

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL - FSSO

MARÍLIA BELO DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL ANTE A RESTRIÇÃO DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL**

MACEIÓ

2022

MARÍLIA BELO DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL ANTE A RESTRIÇÃO DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, orientado pela Profa. Me. Sandra Barros Lima.

MACEIÓ

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Alunos/as concluintes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 23 / 08 / 2022.

Título: O SERVIÇO SOCIAL ANTE A RESTRIÇÃO DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Conceito: _____

Banca Examinadora:

Profa. Me. Sandra Barros Lima
(Orientadora)

Profa. Dra. Margarete Pereira Cavalcante
(Examinadora 1)

Noemy Lessa de Souza
Assistente Social e Especialista em Saúde Mental
(Examinadora 2)

Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso

Dedico este trabalho aos meus pais, Antônio e Maria José, que, mesmo não tendo oportunidades de estudos, mostraram-me o quanto o conhecimento é importante e que, uma vez conquistado, ninguém nos tira, recarregando assim, com esse ensinamento, as minhas forças em meio às dificuldades para a conclusão desta graduação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por me ensinar, na prática, a ter mais fé e por me convencer que tudo acontece no tempo Dele.

Aos meus familiares e amigos (as) que me apoiaram sempre quando minhas forças e esperança estavam por um fio, me incentivando nos momentos difíceis e compreendendo a minha ausência, enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

À minha companheira de vida por estar sempre ao meu lado, acreditando na minha capacidade e sendo meu braço direito quando me faltava ânimo e saúde para seguir em frente.

Às colegas de trabalho e profissionais Assistentes Sociais do CAPSad III 24h Dr. Everaldo Moreira, pelos conhecimentos compartilhados e pelos livros emprestados para o desenvolvimento desta monografia.

À Profa. Me. Sandra Barros Lima por aceitar o convite para ser minha orientadora e à banca examinadora, nas pessoas da Profa. Dra. Margarete Pereira Cavalcante e de Noemy Lessa de Souza, Assistente Social e Esp. em Saúde Mental. Agradeço a essas profissionais por aceitarem o convite para compor a banca examinadora, na defesa de minha monografia e pelas contribuições necessárias ao meu trabalho.

A todas e todos os usuários (as) do CAPSad III 24h Dr. Everaldo Moreira, que foram a minha fonte de inspiração para o desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, através das histórias compartilhadas, sobre injustiças e perdas de direitos, o que contribuiu para o meu processo de aprendizado.

“Não se cura além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura [...] Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas”.

(Nise da Silveira)

RESUMO

A presente monografia teve como objetivo abordar a atuação do Serviço Social na Saúde Mental, assim como analisar a importância dessa profissão ante a restrição de direitos dos usuários de álcool e de outras drogas, no Brasil, o que viola os direitos básicos de tais cidadãos, bem como explicar sobre a evolução histórica do Serviço Social no campo da Saúde Mental, como identificar os reflexos da restrição de direitos aos dependentes químicos em nosso país, cuja perda de cidadania é evidenciada através da privação da liberdade, seja por meio de internação involuntária – para tratamento supostamente terapêutico – , ou pelo expressivo aumento da massa carcerária brasileira que, em sua maioria, é composta por pessoas pretas, pardas e usuárias de substâncias psicoativas. Realizamos uma pesquisa bibliográfica acerca do tema, afim de descobrirmos uma melhor forma de cuidado para com os dependentes químicos. Por fim, foi realizada uma análise acerca da marginalização dos dependentes químicos, causada pela guerra às drogas, da qual chegamos à conclusão de que, tal guerra gera o fortalecimento do estigma ao usuário de drogas, sua exclusão social e a estabilidade do neoliberalismo e da política de desmonte em nosso país.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde Mental; restrição de direitos; dependentes químicos.

ABSTRACT

This monograph aimed to address the role of Social Work in Mental Health, as well as to analyze the importance of this profession in the face of the restriction of the rights of users of alcohol and other drugs in Brazil, which violates the basic rights of such citizens, as well as explaining about the historical evolution of Social Work in the field of Mental Health, how to identify the reflexes of the restriction of rights to chemical dependents in our country, whose loss of citizenship is evidenced through the deprivation of liberty, either through involuntary hospitalization - for supposedly therapeutic treatment - , or by the expressive increase in the Brazilian prison mass, which, for the most part, is composed of black and brown people and users of psychoactive substances. We carried out bibliographic research on the subject, in order to discover a better way of caring for drug addicts. Finally, an analysis was carried out on the marginalization of drug addicts, caused by the war on drugs, from which we came to the conclusion that such war generates the strengthening of the stigma to drug users, their social exclusion and the stability of neoliberalism and the dismantling policy in our country.

Keywords: Social service; Mental health; restriction of rights; chemical dependents.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 SAÚDE MENTAL: da institucionalização aos serviços substitutivos na área.....	13
1.1 AS TRANSFORMAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	21
1.2 A POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL.....	37
2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO BRASILEIRO: da marginalização do uso das drogas à humanização.....	56
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL.....	57
2.2 O SERVIÇO SOCIAL E OS CUIDADOS DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM PROBLEMAS DECORRENTES DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	76

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como escopo analisar a importância das contribuições do Serviço Social na Saúde Mental como uma profissão que viabiliza direitos e promove, na prestação de seus serviços, a humanização dos usuários, a fim de amenizar a restrição de direitos e exclusão social, em particular, aos usuários de álcool e outras drogas, no Brasil. Portanto, na Saúde Mental, o Serviço Social se orientará no sentido de fazer uma análise crítica da política sobre drogas no Brasil, desenvolvida pelo Estado, através do proibicionismo e da guerra às drogas, ao invés de tratá-la como questão de saúde pública, tendo em vista a situação causada pelo uso abusivo de psicoativos pela sociedade.

No entanto, a retirada de direitos dos usuários de substâncias psicoativas nos fez perceber o quanto há falhas no tratamento da problemática, bem como, a ausência de políticas públicas para essa questão em nosso país. Contudo, o tratamento conservador, opressivo e de extermínio, por parte do Estado, aos usuários de álcool e outras drogas nos fez refletir acerca da perpetuação da guerra às drogas, retirando a liberdade dos ditos “novos loucos”, os dependentes químicos, através de internação involuntária em Comunidades Terapêuticas – CT, para um suposto tratamento terapêutico, cujo tripé é baseado no trabalho, disciplina e religião, tal qual no aumento da população carcerária composta em sua maioria por pessoas que cometeram crimes relacionados ao uso ou porte de drogas, o que reforça o caráter higienista.

Tal tratamento aos “desviantes sociais”, diferentes e excluídos da sociedade expõe a repetição da “História da Loucura” (1972), retratada por Michel Foucault em seu livro de nome homônimo e fonte de inspiração para Paulo Amarante desenvolver o livro “Loucos pela Vida” (1995), onde um dos pontos abordados é a exclusão dos loucos da cidade, como forma de higienizar os ambientes sociais através da “grande internação” como diz Foucault, além, claro, do tratamento moral.

A partir dessas considerações, visa-se responder se o isolamento do mundo exterior, a segregação social, é capaz de tratar uma doença, como o vício em substâncias psicoativas. Por certo, a reintegração social e a redução de danos são as formas mais adequadas para se combater a perda de direitos e o vício relacionado a substâncias psicoativas, respectivamente, tendo em vista que o cuidado em liberdade é uma garantia ao direito de cidadania.

Ao observar a lacuna existente no contexto acadêmico, acerca da pouca literatura da inserção do Serviço Social na política de drogas, notou-se a viabilidade de elaborar um estudo

com ênfase na disseminação do conhecimento sobre a questão das drogas no Brasil, que vem se arrastando por longos anos em nosso país, sem a devida visibilidade, visto que é uma situação de saúde pública e não apenas criminal.

Além desta lacuna que gerou a oportunidade da monografia, o estudo parte da urgente necessidade de elaboração de políticas públicas para que os dependentes químicos não tenham apenas três opções de resolução e/ou destino para o seu vício, sendo elas: enclausurados em Comunidades Terapêuticas, encarcerados em presídios ou mortos por intermédio de um governo manicomial, segregador e higienista.

As opções citadas são, claramente, tanto um desrespeito à vida humana e aos direitos sociais garantidos no Art. 6, da Constituição Federal, quanto um extermínio de pessoas, em especial a dos “corpos matáveis”, que são os pretos e os pobres – como diz o especialista em direitos humanos, Alexandre Ciconello (2016) – e, sobretudo, os dependentes químicos.

A desigualdade social não pode ser normalizada e a “necropolítica” (termo criado pelo filósofo Achille Mbembe) não pode ser a solução dos problemas dos quais o Estado tem o dever de sanar, de forma respeitosa para com seu povo, e não exterminadora, por esse motivo o estudo é de extrema relevância para nossa sociedade.

Com o objetivo de enaltecer a atenção para o assunto, o trabalho apontou as falhas e incoerências no tratamento da pessoa em uso abusivo de álcool e de outras drogas, por parte do Estado, bem como, evidenciar a importância da atuação do Serviço Social na assistência/cuidado para que haja a garantia de direitos dessa minoria, além de expor as alternativas mais pertinentes para amenizar a restrição de direitos destas pessoas, sendo um deles o direito de existir em comunidade.

O trabalho alicerçou-se na pesquisa bibliográfica e documental, sobre o tema proposto, através da exploração de arcabouço teórico da análise de textos clássicos e atuais que tratam do tema, compreendendo livros, artigos científicos, dissertações, teses, sites institucionais e reportagem que enriqueçam a construção e desenvolvimento da monografia. A pesquisa documental foi efetivada por meio da análise da legislação e políticas públicas sobre saúde mental e drogas. As principais fontes/referências consultadas foram livros sobre Saúde Mental e Serviço Social (VASCONCELOS, 2000), Serviço Social e Saúde Mental (BISNETO, 2007), assim como o livro, Loucos pela Vida (AMARANTE, 1995), dentre outros.

A monografia foi dividida em duas seções. Inicialmente foi feita uma explanação sobre a historicidade da Saúde Mental, desde a sua institucionalização até o surgimento dos serviços substitutivos na área psiquiátrica. Dentre estes, foi dado destaque às transformações

sócio- históricas da política de saúde mental no Brasil, inclusive, a perspectiva antimanicomial e a política sobre drogas do país, pontuando a redução de danos.

Na última seção da monografia se encontra o centro deste trabalho, onde foi feita uma reflexão sobre o desempenho do Serviço Social, na área de Saúde Mental, no que diz respeito às contribuições nesse campo, no contexto brasileiro, fazendo um estudo da temática introduzida pelo modelo de Serviço Social psiquiátrico norte-americano, que serviu de ponto de partida ao Serviço Social clínico brasileiro. Em seguida, analisamos a atuação do/a profissional assistente social nos serviços de atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e de outras drogas. Houve destaque do/a Assistente Social no acompanhamento das ações que garantem a efetividade de acesso aos direitos dos usuários.

1 SAÚDE MENTAL: da institucionalização aos serviços substitutivos na área

Historicamente, há diversos grupos sociais que sofrem com a exclusão e o preconceito advindos da sociedade em que vivem. Como exemplo de tal estigmatização, temos aqueles indivíduos internos no chamado leprosário, que era um local onde pessoas com lepra¹ (doença hoje conhecida como hanseníase) eram depositadas, como meros objetos contaminados e que, muitas vezes, eram retiradas da sociedade sem entendimento dos motivos pelos quais eram arrancados do seio de seu ambiente conhecido, e levados para um tratamento inadequado.

À época, por não haver ainda o conhecimento sobre a cura da hanseníase, as pessoas contaminadas eram retiradas do convívio de sua comunidade e enviadas às colônias isoladas, chamadas de leprosários, a fim de que fosse evitado o contágio em massa. Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Contudo, “[...] do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão” (FOUCAULT, 1972, p. 7).

Foucault (1972, p. 9) estava se referindo às casas de correção para jovens. Em Liplingen, segundo o autor, “o leprosário é logo povoado por incuráveis e loucos”:

A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado.

A lepra foi substituída inicialmente pelas doenças venéreas, atualmente denominadas doenças sexualmente transmissíveis, e, de repente, ao final do século XV, elas sucedem à lepra, como por direito de herança. Ainda segundo o autor, os novos doentes são recebidos nos hospitais para onde os bens dos leprosários de Schleswig-Holstein² foram transferidos em 1542. De acordo com Foucault (1972, p. 10):

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde.

¹ A hanseníase, antigamente conhecida como lepra, é causada por infecção com a bactéria *Mycobacterium leprae*. Ela afeta principalmente a pele, os olhos, o nariz e os nervos periféricos.

² Eslésvico-Holsácia ou Schleswig-Holstein, é o mais setentrional dos 16 estados federais da Alemanha. Sua capital é Kiel; porém Lubeque, outrora importante cidade-membro da Liga Hanseática, é um dos principais centros urbanos do estado.

Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem.

Os detentores do título de lazarento, tornaram-se tão numerosos que foi necessário pensar na construção de outros edifícios "em certos lugares espaçosos de nossa cidade e arredores, sem vizinhança"³. O autor afirma que nasceu uma nova lepra, que toma o lugar da primeira. Aliás não sem dificuldades, ou mesmo conflitos, pois os próprios leprosos sentiam medo. De acordo ainda com o filósofo e historiador,

[...] é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a **loucura**⁴. Mas será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantinho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto, lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença (FOUCAULT, 1978, p. 8).

De conformidade com Foucault, Amarante (1995), analisando a obra do historiador quanto ao tema da loucura, consegue extrair seu real interesse. Amarante afirma que, para Foucault, "interessa historicizar criticamente as condições que possibilitam a constituição de saber sobre a loucura, sua submissão à razão através da conjunção entre a prática social de internamento, a figura visível do louco e o discurso produzido a partir da percepção, tornada interpretação" (AMARANTE, 1995, p. 23).

Na Idade Clássica, a loucura é representada pela sua característica nômade, advinda da "Nau dos Loucos ou dos Insensatos"⁵. De acordo com as ideias de Foucault (1978), a existência do louco era facilmente errante. Quanto mais distantes das cidades, separadas por muros ou correndo pelos campos distantes, naquela época, era melhor para a sociedade. Assim como, eram também confiados a grupos de mercadores peregrinos (por isso a

³ Segundo um manuscrito dos Archives de l'Assistance Publique (dossier Petites Maisons, fichário n. 4)

⁴ Grifo próprio. Popularmente, é chamado de louco aquele indivíduo que, em sociedade, não apresenta um juízo normal ou um comportamento convencional. Essa atribuição costuma ganhar um caráter pejorativo, que muitas vezes serve para criticar a personalidade de outra pessoa. Para Pinel, no século XVII, a concepção da loucura era tida como desajuste das funções mentais

⁵ Eram embarcações que, na literatura europeia do século XVI, transportavam os insanos em uma viagem pelos mares.

existência nômade citada), havendo esse costume frequente, principalmente, na Alemanha do século XV.

Há aqui dois paralelos: a visão trágica da loucura e uma visão crítica. Segundo Amarante (1995, p. 23), “a primeira permite que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, se permita um lugar social reconhecido no universo da verdade; ao passo que a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco”.

Deste modo, a partir do século XIX, o fenômeno da loucura será observado por um olhar mais científico, sendo transformado em objeto de conhecimento: a doença mental. É na modernidade que a loucura passa a ser observada pela psiquiatria, tendo como a marca histórica de constituição da prática médica psiquiátrica a medicalização e a terapeutização, como bem evidencia Amarante (1995).

Na medida em que o louco era caracterizado como um personagem que agregava risco e periculosidade social, conseqüentemente, surge a institucionalização da loucura pela medicina, o que confirmava a necessidade de construir um espaço hospitalar. Aqui acontece o cruzamento entre justiça e medicina, e o louco, por ser tratado como um risco para a sociedade, tem a punição como tratamento. A condição de ser tutelado faz com que o louco seja exposto a situações de práticas manicomiais, sendo o manicômio o território segregador, de morte e ausência de verdade.

O espaço hospitalar, como os hospitais gerais, não é, em sua origem, um local utilizado como instituição médica, entretanto era utilizado como um “misto de casa de correção, caridade e hospedaria, espaço de populações heterogêneas”; era um “depositário dos inadaptados ao convívio social” (AMARANTE, 1995, p. 25). O hospital, contudo, de um local de hospedaria, passa a ser uma instituição medicalizada; passa a fazer parte da medicina moderna.

A doença mental, do ponto de vista de Pinel,⁶ se estabelece como problema de ordem moral e inaugura um tratamento da mesma forma adjetivado, erroneamente, claro. A “tecnologia pineliana”, assim como chama Castel (1978), tem como ação de tratamento o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna, com o objetivo de observar, não os alienados existentes, mas sim os seus sintomas para descrevê-los. Para o autor, não interessava pensar como funcionaria a medicina mental inaugural,

⁶ Philippe Pinel foi um médico e zoologista que se destacou no campo da psiquiatria, sendo um dos pioneiros nessa área. Pinel introduziu a concepção da loucura como desajuste das funções mentais, é a introdução do conceito de alienismo. A alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar o pacto social, deixando-o fora da realidade (TORRE, apud, CIRILO, 2006, p. 23).

porém tratava-se apenas de uma observação exclusivamente classificatória.

Dessa forma, como bem é afirmado, “o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental” (AMARANTE, 1995, p. 26).

É importante afirmar que o modelo clássico da psiquiatria fora amplamente difundido, tanto que, influencia a prática psiquiátrica até os dias atuais. A obra de Pinel, que visa o tratamento moral⁷, “representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos” (*Ibidem*).

Salienta-se ainda que, mesmo que Pinel tenha dado o pontapé inicial para a instituição pública de beneficência, ocasionando a primeira reforma da instituição hospitalar – com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico –, suas abordagens causaram tanto elogios quanto críticas, como boa parte das coisas na vida. Portanto, com o objetivo de modificar o modelo pineliano, de caráter fechado e autoritário, surge o primeiro modelo de reforma à tradição pineliana: o das colônias de alienados.

O objetivo de tal modelo é reformular o caráter fechado e autoritário, como citado anteriormente, onde a proposta é trabalhar em regime de portas abertas, de não restrição ou maior liberdade ou, como diz Moreira (1905), apud, Amarante (1995, p. 27), com a “ilusão de liberdade”. Segundo retrata Amarante (1995), o projeto das colônias dos alienados não era necessário apenas à doença mental, para justificar a internação dos sujeitos, mas a efetivação do tratamento na busca da razão através do resgate, também da liberdade, ou da “ilusão de liberdade”.

Por fim, as colônias, mesmo sendo baseadas nos pensamentos de liberdade, igualdade e fraternidade⁸ e almejando amenizar as críticas feitas ao hospício tradicional, juntam-se, através de suas práticas, aos asilos pinelianos. Portanto, as reformas posteriores à reforma de Pinel procuram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico, surgindo após a Segunda Guerra, quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial (*Idem*).

⁷ Segundo Amarante (2007), o tratamento moral consistia na soma de princípios e medidas que, impostas aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade.

⁸ Liberté, Egalité, Fraternité (Liberdade, igualdade, fraternidade, em português do francês) foi o lema da Revolução Francesa. O slogan sobreviveu à revolução, tornando-se o grito de ativistas em prol da democracia liberal ou constitucional e da derrubada de governos opressores à sua realização.

Fazendo uma análise mais geral dos determinantes históricos que compõem a saúde mental, podemos expô-los, de forma cronológica: o contexto histórico de guerra composto pela reabilitação de soldados e/ou civis – nesse período surgem as comunidades terapêuticas nos EUA e Inglaterra durante e após a Segunda Guerra; as conjunturas históricas de escassez de força de trabalho e revalorização do trabalho humano; os processos de transição demográfica; e as conjunturas políticas de democratização (emergência de movimentos sociais populares em geral, dentre outros fatores).

Rotelli (1990) traz a expressão “psiquiatria reformada” para se referir aos movimentos reformistas da psiquiatria, na contemporaneidade. Falando acerca da psiquiatria reformada, há uma espécie de periodização, que as organizam em itens, da seguinte forma:

[...] a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar; a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, representando um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar; por fim, a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos a ele relacionados (BIRMAN & COSTA, 1994, apud, AMARANTE, 1995, p. 27).

Como comunidade terapêutica, à princípio ela se define totalmente diferente como conhecemos atualmente, cuja denominação foge completamente ao objetivo criado. Denominada comunidade terapêutica em 1946 por Main (apud, AMARANTE, 1995, p. 28) inspirado no trabalho que vinha desenvolvendo com o Bion e Reichman, no Monthfield Hospital, em Birmingham, tem o seu termo conhecido apenas em 1959, na Inglaterra, por Maxwell Jones⁹, com base em uma série de experiências em um hospital psiquiátrico. Foram experiências centradas na busca da participação democrática.

De tal modo, o termo ‘comunidade terapêutica’, em consonância com Amarante (1995, p. 28),

[...] passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar.

⁹ Foi um psiquiatra sul-africano, radicado no Reino Unido, considerado ser o criador do conceito de comunidade terapêutica.

A experiência da comunidade terapêutica, socio-historicamente datada no pós-guerra, fica evidente na sociedade por meio da deprimente condição dos internos em hospitais psiquiátricos, podendo-se, infelizmente, fazer a triste comparação desses hospitais com os campos de concentração nos quais, naquele período, a Europa não tolerava mais conviver. Tal comparação foi uma crítica basagliana.

A guerra destruiu a sanidade mental de muitos que nela se envolveram diretamente, causando também, danos físicos e sociais em uma enorme quantidade de homens jovens, impossibilitando-os de lutar para reconstruir sua nação. A falta de força de trabalho por conta do pós-guerra era alarmante. O asilo psiquiátrico, que mais parecia uma extensão dos campos de concentração – pela sua precariedade e falta de esperança de alguém se recuperar naquele meio –, era o ponto chave do agravamento da cronificação do adoecimento mental.

Em meio a todo esse contexto, e pela necessidade de uma reconstrução nacional, surge uma série de propostas de reformulação do espaço asilar, até então, sem embasamento científico, dentre elas, a proposta da “terapêutica ativa” ou terapia ocupacional, desenvolvida pelo psiquiatra Hermann Simon¹⁰, na década de 1920. Para Amarante (1995), esta é a primeira e mais fundamental referência para o surgimento, não apenas da comunidade terapêutica, mas também da psicoterapia institucional francesa, que possuía como objetivo precípua resgatar o processo terapêutico no âmbito hospitalar.

Revolucionando a comunidade terapêutica com suas ideias, temos Maxwell Jones, que se torna o mais importante, que trabalhou como operador prático, dessa modalidade de trancafiamento, como Amarante relata a seguir.

Ao organizar, nos primeiros momentos de sua experiência, os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetiva o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais, assim como faz a ‘função terapêutica’ uma tarefa não apenas dos técnicos, mas também dos próprios internos, familiares e da comunidade (AMARANTE, 1995, p. 29).

Exemplificando de uma forma mais objetiva acerca da comunidade terapêutica, temos que a ideia de comunidade terapêutica pauta-se na tentativa de, “tratar grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico”. Jones trabalha com o termo “aprendizagem ao vivo” onde, segundo ele, “[...] uma comunidade terapêutica representa um

¹⁰ Hermann Simon (1867 - 1947) foi um médico psiquiatra que propagou a utilização do trabalho no tratamento da doença, acabando com a ideia do doente mental improdutivo que, ao mesmo tempo, organizou o espaço asilar como local de valorização do trabalho.

exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações” de tal compreensão (JONES (1972), apud, AMARANTE, 1995, p. 29). Contudo, espera-se de uma comunidade terapêutica (CT), que tenha ênfase na reabilitação ativa e que seja contra a ‘custódia’ e a segregação de seus usuários, da sociedade.

A psicoterapia institucional foi criada pelo psiquiatra François Tosqueles visando a introdução de um trabalho terapêutico centrado no aprimoramento das relações interpessoais, especificamente no Hospital Saint-Alban. Essa perspectiva de busca do resgate do caráter terapêutico dos hospitais psiquiátricos acentuava a importância do suporte oferecido pela equipe profissional, ao doente mental.

A psiquiatria preventiva (também conhecida como comunitária) surge nos Estados Unidos e traz uma proposta de promoção da saúde mental. Assim, de acordo com Amarante (2007, p. 48),

Todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Na medida em que as doenças mentais eram entendidas como sinônimos de desordens, julgava-se poder prevenir e erradicar os males da sociedade.

É importante pontuar que foi no âmbito da psiquiatria preventiva que surgiu o conceito de desinstitucionalização. Ainda de acordo com Amarante (2007, p. 50),

Por desinstitucionalização, entendia-se por um conjunto de medidas de desospitalização, isto é, de redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de redução do tempo médio de permanência hospitalar, ou ainda de promoção de altas hospitalares.

Nos anos de 1960, surgiu a Antipsiquiatria Inglesa que questionava o saber psiquiátrico e psicológico como instrumento de controle. A presente reforma se contrapunha à concepção clássica de loucura como doença, e seu modelo de assistência era baseado na internação.

Ainda nos anos de 1960, surgiu a Psiquiatria de Tradição Basagliana, também denominada de Psiquiatria Democrática. Seu desenvolvimento ocorreu na Itália, a partir do trabalho do psiquiatra Franco Basaglia¹¹.

O Movimento Italiano centra-se em uma mudança completa do paradigma do saber em Saúde Mental, e do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico, e que a estratégia de

¹¹ Foi um psiquiatra italiano (1924-1980). Promoveu uma importante reforma no sistema de saúde mental italiano. Suas ideias influenciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário, desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico até às necessidades mais amplas de caráter social (VASCONCELOS, 1997, p. 37).

A psiquiatria democrática italiana propiciou uma função terapêutica libertadora. Basaglia negava as práticas asilares e correlatas e defendeu a busca de um tratamento centrado no cuidado integral e na liberdade das pessoas com transtorno mental. As transformações na presente prática democrática foram efetivadas com a aprovação da Lei Basagliana (Lei nº 180/1978) que determina o processo do fim do modelo hospitalocêntrico.

Para Simon, segundo Birman (1992, p. 84) apud Amarante (1995, p. 28) a praxiterapia¹² era uma forma de clínica para os “doentes mentais”, considerando esse tratamento como processo de transformação do doente, o que pode ocasionar a formação de um “sujeito marcado pela sociabilidade da produção”. Tal técnica é empregada até os dias atuais, como é o caso da utilização dos trabalhos manuais, como forma de tratamento, existentes em várias instituições de cuidados psiquiátricos e que resultam em uma certa melhora, em alguns pacientes. E, como uma tentativa de acelerar a ressocialização dos pacientes, há a transformação do enfoque terapêutico do tratamento individual para a perspectiva do inter-relacionamento entre grupos – grupos terapêuticos –, iniciados ainda na década de 1940.

¹² Técnica psiquiátrica de tratamento usada, geralmente, com pacientes crônicos hospitalizados, e que consiste na utilização terapêutica do trabalho, distribuindo-se tarefas de complexidade crescente; terapia ocupacional.

1.1 AS TRANSFORMAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O Brasil sofrera diversas transformações sócio-históricas ao longo de seu desenvolvimento. Uma das mais longas e marcantes mudanças foi no período colonial, onde a corte portuguesa mudou-se abruptamente para nossas terras, refugiando-se do controle e ocupação, das tropas napoleônicas.

Nesse período, a urbanização de algumas cidades, como Salvador, Rio de Janeiro e Ouro Preto, ditas como as únicas com potencial de serem urbanizadas, trouxe à tona novos problemas sanitários. Onde antes não se tinha notoriedade por consistirem em pequenas comunidades rurais. Agora, com a cidade urbanizada, certas pessoas não seriam mais toleradas, como era o caso dos enfermos psiquiátricos.

Como no Brasil Colônia a assistência médica era precária, a maioria dos cuidados aos doentes de todas as patologias eram feitas por todos os segmentos de pessoas, de curandeiros a sacerdotes católicos, especialmente os jesuítas. Só quem tinham acesso aos raríssimos médicos formados eram, naturalmente, as pessoas que moravam em grandes centros urbanos e com melhores condições financeiras.

Não existia, à época, a especialidade de psiquiatria. Deste modo, os enfermos psiquiátricos, sem condições financeiras, eram abrigados (mais do que tratados) pelos hospitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. Tais locais eram confundidos com albergues que abrigavam os doentes mais pauperizados e apresentavam uma condição sanitária de péssima qualidade.

Com o avanço do conhecimento científico e da consciência social, entre o fim do século XVIII e início do XIX, começa a surgir a medicina no formato que conhecemos hoje em dia, com o intuito de tratamento das doenças e não de cunho caritativo, as quais trouxeram influências muito positivas. Por outro lado, os avanços científicos advindos da Revolução Francesa e da Revolução Industrial oportunizaram o desenvolvimento do plano político e do plano cultural.

A partir dos supramencionados ganhos, a assistência aos doentes mentais tornou-se médica. Houve, segundo Birman & Costa (1994), dois grandes períodos dos quais os campos teórico-assistenciais da psiquiatria foram para outro patamar. O primeiro deles é marcado pelo processo de crítica à estrutura asilar, incumbido pelos altos índices de permanência. Atrelado a esse primeiro período está a ideia de que o manicômio é uma ‘instituição de cura’,

buscando assim, recuperar “este caráter positivo da instituição através de uma reforma interna da organização psiquiátrica” (AMARANTE, 1995, p. 22). O segundo período é afirmado pela ampliação da psiquiatria, no espaço público, tendo como objetivo prevenir e promover a ‘saúdemental’. Tal momento é inspirado pelas experiências de psiquiatria de setor da França e pelo de psiquiatria comunitária ou preventiva, dos EUA.

Birman & Costa (1994) afirmam que esta periodização busca atingir o mesmo fim. Paralelos, tal cronologia vai de encontro a “uma Psiquiatria Institucional” que torna viável, também, uma Psiquiatria Comunitária. Ambas visam o mesmo: a promoção da Saúde Mental, sendo entendida como um processo de adaptação social (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 44). Aqui fica evidenciada a necessidade de uma mudança de abordagem, visto que, agora a tendência é abandonar a terapêutica individual para aderir a uma coletiva, a qual passa, também, de assistencial para preventiva. A partir daí, a psiquiatria passa a construir um projeto social, onde terá consequências políticas e ideológicas deveras importantes.

Inspirados no modelo de hospital da França, é inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e o segundo da América Latina, chamado Hospício de Pedro II, em homenagem à maioria do imperador Pedro II (BRASIL, 2008). O hospital psiquiátrico em questão era um palácio com estrutura moderna e suntuosa. A criação desse hospício fora justificada como caridade cristã, aos mais necessitados e acometidos pela alienação. Porém, era nítida a necessidade dos mais ricos, à época, de que houvesse uma “higienização” social, que retirasse alienados, vagabundos, pobres e desempregados, do convívio e da visão da requintada sociedade, na tentativa de esconder, dessa forma, a miséria e a loucura.

As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta às reclamações gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades, como também, aos apelos de caráter humanitário e às denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos (RESENDE, 1987, p. 38).

Passados alguns anos, foram abertos outros locais onde eram “armazenadas” as pessoas acometidas por alguma mazela. A exemplo dos ambientes existentes, temos os principais: Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII); Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira (CJM); e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Entretanto, mesmo com a abertura de tantos locais para o que deveria ser o cuidado às pessoas em sofrimento mental, de acordo com Amarante (1995), a situação era outra muito diferente.

As unidades dadas como exemplo no parágrafo anterior, eram situadas todas no Rio

de Janeiro e, pertenciam à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)¹³. Como a DINSAM não realizava concurso público, desde o período de 1956/1957, a partir de 1974 – pelo fato de ter uma equipe antiga e obsoleta –, contratou bolsistas com financiamento da Campanha Nacional de Saúde Mental. Tais bolsistas, na verdade, eram profissionais graduados ou ainda universitários, que ocuparam os cargos de médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, muitos, inclusive, ocupando cargos de chefia e direção (AMARANTE, 1995, p. 53).

O clima no ambiente de trabalho desses profissionais não era nada agradável, visto quetinham que lidar com ameaças, violências, dirigidas a eles e aos pacientes das unidades, assimcomo, porque eram forçados a trabalhar em condições totalmente precárias. Ainda conforme Amarante (1995), as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas eram frequentes.

As transformações sócio-históricas da Política de Saúde Mental no Brasil datam do início dos movimentos sanitaristas, que nasceram em um contexto de luta contra a ditadura, no início década de 1970, que foram os responsáveis por originar a Reforma Sanitária Brasileira (MOURA e SILVA (2015), apud, BRASIL, (2019c)).

O termo “Reforma Sanitária” se referia ao conjunto de ideias imperativas para as mudanças e transformações necessárias na área da saúde, levando-se em conta, não apenas o sistema, mas toda a saúde, numa busca de conseguir trazer melhorias às condições de vida da população (BRASIL, 2019c).

Tendo em vista todo esse contexto que os profissionais da DINSAM enfrentavam, assimcomo, à existência de um o clima mais ameno e propício às manifestações críticas, pela sociedade – por conta do fim da Ditadura Militar, em 1978 –, houve a chamada “Crise da DINSAM”. Contudo, de acordo com Amarante (1995), naquele momento, o movimento dereforma psiquiátrica estava ganhando um novo impulso.

Os profissionais das quatro unidades da DINSAM, irrompem uma greve, em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais. O motivo da “Crise da DINSAM” ocorre por conta da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPPII, em livro de ocorrências do plantão no pronto-socorro, onde foram relatadas irregularidades do local, levando a público a lamentável situação que, tanto profissionais quanto pacientes, enfrentavam, naquele hospital (*Idem*).

¹³ Órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental.

O que poderia ser uma denúncia que não causasse uma grande repercussão, acabou havendo o oposto, pois foi levada ao conhecimento dos demais profissionais das outras unidades hospitalares do órgão, e que foi, prontamente, apoiada através do Movimento de Renovação Médica (REME) e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) (*Ibidem*). “Ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira” (AMARANTE, 1995, p 51), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) pode ser observado de variadas formas, tais como, Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica (REME), Rede de Alternativas à Psiquiatria, Sociedade de Psicossíntese, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a indústria farmacêutica e as universidades, com uma atuação perfeita que legitima e instiga a formulação das políticas de saúde mental (AMARANTE, 1995).

Segundo Amarante (1995), o MTSM é considerado ator no projeto da reforma psiquiátrica brasileira por trazer à tona “as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico do saber psiquiátrico” (AMARANTE, 1995, p 51). As denúncias feitas conseguem ficar em pauta por oito meses na grande imprensa, tamanho é o agravamento de situações atreladas às péssimas condições de trabalho, na assistência ofertada à população e em que essa situação reprime as políticas de saúde mental e trabalhistas nacionais.

Desta forma, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cujo objetivo inicial é estabelecer-se como espaço de luta não institucional, em lugar de debate, vislumbrando o encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, através de encontros, informações, reuniões de trabalhadores da saúde, associações de classe, assim como, buscando atingir, também, as representações mais amplas da sociedade.

Fizeram parte das pautas de reivindicações do MTSM: regulamentação da situação trabalhista em decorrência da atuação dos bolsistas que é ilegal, aumento salarial, número demasiado de consultas por turno de trabalho, o estabelecimento da atuação manicomial e o uso de eletrochoque, na busca de ofertar melhores condições de assistência à população e a humanização dos serviços ofertados. É um misto de projeto de transformação trabalhista com uma organização corporativa, que envolve tais cobranças.

Foram produzidos diversos documentos em 1978, através de abaixo-assinados, cartas abertas, cartas às autoridades de saúde, notas públicas, dentre outros. Entre as diversas

reivindicações e denúncias, podemos frisar que a busca pela humanização no cuidado à pessoa com transtorno mental, por parte dos serviços, ainda não foi alcançada. Isso ocorre, principalmente, porque ainda existe muito estigma no que diz respeito ao louco e a uma evidente resistência à ressocialização desses cidadãos.

No decurso da deflagração da greve dos médicos, o MTSM permaneceu forte em seus primeiros meses. Vários eventos, com as participações do CEBES, do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), do Sindicato dos Médicos, da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, da Associação de Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro, dentre outras, foram organizados para evitar que o movimento fosse esquecido pela mídia (AMARANTE, 1995).

Embora em alguns Estados estivessem sendo desenvolvidos movimentos pela saúde mental, foi com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, que se oportunizou a iniciativa de organizar nacionalmente estes movimentos, em cada estado. Tal evento ficou conhecido como o “Congresso da Abertura”, pois foi o encontro onde puderam participar setores considerados conservadores, sistematizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Desta forma, fica em evidência uma frente ampla em favor de mudanças, caracterizando o congresso como lugar de “discussões e organização político- ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional” (AMARANTE, 1995, p 54).

Pode-se afirmar que, em razão da situação política do país, naquele período, a crise do setor saúde era um dos seus reflexos. Diante disso, o que seria um encontro científico de psiquiatras ligados aos setores conservadores das universidades, aos consultórios e hospitais privados, se fez espaço para a militância dos movimentos, onde a entidade promotora do evento, a ABP, serviu como grande fiadora, para o projeto político do MTSM.

Na última plenária do evento, foi lido um documento, o Memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia, primeira federada da ABP que assumiu, notoriamente, uma política de oposição política geral e setorial. No entanto, nesse momento, a associação em tela era pertencente ao MTSM. Tal documento relatou, dentre alguns pontos, estar em consonância com as posições do MTSM, de forma a concordar com a situação crítica da saúde do Brasil, visto que, até hoje, tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços são submetidos a processos de exploração, sendo um deles a força de trabalho de médicos e demais profissionais, que é usada de forma irresponsável, mantendo uma atuação de proletário polivalente para que o

serviço funcione pois, muitas das vezes, não há recursos básicos para o local de trabalho estar em funcionamento. Além do mais, fica evidenciada a intensificação do mau atendimento ofertado à população por falta de tais recursos, assim como, a insatisfação do funcionário (AMARANTE, 1995). Nesse contexto, verifica-se a aparência enganosa criada com “interesses de ordem ideológica”, como afirma Amarante (1995, p. 54), em torno da imagem de que todos teriam direito à saúde. Porém, o que de fato temos, não é cumprido. Contudo, as pressões do mercado de saúde fizeram com que a universidade se utilizasse da falta de caráter crítico, com tendência evidente para o utilitarismo, pelo qual é denunciada.

Em consequência disso, vê-se o tom crítico nos primeiros documentos e as reivindicações por melhorias técnicas têm passado pela denúncia da psiquiatrização. Com a política privatizante da saúde, temos dois tipos de psiquiatria: uma psiquiatria para o rico *versus* uma psiquiatria para o pobre. Em tal dicotomia temos uma ação “da abordagem psiquiátrica como prática de controle e reprodução das desigualdades sociais” (AMARANTE, 1995, loc. cit.).

Outro fator existente e muito importante, é o evento que acontece ainda em 1978, nos dias 19 a 22 de outubro, no Rio de Janeiro: o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições. Esse evento teve como estratégia a inserção de impulso para uma nova sociedade psicanalítica, de orientação analítico-institucional, que se chamou de Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI) (AMARANTE, 1995, loc. cit.).

O congresso em referência, que ficou conhecido como “Feira da Psicanálise” e trouxe ao Brasil os principais mentores das correntes de pensamento crítico em saúde mental. Dentre esses estudiosos, podemos citar Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, dentre outros. É de amplo conhecimento que na “Feira da Psicanálise”, realizada no Copacabana Palace, houve grandes debates e polêmicas, e “a maior delas denunciada por Basaglia” (AMARANTE, 1995), foi o caráter elitista do evento e da psicanálise brasileiros. Após esse congresso, urgiram muitos outros debates, aproveitando a presença dos conferencistas internacionais no Brasil (AMARANTE, 1995, loc. cit.).

Franco Basaglia tornou-se uma das mais importantes lideranças mundiais da psiquiátrica crítica, após a aprovação da Lei nº 180/1978, que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos, na Itália. Isto aconteceu no mesmo ano em que emergiu o MTSM aqui no Brasil, assim como outros movimentos sociais populares, que emergiram nesse ano. Em meio a este contexto, surge o “Movimento da Reforma Sanitária”, termo utilizado no país, em decorrência da Reforma Sanitária Italiana, que trouxe um novo pensamento sobre saúde.

É de fundamental importância a influência na configuração do pensamento crítico do MTSM por parte de Basaglia, que se expressou em outras conferências, em universidades, sindicatos e associações, com o apoio do CEBES, disseminando assim, suas ideias pelo Brasil e influenciando positivamente o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

Além disso, em janeiro de 1979, nos dias 20 e 21, realiza-se no Instituto Sedes Sapientiae, localizado em São Paulo, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Nesse evento é constatado que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde está vinculada à luta dos demais esferas sociais, e que esses setores estão em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade pelo fortalecimento dos sindicatos, e demais associações representativas articuladas com os movimentos sociais (AMARANTE, 1995). Nota-se, no relatório final do congresso em pauta, a evidente necessidade de uma maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas nacionais e regionais, de saúde mental. Além disso, naquela ocasião, são aprovadas moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização de trabalhadores e estudantes, que sempre foram a força da sociedade, pela Anistia Ampla, Geral e Irrestrita, bem como, foram feitas reivindicações trabalhistas e uma manifestação de repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão (MTSM (1979), apud, AMARANTE, 1995, p. 55).

Finalmente, no que diz respeito a esses últimos apontamentos, exige-se que faça valer a democracia no Brasil e a humanização no cuidado. Entretanto, levanta-se ainda outra questão importante – ou reafirma-se neste congresso – que é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados. A partir daí, o MTSM dá ênfase aos aspectos relacionados ao modelo de atenção psiquiátrica, ao invés dos aspectos mais especificamente corporativos.

Em novembro de 1979, ocorre, em Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, organizado pela Associação Mineira de Psiquiatria – que passará a contar com diretoria afinada ao MTSM – contando, mais uma vez, com a presença de Franco Basaglia, Robert Castel e, dessa vez, também, com a presença de Antonio Slavich. Os primeiros debates dessa mesa permeiam o levantamento da realidade assistencial e os planos de reformulação propostos pelo governo brasileiro e pelo INAMPS. Nesse encontro, alguns estados como Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, segundo Amarante (1995), propõem a “realização de trabalhos alternativos na assistência psiquiátrica”.

Contudo, naquele momento, continuam em pauta os temas clássicos dos encontros psiquiátricos, tais como, a psicofarmacologia, terapia da crise, esquizofrenia e identidade

profissional, sendo discutidos com a mesma métrica dos temas de enfoque social: assistência psiquiátrica e participação popular e a ordem psiquiátrica. Segundo Moura e Silva (2015), “a partir da década de 1980 novas concepções e práticas em saúde mental vão se desenvolver no país, questionando o modelo manicomial até então dominante”.

Em 1980, de 23 a 25 de maio, é a vez do I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Nesse encontro, foram discutidos os problemas sociais, relacionados à doença mental, à política nacional de saúde mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área, suas condições de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político-social da população brasileira e às denúncias das muitas barbaridades ocorridas nas instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

No mesmo ano, ocorre o II Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, desta vez em Salvador, nos dias 22 a 27 de agosto, simultaneamente ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Por conta da postura do MTSM em sua trajetória, considerada politizada, radical e crítica, a ABP se distancia do movimento, do qual outrora tinha se aproximado, por ocasião do Congresso de Abertura. Um ponto importante de atrito entre as duas entidades é o fato de a ABP continuava seguindo uma postura não democrática, em suas decisões (AMARANTE, 1995, loc. cit.).

Reivindicando, dentre outros assuntos, a defesa dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos, é constituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, para uma apuração das distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como, com a finalidade de rever a legislação penal e civil, pertinente ao doente mental (AMARANTE, 1995, loc. cit.). O tom das discussões no II Encontro, foi potente – mesmo em meio a um congresso onde havia uma participação massacrante de psiquiatras – e marca o crescente caráter político e social da trajetória do MTSM.

Tendo em vista a crítica muito pertinente feita naquela ocasião sobre o modelo assistencial, que foi considerado, como ineficiente, cronificador e estigmatizante, em relação à doença mental, temos, em contrapartida, no já referido congresso, a abordagem de temas muito preocupantes que determinaram as políticas de saúde mental, assim como, do processo de mercantilização da loucura, da privatização da saúde, além do ensino médico e da psiquiatrização da sociedade.

Desde que a criação do MTSM, a não institucionalização faz parte de sua identidade

como estratégia importante. Temos uma resistência, justamente, à institucionalização¹⁴. Outra característica do movimento é ser múltiplo e plural, aceitando todas as categorias profissionais, que fazem parte ou não da área da saúde, possibilitando a organização de uma composição interna edificada. Desse modo, o MTSM é o primeiro movimento em saúde que tem participação popular, não sendo apenas um movimento ou entidade da saúde, mas uma luta popular exercida na saúde mental (AMARANTE, 1995, loc. cit.).

Reafirmando o seu caráter múltiplo e plural, segundo Amarante (1995), o MTSM encaminha propostas de transformação de unidades psiquiátricas públicas, buscando influenciara formação das políticas de saúde no País. Contudo, surge o lema da luta antimanicomial e asdenúncias de favorecimento ao setor privado¹⁵.

Uma das estratégias para ir adiante com os projetos de reformulação é a de ocupação decargos em órgãos estatais, propondo assim, uma mudança interna, ou indicador de junção das lideranças e do projeto do MTSM pelo Estado, através da “cogestão”¹⁶, o que chega a dividir omovimento em duas corporações, com ressalvas aos projetos como os da Colônia Juliano Moreira ou do Centro Psiquiátrico Pedro II, os quais buscaram o equilíbrio e a militância em suas bases.

A cogestão prevê a colaboração do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde. Sua importância resulta do fato de que este processo se torna um marco nas políticas públicas de saúde, além da saúde mental. Comprovando essa situação, o Estado passa a incorporar os setores críticos da saúde mental. Nesse momento, os movimentos dos trabalhadores de saúde mental optam por, de forma pensada, atuar na ocupação do espaço em que se representa nas instituições públicas, mesmo que este processo de cogestão tenha sido sintetizado principalmente aos hospitais pertencentes ao Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) (na assistência psiquiátrica) e a alguns limitados, em outros estados.

Mediante o exposto, a cogestão “estabelece a construção de um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos, mais descentralizado e dinâmico, em face a um modelo

¹⁴ A favor de institucionalizar o movimento, temos: os benefícios de ter uma sede, secretaria, maiores possibilidades de fundos, que possibilitariam uma agilidade administrativa e, por conseguinte, política maior. Em contrapartida, pesam os argumentos da burocratização, limitação de abrangência política e a cronificação do movimento, risco comum a todas as instituições.

¹⁵ Tal favorecimento é evidenciado pelos convênios com o setor público e pelo caráter medicamentoso e lucrativo com que se trata da questão da saúde e da psiquiatria, segundo Amarante.

¹⁶ Uma nova modalidade de convênio criado no início dos anos 80, estabelecido entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS).

de assistência profundamente debilitado e viciado em seu caráter e em sua prática privatizante” (AMARANTE, 1995, p 59). É no contexto de crise previdenciária, de insatisfação popular com o sistema de saúde e de sucateamento do serviço público que, inclusive, é na mesma conjuntura atual que surge a cogestão, com o objetivo de reorganizar as políticas públicas. Nesse contexto, Amarante (1995, p. 61) faz referência à corrupção na área da saúde:

Um fator considerado altamente favorável à corrupção na prestação de serviços contratados ao setor privado está na forma de pagamento dos serviços médico-assistenciais em relação direta com a quantidade de tarefas executadas, ou seja, o pagamento por unidade de serviço (US). Há espaços para realização de diversas formas de manipulação de dados e estatísticas, referentes a custos operacionais, tempo médico de permanência, taxas de internação e reinternação, taxa de mortalidade, além do uso de estudantes de medicina, a título de treinamento, como forma de substituição ao trabalho médico profissional, como estratégias do setor privado para a redução de seus custos.

Em suma, a cogestão vem com a proposta de reduzir o repasse de recursos fornecidos ao setor privado e, em consequência de sua existência, o atendimento à população se torna universalizado. Sabemos que o perfil dos serviços privados é o da prática privatizante e segregadora e, contra isso, a cogestão contribui bastante porque age contra os “empresários daloucura”, que se sentem intimidados vendo a possibilidade de perder seus lucros e seu poder político.

Ocasionada pelo agravamento da crise financeira da Previdência Social e sem esperanças de solucioná-la, é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), através do Decreto nº 86.329 de 02 de setembro de 1981, ligado ao MPAS. Tal criação pode ser entendida como uma ampliação, em termos nacionais, da experiência acumulada, não somente, porém, principalmente, a partir da cogestão, “e exatamente no auge desta, mas também de algumas experiências localizadas em municípios ou regiões de municípios, centradas nos princípios da integração, hierarquização, regionalização e descentralização do sistema de saúde” (AMARANTE, 1995, p 65). Sob o mesmo ponto de vista, o Plano CONASP, na assistência psiquiátrica, busca o fortalecimento da intervenção do Estado, tendo o Estado como responsável pela saúde à população, tal qual o Sistema Único de Saúde (SUS).

O reconhecimento da existência e dos direitos dos doentes mentais e dos cidadãos em geral proporciona, para a saúde mental, um grande progresso em direção às mudanças revolucionárias no cuidado às pessoas envolvidas nesse contexto, sejam pacientes, familiares

ou trabalhadores da saúde mental.

Nos anos de 1960, o desenvolvimento da antipsiquiatria, no contexto dos movimentos sociais, também foi um ganho. Diante disso, as afirmações sobre o direito ao bem-estar social e/ou dos direitos sociais, estão sendo impostas. Alguns dos acontecimentos que surgiram no percurso do desenvolvimento da antipsiquiatria foram: o desenvolvimento do Terceiro Setor; adespitalização pelas políticas neoliberais através de desinvestimento em políticas sociais públicas em geral; a crítica aos paradigmas convencionais em psiquiatria e do poder dos diversos profissionais.

A luta antimanicomial em solo brasileiro, ocorre através da influência da Psiquiatria Democrática de Basaglia, com o desenvolvimento de terapêuticas psicológicas, a partir do finaldo ano de 1950. Todavia, a modernização e/ou humanização por parte de setores da corporação médica, em resposta às críticas à psiquiatria convencional, culmina em uma clientela mais rica, com uma psiquiatria preventiva norte-americana e a psiquiatria de setor francesa, para aumentara clientela e pegar mais dinheiro.

Inspirados pela Psiquiatria Democrática na Itália, surge o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, com o objetivo de serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional. Mediante o exposto, vem uma iniciativa oficial: o lançamento em 1989 do Projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial. Se a lei fosse mais clara e sem deixar brechas para interpretações contrárias à proposta, não haveria tantos problemas para uma substituição imediata, e não gradativa, dos serviços manicomiais que, por serem gradativos, assim acontecem até os dias atuais.

Em 1990, acontece a Conferência de Caracas, onde é criado um consenso entre os governos latino-americanos, em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica. Em 1992, acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, considerada um “marco na história da psiquiatria brasileira”. Nesse momento, são criadas as primeiras experiências municipais de rede de cuidados em saúde mental a partir do novo modelo. Na cidade de Santos, em 1989, tem-se o exemplo básico constituído pelo principal laboratório dos chamados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), inspirados na experiência de Trieste, Itália, que se caracteriza por ser um serviço comunitário de portas abertas durante 24h por dia (AMARANTE, 1995).

Fazendo uma breve explanação da periodização da história dos avanços da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, tem-se:

1º período – mobilização na Sociedade Civil contra o Asilamento Genocida e a Mercantilização da Loucura; Protoformas das “Ações Integradas de Saúde”: 1978-1982 (São Paulo e Minas Gerais) e 1978-1980 (Rio de Janeiro); **2º período** – Expansão e Formalização do Modelo Sanitarista (Ações Integradas de Saúde e Sistema Único de Saúde); Montagem de Equipes Multiprofissionais Ambulatoriais de Saúde Mental; Controle e Humanização do Setor Hospitalar; Ação a partir do Estado: 1980 (RJ) e 1982 (SP e MG) – 1987; **3º período** – Fechamento Temporário do Espaço Político de Mudanças a partir do Estado; Emergência da Luta Antimanicomial e Transição da Estratégia Política em Direção ao Modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica: 1987-1992; **4º período** – Avanço e Consolidação da Perspectiva de Desinstitucionalização Psiquiátrica; “Desospitalização Saneadora” e Implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial; Emergência das Associações de Usuários e Familiares: 1992-1995; **5º período** – Limites à Expansão da Reforma no Plano Federal Tendo em Vista as Políticas Neoliberais do Governo FHC; Aumento do Desemprego, Miséria e Violência Social; Consolidação e Difusão dos Serviços de Atenção Psicossocial no Plano Municipal: 1995-? (VASCONCELOS, 2000, p. 23- 29).

No período de Fechamento Temporário do Espaço Político de Mudanças a partir do Estado (3º Período), em São Paulo, ocorreu uma experiência inicial dos centros de convivência, principalmente, dos Centros de Atenção Psicossocial – serviços abertos oito horas por dia, cinco dias na semana –, que também serão mais tarde difundidos no resto do país (GOLDBERG, 1994, apud, VASCONCELOS, 2000, p. 26).

No 4º período da política de saúde mental no Brasil, temos: o avanço e consolidação da Perspectiva de Desinstitucionalização Psiquiátrica; Desospitalização Saneadora e Implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial; Emergência das Associações de Usuários e Familiares, dentre outras ações. O período de 1992 a 1995 corresponde ao momento das maiores e mais significativas mudanças da história das políticas de saúde mental no Brasil. Nesse momento, foi posta em evidência a potencialização da voz dos usuários e de seus familiares, em prol do movimento de luta antimanicomial (VASCONCELOS, 2000).

Em síntese, ao momento mais significativo das mudanças faladas anteriormente, podemos citar o movimento de reforma em torno da Coordenação de Saúde Mental, em nível do Ministério da Saúde, que passa a tomar as principais iniciativas políticas formais da reforma psiquiátrica, pelo menos até 1996 (*Ib.*).

Ainda correspondente ao período em referência, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental e o lançamento de portarias ministeriais a partir de 1991-1992. Também nasce nesse período a “Desospitalização Saneadora”, que se refere à redução significativa do número de leitos em hospitais privados e, principalmente, públicos, que não possuíam as mínimas condições de hotelaria e assistência; aumento de assistentes sociais e psicólogos na Saúde Mental nos hospitais. O processo de substituição gradativa do tipo de assistência

psiquiátrica, baseada na internação para serviços abertos, também fez parte desse momento histórico.

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. A criação desse CAPS e, posteriormente, dos NAPS (Núcleos de Apoio Psicossocial), em Santos, representaram experiências que fundamentaram a criação oficial deste tipo de serviço a partir da Portaria nº 224/92, de 29 de janeiro de 1992. Graças ao MTSM, houve a possibilidade de um olhar mais sensível para os serviços de saúde mental e, principalmente, pela criação dos CAPS. Deste modo, o MTSM amenizou a situação de precariedade ofertada nos serviços dos hospitais psiquiátricos, que era o único recurso destinado às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Embora o Projeto de Lei Paulo Delgado não tenha sido aprovado no primeiro momento, houve um relativo avanço da luta antimanicomial, no plano legislativo. Leis inspiradas nos princípios da reforma psiquiátrica foram introduzidas em vários estados e municípios (Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Ceará). Com o avanço significativo dos núcleos ligados ao movimento de luta antimanicomial, houve muita difusão por meio de congressos e encontros que ocorreram por todo país. Verificou-se, também, um aumento expressivo no número de organizações de usuários e familiares que passam a ter voz ativa como cidadãos, contribuindo no processo de planejamento, execução e avaliação de serviços e políticas de saúde mental, e com perspectivas potenciais de atuarem até mesmo na formação de profissionais do campo. Outro ganho muito positivo desse momento foi a carta de direitos e deveres (1996) em que foram defendidos os princípios básicos quanto à assistência em saúde mental.

Finalizando as transformações sócio-históricas da política de saúde mental no Brasil, temos o 5º e último período, que traz consigo limites à Expansão da Reforma no Plano Federal tendo em vista as políticas neoliberais do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC)¹⁷; aumento do desemprego, miséria e violência social; consolidação e difusão dos serviços de atenção psicossocial, no plano municipal.

Houve, no plano federal, um verdadeiro bloqueio às tentativas de avanço da reforma através de novas portarias de serviços e programas, como por exemplo o PAD¹⁸. Outros avanços recentes ao período foram expostos, tais como, a legislação federal sobre

¹⁷ Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi o 34º presidente da República Federativa do Brasil entre os anos de 1995 e 2003.

¹⁸ É um Parcelamento Administrativo de Débitos - Programa de Parcelamento para contribuintes que desejam regularizar os débitos junto à Fazenda Pública Municipal.

cooperativas sociais, para inclusão no trabalho de indivíduos dependentes, e a portaria do Ministério da Saúde sobre serviços residenciais terapêuticos. Em 1998, ocorreu a aprovação, pelo Senado, do substitutivo Sebastião Rocha¹⁹. Com tal acontecimento, houve um avanço na direção de afirmar vários direitos positivos dos usuários. Por outro lado, esse substitutivo deixa uma brecha para a construção de novos hospitais psiquiátricos convencionais, como temos vivenciado até hoje (BRASIL, 1998).

Nas grandes cidades, em grandes crises financeiras, o quadro econômico e social é marcado por um aumento significativo de taxas de desemprego, desfiliação social, miséria e ossiniais de má qualidade de vida e de violência social, que geram um aumento na incidência de estresses, ansiedades, fobias sociais, quadro de dependência química, tentativas de suicídios e, conseqüentemente, aumento da demanda e novos desafios que são colocados para os programas de saúde mental.

Segundo Vasconcelos (2000, p. 29), “nos últimos anos, a pressão tem se dado especialmente no campo dos serviços para dependentes químicos e moradores de rua”. Também conforme Vasconcelos (2000, p. 29-30),

Com o sucesso e a divulgação crescentes do Programa de Saúde da Família – PSF, do Ministério da Saúde, implementando equipes básicas de saúde trabalhando diretamente nas comunidades e nas casas da população, recolocam na ordem do dia a questão dos cuidados em saúde mental comunitária possíveis de serem desenvolvidas nesse nível de atenção por essas equipes, bem como do sistema de referência e contrarreferência a serviços psiquiátricos mais complexos, a partir de uma lógica comprometida com a desinstitucionalização psiquiátrica.

Com a participação cada vez maior de usuários e familiares nos encontros locais, regionais e nacionais, do movimento, fica evidente a mudança significativa no perfil de participação no Movimento da Luta Antimanicomial. Em virtude da força do movimento, encontra-se em tais encontros e espaços de militância a luta no campo da saúde mental e pela defesa da reforma psiquiátrica, como também, o combate “às estratégias de estigma, segregação e exclusão do louco e dos desviantes sociais em geral” (VASCONCELOS, 2000, p. 32).

Em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Dessa lei origina-se a Política de Saúde Mental que, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais

¹⁹ O substitutivo do senador Sebastião Rocha (PDT-AP) extingue progressivamente os manicômios, substituindo-os por outros recursos assistenciais (BRASIL, 1998).

psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e da sociedade como um todo (BRASIL, 2011).

Procurando fazer cumprir a perspectiva da Política de Saúde Mental que prioriza iniciativas que visam garantir o cuidado integral centrado nos territórios, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando progressiva inclusão social, é criada em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria GM/MS nº 3.088/2011. Tal portaria, conforme o Ministério da Saúde (2013), preconiza o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A política de estruturação e fortalecimento da RAPS é centrada na assistência comunitária, com ênfase na reabilitação e reinserção social de pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio de dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulada à rede assistencial em saúde mental e as outras redes de saúde (BRASIL, 2005).

A RAPS é formada por sete componentes: a Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Compreendem como principais locais de atenção à essa Rede: Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios na Rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; Atenção de Urgência e Emergência; Serviços de Atenção em Regime Residencial; Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais e, por fim, Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2013).

Os objetivos da RAPS advindos da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, são:

I - Ampliar o acesso da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; III - garantir a articulação e 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 (BRASIL, 2013).

Contudo, o momento em que o retrocesso da Política de Saúde Mental é incessantemente enfrentado é de suma importância para o entendimento da atual Política sobre Drogas no Brasil, ou seja, a Nova Política sobre Drogas no Brasil, como ficou

conhecida. Indo contra os preceitos da Lei nº 10.216/2001 (Oficialização da Reforma Psiquiátrica no Brasil), a Nova Política, fere o cuidado em liberdade, como, por exemplo, o uso da eletroconvulsoterapia como o melhor recurso terapêutico e prioridade no processo de repasse financeiro às Comunidades Terapêuticas.

1.2 A POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

Historicamente, as drogas ganharam o status de proibição desde o final do século XIX. O jurídico pontua as drogas, considerando duas especificações ou legalidades: as lícitas e as ilícitas:

As drogas lícitas são aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição, tendo como exemplo o álcool. Quanto às drogas ilícitas, é tudo aquilo que é proibido por lei, a maconha, o crack, a cocaína, entre outras (LOPES; CAVALCANTE, 2013, p. 18)

Na Idade Média, as drogas eram consideradas demoníacas, pois realizavam o processo de “tomar posse” do corpo e da mente do indivíduo. A Igreja tinha significativa influência nesse processo de proibição. É fundamental destacarmos que a droga, quando exerce um poder comercial maximizado, adquire a consistência de um problema social, como é possível conferir nas palavras de Paes (2006, p. 108):

A história das drogas anterior à economia capitalista é, com raras exceções, um aspecto normal da cultura, da religião e da vida cotidiana em toda a sociedade, não é a história de um problema. Torna-se um problema com o advento do mercantilismo e com a consolidação em nível mundial do modo de produção capitalista. [...] As novas drogas importadas do novo para o velho mundo, tornaram-se, neste velho mundo, a partir de interesses políticos e econômicos dominantes, um grande problema moral ou religioso ou um grande negócio para comerciantes e monarcas; um objeto de proibição ou, ao contrário, de promoção ou imposição.

Segundo Pedrinha (2008), desde as Ordenações Filipinas, na época do Brasil Colônia, o Brasil tinha uma norma que menciona a proibição de uso, porte e venda de substâncias tidas como tóxicas, prevendo, inclusive, penas de confisco de bens e degredo para a África. O quinto livro das Ordenações Filipinas, em seu título LXXXIX, permitia que apenas os Boticários licenciados poderiam portar e vender estas substâncias:

Que ninguém tenha em sua casa rosagar, nem venda nem outro material venenoso. Nenhuma pessoa tenha em sua casa para vender, rosagar branco, nem vermelho, nem amarelo, nem solimão, nem água delle, nem escamonéa, nem ópio, salvo se for Boticário examinado, e que tenha licença para ter Botica, e usar do Officio. E qualquer outra pessoa que tiver em sua casa alguma das ditas cousas para vender, perca toda sua fazenda, a metade para nossa Câmara, e a outra para quem o acusar, e seja degradado para África até nossa mercê. E a mesma pena terá quem as ditas coisas trouxer de fora, e as vender a pessoas, que não forem Boticários (ARAÚJO et. al., 2016).

Após este período, já no ano de 1830, tivemos a entrada em vigor do primeiro Código Penal Brasileiro que, em seu texto legal, não dispôs sobre nenhuma proibição ao consumo ou comércio de entorpecentes. No período de 1830 até 1890, a proibição ao uso de drogas apareceu apenas em esparsas posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Deste modo, foi só a partir de 1890, com a vigência de um novo Código Penal, que houve novamente a menção à proibição de venda de drogas (SILVA, 2011).

O Código Penal de 1890 foi editado durante a época Republicana do Brasil e, em seu artigo 159, que trata dos Crimes contra a Tranquilidade Pública proibiu "expor à venda, ou ministrar, substâncias venenosas sem legítima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários" (BRASIL, 1890). Segundo Silva (2011), esta norma foi direcionada aos boticários, como uma forma de prevenir o uso de venenos para fins criminosos. O autor ainda destaca o fato de que a referida norma ainda não pronunciava sobre a figura do usuário.

Nesse período, segundo Rodrigues (2002), o Brasil assistia à emergência e à complexificação de códigos sanitários que tinham como escopo a profilaxia e a higienização social. O autor cita o Código Sanitário da República de 1890, que apresentava como sua maior preocupação a remodelagem das cidades urbanas – segundo padrões europeus – e a imunização compulsória da população, em detrimento do tema do controle de substâncias psicoativas na pauta sanitária. O autor em pauta ainda frisa que “a venda e o uso desses produtos não eram, até a década de 10, passíveis de qualquer controle estatal” (RODRIGUES, 2002, p.103).

Na primeira metade do século XX, seguindo o modelo internacional de combate às drogas, que teve como seu maior representante a política de redução às drogas que vinha sendo realizada nos Estados Unidos, o Brasil passa a implementar uma política de drogas seguindo as disposições e recomendações trazidas pela Convenção Internacional do Ópio, realizada em Haia, no ano de 1912. A Convenção Internacional do Ópio, que veio a ser conhecida como Convenção de 1912, “pode ser vista como a pedra fundamental do controle internacional de drogas”, pois o mundo estava presenciando uma situação crítica em relação às drogas antes da assinatura desta Convenção, dada a falta de regulação do comércio de drogas e o uso abusivo dessas substâncias (BRASIL, 2019a).

Nos Estados Unidos da América, por exemplo, em torno de 90% do consumo de drogas na época destinava-se a propósitos não médicos. Na China, estima-se que a quantidade de opiáceos consumidos a cada ano, no início do século XX, correspondia a mais de 3.000 toneladas em equivalentes de morfina – número significativamente maior do que o do

consumoglobal (tanto lícitas, quanto ilícitas), cem anos depois. A assinatura da Convenção de 1912 refletiu o reconhecimento, naquela época, da necessidade da cooperação internacional no controle de drogas (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2011, p. 1).

O Brasil subscreveu a Convenção de 1912 no Decreto nº 11.841, de 10 de fevereiro de 1915. As recomendações e disposições da Convenção Internacional do Ópio originou a primeira norma legal brasileira a tratar do tema, o Decreto Lei nº 891/1938, que aprovava a lei de fiscalização de entorpecentes que “consolidou ações de prevenção, tratamento e repressão de drogas no Brasil” (BRASIL, 2019a).

Cabe salientar que, se tratando de Convenções Internacionais, não foi apenas a Convenção de 1912 que influenciou a legislação brasileira. Segundo Dantas (2017, p. 12), “Além da Convenção do Ópio, há outras três convenções que valem ser mencionadas, uma vez que influenciaram fortemente a legislação interna. São elas: o Acordo de Genebra, de 1925, e as outras duas conferências realizadas também em Genebra, em 1931 e 1936.”

No ano de 1940 foi promulgado no Brasil um novo Código Penal, que apesar de ter sido criado em 1940, só entrou em vigor em 1942. O Código Penal Brasileiro de 1940, como é conhecido, foi criado durante o período do Estado Novo pelo presidente Getúlio Vargas e, ainda que tenha sofrido muitas modificações em seu texto, é o Código Penal até então vigente. Em 1940, ele trouxe em seu Art. 281, o crime de tráfico de drogas, *in verbis*:

Art. 281. Importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou, de qualquer maneira, entregar a consumo substância entorpecente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, de dois a dez contos de réis.

§ 1º Se o agente é farmacêutico, médico ou dentista:

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, de três a doze contos de réis.

§ 2º Incorre em detenção, de seis meses a dois anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, o médico ou dentista que prescreve substância entorpecente fora dos casos indicados pela terapêutica, ou em dose evidentemente maior do que a necessária, ou com infração de preceito legal ou regulamentar.

§ 3º As penas do parágrafo anterior são aplicadas àquele que:

I - Instiga ou induz alguém a usar entorpecente;

I- Utilizar local, de que tem a propriedade, posse, administração ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que a título gratuito, para uso ou guarda ilegal de entorpecente;

II - contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir o uso de substância entorpecente. § 4º As penas aumentam de um terço, se a substância entorpecente é

vendida, aplicada, fornecida ou prescrita a menor de dezoito anos (BRASIL, 1940).

O Código Penal de 1940 criminaliza o tráfico de drogas, no entanto, não criminaliza o consumo de drogas. Segundo Pedrinha (2008), em entrevista ao Jornal em Discussão do Senado Federal, foi estabelecida assim uma “concepção sanitária de controle das drogas, pela qual a dependência é considerada doença e, ao contrário dos traficantes, os usuários não eram criminalizados, mas estavam submetidos a rigoroso tratamento, com internação obrigatória” (BRASIL, 2011).

Em 1964, o governo brasileiro sofreu um golpe militar, que deu início ao período da Ditadura Militar que se estendeu até o ano de 1985. Segundo Pedrinha (2008), o golpe de 1964, aliado à lei de segurança nacional vigente à época, fez a questão do modelo sanitário sair de cena, dando entrada a um modelo bélico de política criminal, em que os traficantes passaram a ser vistos como inimigos internos do regime. Segundo a autora, esse foi um dos motivos para que a juventude da época associasse consumo de drogas à luta pela liberdade e, complementa: “Nesse contexto, da Europa às Américas, a partir da década de 60, a droga passou a ter uma conotação libertária, associada às manifestações políticas democráticas, aos movimentos contestatórios, à contracultura, especialmente as drogas psicodélicas, como maconha e LSD” (BRASIL, 2011).

Com base na adesão do Acordo Sul-Americano sobre Estupefacientes e Psicotrópicos de 1973, o Brasil criou a Lei nº 6.368/1976 (BRASIL, 2011). Esta lei, que adentrou o mundo jurídico, ainda durante a vigência do período de ditadura militar, foi uma alteração do Decreto Lei nº 891/1938, e passou a dispor “sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que causem dependência física ou psíquica” (BRASIL, 2019).

Segundo Pedrinha (2008), a Lei nº 6.368/1976 trouxe mudanças ao aumentar as tipificações de tráfico de drogas; por substituir o termo “combate”, do dispositivo legal anterior, por “prevenção e repressão” e por distinguir as figuras penais do traficante e do usuário, principalmente, em relação a duração de suas penas. Além destes, a autora cita ainda que a referida lei fixou a necessidade do laudo toxicológico, para comprovação do uso. Cabe destacar que essa exigência ainda é aplicada atualmente, sendo condição necessária para corroborar a materialidade delitiva do crime e a consequente condenação criminal.

Na década de 1970, o capitalismo entra em crise e, a partir das consequências de tal conflito, aumenta a produção, comercialização de drogas, o que gerou o aumento da oferta de substâncias psicoativas, principalmente das sintéticas, e, conseqüentemente, do seu consumo (JANSEN, 2007).

Naquele momento houve o surgimento de uma droga sintética com grande

potencialviciante: o crack. Sobre essa droga, vemos adiante a opinião de Ferreira (2013, p. 20):

Nascida nos Estados Unidos na década de 1980, essa droga logo se difundiu entre as camadas mais pobres dos EUA e diversos países latino-americanos, devido ao seu baixo custo, ganhando, posteriormente, adeptos na classe média também.

É importante lembrar que, desde o início dessa década de 1980, o proibicionismo já estava sendo alvo de questionamentos e de novas iniciativas de enfrentamento às drogas, com uma perspectiva mais tolerante ao uso de certas substâncias psicoativas e um enfoque na atenção e assistência ao usuário, de acordo com Boiteux et al, 2009, apud, Ferreira (2013, p. 30) começaram a surgir, inicialmente no continente europeu.

Na assembleia geral das nações unidas no ano de 1988, existiam três grupos de países com posicionamentos diferentes diante da política até então adotada: o primeiro defendia a reafirmação de tal política; o segundo, composto por alguns países da América Latina, que desejavam algumas mudanças, visando atribuir aos países consumidores maior responsabilidade no combate às drogas; e o terceiro grupo questionava a política proibicionista, defendendo a adoção de uma abordagem das drogas mais tolerante, voltada para a redução de danos.

Em 1980, o Decreto nº 85.110/1980 instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes que, além de prevenir, fiscalizar e reprimir o tráfico e o uso de substâncias entorpecentes ou que determinassem dependência física ou psíquica, também era o sistema responsável por integrar atividades de recuperação de dependentes (BRASIL, 1980). Além disto, o referido decreto também normatizou o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) que, mais tarde, seria transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD).

Em 1986, com a Lei nº 7560/1986, foi criado o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, que mais tarde daria origem ao atual Fundo Nacional Antidrogas, o FUNAD (BRASIL, 2019a). Este Fundo tem como escopo financiar ações, projetos e programas relacionados à política, sobre drogas. Seus recursos são utilizados na própria gestão do FUNAD, em ações de redução de oferta e demanda, além da promoção e campanhas, estudos e capacitações relacionadas à temática de drogas (BRASIL, 2019b).

No ano de 1988, tivemos a promulgação de uma nova Constituição, a Constituição Federal de 1988 que veio para consolidar o ideal democrático com o viés eminentemente pautado em cidadania e que por isso recebeu a denominação de “Constituição Cidadã”, sendo a mais completa entre as constituições brasileiras (BITTENCOURT, 2017). Em seu texto, com

relação ao tráfico de drogas, ela configurou este crime como insuscetível de anistia e graça, como forma de extinguir a punibilidade e, também, o tornou crime inafiançável (PEDRINHA, 2008).

Em 1990, a Lei de Crimes Hediondos (Lei nº 8.072/1990) também tratou do crime de tráfico de drogas, acrescentando a proibição da possibilidade de indulto e de liberdade provisória. Além disso, dobrou os prazos processuais, como forma principalmente de aumentara duração da pena provisória (BRASIL, 2011).

No ano seguinte, em 1991, foi promulgada a “Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas” através do Decreto nº 154 de 26 de junho de 1991, que foi baseada na Convenção de Viena de 1988 (GEHRING, 2012). Em 1993, em busca de estrutura para organizar o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, foi criada a Secretaria Federal de Entorpecentes, que foi o órgão responsável pela “supervisão técnica das atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao uso indevido de produtos e substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica” (BRASIL, 2019a).

No ano de 1995, tivemos a eleição do presidente Fernando Henrique Cardoso, conhecido popularmente como FHC. Em 1998, o Conselho Nacional de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Nesse período, também foi criada a Secretaria Nacional de Drogas (SENAD) (BRASIL, loc. cit.).

Já em 2002, a criação do Decreto nº 4.345/2002, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, trouxe a criação de um importante documento que continha a síntese da política de drogas, chamado de Política Nacional Antidrogas (PNAD) que, em 2019, veio a ser alterado pelo governo do atual presidente Jair Bolsonaro. Cabe ainda destacar, que durante o ano de 2002, também tivemos a alteração da Lei nº 6368/1976 pela Lei nº 10.409/2002, que apesar de trazer muitas alterações, manteve partes significativas que tratavam do tema de redução de oferta (BRASIL, 2019a).

A Redução de Oferta ou Redução de Danos²⁰ é um mecanismo de cuidado ao usuário de drogas através do direito à saúde, direito à cidadania e dos direitos humanos entrelaçados às suas práticas. Em suma, a Redução de Danos busca o autocuidado com a saúde e busca por direitos, dos quais, atualmente, a perspectiva mais ampla para que isso ocorra é de promoção de direitos individuais e sociais de usuários e usuárias, de drogas.

20 Redução de Danos ou RD, segundo o Ministério da Saúde, é uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos - lícitos ou ilícitos - sem, necessariamente, interromper esse uso, e buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas

As abordagens de redução de danos ganharam visibilidade internacional e destaque na atenção à saúde dos usuários de psicoativos injetáveis, especialmente no contexto emergencial da epidemia do HIV/AIDS, em meados da década de 1980, porém, suas origens costumam ser atribuídas ao modelo de tratamento à dependência, adotado na Inglaterra dos anos 1920, pelo Comitê Rolleston, em que um grupo de médicos britânicos recomendavam a prescrição de narcóticos a dependentes como forma de reduzir danos de seu uso (BRITES, 2017).

As primeiras experiências de Redução de Danos surgiram na Holanda, em 1984, vinculada à saúde dos usuários de psicoativos injetáveis que estavam acometidos por hepatites virais. A contaminação preocupou as associações de usuários de psicoativos, que passaram a reivindicar do governo o fornecimento de agulhas e seringas para distribuição e troca. Portanto, os primeiros programas de troca de agulhas e seringas (PTS) passaram a oferecer aos usuários a possibilidade de cuidados com a saúde, sem interrupção do uso de suas substâncias (BRITES, 2017).

No Brasil, a experiência de Redução de Danos surge, no ano de 1989, para prevenção do HIV/Aids, entre usuários de cocaína injetável, na cidade de Santos, em São Paulo. O uso nessa cidade era bastante elevado, pois essa era rota do tráfico de cocaína, no país. Segundo Mesquita (1998), mais de 50% dos casos notificados de HIV/Aids, em 1989, na cidade de Santos, eram pelo uso de cocaína injetável.

Dentro do cenário apresentado, o médico sanitário Fábio Mesquita, então coordenador municipal do Programa de DST/AIDS de Santos, lança, no I Seminário Santista sobre Aids, ainda em 1989, a implantação do programa de troca de agulhas de seringas entre as (os) usuárias(os) injetáveis como medida de saúde para o controle da epidemia (BRITES, 2017, p. 150).

Em alguns lugares do mundo e, infelizmente, não foi diferente aqui no Brasil, o programa enfrentou diversas acusações. Segundo Brites (2017), o Ministério Público de São Paulo, através de alguns promotores santistas, aciona, cível e criminalmente, os responsáveis pelo programa e a prefeitura, alegando crime pelo incentivo ao uso de drogas, com base na Lei nº 6.368/1976 que, naquele contexto, exercia com exclusividade a regulação social sobre os psicoativos ilícitos, impedindo assim, a implantação do programa naquele momento. Essa não foi a única vez que a implantação do PTS em Santos foi impedida pelo Ministério Público local, tendo mais um impedimento em 1995.

Uma alternativa foi criada pelos profissionais ligados ao programa de troca de agulhas

e seringas (PTS), em 1991. Tal alternativa foi a criação do Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos (Iepas) que, diante dos impedimentos ao programa de distribuição de seringas e agulhas, adotaram, em contrapartida, o fornecimento de hipoclorito de sódio para limpeza do equipamento de injeção.

Mesmo com o passar dos anos, as iniciativas de Redução de Danos no Brasil sofrem com a repressão, sendo fortemente atacadas tanto pela mídia quanto por autoridades policiais, judiciais e médicas, mesmo diante dos bons resultados colhidos pelas experiências internacionais quanto ao PTS, no controle da epidemia, como bem explana Brites (2017).

A resistência ao assunto do uso de psicoativos e a criminalização dos usuários de álcool e outras drogas sempre esteve em pauta na sociedade. Tal oposição revela o alto índice discriminatório e moralista, que nem sempre é revelado de forma explícita como qualquer ato preconceituoso em nosso país. Por parte do pensamento higienista, é sugerido que:

[...] o dinheiro público não deveria ser gasto com pessoas que, por livre decisão, optavam pelo consumo de psicoativos. Ou seja, sugeria que o dinheiro público não deveria ser gasto com pessoas que queriam morrer e que, portanto, o financiamento das estratégias de Redução de Danos representava um desperdício do dinheiro público (BRITES, 2017, p. 151).

Uma análise como essa em referência só reafirmam a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade, promovendo práticas e modelos de exclusão e separação do indivíduo da sociedade. O preconceito e o estigma, associados à pessoa usuária de drogas, e as ações de redução de danos, só dificultam a institucionalização das práticas de redução de danos nos serviços públicos, no que se refere às políticas públicas. Não é incomum casos de descriminalização dentro de Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), tal como em Comunidades Terapêuticas, que “tratam” a partir da abstinência total, ao invés de seguir o tratamento recomendado pela política de redução de danos.

A perseguição à política de redução de danos foi tamanha que, só em 1995, foram aprovados dois projetos com financiamento do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde²¹. Segundo Brites (2017), a partir de meados da década de 1990, vários Programas de Redução de Danos foram implantados no Brasil em diferentes cidades, e a presente abordagem e suas estratégias se evidencia como medida de saúde pública pelo

²¹ Projeto de Redução de Danos entre Usuários de Drogas Injetáveis de Salvador, ligado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA), e o Projeto Aids e Uso de Droga Injetável – Projeto UDI.

Programa Nacional de DST/Aids.

Alguns técnicos(as) e alguns gestores (as) ligados(as) aos Programas Nacional, Estadual e Municipal de DST/Aids, contribuíram enormemente e foram fundamentais para a implantação e expansão da Redução de Danos, no Brasil, visto que, após uma forte resistência inicial à implantação de estratégias de Redução de Danos no Brasil, envolta em um contexto complexo entre rupturas e continuidades, de avanços e retrocessos, as equipes dos projetos se deparam com o aumento expressivo do consumo de crack, especialmente no estado de São Paulo (BRITES, 2017).

Por conseguinte, nos primeiros anos da década de 2000, acontece uma remodelagem no movimento e o financiamento das ações de Redução de Danos é transferido do âmbito federal, para os estados e municípios, o que acarreta uma redução drástica de aportes financeiros. Desta maneira, a partir de 2003, “a Redução de Danos é incorporada oficialmente como medida de saúde pública pelo Ministério da Saúde, que passa a regulamentar sua incorporação nos dispositivos de Saúde Mental e na Atenção Básica”²² (Ibidem, 2017, p. 161).

Em consequência dessa Redução de Danos, foi adotada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, uma medida 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)”,

Como vimos, foi só a partir de 2003, que a Política de Redução de Danos foi incorporada como medida de saúde pública no Ministério da Saúde. Antes disso, o governo brasileiro, sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso, fortalecia o proibicionismo às drogas, e isto perdurou até o encerramento de seu governo.

Garcia et. al (2008) diz que a política de FHC estava centrada no combate às drogas, o que fica bem expresso, na denominação dada à política de seu governo, “Política Antidrogas”. As autoras destacam ainda que, ao ter como bandeira “a droga”, a política da SENAD, que esse governo adotou, tirava do centro de discussão “a pessoa humana”.

²² Através de duas Portarias, o Ministério da Saúde “redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS” (Portaria GM/MS 2.197, de 14 de outubro de 2004), e “regulamenta as ações que visam à redução de danos e sociais decorrentes do uso de psicoativos” (Portaria GM/MS 1.028, de 1º de julho de 2005).

Cabe destacar que, hoje em dia, o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso tem um pensamento diferente sobre esta temática, sendo atualmente um dos grandes defensores da descriminalização das drogas. Em 2011, ao apresentar em Nova York um relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas, grupo do qual faz parte, FHC já dizia que aprendeu, desde o fim do seu mandato, que repressão não soluciona a problemática do consumo e do tráfico de drogas (VIEGAS-LEE, 2011). Durante a apresentação do relatório, ele afirmou:

Eu acreditava que, com a repressão, com a erradicação, seria possível diminuir (o consumo e tráfico). Não diminuiu. Eu fiz também algum esforço de educação, mas comparativamente era muito pouco. Eu aprendi. As pessoas mudam quando aprendem. Então acredito que se deve fazer com que as pessoas se informem melhor para mudar sua mentalidade e isso se dá em debates como o que estamos fazendo aqui no nível da sociedade (VIEGAS-LEE, 2011).

No dia 01 de janeiro de 2003, tivemos a posse de um novo presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, conhecido popularmente como Lula. Logo no início do governo Lula, já começávamos a perceber uma grande mudança na postura do governo em relação a política de enfrentamento às drogas. Segundo Garcia et. al (2008), no ano de 2004, a SENAD que antes “tirava do centro de discussão ‘a pessoa humana’”, passou a apresentar de forma efetiva, um processo de debate da Política Nacional Antidrogas, ao realizar fóruns regionais e nacionais, que envolviam a comunidade científica e vários segmentos da sociedade civil.

Logo, assim como a política do antigo governo FHC mostrava de forma expressa que era antidrogas, a política do governo Lula também mostrava expressamente que atuaria de forma diferente do governo anterior, nas questões relativas às drogas, denominando a nova política de Política Pública sobre Drogas (PPD).

Em 2005, tivemos algumas atualizações na Política Nacional Antidrogas com a aprovação de um novo decreto (Resolução n. 3/GSIPR/CONAD de 2005) que, apesar de tratar do mesmo tema do Decreto nº 4.345/2002, não o revogou e nem sequer o revisou, deixando-o vigente em nossa legislação (BRASIL, 2019a).

Em 2006, o governo aprovou a Lei nº 11.343/2006, que dentre outros dispositivos legais, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o SISNAD, e prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas (BRASIL, 2006). A referida Lei revogou as Lei nº 6368/1976 e 10.409/2002, no entanto, buscou agregar estes instrumentos normativos à Lei de 2006 (BRASIL, 2019a).

Gehring (2014, p. 72), ao falar da Lei nº 11.343/2006 destaca a diferenciação de

tratamento trazida por esta lei ao traficante eventual e ao traficante profissional:

No ano de 2006 foi sancionada a Lei 11.343/06, a qual eliminou a pena de prisão para quem planta ou porta drogas para o próprio consumo. Essa lei também passou a diferenciar o traficante eventual que trafica para sustentar o vício, do traficante profissional. O traficante eventual passou a ter uma considerável redução de pena.

Cabe ainda destacar que, segundo Pedrinha (2008, p. 5498), a Lei nº 11.343/2006 trouxe uma mudança na política criminal para o usuário de drogas, pois estabeleceu “um tratamento de reinserção social, associado à família, aliado a um planejamento terapêutico individualizado, multidisciplinar, para interagir com os serviços de saúde” e, além disso, deixou de prever a privativa de liberdade para os usuários de drogas, sendo-lhes aplicada, no lugar dessa penalidade, apenas, a sanção de prestação de serviços à comunidade.

Pelo exposto por Gehring (2014) e Pedrinha (2008), vemos que essa lei diferenciou a figura do traficante de drogas e do usuário de drogas, optando por oferecer tratamento aos usuários. Em 2008, a Lei nº 11.754/2008 renomeou os Conselho Nacional Antidrogas e a Secretaria Nacional Antidrogas, que passaram a ser chamados, respectivamente, Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

Em 2011, tivemos o fim do governo Lula e o início do governo Dilma Rousseff. Neste mesmo ano, em 2011, o SENAD que estava ligado ao gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República retornou para o Ministério da Justiça, “a fim de potencializar a articulação das ações da redução de demanda da oferta de drogas, que priorizam o enfrentamento ao tráfico de ilícitos” (BRASIL, 2019a). O governo de Dilma Rousseff durou até o ano de 2016, onde a até então presidenta foi retirada do poder através de um acontecimento que muitos chamam de “golpe de 2016”, ocasião em que sofreu um impeachment (31 de agosto de 2016) e, com isso, perdeu o cargo de presidente da República, para o seu vice, Michel Temer. Ao longo dos anos, apesar dos ganhos por parte dos movimentos sociais em busca da reforma psiquiátrica e de serviços mais humanizados, entre os anos de 2016 e 2019, ocorreu um retrocesso à Política de Saúde Mental Brasileira, traduzido em um conjunto de reorientações que afetariam diretamente esta Política, bem como, por meio de posicionamentos contrários à sua evolução humanizadora, emitidos pelas diversas instâncias, dos poderes executivo, legislativo e judiciário.

Dentre as diversas iniciativas que trouxeram prejuízos à Política de Saúde Mental Brasileira, podemos destacar o incentivo à internação psiquiátrica e o financiamento de

comunidades terapêuticas fundamentadas em uma abordagem proibicionista das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, ações demasiadamente retrógradas e que apresentam um cunho hospitalocêntrico. Estes atos implicam diretamente em perda de direitos conquistados e trazem prejuízos a toda rede de atenção psicossocial (RAPS).

É importante pontuar que foi a partir da Reforma Psiquiátrica que se constituiu um modelo de cuidado em saúde mental, pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos mentais. Seus avanços foram obtidos gradativamente e de forma contínua. No entanto, atualmente, este modelo encontra-se totalmente ameaçado pelos desmontes e, se não houver resistência, corremos o risco de ver desmoronar totalmente o campo da atenção psicossocial brasileiro, que já se encontra em uma crise sem precedentes. É importante ressaltar que,

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. Essa ‘nova política’ se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “política nacional sobre drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019d, p. 4).

Mesmo tendo provas que o proibicionismo não obteve êxito, as consequências de sua criação permaneceram em nossa sociedade, por meio do “controle, opressão e extermínio dos segmentos sociais tornados indesejáveis à ordem social vigente” (BRITES, 2017, p. 115). Portanto, de acordo com a autora, o proibicionismo não fracassou totalmente, ele só não conseguiu atingir seus objetivos que eram a redução da oferta e da procura pelos psicoativos ilícitos. Não há como ter um mundo sem drogas. Desta forma, não podemos abordar o tratamento para um dependente químico com o viés da abstinência total.

Nesse contexto, a “contrarreforma psiquiátrica” (LIMA, 2019), contraria as Leis nº 8.080/1990, 8.142/1990 e 10.216/2001, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (Decreto nº 592/1992), além de recomendações específicas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), que são contra essa ‘nova’ Política de Saúde Mental (PNSM) e pede revogação imediata, pois todo essemovimento de contrarreforma vai de encontro à destruição da política de saúde mental, já assegurada pela Lei nº 10.216/2001, como já mencionado por Lima.

Não podemos desconsiderar como agravante para o desenrolar da tentativa de retrocesso da reforma psiquiátrica brasileira, o ocorrido em maio de 2016: a deposição da

presidenta Dilma Rousseff, que afetou a democracia em nosso país. Um dos eixos mais afetados, após o Golpe de 2016²³, foram as políticas sociais. Ainda em 2016, assumiu a presidência o vice-presidente Michel Temer gerando a era Temer, que instituiu uma medida provisória que, posteriormente, tornou-se a Emenda Constitucional 95/2016. Tal Emenda Constitucional (EC), determinou o congelamento por 20 anos dos recursos destinados às diversas políticas sociais, dentre as quais, aquelas destinadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que já tinha recursos insuficientes, e que agora, com o congelamento desses recursos, agravava ainda mais a situação do sistema público de saúde.

Contudo, as mudanças já vinham sendo arquitetadas antes mesmo da deposição da presidenta Dilma. Seis meses antes do golpe, surge a Portaria nº 2.043, de 11 de dezembro de 2015, que nomeia Valencius Wurch Duarte Filho para exercer o cargo de coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde. A mudança na gestão da saúde mental teve como objetivo fornecer um apoio político ao governo, em meio a sua crise política. De acordo com Carneiro (2018), apud, Cruz; Gonçalves; e Delgado,

Este parece ter sido o primeiro sinal de uma mudança de direção do MS em relação à PNSM, apontando um retorno do modelo manicomial, uma vez que o indicado para a coordenação nacional de saúde mental foi diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, RJ – instituição que, durante os anos 2000, havia passado por uma intervenção do MS com indicação de que fosse posteriormente fechada, devido à constatação de gravíssimas irregularidades em auditoria especializada do MS, ratificadas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, em 2006.

Dentre os marcos mais importantes, na história contínua da luta antimanicomial, na atualidade, estão os protestos que ocorreram em todo o país contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho, ex-diretor de manicômio, nomeado para assumir a Coordenação Nacional de Saúde Mental, sendo essa uma situação de retrocesso na luta antimanicomial. Em decorrência dos protestos, o gabinete da Coordenação Nacional de Saúde Mental foi ocupado por 121 dias, e Valencius Wurch acabou sendo exonerado do cargo em 9 de maio do mesmo ano. Tal situação reafirma a importância de se manter em alerta em relação às tentativas de retrocessos na política da reforma psiquiátrica e nas práticas manicomiais e hospitalocêntricas ainda existentes.

²³ Impeachment em 2016 da então presidenta, Dilma Rousseff. Evento mais conhecido como “Golpe de 2016”. Processo político do qual resultou no golpe contra a democracia brasileira ao afastar a presidente sem que tenha cometido crime de responsabilidade

Em mais uma “tentativa singela” e formal de provocar alterações na saúde mental, antes da deposição da presidenta Dilma Rousseff, criou-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelecia a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (Brasil, 2017e). Essa política apresentou-se, conseqüentemente, como uma clara ameaça à democracia, pois, dentre outros absurdos, retirou a palavra “democrática” do texto na PNAB 2017. Além disso, a Portaria prevê aumento de trabalho para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS’s), por território. Ora, como aumentar uma carga horária de trabalho se não se aumenta proporcionalmente os agentes fornecedores de tal força de trabalho? Fica evidente que, no mínimo, essa portaria é um desrespeito à classe trabalhadora em referência.

Dando continuidade ao lamentável cenário enfrentado pelos militantes da saúde mental em virtude do retrocesso que assola a reforma psiquiátrica, em 25 de outubro de 2016, foi publicada pelo Ministério da Saúde (MS) a portaria nº 1.482/2016, que inclui as Comunidades Terapêuticas (CTs) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), fazendo com que as mesmas tenham acesso ao financiamento governamental referente à área da Saúde.

Como as CTs “não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde e nem tampouco incluídas no cadastro do CNES” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017), no dia 15 de setembro de 2017, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou sua Recomendação 043 – revisão da portaria nº 1.482/2016 da MS – para retirar as menções às comunidades terapêuticas, somando mais uma vitória crucial, para o movimento de luta antimanicomial.

Entretanto, como a luta nunca pode parar, em 14 dezembro de 2017, surge a Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reafirmou o marco inicial da ‘nova’ política, que estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS. Reformulando o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS, o que chama mais atenção é que, pela primeira vez, desde a Reforma Psiquiátrica, tal resolução traz o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, liberando um maior financiamento para tais hospitais.

Para ampliar as novas diretrizes e fortalecer o retrocesso às conquistas reafirmadas pela Lei nº 10.216/2001 e pela Portaria nº 3.088/2011, que definia a RAPS, a Resolução 32 da CIT propõe o reajuste de valor de diárias para internação em hospitais especializados; o apoio às Comunidades Terapêuticas (CTs); hospital dia em comparação ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); fortalecimento do modelo hospitalar; e equipes

multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental tendo direito a mais investimento do que CAPS I, por exemplo. Destaca-se que a aplicação destas diretrizes foi feita sem consulta aos interessados (profissionais, usuários que se utilizam das políticas de saúde mental, dentre outros), o que demonstra claramente, a vontade de que não haja interferências por parte da população, o que significou uma verdadeira afronta à democracia.

Dentre os pontos de atenção destinados ao cuidado em Saúde Mental, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que realizam o acolhimento e atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma articulada com os outros pontos de atenção e demais Redes. Os CAPS são uma das principais estratégias do processo de reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2011).

Estratégicos no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), os CAPS foram implantados em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os CAPS são atualmente regulamentados pelas Portarias nº 336/02, 3088/2011 e pela PT 130/2012. A portaria 336/2002 reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, estabelecendo tipos de CAPS por cobertura populacional, tipo de problema e faixas etárias (BRASIL, 2002).

De forma acelerada, uma semana após a resolução 32 da CIT, surge a portaria MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, “que institui o CAPSad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), aumenta o tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental, em hospital geral, além de aumentar os recursos hospitalares (Brasil, 2017h). Com isso, temos um cenário de CAPS’s totalmente desfigurado através do CAPSad IV, que tende a destruir a lógica de cuidado dos CAPS’s originários da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, almejando que houvesse um “atendimento de assistência a urgências e emergências”. Em síntese, o CAPSad IV seria um pequeno hospital psiquiátrico, com a lógica de cuidados, e com enfermarias, ao invés de acolhimento noturno como nos CAPS’s III.

A Portaria MS nº 3.588/2017 vai contra a lógica de cuidado humanizado, que propõe a construção de vínculos, o atendimento em base territorial (nas residências ou locais onde habitam os usuários de álcool e outras drogas), como também, atua contra a lógica da construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), que defende um atendimento mais singular, individualizado, onde o usuário possa ter uma melhor resposta quanto ao seu

tratamento. Em suma, essa portaria impede o cuidado em liberdade aos usuários de álcool e outras drogas, seguindo assim, na contramão da política de desinstitucionalização instituída pela Lei nº 10.216 de 2001, o mais conhecido marco da Reforma Psiquiátrica.

Nessa conjuntura, o usuário não é exclusivamente um usuário. Antes de ser um adicto, ele é uma pessoa com histórias, família, sentimentos. No entanto, a portaria MS nº 3.588/2017 desconsidera todo este contexto, principalmente, quando propõe, por exemplo, a construção de unidades de acolhimento “junto a casas de uso”, o que afronta veemente o princípio do território, apontando que o sujeito seria cuidado (ou receberia uma intervenção) no local onde faz uso das substâncias, ignorando assim o seu local de moradia, trabalho, lazer, vínculos familiares, dentre outros. É como se o território, e a própria existência do usuário de álcool e de outras drogas, só existisse no local de uso.

Marginalizando ainda mais o usuário de álcool e outras drogas, dentro da portaria abordada, o usuário corre o risco de passar pelo projeto de intervenção, por meio do recolhimento compulsório, movimento que pode servir como uma grande porta de entrada para internações compulsórias, em comunidades terapêuticas. Nesse caso, trata-se de internações contra a vontade do usuário, realizadas nas casas de uso, mas conhecida como “busca ativa”. Isso afronta os direitos básicos das pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, retirando sua liberdade e direito de existir em meio a sociedade. Dessa forma, estamos voltando ao passado, onde a segregação dos diferentes era a única alternativa para um pseudo tratamento, cujo objetivo não é a melhora da questão da dependência, pois se deixa de utilizar de diretrizes políticas, como a de Redução de Danos, para aplicar a abstinência total das substâncias psicoativas.

Tudo tem uma correlação, um objetivo final e, com a Portaria MS nº 3.588/2017 não seria diferente. Toda trajetória de retrocessos da Política de Saúde Mental, vista a partir do ano de 2016, e as atitudes tomadas no governo do presidente Michel Temer, vai-se por um caminho que demonstra que o objetivo da Portaria MS nº 3.588/2017 é um maior financiamento para comunidades terapêuticas, através do aumento de diárias em internações. Ou seja, quanto mais o indivíduo fica interno, mais dinheiro o local recebe. Assim, a lógica hospitalocêntrica é reafirmada, com o desenvolver dessas “novas diretrizes”, que fortalecem o financiamento das comunidades terapêuticas, ao invés de fortalecer a rede de atenção psicossocial, composta, por exemplo, pelos CAPS. Além disto, tal situação expõe uma grande contradição do então presidente, Michel Temer que, se de um lado congela por vinte anos os recursos destinados ao SUS, de outro, aumenta o financiamento privado das comunidades terapêuticas, o que demonstra uma clara intenção de não financiamento dos serviços públicos

essenciais à população, como os CAPS e demais serviços dentro da RAPS, por exemplo.

No mesmo dia da Portaria MS nº 3.588/2017 foi publicada a Portaria Interministerial n. 2, de 21 de dezembro de 2017 (MJSP, MS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e Ministério do Trabalho – MT), que instituiu o Comitê Gestor Interministerial, que passa a ser um “espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa” (BRASIL, 2017). Conforme Cruz et al (2020, p.7):

A desvinculação da política sobre álcool e outras drogas da pasta da Saúde parece se iniciar com esta portaria, embora se deva ressaltar que a dupla orientação na política de drogas, com o MS dividindo a formulação e gestão com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), já se constituísse como um problema desde os anos 1990.

Como podemos observar cronologicamente, no Brasil, tivemos muitas mudanças relativas à Política Nacional sobre Drogas. Com certeza, houve retrocessos no governo de Michel Temer, no entanto, foi no ano de 2019, sob o atual governo do Presidente Jair Bolsonaro, que tivemos mudanças significativas nestas políticas que foram vistas, por muitos, como retrocesso, em relação às políticas de tratamento que eram vivenciadas, no que diz respeito aos usuários de drogas.

Em abril de 2019, o governo de Jair Bolsonaro aprovou uma Nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), através do Decreto nº 9761/2019, decreto esse que revogou o Decreto nº 4.345/2002, do presidente Fernando Henrique Cardoso, e trouxe mudanças significativas na PNAD do Brasil, como a retirada da menção a política de redução de danos, ressaltando a política de abstinência dos usuários e, também, dando um maior destaque as “comunidades terapêuticas”, entidades privadas para internação de usuários, que agora passarão a contar com mais recursos financeiros do governo (CABETTE FÁBIO, 2019).

A nova PNAD provocou opiniões diversas e antagônicas, tanto na sociedade, como também, em importantes órgãos, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP). Neste sentido, a ABP se manifestou comemorando a aprovação da nova Política Nacional Antidrogas, através de nota publicada em seu site oficial por ela deixar de ser uma política de redução de danos, mudando para uma política que vai promover a abstinência. Segundo eles, entre os principais objetivos da nova PNAD está a construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas (CABETTE FÁBIO, 2019). No entanto, tanto o CFESS, quanto o CRESS,

[...] manifestam repúdio a todas as formas de intervenção arbitrária e violenta que, “em nome da saúde e segurança”, violam direitos humanos e a autonomia dos indivíduos sociais que, por motivações diversas e determinações complexas, fazem uso de drogas hoje consideradas ilícitas. Do mesmo modo, manifesta apoio a todas as iniciativas de prevenção, de educação em saúde e de redução de danos, que sejam pautadas nos princípios da democracia e dos direitos de cidadania (CFESS, 2012).

Cabe ainda destacar alguns outros pontos polêmicos do Decreto nº 9761/2019, como a identificação de quem é usuário, dependente ou traficante, fator importante e que interfere no momento da aplicação das sanções criminais. Porém, dez dias após a Nota Técnica n. 11/2019 ser lançada, surgem questionamentos por parte da plenária da Câmara dos Deputados, encabeçada pelo deputado federal Ivan Valente. São dezesseis questionamentos apresentados por parte do Requerimento de Informação (RIC) nº 103, de 2019, que se posicionam contrários às diretrizes da nota, afirmando que “seguem na contramão da política de desinstitucionalização instituída pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001) [...]” (BRASIL, 2019a).

Desta forma, assim como a Câmara de Deputados, Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), como a Defensoria Pública da União (DPU) recomendaram a suspensão da execução de todas as normativas incompatíveis com o que foi estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Já a DPU ajuizou a Ação Política Pública de Ilegalidade à Nova Política de Saúde Mental em questão (BRASIL, 2019d).

No dia 14 de abril de 2019, o atual presidente da república publicou o decreto 9.761, aprovando a nova Política Nacional Sobre Drogas. Ela coloca o Conad nos campos das “políticas de educação, assistência social, saúde, trabalho, esportes, habitação, cultura, trânsito e segurança pública”, no que tange à questão das drogas. Prevê apoio financeiro não apenas ao trabalho das comunidades terapêuticas, mas às “entidades que as congreguem ou as representem” (...) e ao seu “aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional” (BRASIL, 2019e, apud, CRUZ; GONÇALVES; DELGADO (2020)).

Desse modo, essa política em referência afeta, obviamente, o caráter laico do estado, colocando comunidade terapêutica religiosa como local de tratamento, desconsiderando assim, a formação religiosa do indivíduo que está sob responsabilidade de tratamento pelo Estado. Além do mais, segundo Delgado (2019), por meio de campanhas realizadas pelo governo, tal política amplia o estigma de que usuários de drogas estão associados a grupos

criminosos. Segundo o autor, “o golpe de 2016 rompeu o equilíbrio instável entre as visões de controle/confinamento e de acolhimento/inclusão social no âmbito da política de drogas (...) É aqui, (...) que temos o mais difícil enfrentamento na resistência ao desmonte da Reforma Psiquiátrica” (DELGADO, 2019, p. 7).

Como consequência do retrocesso ocorrido no intervalo de 2016 a 2019, através das mudanças normativas, observa-se, no país, uma diminuição no ritmo de implantação de serviços de atenção psicossocial o que se reflete na redução drástica de implantação de CAPS, e fortaleceu cenário de desassistência e estagnação, do processo de reforma.

O tratamento ofertado pelas Comunidades Terapêuticas em muito se assemelha ao isolamento dos hospitais psiquiátricos, uma vez que, a maior parte dessas instituições está localizada em pequenas cidades – algumas na zona rural –, promovendo um afastamento por um longo período do indivíduo, da sociedade e de sua família. Evidencia-se que essas instituições apresentam um caráter segregador, e que, não raro, impõem certos critérios para admissão do usuário – por meio de exames –, para constatar se o indivíduo possui o vírus HIV; e questionam sobre sua religião, como parte dos critérios de admissão nessas instituições²⁴.

As Comunidades Terapêuticas são consideradas estratégias de retorno ao modelo hospitalocêntrico.

²⁴ Informações disponíveis em: <<http://osm.org.br/osm/sobre/>>

2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO BRASILEIRO: da marginalização do uso das drogas à humanização

Nesta seção serão abordadas importantes contribuições feitas pelo Serviço Social, na área da Saúde Mental, mundialmente e nacionalmente, assim como, o trato do estigma e da marginalização do uso das drogas lícitas e, mais expressivamente, das drogas ilícitas, que fazem com que os/as usuários/as de tais substâncias psicoativas permaneçam esquecidos/as e à margem da sociedade, tendo seus direitos violados por conta do pensamento ultrapassado do senso comum de que “pessoas que usam drogas ilícitas são marginais e fora da lei”. Tamanho preconceito contribui para que essas pessoas permaneçam desassistidas e que tenham seus direitos básicos negados.

Inicialmente, falaremos sobre a contextualização histórica do Serviço Social em meio à Saúde Mental, do âmbito mundial ao nacional, destacando a inserção do/a Assistente Social nesse assunto tão relevante e múltiplo. Posteriormente, mostraremos porque o Serviço Social, como representante de profissão que dá o oxigênio para que o direito social e a humanização estejam presentes na prestação dos serviços, faz-se tão necessário no âmbito da saúde mental

Por fim, abordaremos o trabalho do/a Assistente Social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), evidenciando o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad), que são os responsáveis por proporcionar a atenção integral e contínua às pessoas com problemas decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

A priori, para que o exame histórico da gênese do Serviço Social no campo da saúde mental no Brasil seja feito, é imprescindível ser abordada a contextualização histórica do Serviço Social europeu e norte-americano, na área em questão. Tendo em vista que, segundo Bisneto (2007), “muitos assistentes sociais se sentem pouco alicerçados metodologicamente no campo de saúde mental”, dessa forma a contextualização será feita para uma melhor didática e compreensão dos fatos posteriores.

O Serviço Social se constitui e desenvolve enquanto profissão, mediante o processo de expansão do sistema capitalista, propiciando, conseqüentemente, o seu aumento exponencial pelo agravamento da questão social. Como demanda da classe capitalista e de seus representantes no Estado, a prática do Serviço Social se constitui em uma atividade inserida no exercício do controle social e na difusão da ideologia dominante. O surgimento do Serviço Social no Brasil está estreitamente vinculado às atividades da Igreja, especialmente ao bloco feminino, atrelado predominantemente aos setores mais ricos da sociedade.

Essa natureza confessional ligada aos movimentos de ação católica confere, de certa maneira, uma legitimidade à profissão, cuja base de justificação ideológica se encontra na doutrina social da Igreja.

A profissão possui em seu início uma base social bem delimitada e fontes de recrutamento e formação de agentes sociais informados por uma ideologia, igualmente bem determinada (IAMAMOTO; CARVALHO, 1988).

A missão doutrinária que começa a atuar na década de 30, através do equipamento assistencial desenvolvido pela Igreja e pela filantropia não se caracterizou apenas como um modelo novo de caridade. Ela se caracterizou principalmente, como uma maneira de intervenção ideológica, que se fundamenta no assistencialismo como sustentação de uma atuação cujos resultados são essencialmente políticos (FARIAS, et al., 1993).

Em sua gênese, o Serviço Social sofreu uma influência indireta da corrente neotomista de caráter conservador, restringindo sua prática à assistência e à orientação ao “cliente”, por meio do método do Serviço Social. Em consonância com Silva (1991, p. 24):

Essa formação baseava-se no modelo franco-belga, que se encontrava fundamentado numa linha do apostolado de ‘servir o outro’, tendo como base o princípio tomista de salvar o ‘corpo e alma’.

Posteriormente, a profissão recebeu os influxos do alto grau de desenvolvimento industrial e tecnológico dos Estados Unidos. Nesse período, o Serviço Social enfatiza a questão metodológica e a instrumentalização técnica voltada para o tratamento das disfunções, no âmbito individual. Nesse período, acontece uma atuação que omite os antagonismos de classe e justifica as disparidades como um fato natural.

Nos Estados Unidos, o Serviço Social atua desde a sua constituição na área de Saúde Mental. Uma de suas primeiras áreas de atuação, desde o início do século, foi em hospitais psiquiátricos, diferentemente do Brasil. Em 1902, no Hospital Psiquiátrico de Boston, surge o primeiro setor de Serviço Social em hospital psiquiátrico, organizado por Mary C. Jarrett²⁵. Tal prática profissional respondia por “Serviço Social Psiquiátrico”. Nesse momento, o/a Assistente Social atuava no reajustamento dos doentes mentais e na prevenção de recaídas (BISNETO, 2007, p. 18).

Na medida em que se alastrou a Primeira Guerra Mundial também se ampliou a Psiquiatria, em razão do aumento de “neuróticos de guerra” que, segundo Bisneto (2007), nos EUA, passaram a necessitar de assistência psiquiátrica. Nesse momento vivenciado pelos EUA, além da ajuda nas situações enfrentadas pelos soldados, o Serviço Social revelou-se gigante, no atendimento aos familiares desses combatentes. Concomitantemente, ainda segundo o autor, o Serviço Social psiquiátrico atuava em clínicas de orientação juvenil, trabalhando com as famílias de usuários de serviços de saúde mental.

No início do século, nos Estados Unidos, o Serviço Social seguia uma linha de apoio terapêutico, no campo da Saúde Mental. O apoio social ao tratamento psiquiátrico era dado pelo Serviço Social do hospital, e as questões da pobreza eram atendidas pelas agências sociais. A profissão se muniu de um vasto referencial teórico para pautar sua atuação, que perpassava pelo funcionalismo, pelo estrutural-funcionalismo, pelo higienismo, e pela psicologia.

A fase psicológica do Serviço Social marcou profundamente a profissão, fornecendo as bases para o relacionamento com os clientes. Esta perspectiva aponta formas divergentes de enfrentamento dos problemas trazidos pelos usuários (LIMA, 2013). Tais divergências

²⁵ Assistente social que foi uma das primeiras mulheres proeminentes no campo. Jarrett (1877-1961) tinha como foco principal de estudos, a saúde mental e as doenças crônicas.

conduziram à formação de duas escolas de pensamento: a escola diagnóstica e a escola funcional.

É interessante pontuar que a escola diagnóstica tinha como suporte a teoria freudiana. Esta teoria vai demonstrar a relação entre fatores sociais e intrapsíquicos. As Assistentes Sociais da época vão buscar uma identificação com os pacientes e seus familiares, com a preocupação de desvendar alguns aspectos significativos da doença mental; o impacto da doença sobre eles; os sentimentos desenvolvidos; as dificuldades em aceitar o tratamento; e suas respostas às situações vivenciadas (LIMA, 2013).

Sofrendo significativa influência da teoria freudiana, as primeiras clínicas de orientação surgiram nos Estados Unidos e posteriormente se difundiram também na Europa. Para Bisneto (2007, p. 20)

O atendimento norte-americano na área psiquiátrica segue a metodologia clássica de “Caso, Grupo e Comunidade”, observando propósitos de solução de problemas (linha funcionalista) ou de integração social (linha psicanalítica). Além disso, há a participação do assistente social em planejamento, programas sociais e pesquisa.

No Brasil, a inserção do Serviço Social em serviços de saúde mental – em especial no Rio de Janeiro –, segundo Vasconcelos (2000), tem início sob inspiração direta do modelo das “Child Guidance Clinics”, proposto por higienistas americanos e brasileiros. Essas profilaxias defensivas utilizadas por tal categoria fazem parte das abordagens psicologizantes e ajustadoras que isolam e tratam os indivíduos perigosos em espaços fechados (manicômios e/ou hospitais psiquiátricos). Tais características pertinentes a esse momento do Serviço Social no Brasil tolhia bastante a garantia de cidadania, que é dada por meio da liberdade.

Contudo, conforme citado, inspirado diretamente nos serviços sociais belga e francês, o Serviço Social doutrinário católico brasileiro, que é o modelo de Serviço Social que foi desenvolvido em nosso país, além da influência higienista indireta em suas bases conceituais e metodológicas, parte para uma formação higienista explícita e direta no currículo de suas escolas e se integra, de forma complementar e/ou subordinada, à abordagem doutrinária católica, na escola paulistana. Podemos concluir que, existe presença higienista desde os primórdios da profissão e, no Serviço Social relacionado à Saúde Mental, infelizmente, não foi diferente.

É possível constatar que a inspiração direta do modelo das “Child Guidance Clinics”, no Serviço Social, em serviços de saúde mental no Brasil, como citado anteriormente, notadamente no Rio de Janeiro,

[...] tinha como estratégia de diagnóstico e tratamento de “crianças-problema” e implementação da educação higiênica nas escolas e na família, principalmente através dos Centros de Orientação Infantil (COI) e Juvenil (COJ), que tiveram papel fundamental na sistematização e difusão da tradição de Serviço Social clínico, em particular na versão do Serviço Social de casos da Escola Diagnóstica, de corte psicanalítico (VASCONCELOS, 2000, p. 130).

Em resposta à mobilização, à época, dos trabalhadores sociais, para a coleta de dados sociais, econômicos, hereditários, físicos, familiares, mentais e emocionais dos pacientes, e através do olhar apurado dos psiquiatras do Pathological Institute do New York State Hospital, principalmente do psiquiatra Adolf Meyer, foi concebida a importância do meio ambiente do paciente e do conjunto de sua personalidade para a compreensão da doença mental e para o bom encaminhamento da alta, dando origem à emergência do Serviço Social psiquiátrico nos EUA (VASCONCELOS, 2000).

O psiquiatra Meyer tinha em sua casa, como exemplo e soma de forças, além do desenvolvimento de pensamentos e conhecimento em conjunto, a sua esposa, Mary Potter Brooks, considerada já em 1905, como a pioneira no método de Serviço Social psiquiátrico. Meyer tinha como objetivo o enfoque à prevenção e higiene mental em toda a sociedade, o que constata como os ditos diferentes se incomodavam com a sua existência na comunidade, caracterizando a alienação e a exclusão social.

Entretanto, como citado anteriormente, a partir da entrada dos Estados Unidos na Primeira Guerra, a influência das teorias psiquiátricas no Serviço Social sofreu um aceleração significativa, no mesmo ano da publicação do Diagnóstico Social (1917) de Mary Richmond²⁶. Transversalmente ao tratamento das neuroses, psicoses e das situações traumáticas – enfrentadas pelos soldados advindos dos campos de guerra –, exigiu-se dos/as assistentes sociais atuantes naquele momento uma abordagem de fatores psicológicos, em seu trabalho.

Em contrapartida, no Serviço Social brasileiro, não foi dada ênfase ao avanço de pesquisas no campo da Saúde Mental que aconteceram durante o Movimento de Reconceituação e na fase seguinte que, segundo Bisneto (2007), havia “o Debate Contemporâneo, em parte pelo predomínio do marxismo nas principais escolas de Serviço Social do Brasil que tinham pós-graduação e pesquisa”. Em tais locais foi dada ênfase em

²⁶ Mary Ellen Richmond (1861–1928) foi uma pioneira do serviço social americano. Ela é considerada a mãe do trabalho social profissional junto com Jane Addams. Ela fundou o trabalho de caso social, o primeiro método de trabalho social e ela mesma era uma assistente social.

pesquisa em movimentos sociais, políticas sociais ou o estatuto profissional, que eram aspectos de sua pauta principal.

Como havia poucos assistentes sociais trabalhando no campo da loucura, o Serviço Social brasileiro entrou imediatamente na área da Saúde, não constituindo, porém, a Psiquiatria como um campo de atuação separado no Serviço Social. Embora a literatura registre o início do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil, com data de 1946, nos primeiros trinta anos, segundo Bisneto (2007), não havia muitos profissionais trabalhando na área psiquiátrica, em clínicas, hospitais ou manicômios até os anos 1960.

Segundo Vasconcelos (2000), em se tratando de Saúde Mental, as primeiras práticas dos assistentes sociais no Brasil se deram nos Centros de Orientação Infantil (COI) e nos Centros de Orientação Juvenil (COJ), em 1946, sendo uma experiência importante na constituição do modelo do “Serviço Social Clínico”, inspirado no modelo norte-americano. É importante enfatizar que esse modelo não é necessariamente uma prática em estabelecimentos psiquiátricos. Para Vasconcelos (2000a, apud BISNETO, 2007, p. 22):

O modelo de “Serviço Social Psicossocial” também não pode ser interpretado desse modo, pois se trata de metodologia que tinha aplicação em todas as áreas de atuação do Serviço Social. Modelos de práticas baseados na área “psi” eram comuns no Serviço Social no Brasil até o início dos anos 1970: psicanálise, psicologia do ego, psiquiatria, psicologias dinâmicas.

Após o golpe de Estado de 1964, o governo ditatorial promove reformas no sistema de saúde e previdência social, com discurso ideológico de modernização e racionalização. Contudo, com o aumento do número de adoecimento, também houve o aumento de abertura de hospitais no Brasil, sendo evidenciada uma administração centralizada e com a privatização do atendimento médico.

Conseqüentemente, com a mudança do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada, são abertas diversas clínicas psiquiátricas que eram pagas, posteriormente, pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS passa a exigir a contratação de assistentes sociais em hospitais psiquiátricos, em 1970. Deste modo, abrem-se as portas para a contratação de assistentes sociais na área de Saúde Mental. Contudo, aqui podemos constatar que “a doença mental se torna definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria” (AMARANTE, 1995, p. 79).

Apenas nos anos 1970, houve uma atuação quantitativa de assistentes sociais na área psiquiátrica. Isso ocorreu por conta da obrigatoriedade do aumento de profissionais nos

hospitais, incluindo as assistentes sociais, através da portaria do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de 1973.

Infelizmente, embora tivessem conquistando espaço, as assistentes sociais eram pouco remuneradas, além de não terem funções definidas, o que dá abertura para que não exercessem autonomia que a profissão exige. De acordo com Souza (1986, apud BISNETO, 2007, p. 24),

Quando, pela resolução do INPS, a quantidade de pacientes exigia a contratação de mais de uma assistente social, a contratação era em nível precário, em geral, por poucas horas diárias e contrato provisório, quando não era só para constar, e nenhum trabalho era efetivamente feito, tipo “emprego fantasma”.

Entretanto, podemos questionar: por qual motivo seria que o INPS exigiu um profissional assistente social se não fosse para exercer o seu papel, enquanto profissional capacitado que é? Quanto a este questionamento, temos a constatação confirmada por Bisneto (2007, p. 25), onde ele preconiza:

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pelo psiquiatra, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados”.

Ora, com a ampliação da pauperização da população trabalhadora, o grande empregador dos assistentes sociais, o Estado tenta, com o Serviço Social, conter o grande número de operários que caíram em crise mental, “como provável expressão das péssimas condições de trabalho durante a fase de expansão capitalista” (BISNETO, 2007, p. 27). Logo, o Serviço Social entrou na Saúde Mental como mais uma das medidas racionalizadoras do sistema saúde-previdência.

No fim da década de 1980 e início de 1990, ocorreu a polarização na área de saúde mental, por abordagens de um maior comprometimento teórico, político e ético, voltada para as perspectivas de desinstitucionalização (LIMA, 2013). Nesse sentido, para Silva & Silva (2007, p. 48),

O novo modelo de assistência em saúde mental propõe um desafio atual dos trabalhadores dessa área (dentre eles o assistente social), o manuseio de novas técnicas e adoção de novas perspectivas teóricas e éticas. A realidade vivenciada pelo usuário dos serviços de atenção em saúde mental exige uma intervenção profissional crítica e competente, que poderá se concretizar através de uma análise crítica da realidade e compromissada com a democracia e a cidadania contempladas pelo projeto ético político.

No século XXI, o/a assistente social, ao trabalhar na perspectiva de redes sociais, busca efetivar de forma adequada as seguintes metas:

- Favorecer o estabelecimento de vínculos por meio da interação entre outros indivíduos;
- Oportunizar um espaço para reflexão, troca de experiências e busca de soluções para problemas comuns;
- Estimular o exercício da sociedade e da cidadania;
- Mobilizar as pessoas, grupos e instituições para utilização de recursos existentes na própria comunidade;
- Estabelecer parcerias entre setores governamentais para implementar programas de orientação e prevenção (SENAD, 2008, p. 03).

Contudo, é todo um trabalho centrado no processo de reinserção social, que possibilita o cuidado em liberdade e a garantia de direitos, bem como a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, sendo o passo fundamental para uma sociedade detentora de condições dignas de sobrevivência.

2.2 O SERVIÇO SOCIAL E OS CUIDADOS DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM PROBLEMAS DECORRENTES DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS

Nos anos 1980, a relação entre Serviço Social e Saúde Mental adquiriu novos conceitos. Segundo Yamamoto e Carvalho (1988), o debate da pós-reconceituação expôs a gênese do Serviço Social por parte de uma análise crítica de sua história no Brasil. Concomitantemente, o Movimento de Reforma Psiquiátrica tomou força, trazendo uma nova relação entre marxismo e psiquiatria “que faz avançar a metodologia para a prática psiquiátrica ocidental reformada” (BISNETO, 2007, p. 31).

Contudo, as instituições psiquiátricas, por meio da desinstitucionalização, de acordo com Basaglia (1991), tiveram que ser postas em autocritica e autoavaliação. Cabe ressaltar que, para tanto, nas instituições de assistência psiquiátrica existem diversas correntes teórico-práticas sobre Saúde Mental, defendidas pelos profissionais componentes das equipes de trabalho na área.

Conforme supracitado, segundo Amarante (1995), no Brasil, nos anos 1970, os militantes das várias correntes de psiquiatria e psicologias alternativas se reuniram no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e organizaram congressos em níveis regionais e até nacionais, dos quais, na década de 1980, se originou o que chamamos de Movimento de Reforma Psiquiátrica. Conforme inspiração deste último Movimento, os conjuntos de instituições de assistência psiquiátrica criam os serviços psiquiátricos substitutivos, os chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS foram criados a partir do fechamento de hospitais psiquiátricos que foram acusados de maus tratos, condições desumanas e privação da liberdade, dentre outras situações, na relação aos seus pacientes, bem como, em relação ao trato com os seus profissionais, evidenciando um total desrespeito às normas adequadas de condições de trabalho. A Portaria nº 336/2002 definiu as diversas modalidades de CAPS, dentre elas, os serviços destinados à população de crianças e adolescentes e aos usuários de álcool e de outras drogas, por meio dos CAPS ad (BRASIL, 2002).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), há várias modalidades de Centro de Atenção Psicossocial. Dentre as modalidades atualizadas, temos:

I **Caps I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades

e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

II **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.

III **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.

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

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

VI **Caps AD III:** Álcool e Drogas: Atendimento com de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

VII **Caps AD IV:** Atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação (BRASIL, 2022).

Com o projeto de lei de 1989, do deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, o MTSM ganha força, pois o referido projeto dispõe sobre “a substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos” (BISNETO, 2007). Desta forma, se caracteriza o marco histórico da Luta Antimanicomial, do movimento de desinstitucionalização da Psiquiatria tradicional. Além disso, o referido projeto de lei apontou o papel dos CAPS na organização da atenção psicossocial no território, definindo que, para a nova modalidade de atenção comunitária, a articulação dos conceitos de Rede e Território deveria ser central, conforme está determinado pela Lei nº 10.216/2001, mais conhecida como Lei Paulo Delgado.

A partir desse momento de definições, os CAPS passaram a se expandir regularmente, com cerca de 150 novos serviços a cada ano, interiorizando-se o acesso ao tratamento para regiões, até então, completamente descobertas. Em 2004, o Primeiro Congresso Brasileiro de CAPS reuniu 2.000 trabalhadores de todo o país, representando os serviços comunitários que estavam sendo criados (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud GRIGOLOS, 2014).

Atualmente, quando se fala sobre o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos ainda está em questão o que preconiza a Lei nº 10.216/2001. O fato de ser um fechamento progressivo faz com que os ditos manicômios continuem sua prática de exclusão

social e tratamento em cárcere. A lei encontrou muita resistência para ser acatada, contudo, a luta contra o retrocesso e perdas de direitos conquistados, através da Reforma Psiquiátrica, deve ser constante. Infelizmente, o hospital psiquiátrico encontrou uma forma de permanecer na sociedade e um exemplo disto é a existência das Comunidades Terapêuticas existentes que se destinam a privar de liberdade dos usuários de psicoativos, na promessa de uma falsa cura para a dependência química. Daí porque, temos como os “novos loucos” os dependentes químicos (BRITES, 2017).

Nesse contexto, desde o fim dos anos 1990, temos o Sudeste do Brasil como mais avançado, quando o assunto é serviços substitutivos, visto que essa região possui várias dessas instituições, tais como: Centro de Atenção Diária (CAD); Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental (CAIS); Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); hospital-dia; oficinas terapêuticas; clubes de convivência; moradia assistida; dentre outros. Infelizmente, não é uma realidade em todo nosso país, mesmo depois de tantos anos após a Reforma Psiquiátrica.

Medidas como estas mostram a importância da inserção do Serviço Social na Saúde Mental, que, mediante a contribuição dos demais profissionais e usuários dos serviços, busca a promoção dos direitos civis, políticos e sociais aos que necessitam de assistência. Bisneto (2007, p. 37) tem uma posição bastante objetiva, acerca das contratações de Assistentes Sociais na Saúde Mental após a Reforma:

Esses serviços necessitam da participação do Serviço Social em proporção maior do que na internação, o que está permitindo o emprego, desde os anos 1990, de assistentes sociais em Saúde Mental, numa espécie de nova “onda” de contratações similar à produzida nos anos 1970 pelas resoluções do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) [...] o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem trazer uma abertura muito grande para a atuação do Serviço Social em Saúde Mental, devido à formação social e política dos assistentes sociais (BISNETO, 2007, p. 37).

De acordo com o autor (BISNETO, 2007, p. 39), “apesar das conquistas, precisamos continuar criticando os aspectos do neoliberalismo, do privatismo, da ênfase apenas medicamentosa, da predominância da orientação exclusivamente clínica, dentre outros”. Deveras, a entrada dos profissionais Assistentes Sociais na Saúde Mental foi estabelecida pela criação de equipes multidisciplinares no atendimento psiquiátrico, porém essas equipes não se constituíram, apenas, porque o Serviço Social seria uma nova forma de encaminhar o problema da loucura, como caracteriza Bisneto.

Entretanto, como já exposto no capítulo anterior, o Serviço Social deveria atuar como

“apaziguador” das “questões sociais” emergentes na área manicomial e como barateador dos custos de assistência em geral (*Ibidem*). Todavia, de acordo com Bisneto (2007, p. 52), o/a assistente social em Saúde Mental,

[...] trabalha de forma pluralista quando usa as explicações do marxismo para entender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania aos portadores de sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental. Os médicos psiquiatras mais progressistas também tendem a aceitar o ponto de vista do Serviço Social crítico para explicar a exclusão social, mas dificilmente admitem as contribuições do marxismo para explicar a loucura ou para atuar na assistência psiquiátrica.

A propósito da questão supracitada, pode-se recapitular que a prática do Serviço Social em estabelecimentos psiquiátricos, no Brasil, passou por três momentos, segundo Bisneto (2007): a) a partir de 1946, os poucos assistentes sociais (com modelos iniciais higienistas, caritativos, clínicos e após práticas funcionalistas e das várias psicologias) atuavam principalmente em manicômios estatais; b) a partir dos anos 1970, os assistentes sociais passaram a atuar também nos estabelecimentos psiquiátricos privados e filantrópicos conveniados; c) a partir dos anos 1990, trabalhando nos mesmos estabelecimentos citados anteriormente, porém nesse momento conveniados ao SUS; acrescentaram-se a esses locais de trabalho programas municipais e estaduais de Saúde Mental e os serviços substitutivos.

O objeto da prática do/a assistente social nos estabelecimentos psiquiátricos reformados e serviços alternativos é a ressocialização dos usuários, o que “exige uma formação profissional com forte base em Saúde Mental, em estudos psicológicos e processos psicossociais dentro do contexto e objetivos do Serviço Social” (BISNETO, 2007, p. 59).

Contudo, o Serviço Social brasileiro tem uma pobre contribuição metodológica no campo da Saúde Mental onde uma das causas pode ser explicada pela entrada tardia de um número maior de profissionais neste campo de atuação. Em suma, o/a assistente social do Movimento da Reforma Psiquiátrica não pode ser neutro e nem prático, mas sim, combativo, crítico e questionador, para que consiga exercer da melhor forma a sua função em defesa dos direitos dos/as usuários/as dos serviços substitutivos.

Não faz parte do perfil profissional do/a assistente social deixar-se vencer pelos retrocessos que estão acontecendo, cada vez com mais frequência, na política de Saúde Mental os quais têm resultado no fortalecimento e na mercantilização da loucura. O profissional em referência deve continuar lutando pela acessibilidade dos usuários/as – dos

Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad) –, aos direitos sociais dos serviços substitutivos, onde o alvo mais persistente da higienização na contemporaneidade é o dependente químico.

Em uma primeira análise, o aumento de consumo de psicoativos, segundo Brites (2017), torna-se uma grande justificativa para intensificar o rigor do ideário proibicionista, transformando-o numa ideologia de guerra às drogas. Porém, do ponto de vista da autora, orquestrado pelos EUA, o proibicionismo, como ideologia dominante, não foi capaz de reduzir a procura por psicoativos, ao contrário, gerou o mercado ilícito altamente rentável do ponto de vista financeiro, alimentando, por outro lado, uma rede de criminalidade, corrupção e violências, que oferece legitimidade à ação armada e repressiva do Estado.

Diante do exposto, o consumo de psicoativos – considerado unicamente como desvio moral, doença e/ou como crime –, tem produzido os dependentes químicos que são considerados como sujeitos apartados da sociedade – pela lógica do preconceito – e detentores do estigma, neles depositado, têm a sua imagem associada ao de pessoas desviantes, sem direitos, cidadania e/ou sem dignidade, pelo simples fato de serem usuários de álcool e outras drogas. Por isso, a importância conferida ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de Serviço Social, dentro dos CAPSad's, na busca pela humanização e reintegração social de tais indivíduos.

Na abordagem do CAPSad, trabalha-se com a lógica de Redução de Danos para a intervenção, no uso abusivo em álcool e outras drogas. É através dessa abordagem que se consegue obter algum avanço positivo, para o enfrentamento da dependência química. Porém, sem políticas públicas eficientes, não se pode combater uma rede de criminalidades e violências associadas ao mercado ilícito de substâncias psicoativas.

Cabe ao Estado parar de abordar o uso de drogas como um assunto apenas criminal e começar a assumir sua responsabilidade na assistência à essa doença epidemiológica, urgentemente, pois o uso de psicoativos se espalhou de uma forma alarmante, em nossa sociedade, acometendo pessoas de todas as idades e fortalecendo a mortalidade de nosso povo, notadamente, pelo “aumento no número de homicídios praticados por agentes do Estado” (BRITES, 2017).

Pode-se comprovar, que há mais jovens negros/pardos nos presídios do que em liberdade. O proibicionismo e a guerra às drogas são formas da mais completa falta de responsabilidade do Estado com a população. É uma verdade inquestionável que a sociedade necessita de ser cuidada e o Estado deve ter essa questão do cuidado encarada do modo mais efetivo possível. Para isso, o Estado precisa assumir soluções através de investimentos em

políticas públicas de assistência eficientes para combater essa problemática do uso abusivo de drogas e sua comercialização, evidenciados, dia após dia, pela mídia, em todos os meios de comunicação. Brites (2017, p. 116) acrescenta outros aspectos negativos que convivem com o uso de drogas:

Criminalidade e violência que expressam o caráter desumano e bárbaro da sociabilidade burguesa e, ao mesmo tempo, legitimam intervenções conservadoras e de exceção que respondem às necessidades de acumulação capitalista, especialmente, em contextos de crises estruturais como a que vivemos, como as indústrias armamentista, da guerra e da segurança privada, fundadas na cultura do medo e da insegurança.

Certamente, a desigualdade social não pode ser normalizada. A “necropolítica”²⁷ não pode ser a solução dos problemas que o Estado tem o dever de sanar, respeitando os direitos humanos, cuidando do seu povo, ao contrário do papel que vem exercendo – de exterminador de determinados grupos de pessoas com objetivos de ordem e opressão aos diferentes –, preservando, inclusive, o pensamento higienista.

Conforme citado, embora as origens históricas da Redução de Danos sejam datadas dos anos 1920, na Inglaterra, pelo Comitê Rolleston, tais estratégias de abordagem para tratamento aos usuários de substâncias psicoativas não foram bem aceitas. Sabe-se que a RD é a forma mais adequada para buscar ajudar aos dependentes químicos, conduzindo-os a levarem uma vida mais proveitosa e participativa, na sociedade em que vivem.

Em um breve apanhado histórico, a Redução de Danos surge como alternativa de combate à emergência do HIV/Aids, como forma estreitamente vinculada às ações de saúde dirigidas às/aos usuárias/os de psicoativos injetáveis, que teve as primeiras experiências na Holanda, em 1984 (BRITES, 2017). Porém, no Brasil, de acordo com Brites (2017), a primeira experiência de RD para prevenção do HIV/Aids ocorreu entre os usuários de cocaína injetável, por iniciativa do governo municipal da cidade de Santos-SP, em 1989. Tal experiência ocorreu porque o médico sanitário Fabio Mesquita, então coordenador municipal do Programa de DST/Aids de Santos, diante dos altos índices de contaminação entre usuários/as de cocaína injetável daquele município, na busca do cuidado à população de sua cidade,

²⁷ A origem do termo parte da obra do filósofo, teórico político, historiador e intelectual camaronês Achille Mbembe. O termo “necropolítica” se baseia no questionamento se o Estado possui ou não “licença pra matar” em prol de um discurso de ordem. Os Estados modernos adotam em suas estruturas internas o uso da força, em dadas ocasiões, como uma política de segurança para suas populações. Ocorre que, por vezes, os discursos utilizados para validar essas políticas de segurança podem acabar reforçando alguns estereótipos, segregações, inimizades até mesmo extermínio de determinados grupos.

[...] lança o I Seminário Santista sobre Aids, ainda em 1989, a implantação do programa de troca de agulhas de seringas entre as/os usuárias/os injetáveis como medida de saúde para controle da epidemia. O Ministério Público de São Paulo, através de alguns promotores residentes da cidade de Santos, aciona, cível e criminalmente, os responsáveis pelo programa e a prefeitura, alegando crime pelo incentivo ao uso de “drogas”, com base na Lei n. 6.368/76 que, naquele contexto,

Ainda em consonância com Brites (2017), em virtude dos posicionamentos do MP, contra as iniciativas da Redução de Danos no Brasil, a mídia e as autoridades policiais, jurídicas e médicas desqualificaram duramente as estratégias de RD, apesar das experiências internacionais registrarem bons resultados dos PTS no controle da epidemia.

Em vista disso, tal oposição mostra sua face discriminatória e moralista, que nem sempre é explícita, porém existe até os dias de hoje, através do discurso de que “o dinheiro público não deveria ser gasto com pessoas que, por livre decisão, optavam pelo consumo de psicoativos. Ouseja, [...] não deveria ser gasto com pessoas que queriam morrer” (*Ibidem*, p. 151). Reafirmando o pensamento neoliberal²⁸, tem-se o financiamento das estratégias de Redução de Danos associado ao desperdício de dinheiro público. Consequentemente, o Estado se abstém da responsabilidade de exercer, em relação ao indivíduo, o direito à saúde e à cidadania.

Mesmo em meio a tantos impedimentos, surge o Centro de Convivência É de Lei, o primeiro voltado para usuários/as de psicoativos, criado no Brasil. Segundo Brites (2017), seu objetivo principal era propiciar um local alternativo de interação social para os dependentes químicos. O trabalho de Redução de Danos desenvolvido entre 1998 e 2003, nesse Centro, segundo Brites (*Ibidem*, p. 155), foi monitorado e avaliado pelo Ministério da Saúde e, mesmo em meio às dificuldades, era possível “identificar que as atividades e as abordagens de Redução de Danos contribuíam para a melhoria nas condições de vida e saúde dos usuários que eram atendidos nos diferentes projetos”, dos PRDs.

Em meados da década de 1990, vários Programas de Redução de Danos (PRD) foram implantados em diversas cidades do Brasil. Contudo, os PRDs brasileiros eram desenvolvidos por ONGs “e tinha[m] como principal fonte de financiamento os recursos advindos do acordo de empréstimo do Ministério de Saúde com o Banco Mundial” (MASSARD e BASTOS, 2005 apud, BRITES, 2017, p. 155).

Em síntese, as Conferências, mais uma vez, fazem sua parte e dão o êxito à luta. Nesse

²⁸ A teoria neoliberal surge para opor-se à teoria keynesiana de bem-estar social e propõe uma nova leitura da parte econômica do liberalismo clássico, tendo como base uma visão econômica conservadora que pretende diminuir ao máximo a participação do Estado na economia

contexto, as Conferências Internacionais de Redução de Danos fortaleceram a causa e cumpriram “um papel fundamental na divulgação, no fortalecimento, na cooperação técnica e na politização do debate sobre Redução de Danos no Brasil e em vários outros países” (BRITES, 2017), bem como o alcançado pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental na luta antimanicomial. Por ser um excelente palco de reivindicações de direitos e melhorias, as Conferências não podem deixar de serem feitas, com interesses diversos.

Após longos anos de enfrentamento, luta e desarticulação dos Programas de Redução de Danos, ferrenhamente boicotados, “a partir de 2003, a RD é incorporada oficialmente como medida de saúde pública pelo Ministério da Saúde, que passa a regulamentar sua incorporação nos dispositivos de Saúde Mental e na Atenção Básica” no Brasil por meio das portarias: Portaria GM/MS 2.197, de 14 de outubro de 2004 e Portaria GM/MS 1.028, de 1º de julho de 2005 (BRITES, 2017). De acordo com Brites (2017, pp. 161-162),

Com o aumento expressivo do consumo do crack, a exploração sensacionalista da mídia patronal sobre a existência de uma epidemia do consumo dessa substância e interesses privados sobre determinados espaços urbanos mobilizam o governo federal que lança, em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (Pead 2009-2010), regulamentado pela Portaria do Ministério da Saúde 1.190, de 4 de junho de 2009. Em 2010, o governo federal institui, através do Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, “Plano *Crack*”.

Como se não fossem o bastante, a perseguição policial ostensiva e exterminadora, aos dependentes químicos; o pensamento conservador e a exclusão social da própria população, de acordo com Brites (2017), estimula a resistência de muitos profissionais da saúde, para reconhecer e adotar as estratégias de Redução de Danos, como tratamento.

Na atualidade, ainda acontece tal resistência às estratégias de Redução de Danos, por parte de alguns profissionais mais conservadores, dos serviços substitutivos, os quais insistem em tratar o dependente de psicoativos sob uma perspectiva estigmatizante, afirmando que só ocorre a cura do vício através da abstinência total. No entanto, não se pode mais reproduzir a ideologia do proibicionismo, tendo em vista o desrespeito causado aos princípios morais e éticos. Sob o mesmo ponto de vista, o/a profissional Assistente Social é o/a que mais contribui para a ampliação da cidadania e para a garantia de direitos, nos campos em que atua, em respeito ao código de ética da profissão.

Sendo o Serviço Social alicerçado em seu Código de Ética, “nos direitos fundamentais do homem e as exigências do bem-comum, princípios estes reconhecidos pela própria

filosofado Serviço Social”, tal Código de Ética preconiza, acerca dos deveres fundamentais da profissão:

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem os princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CFESS, 1993).

Em conformidade com o Código de Ética do Serviço Social, que, em seu Art. 5º, diz que ao Assistente Social cabe contribuir com posicionamento em favor da equidade e justiça social para que o máximo de pessoas se beneficiem deles, por meio da integração social – acesso aos programas e políticas sociais –, da mesma forma, tal profissional exerce essa premissa de seu Código de Ética em suas atividades exercidas nos CAPSAD, bem como, respeitando os princípios democráticos e viabilizando a justiça social.

Em 2013, a página do Observatório do Crack indicava a existência de 308 Caps AD, 59 Caps AD 24 horas, 800 leitos em enfermarias especializadas e 7.541 vagas em comunidades terapêuticas (BRITES, 2017, p. 163). Com esses dados, fica evidenciado a baixa cobertura da rede pública de atenção integral às/aos usuárias/os de psicoativos que, através da ideologia cruel do proibicionismo, passam a justificar a restrição de direitos, por meio de recolhimentos e internações involuntárias que ocorreram no mesmo ano, nas chamadas cracolândias, tanto em São Paulo como no Rio de Janeiro.

Atualmente, em pleno 2022, pode-se ver a contínua perseguição aos usuários de drogas, não aos traficantes e nem ao facilitador do uso (o Estado, que não age em prol de

políticas públicas para resolver essa epidemia de anos), sendo transmitida e explorada naturalmente pelamídia, na cracolândia de São Paulo.

Tendo em vista os aspectos observados, é imprescindível que todos se conscientizem deque não se pode adotar como critério de acesso a programas e serviços o caráter ilícito de algumas substâncias. Isso iria totalmente contra o Código de Ética do Serviço Social. Mesmo que alguns indivíduos cometam práticas sociais ilegais, não pode ser retirado da sua condição de sujeito de direitos, assim como, não se pode confundir a atuação profissional com a dos agentes repressores do Estado, como abordado anteriormente. O cuidado em liberdade, atravésde inserção social e garantia de direitos é o passo fundamental para uma sociedade detentora decondições dignas de sobrevivência.

Em virtude do que foi mencionado, conclui-se que, de acordo com Brites (2017), mediante as desigualdades de classe que contribuem para ampliar os danos sociais e de saúde associados ao consumo de psicoativos torna-se fator decisivo para que essa prática se transforme em objeto de preocupação e de intervenção da/o profissional que atua nas Políticas Sociais, sendo assim um tema relevante para a sociedade.

Em suma, as políticas públicas do Brasil para os usuários de álcool e outras drogas sãoinefcazes ou até inexistentes, tendo em vista que elas não atendem às necessidades reais dos/as usuários/as. Devido a isto, a população usuária de psicoativos vive à margem da sociedade, semperspectiva de futuro, no meio de sobrevivência e/ou condições de recomeçar a vida, em consequência da ausência de responsabilidade do Estado em não assumir a dependência química, como uma questão de saúde pública.

Em virtude dos compromissos éticos e morais, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) repudiou, em consonância dos direitos fundamentais do homem e com as exigências do bem-comum,

[...] todas as formas de intervenção arbitrária e violenta que “em nome da saúde e da segurança pública”, violam direitos humanos e a autonomia dos indivíduos sociais que, por motivações complexas, fazem uso de drogas hoje consideradas ilícitas (CFESS, 2012, p. 2).

Em suma, o posicionamento do Serviço Social, frente ao uso da internação compulsória,é de repúdio, pois a categoria em referência entende que essa prática é de violação de direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho pretendeu entender o Serviço Social ante a restrição de direitos aos usuários de álcool e outras drogas, no Brasil, a fim de analisar criticamente a política sobre drogas em nosso país, a partir do estudo teórico sobre o tema proposto, na análise de textos clássicos e atuais, pertinentes ao assunto, compreendendo livros, artigos científicos, dissertações, teses, sites institucionais e reportagem. Assim foi feita a construção desta monografia.

Para se atingir uma compreensão da restrição de direitos aos usuários de psicoativos, foram definidos três objetivos específicos. O primeiro foi identificar as falhas e incoerências no tratamento da pessoa, em uso abusivo de álcool e de outras drogas. Quanto a isso, identificou-se que o Estado busca tratar a dependência química como uma questão a ser judicializada. Em outras palavras, o Estado trata essa questão através de higienização social, opressão e encarceramento, dos usuários.

O segundo foi evidenciar a importância da atuação do Serviço Social na Saúde Mental, para que haja a garantia de direitos dessa minoria: os dependentes químicos. A análise permitiu concluir que o Serviço Social na Saúde Mental teve grande contribuição quanto à orientação aos sujeitos de seus direitos, quanto à luta em defesa da cidadania, assim como preconizado pelo seu código de ética.

E, por fim, em seu terceiro objetivo, o trabalho pretendeu expor alternativas mais pertinentes para amenizar a restrição de direitos destas pessoas, sendo um deles o direito de existir em comunidade. Tendo como resposta, o cuidar em liberdade e a redução de danos como formas eficazes de melhorias, que são obtidas através do sentimento de pertencimento à sociedade destes usuários, mediante tratamento em serviços substitutivos como o CAPS AD.

Com isso, a hipótese do trabalho de que a reintegração social e a redução de danos são as formas mais adequadas a se combater a perda de direitos e o vício em substâncias psicoativas, é confirmada quando observamos que o cuidado em liberdade propicia a garantia ao direito de cidadania. Contudo, é o/a profissional Assistente Social que viabiliza direitos, como é o caso da reinserção social; e a sua atuação é um importante mecanismo por meio do qual são alcançados resultados satisfatórios, na vida desses cidadãos/ãs de direitos.

Sendo assim, a presente monografia evidencia que não há apenas três opções de

resolução e/ou destino para os usuários de psicoativos: enclausurados em Comunidades Terapêuticas, encarcerados em presídios, ou mortos, por intermédio de um governo manicomial, segregador e higienista. Em posse de seus direitos, eles podem ser reintegrados à sociedade, resgatando sua autonomia e, assim, reconstruindo suas vidas a partir do controle de seus vícios.

Diante de todo exposto, conclui-se que não há como abordar a restrição de direitos aos usuários de álcool e de outras drogas, sem associá-los diretamente à viabilização de direitos promovidos pelo Serviço Social. Como bem retratado na historicidade do tema, a união entre profissionais e usuários dos serviços possibilitou a mudança de cenário, diante das situações análogas à animalização, vivenciadas pelas pessoas que possuem comportamentos desviantes socialmente.

Além disso, o CRESS/CFESS (2011) fala que se faz necessário reafirmar que a atenção aos/às usuários/as de drogas, pela política de saúde, necessita estar fundamentada na defesa dos direitos humanos e nos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Não é possível, seguindo esse contexto, aceitar a internação involuntária e/ou compulsória como a principal estratégia para o enfrentamento do crescimento do uso e abuso de drogas, lícitas e ilícitas.

Por fim, nota-se que as políticas públicas do Brasil, para os usuários de álcool e outras drogas, são ineficazes ou até inexistentes, tendo em vista que elas não atendem às necessidades reais dos/as usuários/as, bem como, porque não há o reconhecimento desses indivíduos como sujeitos de direitos, capazes de participar como protagonistas da vida social. Nessa conjuntura, observa-se que o reconhecimento e a participação fazem parte dos princípios ético-políticos contidos no Código de Ética do/a Assistente Social (CFESS, 2011).

O estudo para a construção deste trabalho demonstrou também que há pouca literatura que associa o Serviço Social exclusivamente à dependência química. Nota-se que há muita mais literatura que envolve o Serviço Social e a Saúde Mental, ou seja, a estudos relacionados às pessoas portadoras de transtornos mentais.

Em nosso país, a população usuária de psicoativos vive à margem da sociedade, sem perspectiva de futuro, meio de sobrevivência e/ou condições de recomeçar a vida. E isso é culpa do Estado, que não assume sua responsabilidade com estas pessoas, a partir do momento em que deixa de ver o problema da dependência química como uma questão de saúde pública.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ARAÚJO, F. H. M. et. al. **Tráfico de drogas: razões fático-jurídicas de sua hediondez**. In: Rev. Consultor Jurídico, São Paulo, 30 jul. 2016. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/dl/artigo-traffic-drogas-hediondez.pdf>>. Acesso em 18 fev 2019.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BIRMAN, J. A cidade tresloucada. In: BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1992. P. 71-90.

BIRMAN, J. & COSTA, J. F. **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária**. In: Amarante, P. (org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p-41-72.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BITTENCOURT, Wastony Aguiar. **A Constituição de 1988: Democracia e Política**. Revista Jus Navigandi, mar 2017. Disponível em: < <https://jus.com.br/artigos/56301/a-constituicao-de-1988-democracia-e-politica> >. Acesso em 18 fev 2019

BRASIL, 1890. **Código Penal de 1890**. Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm > Acesso em 18 fev 2019

BRASIL, 1998. Senado Federal. **Projeto de extinção dos manicômios é aprovado em primeira votação**. Agência Senado: 15 dez 1998. Disponível em: <

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/1998/12/15/projeto-de-extincao-dos-manicomios-e-aprovado-em-primeira-votacao> >

BRASIL, 1940. **Código Penal de 1940**. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm > Acesso em 18 fev 2019.

BRASIL, 1980. **Câmara dos Deputados. Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980**. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html> > Acesso em 18 jan 2019.

BRASIL, 1988. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm > Acesso em 18 jan 2019.

BRASIL, 2002. Curso de Especialização em Linhas de Cuidados de Enfermagem: Atenção Psicossocial. **Módulo 7: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Unidade 1: Rede de Atenção Psicossocial: Objetivos, componentes e pontos de atenção**. Disponível em: < <https://unasus2.moodle.ufsc.br/> > Acesso em 13 jan 2019.

BRASIL, 2004. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, 2005. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf > Acesso em 23 mar 2019.

BRASIL, 2008. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura: apostila de monitoria** / Ministério da Saúde,

Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Disponível:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf > Acesso em 23 mar 2022

BRASIL, 2011. Senado Federal. Secretaria de Comunicação Social do Senado federal. **História do combate às drogas no Brasil**. In: Jornal em Discussão, Brasília, 2011. Disponível: < <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas/historia-do-combate-as-drogas-no-brasil.aspx> > Acesso em 23 dez 2019.

BRASIL, 2012. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social.

BRASIL, 2013. **Memória da Loucura. A Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível: < <http://www.ccms.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/raps.html> > Acesso em 15 jan 2022.

BRASIL, 2017. Diário Oficial da União. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017**. Disponível em: < https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090 > Acesso em 15 jan 2022.

BRASIL, 2019a. **Reforma Sanitária. Pense SUS**. In: Fiocruz. 2019a. Disponível em: < <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria#:~:text=A%20express%C3%A3o%20foi%20usada%20para,condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20vida%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o.> > Acesso em 23 mar 2020.

BRASIL, 2019b. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Política sobre Drogas: A política nacional sobre drogas**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2019b. Disponível em: < <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/politicas-sobre-drogas> > Acesso em 23 mar 2020.

BRASIL, 2019c. FIOCRUZ. Reforma Sanitária. Disponível em: < <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria#:~:text=A%20express%C3%A3o%20foi%20usada%20para,condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20vida%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o.> > Acesso em 23 mar 2020.

BRASIL, 2019d. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019 de 4 de fevereiro de 2019. Disponível em: < <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> >. Acesso em 23 mar 2020.

BRASIL, 2019e. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto presidencial 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a política nacional sobre drogas. 2019g. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm> Acesso em: 20 jun. 2019. » http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>

BRASIL, 2022. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial CAPS**. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps#:~:text=Os%20Caps%20se%20constituem%20nas,pelo%20menos%2015%20mil%20habitantes> >. Acesso em 15 jul 2022.

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

CABETTE FÁBIO, André. **O que Bolsonaro alterou na Política Nacional sobre Drogas**. In Nexo Jornal, 22 abr 2019. Disponível em: < <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2019/04/17/O-que-Bolsonaro-alterou-na-Politica-Nacional-sobre-Drogas> > Acesso em 23 ago 2020.

CARNEIRO, Ueslei S. S. **Eles venceram e o sinal está fechado para nós que somos jovens: caminhos de resistência da reforma psiquiátrica brasileira em defesa do modelo de atenção psicossocial, por uma sociedade do bem comum e sem manicômios**. 2018. 85 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia Residência Multiprofissional em Saúde Mental) -IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2018.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CICONELLO, Alexandre. **Os corpos matáveis de uma sociedade**. Entrevista especial com Alexandre Ciconello. Por Leslie Chaves e João Vitor Santos. Instituto Humanitas Unisinos. 18 fev 2016. Disponível em: < <https://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/550860-os-corpos->

mataveis-de-uma-sociedade-entrevista-especial-com-alexandre-ciconello > Acesso em 12 fev 2021.

CIRILO, Livia Sales. **Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e Cidadania no Discurso de Usuários e Familiares.** Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Para CFP, comunidades terapêuticas não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde.** 21 jun 2017. Disponível em: < <https://site.cfp.org.br/cfp-apoia-retirada-das-comunidades-terapeuticas-como-estabelecimentos-de-saude/> > Acesso em 13 jun 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CFESS MANIFESTA. Dia Internacional de Combate às Drogas: Violência e Autoritarismo do Estado Não Resolve.** Brasília: CFESS, 26 jun 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **CFESS MANIFESTA. Dia Mundial da Saúde Mental.** Brasília, 10 out 2011. Gestão Tempo de Luta e Resistência. Texto: Somos Sujeitos de Direito. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011_saudental_SITE.pdf > Acesso em 15 jul 2022.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em 14 de fev 2021.

DANTAS, Rhael Vasconcelos. **Criminalização das Drogas no Brasil: evolução legislativa, resultados e políticas alternativas** (2017). Disponível em: < bdm.unb.br/bitstream/10483/16947/1/2017_RhaelVasconcelosDantas_tcc.pdf. > Acesso em 23 set 2019.

DELGADO, Pedro G. G. **As mudanças na política de saúde mental.** Entrevista do mês de jul. 2019. Entrevistadoras: Inês Costal e Patrícia Conceição. Salvador: Observatório de análise política em saúde, 2019. Disponível em:

<<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/entrevista-do-mes-de-julho-pedro-delgado/>>. Acesso em 25 ago 2021.

FARIAS, I. **Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial: Conceitos, Organizações e Prática Política**. São Paulo: s. e., 1993.

FERREIRA, Aldelayne Severo da Silva. **O uso da internação compulsória no enfrentamento às drogas na atualidade: uma reflexão acerca de sua legitimidade e do posicionamento do Serviço Social frente a essa questão**. Maceió, 2013. (Monografia de graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Alagoas.

FOUCAULT, Michel. **A História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1972.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. **A política antidrogas brasileira: velhos dilemas**. In Revista Psicologia & Sociedade, volume 20, p, 267-276, 2008. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a14v20n2.pdf > Acesso em 18 de ago de 2019.

GEHRING, Marcos Roberto. **O Brasil no contexto dos acordos e políticas internacionais para o combate às drogas: das origens à atualidade**. Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília. Ano 2012 – Edição 10 – dezembro/2012, ISSN 1983-2192. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/view/2655> > Acesso em 18 de ago de 2019.

GEHRING, Marcos Roberto. **Drogas, violência e políticas sociais: estudo de uma comunidade terapêutica**. 2014. 161 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/88825>>.

GRIGOLOS, Tânia Maris; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. **Políticas de saúde mental e direitos humanos**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 1988.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 1998.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Report of the International Narcotics Control Board for 2011.** New York: United Nations, 2011. Disponível em: < https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/INCB/INCB%202011/2011_INCB_ANNUAL_REPORT_portuguese_References_to_Brazil_PDF.pdf >. Acesso em 18 de fev de 2019.

JANSEN, Ney. Drogas, **Imperialismo e Lutas de Classes.** Revista Urutágua: Revista Acadêmica Multidisciplinar, Maringa, 12, abr/mai/jun/jul de 2007. Acesso em 18 de jun de 2022.

LIMA, Rossano Cabral. **O avanço na contrarreforma Psiquiátrica no Brasil.** In: Revista Physis, Revista de Saúde Coletiva. v. 29, n.1. 2019 Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/physis/article/view/43077/29675> > Acesso em 18 de ago de 2020.

LIMA, Sandra Barros. O Serviço Social nos centros de atenção psicossocial no agreste e sertão alagoano sob a ótica dos usuários. Maceió: [s.e], 2013. Monografia: Universidade Federal de Alagoas.

LOPES, Janaina O. CAVALCANTE, Lanielle. **A Política de Redução de Danos: uma nova perspectiva governamental da prevenção e do uso controlado de drogas?** Maceió: UFAL, 2013 Monografia: Universidade Federal de Alagoas.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte.** 1 ed. São Paulo: 2018.

MOURA, Heline Caroline Eloi; SILVA, Gabriela de Almeida. **AS TRANSFORMAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: uma reflexão acerca dos desafios contemporâneos.** VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, ago 2015, Universidade Federal do Maranhão. Disponível em: < www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/as-transformacoes-socio-historicas-da-politica-de-saude-mental-no-brasil-uma-reflexao-acerca-dos-desafios-contemporaneos.pdf > Acesso em 23 out 2019.

PAES, Paulo Cesar Duarte. **Ensino e Aprendizagem na Prática de Redução de Danos**. São Carlos: UFSC, 2006.

PEDRINHA, Roberta Duboc. **Notas sobre a política criminal de drogas no Brasil: elementos para uma reflexão crítica**. In: CONPEDI (Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Direito), Salvador-BA, 2008. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta_duboc_pedrinha.pdf > Acesso em 23 jan 2019.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil**. In: Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

RODRIGUES, Thiago M. S. **A infundável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente**. São Paulo Perspectiva, 2002, vol.16, n.2, pp. 102-111. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v16n2/12116.pdf> > Acesso em 12 ago 2019.

ROTELLI, Franco. **Desinstitucionalização, uma outra via**. In: NICÁCIO, M. F. (Org). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

SENAD. **Prevenção do uso indevido de drogas**. Curso de capacitação para conselheiros municipais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

SILVA, M. **Psychiatric Social Work**. Rio de Janeiro, [s.e], 1991.

SILVA, Danielle Marinho Barros da; SILVA, Amanda Alves da. **A reforma psiquiátrica e o trabalho do assistente social. Universidade federal do maranhão programa de pós-graduação em políticas públicas. III Jornada Internacional de Políticas Públicas Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI**. 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoB/638db7c72773369e3639DANIELLE%20MARINHO_AMANDA%20SILVA.pdf > Acesso em 15 jul 2022.

SILVA, P. L. et. al. **Serviço Social e o processo de fortalecimento da cidadania do usuário portador de transtornos mentais em Maceió**. Maceió, 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Serviço Social) Universidade Federal de Alagoas.

SILVA, Antônio Fernando de Lima Moreira da. **Histórico das drogas na legislação brasileira e nas convenções internacionais**. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 2934, 14 jul. 2011. Disponível em: < <https://jus.com.br/artigos/19551> >. Acesso em 21 de fev 2019.

VIEGAS-LEE, Camila. **FHC diz que mudou de opinião sobre drogas desde o fim de seu governo**. In BBC Brasil, 2 jun 2011. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/06/110602_drogas_fhc_ny_cv1 > Acesso em 01 fev 2020.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; BISNETO, José Augusto. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.