCIA NAS ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS", EM TODO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
3086/2017	2018	Fatinha	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A CRIAR FESTIVAIS CULTURAIS "O RIO CONTRA AS DROGAS" DE PREVENÇÃO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
721/2015	2018	Zaqueu Teixeira	INSTITUI A POLÍTICA ESTADUAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, VOLTADAS PARA O ATENDIMENTO AS CRIANÇAS, JOVENS E ADOLESCENTES.
1815/2016	2018	Nivaldo Mulim	DETERMINA A COMUNICAÇÃO, POR PARTE DOS HOSPITAIS, CLÍNICAS E POSTOS DE SAÚDE QUE INTEGRAM AS REDES PÚBLICA E PRIVADA DE SAÚDE DO ESTADO, DAS OCORRÊNCIAS ENVOLVENDO EMBRIAGUEZ OU CONSUMO DE DROGAS POR CRIANÇA OU ADOLESCENTE, NA FORMA QUE ESPECIFICA
1690/2016	2018	Zeidan	INSTITUI NAS REDES DE ENSINO, PÚBLICO E PRIVADO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, O ESTUDO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

1279/2015	2018	Marcos Muller	DISPÕE SOBRE A INCLUSÃO NA GRADE CURRICULAR, INSTRUÇÕES E CAMPANHAS, SOBRE OS DANOS A SAÚDE, CAUSADOS PELO FUMO, ÁLCOOL E TÓXICOS, EM TODAS AS ESCOLAS DO ÂMBITO ESTADUAL E PRIVADO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1067/2015	2018	Wagner Montes	INSTITUI O PROGRAMA EDUCACIONAL DE RESISTÊNCIA ÀS DROGAS (PROERD) NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
607/2015	2018	Luiz Martins	FICA OBRIGATÓRIA A INSERÇÃO DE MENSAGENS EDUCATIVAS SOBRE O USO DAS DROGAS E SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES, DURANTE SHOWS, EVENTOS CULTURAIS E ESPORTIVOS VOLTADOS PARA O PÚBLICO INFANTO-JUVENIL REALIZADOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
405/2015	2018	Dr Deodalto	CRIA A OBRIGATORIEDADE DE INCLUIR, NO PROTOCOLO PADRÃO DE PRÉ-NATAL, O EXAME DE SANGUE PARA DETECTAR O USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
4578/2018	2018	Paulo Ramos	INCORPORA A RELIGIOSIDADE COMO POLÍTICA PÚBLICA NA ABORDAGEM, RECEPÇÃO, RECOLHIMENTO, ENCAMINHAMENTO, TRATAMENTO, RECUPERAÇÃO E RESSOCIALIZAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS E AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A CRIAR A CENTRAL ECUMÊNICA
2894/2017	2018	Figueiredo	PROÍBE O USO DE MÚSICAS COM PALAVRAS DEBAIXO CALÃO E LETRAS QUE ESTIMULEM A PRÁTICA DE CRIME, APOLOGIA AO SEXO OU USO DE DROGAS NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE ENSINO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
148/2015	2019	Luiz Martins	DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE COMUNICAÇÃO POR PARTE DOS HOSPITAIS, CLÍNICAS E POSTOS DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DAS OCORRÊNCIAS ENVOLVENDO EMBRIAGUEZ E/OU CONSUMO DE DROGAS POR CRIANÇA OU ADOLESCENTE.

787/2015	2019	Martha Rocha, Samuel Malafaia	ALTERA A LEI Nº 7.013, DE 26 DE MAIO DE 2015, QUE TORNA OBRIGATÓRIA A DIVULGAÇÃO DO SERVIÇO VIVA VOZ 132 DO GOVERNO FEDERAL, QUE ORIENTA E INFORMA SOBRE A PREVENÇÃO E O USO DE DROGAS.
4365/2018	2019	Flavio Serafini, André Ceciliano	ESTABELECE PARÂMETROS DE PARTICIPAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.
3942/2018	2019	Flavio Serafini	PROÍBE O ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE HABILITAR, QUALIFICAR, CREDENCIAR, REALIZAR CONVÊNIOS E FINANCIAR COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.
3805/2018	2019	Enfermeira Rejane	ALTERA A LEI Nº 7829, DE 02 DE JANEIRO DE 2018, QUE DETERMINA A COMUNICAÇÃO, POR PARTE DOS HOSPITAIS, CLÍNICAS E POSTOS DE SAÚDE, NAS OCORRÊNCIAS DE EMBRIAGUES OU USO DE DROGAS POR CRIANÇA OU ADOLESCENTE
3565/2017	2019	Carlos Minc	DISPÕE SOBRE O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL E INALIENÁVEL DA MULHER À EXERCER SUA MATERNIDADE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
549/2015	2019	Nelson Gonçalves	FICA PROIBIDO A VENDA DE TRICLOROETILENO E DE ANTI-RESPINGO DE SOLDA, A MENORES DE 18(DEZOITO) ANOS DE IDADE.
3777/2018	2019	Fabio Silva	INSTITUI O PROGRAMA "JUVENTUDE SADIA" E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
1575/2016	2019	Tio Carlos	ALTERA A LEI Nº 4.089, DE 26 DE MARÇO DE 2003, QUE AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A INSTITUIR O PROGRAMA DE PREVENÇÃO À SÍNDROME FETAL PELO ÁLCOOL.
3589/2017	2019	Figueiredo	ALTERA O ANEXO DA LEI Nº 5.645, DE 06 DE JANEIRO DE 2010, INCLUINDO NO CALENDÁRIO OFICIAL DE EVENTOS DO ESTADO "CAMPAÑA ESTADUAL DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O CONSUMO DO MEDICAMENTO OXYCONTIN, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS".
2735/2017	2019	Iranildo Campos	DISPÕE SOBRE A PROIBIÇÃO DE PUBLICIDADE DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NOS ESPAÇOS RESERVADOS À PUBLICIDADE NOS TRANSPORTES

			PÚBLICOS CONCEDIDOS OU PERMISSONADOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
2715/2017	2019	Figueiredo	DISPÕE SOBRE A PROIBIÇÃO DE PUBLICIDADE DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NOS ESPAÇOS RESERVADOS À PUBLICIDADE NO METRÔ E NA COMPANHIA FLUMINENSE DE TRENS URBANOS - FLUMITRENS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
1202/2015	2019	CPI	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A CRIAR O PROGRAMA “CONSULTÓRIO DE RUA” PARA ATENDIMENTO CLÍNICO A USUÁRIOS DE CRACK ESTABELECIDOS EM CENAS DE USO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
1203/2015	2019		AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A FIXAR CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS QUE PRESTAM ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE DROGAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
2139/2016	2019	Tio Carlos	ALTERA A LEI Nº 5.645, DE 6 DE JANEIRO DE 2010, INSTITUINDO A SEMANA ESTADUAL DE PREVENÇÃO AO TABAGISMO E ALCOOLISMO NAS ESCOLAS PÚBLICAS NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1593/2016	2019	Tia Ju	FICAM TODOS OS ESTABELECEMENTOS COMERCIAIS NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO PROIBIDOS DE VENDER A MENORES DE 18 ANOS O GÁS DE BUZINA.
557/2015	2019	Luiz Martins	ALTERA A LEI N,º 2779, DE 02 DE SETEMBRO DE 1997 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
4304/2018	2019	Zeidan Lula	DISPÕE SOBRE A APOSIÇÃO DE MENSAGEM INFORMATIVA DOS EFEITOS NOCIVOS DA INGESTÃO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS EM CARDÁPIOS, PANFLETOS PROMORCIONAIS E SIMILARES DE ESTABELECEMENTOS QUE AS COMERCIALIZEM.
3386/2017	2019	Tio Carlos	ALTERA A LEI Nº 5.645, DE 06 DE JANEIRO DE 2010, PARA INSTITUIR O DIA ESTADUAL DA CONSCIENTIZAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE QUANTO AO RISCO DO TABAGISMO.

3432/2017	2019	Jorge Felipe Neto	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A INSTITUIR A CONTRIBUIÇÃO COMPULSÓRIA PARA O COMBATE À DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1956/2016	2019	Marcus Vinicius	INSTITUI A POLÍTICA ESTADUAL DE PREVENÇÃO A DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NA FORMA QUE MENCIONA.
1257/2015	2019	Carlos Minc	INSTITUI O PROGRAMA PROXIMIDADE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO; QUE VISA DAR ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM ESTADO DE VULNERABILIDADE SOCIAL EM SITUAÇÃO DE ELEVADO RISCO DE SAÚDE.
804/2015	2019	Edson Albertassi	DECLARA DE UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL O INSTITUTO DE REESTRUTURAÇÃO DE VIDAS – CASA DE RECUPERAÇÃO JARDIM DE DEUS
3406/2017	2019	Tio Carlos	PROÍBE A COMERCIALIZAÇÃO DE CIGARROS, NO VAREJO, NAS BANCAS DE JORNAIS NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
1645/2016	2019	Lucinha	OBRIGA AS EMPRESAS QUE FABRICAM E DISTRIBUEM BEBIDAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO A DISPONIBILIZAREM 10% DO SEU ORÇAMENTO GASTO COM PROPAGANDA EM PROGRAMAS E ANÚNCIOS EDUCATIVOS CONTRA O ALCOOLISMO E ACIDENTES DE TRÂNSITO.
3829/2018	2019	Figueiredo	INSTITUI A POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO A GESTANTES, PUÉRPERAS E CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E RISCO SOCIAL E PESSOAL
2967/2017	2019	Átila Nunes	INSTITUI A POLÍTICA ESTADUAL DE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E COMPULSÓRIA DE DEPENDENTE QUÍMICOS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS
2545/2017	2019	Átila Nunes	ALTERA A LEI Nº 4.850, DE 25 DE SETEMBRO DE 2006, PARA DETERMINAR A FIXAÇÃO DE CARTAZ CONSTANDO A PROIBIÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO INTERIOR DE COLETIVOS RODOVIÁRIOS, NA FORMA QUE MENCIONA.

2156/2016	2019	Filipe Soares, Tio Carlos	INSTITUI O PERÍODO DE CAPACITAÇÃO ANUAL AOS PROFISSIONAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, SAÚDE, SEGURANÇA E EDUCAÇÃO PARA A RECUPERAÇÃO, DESINTOXICAÇÃO E RESSOCIALIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE CRACK NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
3040/2017	2020	Dr Deodalto	DISPÕE SOBRE A DESTINAÇÃO DE 2% DA ARRECADAÇÃO DO IMPOSTO SOBRE CIRCULAÇÃO DE MERCADORIAS E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (ICMS) DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, FUMO E DERIVADOS PARA O TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO JANEIRO.
3373/2017	2020	Aramis Brito	DISPÕE SOBRE A PROIBIÇÃO DE COMERCIALIZAÇÃO E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NOS TERMINAIS DE ÔNIBUS METROPOLITANOS E TERMINAIS RODOVIÁRIOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS
2422/2017	2020	Tio Carlos	CRIA O PROGRAMA CAMINHO CERTO PARA A REINSERÇÃO DOS DEPENDENTES QUÍMICOS NO MERCADO DE TRABALHO, NA FORMA QUE MENCIONA, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
415/2015	2020	André Ceciliano	PROÍBE A COMERCIALIZAÇÃO, NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DA SUBSTÂNCIA 2,4-DINITROFENOL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
2814/2017	2020	Flávio Serafini	ALTERA A LEI Nº 5.645, DE 06 DE JANEIRO DE 2010, INSTITUINDO NO CALENDÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, O DIA 24 DE NOVEMBRO COMO O DIA ESTADUAL DA REDUÇÃO DE DANOS
994/2015	2020	Tia ju, Enfermeira Rejane	FICA INSTITUIDA A POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DO ALCOOLISMO ENTRE AS MULHERES NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS
1332/2015	2020	Marcio Canella, Waguinho	DISPÕE SOBRE A EXPOSIÇÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS PARA O PÚBLICO CONSUMIDOR EM LOCAIS ESPECÍFICOS, DISTINTOS DOS DESTINADOS A BEBIDAS NÃO ALCOÓLICAS E OUTROS PRODUTOS.

4563/2018	2020	Flávio Serafini, Carlos Minc	CRIA A POLÍTICA ESTADUAL DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
4408/2018	2020	Átila Nunes	INSTITUI O PROGRAMA DE OPORTUNIDADES E DIREITOS – POD, DESTINADO A REALIZAR OS DIREITOS HUMANOS DE GRUPOS SOCIALMENTE VULNERÁVEIS.
3730/2017	2020	Fatinha	ESTABELECE A INSERÇÃO DE MENSAGENS EDUCATIVAS SOBRE O USO INDEVIDO DE ALCOOL E DROGAS EM SHOWS, EVENTOS CULTURAIS E ESPORTIVOS VOLTADOS PARA O PÚBLICO INFANTO-JUVENIL, E NOS RESPECTIVOS INGRESSOS, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
1339/2015	2020	Márcio Canella, Waguinho	INSTITUI A CAMPANHA ESTADUAL ANTITABAGISMO NAS ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
2564/2017	2020	Martha Rocha	DISPÕE SOBRE A VEDAÇÃO DA COMERCIALIZAÇÃO DO DENOMINADO “CHEIRINHO DA LOLÓ” E SOBRE O CONTROLE DAS SUBSTÂNCIAS QUE O COMPÕEM, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.