

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL  
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO  
MESTRADO EM DIREITO PÚBLICO

LAURA FERNANDES DA SILVA

**PARADOXO DO CUIDADO: SEGREGAÇÃO E CONTROLE INSTITUCIONAL DE  
PESSOAS USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REGIÃO  
METROPOLITANA DE MACEIÓ**

Maceió

2022

LAURA FERNANDES DA SILVA

**PARADOXO DO CUIDADO: SEGREGAÇÃO E CONTROLE  
INSTITUCIONAL DE PESSOAS USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA  
REGIÃO METROPOLITANA DE MACEIÓ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Direito Público.

Orientador: Prof. Dr. Hugo Leonardo Rodrigues Santos

Maceió

2022

**Catálogo na Fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S586p Silva, Laura Fernandes da.  
Paradoxo do cuidado : segregação e controle institucional de pessoas usuárias de álcool e outras drogas na região metropolitana de Maceió / Laura Fernandes da Silva. – 2022.  
163 f. : il.

Orientador: Hugo Leonardo Rodrigues Santos.  
Dissertação (mestrado em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito de Alagoas. Programa de Pós-Graduação em Direito. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 147-157.  
Anexos: f. 158-163.

1. Políticas públicas sobre drogas - Maceió (AL). 2. Dano (Direito). 3. Abstinência de álcool. Drogas - Abstinência. 4. Sujeição criminal. 5. Transencarceramento. I. Título.

CDU: 343.976

Para Fran,

que me honrou ao partilhar um pouco da sua história de vida comigo durante o campo. Aos 35 anos, depois de percorrer caminhos espinhosos, permeados por muitos tipos de violência, mas também por muitas flores que ela insistiu em plantar, Fran se foi. Naquele momento, eu fazia as últimas atividades de campo. A sua partida afetou-me sobremaneira, não apenas pelo afeto que nutri por ela e por sua teimosia em sonhar com dias melhores, mesmo em condições adversas, mas também porque a sua história é um farol que me ajudou a compreender muitos dos aspectos que exponho neste trabalho.

Por que as coisas nos parecem sempre belas quando protegidas pela distância? O castelo com suas torres brancas, com seus loucos passeando numa outra língua... Vista naquelas lonjuras, até a sinistra *stultifera navis* não chega a ter um certo encanto? A ambiguidade dos prisioneiros acorrentados a um barco completamente livre. No mar livre.

Lygia Fagundes Telles

## AGRADECIMENTOS

O caminho até aqui foi longo e desafiador, mas, felizmente, eu nunca estive sozinha. Por isso, tenho muito a agradecer.

Primeiramente, agradeço a Deus e à minha Mãe Maria, pela proteção e sustento ao longo de toda a minha vida e, especialmente, durante o mestrado.

Ao meu amor, Lucas, sem o apoio do qual eu sequer teria participado da seleção do mestrado, agradeço pela compreensão e incentivo aos meus projetos, que também são seus.

Aos meus pais, Luzia e José Juvêncio, pelos incontáveis esforços que sempre fizeram para proporcionar as melhores condições possíveis aos seus filhos e por respeitarem as nossas escolhas de vida. Ao meu irmão amado, João, agradeço pelo afeto, respeito e por me inspirar a enxergar sempre o melhor nas pessoas. Em nome deles, agradeço a todas as pessoas da nossa família que se alegram comigo a cada passo que dou em busca dos meus sonhos.

Ao meu orientador e amigo, Hugo Leonardo, por me encorajar, acreditar nas minhas ideias e por todo zelo em cada orientação. Muito obrigada pela sua generosidade e por acolher com tanto respeito as minhas inseguranças! Admiro e me inspiro no grande ser humano que você é.

À Professora Elaine Pimentel e ao Professor Alberto Jorge, agradeço por todo conhecimento compartilhado desde a minha graduação, por terem acolhido o convite para compor a banca examinadora e pelas valiosas contribuições que deram a este trabalho durante a banca de qualificação. Agradeço, ainda, pelo cuidado na avaliação final, em cuja banca também estava presente o Professor Fernando de Jesus Rodrigues, a quem estendo a minha gratidão. É maravilhoso ter a oportunidade de aprender com vocês.

Agradeço à UFAL, universidade pública, gratuita e de qualidade que transforma vidas através do conhecimento. Agradeço, em especial, a todos os profissionais que compõem a Faculdade de Direito de Alagoas. A dedicação de vocês é essencial para a manutenção da qualidade da nossa amada FDA.

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Alagoas, pela concessão da licença que me permitiu realizar o estudo. Sou muito grata por trabalhar em uma instituição em que a pesquisa é valorizada e incentivada.

Aos amigos e amigas que caminharam comigo durante o mestrado, pelas muitas partilhas de risos e lágrimas ao longo da estrada, marcada fortemente pelas tristezas e traumas provocados ou potencializados pela pandemia de covid-19. A Bia, agradeço pela rede afetiva que tecemos desde aquela primeira ligação, na qual expusemos as nossas vulnerabilidades diante das incertezas do caminho. Naquele momento, eu já percebi que estava bem acompanhada. Com o coração cheio de admiração e carinho, agradeço também aos demais amigos queridos da Linha 4, Marcelo, Jorge, Sam e Luiz, e aos amigos das demais linhas, aqui representados por Susana, que é toda sensibilidade, e por Marçal, nosso anfitrião, que foi muito importante para a integração da nossa turma. Vocês tornaram a caminhada possível e mais leve. Muito, muito obrigada!

Às amigas Nath Wanderley, que tem sempre um abraço quentinho e muita disposição para servir, e Graci Dantas, grande parceira de orientação, com quem tenho partilhado muitas alegrias e angústias. Obrigada, amigas queridas, pelas trocas, pelos nossos cafés que viram almoço-quase-janta e pelo nosso laço, construído organicamente, com muita leveza, respeito e admiração.

Ao amigo querido que ganhei no NTI, Donizetti, com o qual aprendo muito sobre a vida. Obrigada pelo seu apoio também nesta fase, meu amigo!

Aos amigos e amigas do Grupo de Pesquisa Biopolítica e Processo Penal, pelas sempre ricas reflexões e momentos de alegria partilhados a cada encontro.

Ao querido Fernando, agradeço pela generosidade em compartilhar comigo a sua vasta experiência como grande pesquisador que é, mas, sobretudo, pelo seu exemplo de coerência e coragem. Agradeço também a Afrânio, Rodrigo e Ari, grandes parceiros de caminhada que ganhei este ano junto com as crianças, que fazem dos nossos sábados dias mais potentes e coloridos.

Às instituições públicas e privadas que me abriram as portas durante a pesquisa e aos respectivos profissionais que nelas atuam e com os quais mantive contato, agradeço pelo apoio crucial para a construção deste trabalho.

Às pessoas entrevistadas, que partilharam comigo muito das suas trajetórias afetivas e profissionais.

Às tantas outras pessoas com as quais tive contato durante a pesquisa: pacientes, pessoas acolhidas, pessoas em situação de rua, familiares, enfim, todas aquelas com as quais encontrei

pelo caminho e que me contaram sobre as suas histórias de amor, de dor, de perdas, de alegria...  
Muito obrigada!

## RESUMO

A prestação de assistência social e à saúde a pessoas usuárias de drogas é objeto de diversas demandas judiciais. Apesar disso, há poucos estudos no campo jurídico-criminológico a respeito do tema. Como um esforço para reduzir tal lacuna, nesta dissertação de mestrado analiso a atuação de instituições públicas e privadas de tratamento e acolhimento a esse público na região metropolitana de Maceió. Norteada pelo conceito de *transencarceramento*, busquei compreender se as práticas realizadas nos contextos estudados contribuem para a expansão da lógica carcerária, que envolve experiências punitivas e institucionalizantes e costuma atingir pessoas cujas subjetividades foram moldadas em processos de sujeição criminal. Para isso, realizei entrevistas etnográficas em três clínicas de internação involuntária e compulsória, cinco comunidades terapêuticas, um CAPS AD e em uma equipe do Consultório na Rua. Também entrevistei pessoas tuteladas em quatro unidades prisionais de Maceió que já passaram por tratamento em virtude do consumo de drogas. Esses caminhos viabilizaram o acesso a trajetórias afetivas e profissionais dos participantes, as quais perpassam o texto. Além disso, relatórios administrativos, instrumentos normativos e decisões judiciais serviram como fonte de pesquisa documental, o que me permitiu entender as diretrizes normativas e outros aspectos importantes dos serviços, como o seu financiamento. O estudo demonstrou que há protagonismo das entidades privadas em detrimento dos equipamentos públicos de saúde mental na região, o que costuma ser justificado pelas deficiências destes. Por outro lado, ficou evidente que as instituições privadas, majoritariamente mantidas pelo repasse de recursos públicos, também não conseguem contemplar a pluralidade de usuários e atuam sem suficiente fiscalização e controle estatal das suas práticas, o que amplia o espaço para arbitrariedades.

Palavras-chave: Política de Drogas; Redução de Danos; Abstinência; Sujeição Criminal; Transencarceramento.

## **ABSTRACT**

The provision of social and health assistance to drug users is the subject of several lawsuits. Despite this, there are few studies in the legal-criminological field on the subject. As an effort to reduce this gap, in this master's thesis I analyze the performance of public and private institutions for the treatment and reception of that public in the metropolitan region of Maceió. Guided by the concept of transcarceration, I sought to understand whether the practices carried out in the studied contexts contribute to the expansion of the prison logic, which involves punitive and institutionalizing experiences and usually affects people whose subjectivities were shaped in criminal subjection processes. For this, I carried out ethnographic interviews in three involuntary and compulsory hospitalization clinics, five therapeutic communities, a CAPS AD and in a team from the Street Clinic (Consultório na Rua). I also interviewed people under custody in four prisons in Maceió who had already been treated for drug use. These paths allowed accessing the affective and professional trajectories of the participants, which permeate the entire text. In addition, administrative reports, normative instruments and judicial decisions served as a source of documentary research, which allowed us to understand the normative guidelines and other important aspects of the services, such as their financing. The study showed that private entities play a leading role to the detriment of public mental health network in the region, which is usually justified by their shortcomings. On the other hand, it has been shown that private institutions, mostly maintained by the repass of public resources, are also unable to contemplate the plurality of users and act without sufficient state control of their practices, which expands the space for arbitrariness.

**Keywords:** Drug Policy; Harm Reduction; Abstinence; Criminal Subjection; Transcarceration.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. ASPECTOS SOCIAIS E JURÍDICO-PENAIIS DA ASSISTÊNCIA E CONTROLE DE USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL</b> .....	22
2.1. RECONHECENDO O TERRENO: NOTAS INICIAIS SOBRE A COMUNICAÇÃO INTERINSTITUCIONAL NA ASSISTÊNCIA E CONTROLE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REGIÃO METROPOLITANA DE MACEIÓ .....	22
2.2. QUEM OCUPA O PAPEL DE BANDIDO NO CAMPO DAS DROGAS E DE QUE MANEIRA ISSO OCORRE? UMA LEITURA SOCIOCRRIMINOLÓGICA A PARTIR DO CAMPO.....	28
2.3. A CONSTRUÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS TRAFICANTES DE DROGAS À LUZ DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E A SUA REPERCUSSÃO NO ACESSO À SAÚDE DE USUÁRIOS .....	43
<b>3. ENXUGANDO GELO: A ASSISTÊNCIA SOCIAL E À SAÚDE DE USUÁRIOS DE DROGAS NA REGIÃO METROPOLITANA DE MACEIÓ</b> .....	53
3.1. A ATUAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA .....	61
3.2. O CAPS AD EVERALDO MOREIRA .....	72
3.3. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	83
3.3.1. É preciso crer em um poder superior e manter a mente ocupada: o recurso à espiritualidade e ao trabalho e a sua repercussão na assistência aos usuários .....	87
3.3.2. O financiamento público de vagas em comunidades terapêuticas alagoanas .....	105
<b>4. ENTRE O REFÚGIO E O CASTIGO: MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE AS CLÍNICAS E AS INTERNAÇÕES OBRIGATÓRIAS</b> .....	109
4.1. “QUEM FERRE POR AMOR, MOSTRA LEALDADE”: RESGATE, INSTITUCIONALIZAÇÃO E O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO.....	113
4.2. DAS “CELAS DE CADEIA” ÀS CÁPSULAS DE DISCIPLINA: O CONTROLE DE CORPOS NAS INSTITUIÇÕES FECHADAS .....	120
4.3. A ASSISTÊNCIA JURÍDICA NOS CASOS DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO ESTADO DE ALAGOAS.....	128

4.3.1. A atuação da Defensoria Pública de Alagoas na Ação Civil Pública nº 0705484-67.2013.8.02.0001 .....	128
4.3.2. A construção de decisões sobre internações compulsórias no Tribunal de Justiça de Alagoas.....	134
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>143</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>158</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Algumas pessoas queridas me alertaram para a intensidade do mestrado e eu fui tentando me preparar para os desafios que enfrentaria pelos dois anos seguintes à publicação do resultado. Mas esta pesquisa foi construída no Brasil, durante a pandemia de covid-19. No dia 11 de março de 2020, semana seguinte à aula inaugural do curso de mestrado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o estado pandêmico. Os dilemas existenciais que circundam esse cenário, seguidos dos repetidos questionamentos sobre o sentido de continuar no mestrado - estando mergulhada em um mar de incertezas, sofrimentos, mortes e negacionismo e sem as trocas que a presencialidade proporciona - quase me fizeram desistir<sup>1</sup>.

Aos poucos, os vínculos com os colegas de turma foram se formando, apesar da virtualidade. Mas e a pesquisa? Como eu poderia estudar a assistência a usuários de drogas sem acessar as instituições que atuam nesse contexto, sem conversar pessoalmente com as pessoas envolvidas nas cenas de uso e/ou tratamento? Sim, era possível. Contudo, não fazia sentido para mim. Lembro de, chorando, ter comentado com o meu orientador que achava que não saberia pesquisar sem ir a campo. Mais à frente, como se verá, eu confirmei que olhar nos olhos, conversar, sentir o cheiro dos locais e das pessoas foi um divisor de águas no caminho. Entretanto, até então era inviável realizar visitas, inclusive para proteger a minha própria saúde. Diante disso, acompanhando a minha angústia e com a sinceridade e generosidade que lhe são próprias, o meu orientador me ajudou a pensar em outros caminhos possíveis e, finalmente, decidimos considerar as minhas visitas às instituições apenas como uma possibilidade secundária.

O projeto original, defendido perante a banca de seleção, previa a realização de observações em duas comunidades terapêuticas e em dois Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD) na região metropolitana de Maceió. Com a desistência das visitas, um novo desenho foi feito e a pesquisa passou a se centrar na análise documental de atos normativos ou administrativos, como editais de financiamento de vagas em comunidades terapêuticas e regimentos. Porém, mesmo após o início da coleta de documentos, a partir de estratégias metodológicas que serão explicadas adiante, eu continuava inquieta e insatisfeita. Era latente o desejo de me aproximar das miudezas da realidade local, sobretudo porque seguem em curso, nacionalmente, disputas políticas em torno das metodologias de assistência à saúde de usuários de drogas, principalmente aquelas tornadas ilícitas.

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi escrito em primeira pessoa para melhor expressar as minhas experiências ao longo do processo construtivo.

O tema do consumo de drogas possui nuances muito complexas e ocasiona debates em várias frentes da sociedade. Muitas são as resistências a visões que não se coadunam com a ideia de enfrentamento bélico do problema na realidade brasileira. Uma recente mostra disso foram os embates travados em torno da divulgação do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizado pela Fiocruz. O referido estudo negou que exista no Brasil uma epidemia de drogas ilícitas e demonstrou, dentre outras coisas, os grandes problemas em torno do consumo de álcool – o qual, embora seja lícito, pode ensejar o alcoolismo, que é uma grave questão de saúde pública<sup>2</sup>. O trabalho somente foi divulgado após a celebração de acordo entre a Fiocruz e o Ministério da Justiça, realizado na Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Pública Federal, órgão da Advocacia-Geral da União.

Como uma das decorrências dos embates políticos e da prevalência de visões interdicionistas no trato com as pessoas usuárias, que abrangem a priorização do isolamento dos usuários dos seus contextos socioculturais, está a edição do Decreto nº 9.761/2019, que aprovou a atual Política Nacional sobre Drogas. Muito interessa esse ato normativo, porque no seu texto não foram mencionadas as estratégias de redução de danos, que figuravam como oficiais e prioritárias na atenção aos usuários de substâncias psicoativas até então, embora tenham perdido protagonismo nos últimos anos. No seu lugar, a política de drogas reforçou o apoio a tratamentos baseados na abstinência, implementados no âmbito das comunidades terapêuticas e das clínicas de internação para dependentes químicos. Ambas são instituições de natureza privada e exigem a interrupção do consumo de drogas para que o tratamento temporário e em caráter residencial possa ser iniciado.

Diante desse contexto de mudança de paradigma, a presente dissertação foi desenvolvida com o objetivo de compreender como se articulam os mecanismos de assistência social e à saúde voltados para as pessoas usuárias de álcool e outras drogas na região metropolitana de Maceió. Dois questionamentos nortearam a investigação: esses mecanismos foram organizados para viabilizar tratamento adequado, a partir de abordagens que promovam a garantia dos direitos fundamentais do público atendido, conforme preconiza Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei de Reforma Psiquiátrica? Por outro lado, aplica-se a lógica proibicionista em relação aos consumidores de substâncias psicoativas, de modo a obstaculizar o seu acesso à saúde e fomentar práticas punitivas e criminalizadoras desses sujeitos?

---

<sup>2</sup> BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro *et al.* **III levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017, p. 126.

Ressalte-se que o alargamento da malha punitiva<sup>3</sup> pode ocorrer através de vias não declaradamente penais. Esse processo pode se dar por via médico-administrativa, por exemplo, através da articulação entre os saberes jurídico-psiquiátricos. Levando em consideração essa possibilidade, a presente pesquisa foi guiada pelo conceito de *transencarceramento*. Trata-se de um fenômeno que se perfaz através da retroalimentação do controle social de desviantes que possivelmente não seriam alcançados pelo sistema punitivo formal. Esse controle é reproduzido por atores e instituições que costumam se colocar como uma alternativa ao sistema punitivo formal, com foco na oferta de assistência ao público atendido<sup>4</sup>. Entretanto, a feição aparentemente desencarceradora é contestada, pois a expansão da lógica punitiva não ocorre apenas a partir da atuação dos equipamentos de repressão estatal, mas também outras estruturas podem contribuir para fortalecimento de um *estado de carcerização*, a exemplo de instituições de acolhimento e tratamento para usuários de drogas<sup>5</sup>. Elas atuam junto ao Estado e, muitas vezes, sobrepõem-se a ele na gestão e disciplinamento dos grupos acolhidos<sup>6</sup>.

Não desconsidero os problemas – por vezes, bastante graves - que podem ser ocasionados pelo abuso de drogas, tanto para o usuário quanto para as pessoas que estão no seu entorno. Tampouco entendo como prudente considerar que os profissionais que atuam nas unidades de atendimento são responsáveis pela totalidade do controle. Tal afirmação não é sustentável, porque os próprios usuários podem legitimar o disciplinamento que experimentam e reproduzir as estratégias de poder utilizadas para sua própria docilização<sup>7</sup> - o que ocorre, especialmente, quando prezam pela manutenção dos vínculos institucionais, por não possuírem outras alternativas que lhe amparem. O meu objetivo se coloca no sentido de compreender se os dispositivos da política de drogas são utilizados para justificar práticas de normalização social de grupos desviantes<sup>8</sup> e, em caso afirmativo, de que forma se dá essa atuação.

Assim, a partir do avanço da vacinação contra a covid-19 e a manutenção do meu desejo de conhecer os ambientes e serviços de atenção aos usuários, em acordo com o meu orientador, decidi retomar o desenho inicial de realizar o trabalho de campo. É que, em uma investigação sobre a assistência e controle de usuários de drogas que se propõe sociocriminológica e jurídica,

---

<sup>3</sup> COHEN, Stanley. The punitive city: notes on the dispersal of social control. *Contemporary crises*, vol. 3, p. 339-363, 1979, p. 347.

<sup>4</sup> LOWMAN, John; MENZIES, Robert J.; PALYS, T.S. (Org.). **Transcarceration**: essays in the sociology of social control. Aldershot, UK: Gower, 1987, p. 10-11.

<sup>5</sup> DE GIORGI, Alessandro. **Cinco teses sobre o encarceramento em massa**. Porto Alegre: Canal Ciências Criminais, 2017, p. 40.

<sup>6</sup> FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 258.

<sup>7</sup> ARRIGO, Bruce A. Transcarceration: a constitutive ethnography of mentally ill “offenders”. *The prison Journal*, vol. 81, n. 2, June, p. 162-186, 2001, p. 165.

<sup>8</sup> BECKER, Howard. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio, 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2019, p. 22.

conhecer as estratégias de acolhimento e tratamento voltadas para o referido público é essencial. Apesar disso, ainda há poucos trabalhos que se debruçam sobre a assistência a usuários de drogas a partir desses enfoques, sobretudo quando se trata da realidade alagoana. O Estado, no entanto, possui peculiaridades que precisam ser estudadas com muita cautela, a começar do fato de que as comunidades terapêuticas de Alagoas são as que mais recebem recursos oriundos da União para financiamento de vagas<sup>9</sup>.

Com esses pressupostos, iniciei as visitas. O primeiro lugar no qual compareci foi o CAPS AD Everaldo Moreira, localizado no bairro do Farol. É o único que funciona em regime de 24 horas na cidade de Maceió, além de possuir leitos e de fornecer alimentação aos usuários. Há outro CAPS AD em funcionamento na cidade, que é estadual, vinculado à Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. No entanto, como o referido equipamento possui um menor alcance, sobretudo por ofertar menos recursos aos usuários, como a impossibilidade de permanência por períodos mais longos, resolvi conhecer outro tipo de serviço, a fim de ampliar a percepção sobre a rede. Além disso, o referido equipamento não parece ser tão conhecido mesmo entre os profissionais com quem dialoguei, de modo que poucas vezes ouvi os meus interlocutores falarem sobre ele. Pelo contrário, alguns deles indicaram enfaticamente a existência de apenas um CAPS AD em Maceió, a exemplo de Josué, que, ao tempo da pesquisa de campo, trabalhava com pessoas usuários há dez anos e era assistente social de uma das comunidades que conheci. Nas poucas vezes que ouvi, as referências foram feitas por uma profissional do CAPS AD Everaldo Moreira e outra do Consultório na Rua, que são pessoas vinculadas diretamente à rede de saúde pública.

Diante dessas informações, optei por procurar um serviço que viabilizasse um contato maior com os usuários e outros estabelecimentos de assistência social à saúde, públicos ou privados. Foi a partir dessa pretensão que me aproximei de uma equipe do Consultório na Rua que atua em dois bairros periféricos de Maceió. O Consultório é um serviço de atenção básica à saúde voltado para a população em vulnerabilidade social, sobretudo aquela em situação de rua. Não se destina unicamente às demandas das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Contudo, dada a grande incidência de pessoas usuárias dentro da população-alvo do Consultório, acompanhar a equipe me conduziu a uma melhor compreensão acerca do público de interesse neste trabalho. Para acessar o CAPS AD e a equipe do Consultório na Rua, solicitei autorização da Secretaria Municipal de Saúde, através de processo administrativo.

---

<sup>9</sup> FIORE, Maurício *et al.* **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.** São Paulo: Conectas direitos humanos; CEBRAP, 2022, p. 21.

De outro lado, para ter acesso às comunidades terapêuticas, requeri à Superintendência de Políticas sobre Drogas do estado de Alagoas, vinculada à Secretaria de Estado de Prevenção à Violência – SEPREV, a lista das instituições cadastradas na Rede Acolhe<sup>10</sup> e que recebem financiamento estadual. Por *e-mail*, recebi uma lista contendo vinte e nove instituições que estavam vinculadas à Rede. A partir dela, iniciei as visitas àquelas unidades localizadas na região metropolitana de Maceió. Ao todo, visitei previamente sete comunidades terapêuticas, número bem superior ao previsto inicialmente. Na terceira seção, falarei mais detidamente sobre as instituições visitadas, mas aqui cabe destacar que a cada visita que eu finalizava, identificava especificidades que me fizeram decidir pela realização da pesquisa em todas as entidades, a fim de conseguir compreender melhor como elas funcionam, diante da pluralidade que já se mostrava evidente.

Todas as visitas iniciais foram feitas sem aviso prévio. Em apenas uma delas não me foi permitido ultrapassar o grande portão correção que dá acesso à ampla área da comunidade. Era uma manhã de sol ameno e, após eu ter me identificado na guarita, o porteiro ligou para a administração e o psicólogo que lhe atendeu falou que a equipe estava atarefada e não poderia interromper suas atividades para me receber. Voltei para casa um pouco frustrada, trazendo comigo o primeiro não e um número de telefone, por meio do qual agendei uma visita para a semana seguinte. No dia marcado, felizmente, fui bem recebida na comunidade.

A diversidade encontrada nas comunidades acolhedoras, bem como os relatos dos profissionais com os quais eu conversava, direcionaram-me às clínicas de internação involuntária ou compulsória. Diferente das comunidades, elas são estabelecimentos de saúde, e não apenas de acolhimento. Por isso, realizam internações, na maior parte das vezes contra a vontade dos pacientes – normalmente, através da requisição das famílias. Como não há um programa governamental que faça a gestão unificada das clínicas, realizei pesquisa na internet e localizei seis delas. A maior dificuldade de acesso e a resistência, sobretudo dos responsáveis, para a criação de um vínculo inicial comigo foi um aspecto que diferenciou as clínicas das demais instituições pesquisadas nos primeiros contatos. Embora eu não estivesse atuando como representante de nenhum órgão de fiscalização, inclusive por nunca ter sido o meu interesse assumir tal posição, até mesmo em razão da minha condição de pesquisadora, fui recebida com ares de desconfiança em todas elas.

---

<sup>10</sup> A Rede Acolhe, segundo sítio eletrônico da SEPREV, é “um projeto de acolhimento a dependentes químicos com a atribuição de fortalecer ações de inclusão e resgate social de pessoas com dependência química que têm uma relação estreita com os índices de violência no Estado.” A Rede realiza a gestão das vagas e os trâmites relacionados aos encaminhamentos, permanência e desligamentos de acolhidas e acolhidos das comunidades terapêuticas através de equipes multiprofissionais e sistema eletrônico próprio.

Do total localizado, consegui visitar quatro instituições. Realizei uma tentativa de encontrar uma quinta unidade, que recebe apenas mulheres, mas o endereço registrado na *internet* me conduziu a outro local. Como era uma região erma e eu estava sem referências, já que as poucas pessoas que eu encontrei pelo caminho disseram não conhecer o local, resolvi tentar contato telefônico com a pessoa que gere a entidade, mas não obtive sucesso. O mesmo aconteceu com a sexta unidade, que eu não cheguei a visitar, em virtude do insucesso nas tentativas de contato telefônico. Destaco que a ideia de visitar tantos lugares em um período de tempo relativamente curto não se baseou em uma estratégia de abarcar a totalidade das entidades. Busquei, de forma intensa, acessar ao máximo os pormenores das práticas institucionais, justamente para conseguir obter um panorama mais completo da assistência prestada aos usuários no tempo que me era disponível. Tanto assim, que aproveitei todas as oportunidades de comparecer aos estabelecimentos que me permitiram acesso frequente.

Iniciei as entradas em campo no mês de fevereiro de 2022 e concluí em outubro do mesmo ano. A minha atuação nessas atividades foi bastante diversa, na medida em que o acesso me era concedido em cada esfera. No Consultório na Rua, participei ativamente dos atendimentos e das reuniões de equipe, inclusive vestindo o colete azul, uniforme dos profissionais do serviço, sem o qual não se pode ir à rua, tendo em vista que a vestimenta é fundamental para o reconhecimento da equipe pelos usuários, além de também funcionar como uma estratégia de proteção.

Na clínica 1, também consegui um acesso bastante interessante. Pude acompanhar várias atividades, sobretudo junto à assistente social que ficou com a incumbência de me guiar. Em certa ocasião, fui convidada, para falar sobre as diversas formas de violência contra as mulheres à luz da Lei n. 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), em uma roda de conversa promovida para as pacientes mulheres em alusão ao “agosto lilás”. No CAPS AD, nas comunidades terapêuticas e nas demais clínicas, além das entrevistas com os profissionais, acompanhei algumas atividades de grupo, mas de maneira menos ativa, apenas como observadora, fazendo intervenções pontuais, normalmente quando demandada pela equipe ou por pessoas em tratamento.

Essa postura, no entanto, não pode ser confundida com indiferença, já que não me privou de interagir com os participantes – tendo mantido diálogos informais, por vezes bastante longos, com profissionais, familiares ou usuários dos serviços. Aqui cabe uma observação: embora eu não tenha conseguido autorizações tempestivamente para realizar entrevistas em todas as instituições visitadas, ao longo deste texto farei referência a situações que pude observar desde as visitas prévias e a diálogos informais que mantive com profissionais dessas instituições.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de

Alagoas, por meio do Parecer Consubstanciado nº 5.538.010. Para preservação das identidades das pessoas que participaram do estudo, todas elas foram designadas por nomes fictícios. Em relação aos estabelecimentos privados, eles foram identificados numericamente: as comunidades terapêuticas foram identificadas como CT1, CT2, CT3, CT4, CT5, CT6 e CT7 e as clínicas como clínica1, clínica2, clínica3 e clínica4.

Como se pode observar, o trabalho foi construído a partir de bases empíricas, por meio de duas frentes metodológicas. A primeira delas foram as entrevistas etnográficas, que conjugam a utilização de observações e os seus respectivos registros, na forma de diários de campo, e a realização de entrevistas<sup>11</sup>. De acordo com Beaud e Weber,

uns e outros são complementares pois uma observação sem entrevistas arrisca-se a ficar cega aos pontos de vista nativos; uma entrevista sem observações corre o risco de ficar prisioneira de um discurso descontextualizado<sup>12</sup>

Sendo assim, entrevistei 23 profissionais atuantes nas instituições públicas e privadas pesquisadas, na medida da sua disponibilidade. Das comunidades terapêuticas, recebi autorização tempestivamente para realizar entrevistas na CT1, CT2, CT3, CT5 e CT7. As clínicas 1, 2 e 3 também me concederam essa possibilidade dentro do prazo que eu tinha disponível. As entrevistas foram semiestruturadas<sup>13</sup> e todas as pessoas participantes possuíam condições de consentir com a participação, o que foi documentado através da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os diálogos com os profissionais objetivaram acessar as suas perspectivas a respeito das instituições às quais estavam vinculados e do público atendido. Além dessa categoria, foram entrevistadas doze pessoas encarceradas no sistema prisional alagoano que já passaram por algum tipo de tratamento em virtude do abuso de álcool e outras drogas, a fim de compreender os impactos dessas intervenções nas suas vidas, bem como de identificar aspectos que aproximam ou distanciam as instituições em que foram atendidos dos ambientes de cárcere.

Solicitei autorização na Secretaria de Estado de Ressocialização e Inclusão Social para acessar todas as unidades do complexo prisional de Maceió, com exceção do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, já que, possivelmente, os pacientes tutelados não poderiam fornecer consentimento de forma autônoma – por estarem em cumprimento de

---

<sup>11</sup> BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo:** produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 95.

<sup>12</sup> BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo:** produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 96.

<sup>13</sup> XAVIER, José Roberto Franco. **Algumas notas sobre a entrevista qualitativa em pesquisa.** In: MACHADO, Máira Rocha (org.). *Pesquisar empiricamente o direito.* São Paulo: Rede de Estudo Empíricos em Direito, 2017, p. 128.

medidas de segurança, conforme art. 96, do Código Penal, ou em avaliação do incidente de insanidade mental, de acordo com o art. 150, do Código de Processo Penal. A referida Secretaria me permitiu acessar o Presídio de Segurança Máxima – PSM, onde realizei três entrevistas; o Estabelecimento Prisional Feminino Santa Luzia, onde três pessoas foram entrevistadas; o Estabelecimento Prisional de Segurança Média Professor Cyridião Durval e Silva, onde pude entrevistar duas pessoas; e a Penitenciária Masculina Baldomero Cavalcanti de Oliveira, onde quatro pessoas foram entrevistadas.

As pessoas entrevistadas foram indicadas pelos próprios policiais penais ou por servidores dos setores de saúde das respectivas unidades. As condições para participar da pesquisa eram duas: a existência de autonomia para consentir com o estudo e a ocorrência de passagens por tratamento em virtude do consumo de álcool ou outras drogas antes da ocorrência da prisão. O Núcleo Ressocializador da Capital também estava entre as unidades autorizadas, mas compareci ao estabelecimento no dia 1º de setembro de 2022 para verificar a viabilidade e fui recebida por uma representante da gestão do Núcleo e uma profissional da saúde, as quais me informaram não haver, naquele momento, reeducando com o perfil que eu procurava.

Em outra frente, a técnica de pesquisa documental<sup>14</sup> foi utilizada para análise da petição inicial da Ação Civil Pública nº 0705484-67.2013.8.02.0001, ajuizada pela Defensoria Pública de Alagoas, e de doze acórdãos em sede de apelação cível, julgados no Tribunal de Justiça de Alagoas, que tinham como objeto pedidos de imposição de internação compulsória ou involuntária de usuários de drogas, bem como o financiamento público dos tratamentos.

No primeiro caso, busquei compreender a atuação da Defensoria estadual diante das demandas relativas às internações, a fim de observar se ela encontra legitimidade em relação à função social da Defensoria Pública na busca pela maximização dos direitos fundamentais das pessoas assistidas. Em relação ao segundo grupo de documentos, as decisões foram localizadas no campo de pesquisa processual, no sítio eletrônico do próprio tribunal alagoano, através da busca pelas expressões “internação involuntária” e “internação compulsória”, no período compreendido entre o dia 1º de janeiro de 2020 e o dia 31 de dezembro de 2020, de acordo com os critérios explicados no item 4.4. Cabe destacar, desde logo, que um dos principais focos de análise foram as menções aos laudos psiquiátricos pelos atores processuais como forma de legitimar ou rechaçar a aplicação da medida. Isso porque esses instrumentos são essenciais para a determinação do futuro dos possíveis pacientes. Para elucidar essa interlocução entre o direito

---

<sup>14</sup> SILVA, Paulo Eduardo Alves da. Pesquisa em processos judiciais. In: MACHADO, Maíra Rocha (org.). **Pesquisar empiricamente o direito**. São Paulo: Rede de Estudo Empíricos em Direito, 2017, p. 275.

e a psiquiatria, Foucault utilizou a metáfora da “porta giratória”<sup>15</sup> com o fito de mostrar que, embora não necessariamente a decisão judicial precise se vincular à orientação médica, os atores jurídicos costumam balizar as suas posições a partir delas, assumindo a competência da psiquiatria para lidar com a loucura. Assim, o saber psiquiátrico, veiculado nos laudos, não apenas dialoga, mas costuma se sobrepor ao saber jurídico.

Todos os documentos foram analisados à luz dos instrumentos normativos pertinentes, sobretudo da Lei n. 12.216/2001 – conhecida como Lei de reforma psiquiátrica -, que limita a aplicação das internações psiquiátricas, e de produções científicas sobre as internações obrigatórias sob o viés constitucional e criminológico, com a necessária interlocução com as produções oriundas de áreas da saúde. Para seleção e tratamento das fontes, utilizei a análise de conteúdo, conforme proposta por Laurence Bardin<sup>16</sup>. Trata-se de “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”<sup>17</sup>. Nesta pesquisa, foram realizadas as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise consiste na organização do material, que, neste caso, são a ação civil pública e os acórdãos. Nesta etapa, realizei uma leitura superficial das fontes, a fim de facilitar na seleção das informações relevantes. Depois, explorei o material, classificando as informações colhidas na medida de sua pertinência às discussões propostas neste trabalho a respeito das internações involuntárias e compulsórias. Por último, na terceira fase, foram realizadas inferências, levando a literatura pertinente e as informações encontradas durante a pesquisa de campo.

A pesquisa documental também abarcou a análise dos relatórios estaduais fornecidos pela Secretaria de Estado de Prevenção à Violência sobre o financiamento de vagas em comunidades terapêuticas relativos aos anos de 2017 a 2021, que me foram enviados pelo próprio órgão. Por meio deles, foi possível compreender como ocorre a distribuição de recursos e o impacto da distribuição financeira na assistência aos usuários de álcool e outras drogas, na região metropolitana de Maceió.

A partir desses referenciais, o presente texto foi dividido em três partes. Na primeira, foram apresentadas reflexões sobre a construção de desviantes<sup>18</sup> no contexto proibicionista vigente, a partir de referenciais sociocriminológicos e de elementos colhidos em campo, o que

---

<sup>15</sup> FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 40.

<sup>16</sup> BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

<sup>17</sup> BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011, p. 44.

<sup>18</sup> BECKER, Howard. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio, 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2019.

permitiu pensar como os processos de sujeição criminal<sup>19</sup> são construídos localmente e de que maneira o paradigma punitivo pode impactar no acesso à saúde dos usuários. Na segunda parte, as visitas às instituições foram exploradas a partir de aspectos do seu funcionamento que se mostraram relevantes durante as observações de campo. Inicialmente, mostrei elementos da atuação do Consultório na Rua, a fim de expor como o referido serviço interage não apenas com as pessoas assistidas que fazem uso de álcool ou drogas, como também com outras instituições públicas e privadas de assistência social e à saúde. Após, analisei os múltiplos olhares compartilhados pelos meus interlocutores nas entrevistas sobre o CAPS AD Everaldo Moreira à luz da literatura pertinente, de modo a compreender as potencialidades e fragilidades do referido equipamento.

Ainda na segunda parte, analisei alguns elementos relacionados às comunidades terapêuticas visitadas. Para além dos aspectos políticos e sociais que estão em torno do protagonismo que essas instituições têm alcançado no Brasil, destacaram-se a relação entre espiritualidade, notadamente de matriz neopentecostal, e o trabalho, como instrumentos disciplinares. Em outro prisma, analisei o fortalecimento do financiamento público dessas instituições, principalmente porque, como já mencionado, as comunidades alagoanas possuem uma expertise que lhes coloca em uma posição privilegiada em relação a outros estados do país.

Cada um dos serviços visitados possui particularidades em relação aos demais. No entanto, ao visitar as clínicas de internação involuntária e compulsória e analisar as práticas e discursos implicados naqueles contextos, percebi que se trata de uma realidade que precisava ser tratada separadamente, em seção própria. Desse modo, a terceira parte se destina a esse propósito. Em primeiro lugar, analiso de forma mais ampla o seu funcionamento, considerando, também, elementos arquitetônicos que não foram localizados em outros serviços e aproximam as clínicas de outros espaços de restrição de liberdade.

Além disso, também voltei o olhar para as formas de internação de pacientes, que comumente ocorrem através da abordagem ostensiva conhecida como resgate, e para a participação das famílias nesse ingresso e ao longo do tratamento. Outro aspecto que se destacou, principalmente durante as entrevistas foram os relatos sobre as práticas de castigos e rotinas de humilhações operadas nesses espaços em casos de indivíduos insubmissos, as quais são inconciliáveis com abordagens que se propõem terapêuticas. Por fim, como já mencionado em parágrafos anteriores, foram desenvolvidas as análises documentais, de cunho qualitativo,

---

<sup>19</sup> MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. *Lua Nova*, v. 79, p. 15-38, 2010, p. 21.

que lançam luzes sobre o trabalho da Defensoria Pública e do Tribunal de Justiça de Alagoas diante das demandas de internação involuntária e compulsória.

A divisão das seções por instituições não tem o objetivo de tornar o trabalho estanque, sendo apenas um recurso didático para melhor organizar o texto. Entretanto, dada a intensa comunicação institucional e o dinamismo comum à área da assistência às pessoas usuárias de álcool ou drogas, perceptíveis durante as entrevistas etnográficas, em todas as seções há referências a estabelecimentos diversos.

A partir da estrutura brevemente delineada acima, a pesquisa constitui um esforço acadêmico que busca contribuir com os debates sobre a assistência às pessoas usuárias de álcool e outras drogas a partir das instituições assistenciais e de saúde, visto que há uma lacuna no campo sociojurídico e criminológico de estudos com esse enfoque. Além disso, o trabalho pretende ser um instrumento para o aprimoramento da assistência ao referido público, na região metropolitana de Maceió, tendo como foco a garantia dos direitos fundamentais e, consequentemente, a melhoria da qualidade de vida das pessoas atendidas.

## **2. ASPECTOS SOCIAIS E JURÍDICO-PENAIIS DA ASSISTÊNCIA E CONTROLE DE USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL**

### **2.1. RECONHECENDO O TERRENO: NOTAS INICIAIS SOBRE A COMUNICAÇÃO INTERINSTITUCIONAL NA ASSISTÊNCIA E CONTROLE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REGIÃO METROPOLITANA DE MACEIÓ**

É muito importante esse trabalho que você está fazendo, porque muitas vezes a justiça ainda vê os usuários como bandidos, que é a visão que a sociedade tem (...) trabalho aqui há 10 anos e é a primeira vez que recebo uma pessoa do direito para estudar nossa realidade<sup>20</sup>.

Foram essas as palavras que escutei do psicólogo da terceira comunidade terapêutica que visitei, aqui chamada de CT3, durante o nosso primeiro contato, quando cheguei à instituição para apresentar a minha proposta de pesquisa. Embora não tenha sido o único a se surpreender com o fato de eu não ser oriunda de alguma área da saúde ou do serviço social, o

---

<sup>20</sup> Diário de campo do dia 16 de março de 2022.

que foi uma constante em quase todos os diálogos que mantive com profissionais nas instituições visitadas, as palavras de Igor<sup>21</sup> suscitaram importantes reflexões.

Em primeiro lugar, elas reafirmaram a carência de estudos empíricos sobre a assistência social, à saúde ou o acolhimento aos usuários de álcool e outras drogas a partir das instituições que oferecem esses serviços. Naquelas de natureza privada, os estudos a respeito são ainda mais escassos do que os realizados nas instituições componentes da rede pública de saúde, sobretudo no âmbito das ciências criminais. No estado de Alagoas, por exemplo, não localizei nenhuma pesquisa em andamento ou concluída com esse recorte.

A importância de estudar essas instituições a partir dos saberes criminológicos está no fato de que elas têm auxiliado o Estado a gerir uma grande parcela da população que faz uso de álcool ou outras substâncias químicas, inclusive ilícitas, conforme se pode observar no III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, produzido pela Fundação Oswaldo Cruz e publicado no ano de 2017. De acordo com o estudo, 2,3 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos apresentaram dependência de álcool e 1,2 milhão de indivíduos na mesma faixa etária apresentaram dependência de alguma outra substância, que não álcool ou tabaco, nos 12 meses anteriores à pesquisa, além das que apresentaram dependência de mais de uma substância, de maneira associada<sup>22</sup>.

Essa gestão de populações recebe o nome de *governamentalidade*, que corresponde, segundo Foucault, ao

conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por "governamentalidade" entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de "governo" sobre todos os outros - soberania, disciplina - e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo e, por outro lado, o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por "governamentalidade", creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco "governamentalizado".<sup>23</sup>

No contexto da oferta de tratamento para a dependência drogas, esse governo é realizado por meio de arranjos e metodologias diversas, que variam de acordo com a natureza da instituição, como se verá nas sessões destinada às discussões sobre os modelos de acolhimento

---

<sup>21</sup> Todos os nomes reais das pessoas que contribuíram com a pesquisa foram substituídos por fictícios, a fim de preservar suas identidades, em respeito aos princípios éticos das pesquisas em ciências humanas e sociais, conforme art. 3º, da Resolução n. 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

<sup>22</sup> BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro *et al.* (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICT, 2017, p. 126-148.

<sup>23</sup> FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b, p. 143.

e assistência vigentes no nosso território. No entanto, cabe destacar que todas elas possuem em comum o fato de serem produtoras de saberes e, necessariamente, funcionarem a partir da mobilização de redes de poder<sup>24</sup>, o que constitui, inclusive, uma forma de demarcar o lugar de cada equipamento ou instituição dentro da rede de atenção aos destinatários dos seus serviços.

Nessa direção, um aspecto interessante que pude observar ao longo da realização do trabalho de campo foi a comunicação estabelecida entre as instituições componentes da rede pública com as clínicas e comunidades terapêuticas, que são de natureza privada. Na esfera macroestrutural, a nível nacional, existem muitas disputas políticas ao redor dos modelos de atenção. Essas disputas colocam em um polo os militantes pelos tratamentos em meio aberto, baseados nas estratégias de redução de danos e, em outro, os defensores dos tratamentos baseados na abstinência, que são implementados principalmente nas comunidades terapêuticas e clínicas. Contudo, na esfera das microrrelações cotidianas, observei uma forte interlocução interinstitucional nos municípios alagoanos visitados.

Esse movimento foi verificado não apenas pelos encaminhamentos de homens e mulheres para tratamento em comunidades terapêuticas e clínicas de internação realizados pelos CAPS, equipes do Consultório na Rua e Superintendência de Política de Drogas do Estado de Alagoas, mas também nas recorrentes menções à realização de consultas e fornecimento de medicamentos pela rede de saúde pública a pessoas acolhidas em comunidades terapêuticas. Os encaminhamentos ocorrem com frequência porque em nenhuma das comunidades acolhedoras que participaram da pesquisa há médicos, já que não existe exigência legal nesse sentido. A equipe multidisciplinar costuma ser composta por assistentes sociais e psicólogos, além de monitores, que normalmente possuem capacitações na área da dependência química.

Essa cooperação, em alguns casos, é construída a partir de um sistema de favores e recompensas entre os poderes públicos, notadamente as gestões municipais e as instituições privadas. Muitas vezes, ela se ancora no objetivo de manter a ordem e higienização dos espaços urbanos. Essa face das negociações com o poder público transpareceu algumas vezes durante as minhas interações com profissionais das comunidades terapêuticas e clínicas de internação, quando destacavam a importância do trabalho realizado para a manutenção da organização urbana. Segundo alguns interlocutores, enquanto os usuários permanecem em tratamento, não preocupam as famílias, não ficam espalhados pelas ruas e nem cometem crimes para sustentar seus vícios. Trechos de entrevistas nesse sentido serão expostos nas seções destinadas às

---

<sup>24</sup> FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2013, p. 56.

comunidades terapêuticas e clínicas visitadas por mim. Mas uma dessas conversas me chamou especial atenção.

Já no primeiro diálogo com o assistente social da CT7 - que fica localizada em uma cidade que recebe grande fluxo de turistas, visto que possui praias bastante valorizadas -, o profissional relatou que a comunidade terapêutica mantém uma excelente relação com a gestão municipal, mas que isso foi fruto de um processo baseado na reciprocidade. Desenvolvendo melhor a questão, o profissional afirmou que a instituição costuma acolher pessoas que antes ocupavam as ruas da cidade através do encaminhamento da prefeitura. Em contrapartida, a secretaria municipal de saúde e as unidades de prestação de serviço a ela vinculadas atendem as demandas dos acolhidos com certa celeridade. No geral, tais demandas estão relacionadas à marcação de consultas com psiquiatras e ao fornecimento de medicamentos para aqueles usuários que possuem comorbidades associadas ao uso problemático de álcool e outras substâncias psicoativas ilícitas.

Quatro meses depois dessa primeira conversa, eu o entrevistei. Foi uma longa conversa, que durou três horas e vinte e cinco minutos e aconteceu nas dependências da comunidade, em uma área coberta por telhas. Trata-se de uma espécie de anexo da casa, com mesas e cadeiras com estrutura de ferro e assento e encosto de plástico, onde os usuários fazem as refeições. Naquela ocasião, o profissional novamente destacou a relação com a gestão municipal.

Não foi possível aprofundar as análises sobre como são feitas essas abordagens e encaminhamentos pelos órgãos municipais, o que merece, inclusive, um estudo específico. Entretanto, é importante mencionar a questão problemática pode ser a realização de acolhimentos se não houver pleno respeito ao seu caráter voluntário. Especialmente nos casos das comunidades terapêuticas, a vontade do paciente em se submeter ao tratamento é uma condição central para o seu ingresso e permanência na instituição. A não atenção à voluntariedade implica, necessariamente, na violação de direitos fundamentais das pessoas atingidas, especialmente da liberdade e autonomia individual, além de constituir uma barreira para a adesão do usuário ao tratamento. Nesse sentido, destaca Luciana Boiteux:

Por certo que um dos grandes desafios sociais é justamente como lidar com a presença dos “loucos” em situação de rua, no entanto, num Estado democrático de direito não se podem aceitar soluções autoritárias, devendo as políticas públicas serem inclusivas e comunitárias, e nunca excludentes, sob pena de agravar ainda mais a condição de vulnerabilidade dessas pessoas.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> BOITEUX, Luciana. Liberdades individuais, direitos humanos e a internação forçada em massa de usuários de drogas. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais**, Belo Horizonte, v. 7, no 25, p. 53-80, jan./abr. 2013, p. 66.

Sendo a liberdade do usuário violada de alguma forma, o acolhimento passa a ser um instrumento puramente segregacionista, sem preocupação verdadeira com a saúde e qualidade de vida das pessoas atendidas, mas apenas buscando a higienização da cidade, em um claro movimento de privatização dos espaços públicos<sup>26</sup>. A imposição da segregação pode ocorrer por meio de estratégias sutis - sem violência física, por exemplo - mas através de pressões simbólicas, de caráter psicológico.

No caso brevemente descrito, é importante registrar que a naturalidade com que o profissional explicou a importância da comunidade acolhedora para uma *cidade turística* causou-me um desconforto que precisei disfarçar para não prejudicar o andamento da conversa. O incômodo foi motivado exatamente por ter sido evidenciado o desvio da finalidade declarada de uma instituição daquela natureza na fala do profissional.

É válido ressaltar que aquela comunidade terapêutica, especificamente, não atende apenas pessoas em sofrimento mental decorrente do abuso de álcool e outras drogas, mas também recebe casos de outra natureza. São acolhidas pessoas em situação de rua, como já mencionado, e vítimas de violência, a exemplo de um idoso que já estava na comunidade há alguns meses quando da minha visita e lá chegou após ter sido resgatado de um contexto de maus-tratos praticados por membros da sua família.

Visivelmente debilitado fisicamente e com dificuldades para falar, após ser indagado pelo assistente social, em tom bem-humorado, se pretendia deixar *a casa*, o homem sinalizou que não tinha planos para ir embora. Em seguida, enquanto nos afastávamos do acolhido, o assistente social comentou comigo: “Ontem fizemos uma noite da pizza e ele comeu bastante. Disse que foi a primeira vez que comeu pizza”. Entendi aquele adendo como uma forma de demonstrar os esforços da instituição para a criação de boas experiências para os sujeitos acolhidos, apesar de todas as dificuldades relatadas pelo mesmo profissional, especialmente aquelas relacionadas ao elevado número de desistências dos pacientes dependentes de álcool e outras drogas, aspecto que será retomado adiante.

Nesta parte inicial do trabalho, é importante destacar que o esforço do referido profissional para demonstrar a dedicação ao trabalho desenvolvido *na casa*, além da importância que atribui à manutenção de boas relações com a rede de saúde do município, demonstram a existência de uma grande porosidade entre a esfera pública e o campo privado na assistência aos usuários. Essa relação de intensa comunicação merece ser melhor analisada,

---

<sup>26</sup> CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. **Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo**. São Paulo: Editora 34; Edusp, 2000, p. 283.

pois diz muito sobre as escolhas políticas no campo da assistência à saúde mental e, conseqüentemente, sobre o controle dos usuários dos serviços.

Nesse sentido, partindo da realidade estadunidense, Stanley Cohen destaca que, no século XIX, houve um câmbio no que diz respeito à responsabilidade pelo controle social de desviantes da esfera privada para os poderes públicos, representados pela atuação das polícias<sup>27</sup>. Movimento semelhante também pode ser visto nas pesquisas de Michel Foucault sobre o internamento de pessoas consideradas loucas, no contexto europeu do século XVII, que passaram a ser consideradas como um problema para a ordem pública<sup>28</sup>.

O que ocorre contemporaneamente, entretanto, é a existência de um limbo entre os dois campos, que são intercambiáveis em muitos momentos, de modo que a atuação de instituições privadas no controle de populações desviantes não é apenas chancelada, mas também chega a ser incentivada pelo Estado<sup>29</sup>. David Garland, falando sobre as perspectivas para controle do crime nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, a partir dos anos 1960, mostra a utilização de parcerias público-privadas baseadas em estratégias de segurança de viés comunitário. Essas estratégias eram concretizadas a partir de ações como o policiamento comunitário e a execução de penas em meios não-penais ou em instituições totais, mas no seio da comunidade<sup>30</sup>. De acordo com ele, essas medidas tinham como objetivo “pulverizar a responsabilidade pelo controle do crime entre as agências, organizações e indivíduos que operam fora do Estado de justiça criminal e persuadi-los a agir condizentemente”<sup>31</sup>.

Stanley Cohen destaca, ainda, que as negociações público-privadas podem chegar a um nível tão desenvolvido que têm como consequência a absorção das iniciativas privadas pelo setor público, o que se dá, por exemplo, através de financiamentos públicos<sup>32</sup>. No contexto brasileiro, essa tendência pode ser ilustrada pelo próprio financiamento de vagas em comunidades acolhedoras e clínicas para usuários de drogas pelos entes federativos, especialmente União e estados, mas, em alguns casos, também pelos municípios.

Esse movimento ocorre tanto de forma direta, através de editais públicos, como indiretamente, por meio de determinação judicial, por exemplo. Uma outra forma de

---

<sup>27</sup> COHEN, Stanley. The punitive city: notes on the dispersal of social control. **Contemporary crises**, vol. 3, p. 339-363, 1979, p. 341.

<sup>28</sup> FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**, 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008, p. 63.

<sup>29</sup> COHEN, Stanley. The punitive city: notes on the dispersal of social control. **Contemporary crises**, vol. 3, p. 339-363, 1979, p. 353.

<sup>30</sup> GARLAND, David. **A cultura do controle**. Rio de Janeiro: Revan, 2008, p. 268.

<sup>31</sup> GARLAND, David. **A cultura do controle**. Rio de Janeiro: Revan, 2008, p. 270.

<sup>32</sup> COHEN, Stanley. The punitive city: notes on the dispersal of social control. **Contemporary crises**, vol. 3, p. 339-363, 1979, p. 354.

financiamento indireto é a concessão de isenção de contribuições fiscais pelas instituições privadas, assunto que será abordado na próxima seção, no item destinado à discussão sobre esse tipo de transação entre o estado e a iniciativa privada.

O aprofundamento desse debate sobre a atuação e a interlocução entre as instituições estudadas nesta pesquisa se relaciona diretamente com o perfil do público-alvo dos serviços e também com a forma como é exercido o controle social sobre ele. Esse foi outro aspecto relevante suscitado na fala de Igor, exposta no início deste item, ainda que não explicitamente e, talvez, de forma não intencional. No momento em que ele se referiu à maneira como são tratados os usuários, inclusive por alguns profissionais do sistema de justiça, abordou uma questão muito discutida e ainda controversa no plano sociojurídico: os distanciamentos e as aproximações entre usuários e traficantes de drogas, comumente alocados dentro da categoria de *bandido*. Essa categoria precisa ser desnaturalizada, visto que, como se verá no próximo item, ela é comumente mobilizada a partir de bases seletivas e estigmatizantes.

## 2.2. QUEM OCUPA O PAPEL DE BANDIDO NO CAMPO DAS DROGAS E DE QUE MANEIRA ISSO OCORRE? UMA LEITURA SOCIOCRI-MINOLÓGICA A PARTIR DO CAMPO

No contexto proibicionista vigente, o termo *bandido* é popularmente utilizado tanto quando se quer fazer referência aos usuários, quanto nas menções aos comerciantes. Isso ocorre porque ele viabiliza o consenso social ao redor de determinados valores, demarcando as fronteiras sobre o que é tolerado ou não socialmente. Em outras palavras, ela traça a linha tênue entre o bem e o mal, entre os cidadãos e os inimigos do bom funcionamento da sociedade<sup>33</sup>.

E essa visão maniqueísta ao redor dos atores implicados nos contextos de uso e comércio de drogas, especialmente as ilícitas, repercute fortemente no tratamento contra a dependência química. Ao serem postos nos lugares de inimigos públicos, os chamados bandidos têm sua cidadania relativizada. Aliás, como destaca Zaffaroni<sup>34</sup>, não apenas a cidadania é subvalorizada, mas a própria humanidade, o que permite justificar a retirada de alguns dos seus direitos fundamentais, incluindo a liberdade para consumir determinadas substâncias e para escolher a melhor estratégia para cuidar da própria saúde.

Falando sobre os usuários de crack, normalmente generalizados pelo uso do vocativo *nóia*, Taniele Rui mostrou algumas iniciativas voltadas à neutralização desse público em

---

<sup>33</sup> OLMO, Rosa del. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990, p. 23.

<sup>34</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **O inimigo no direito penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2007, p. 162.

territorialidades de uso e comércio de crack na cidade de São Paulo, especificamente na extensão conhecida como cracolândia paulistana, e em outras duas regiões da cidade de Campinas, também no estado de São Paulo, espaços que frequentou para realização da sua pesquisa etnográfica<sup>35</sup>. Na pesquisa, a antropóloga mostra de que maneira interesses de grupos distintos - comerciantes, moradores da região, empresários da construção civil e gestores municipais, por exemplo - convergiam para o implemento de ações como as do *programa tolerância zero*, na cidade de Campinas, que culminou, dentre outras medidas, na desocupação de prédios abandonados que serviam como local de uso e comércio de drogas e também de refúgio para pessoas em situação de rua<sup>36</sup>.

Ainda que momentâneas, já que tempos depois das operações as estruturas voltavam a ser ocupadas pelos mesmo grupos marginalizados, essas intervenções ora eram justificadas pela necessidade de proteção do público envolvido, ora eram declaradamente repressivas, mas sempre tinham como pano de fundo o horror àqueles corpos abjetos que, segundo a autora, são assim considerados menos em virtude da sua condição física, de pessoas sujas ou potencialmente vetoras de doenças, mas por desafiarem fronteiras e regras estabelecidas socialmente.<sup>37</sup> E, destacando mais um aspecto muito importante para a melhor compreensão deste estudo, completa afirmando que o “o abjeto não é um atributo dos que usam crack de modo intensivo, mas se refere, sobretudo, a percepções controversas, simbólicas e morais, lançadas aleatoriamente sobre eles por outros”<sup>38</sup>.

O crack continua sendo um exemplo de droga que fomenta uma enorme repulsa social no Brasil, especialmente pelo fato de ser uma variável mais barata da cocaína e, por isso, tem como fatia considerável de consumidores pessoas pobres<sup>39</sup>. Em decorrência disso, a partir de uma perspectiva bastante seletiva, os aparelhos de repressão estatais são movimentados para controle dessa população<sup>40</sup> que, não raras vezes, é considerada como uma *nuvem de zumbis*, especialmente em contextos como os que Taniele Rui analisou.

No entanto, em seu trabalho etnográfico, a antropóloga desafiou a visão generalizante sobre tais pessoas e mostrou, sem trivializar os problemas oriundos do uso abusivo de crack

---

<sup>35</sup> RUI, Taniele. **Nas tramas do crack**: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

<sup>36</sup> RUI, Taniele. **Nas tramas do crack**: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014, p. 207.

<sup>37</sup> RUI, Taniele. **Nas tramas do crack**: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014, p. 22.

<sup>38</sup> RUI, Taniele. **Nas tramas do crack**: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014, p. 23.

<sup>39</sup> STRANO, Rafael. **Crack**: política criminal e população miserável. Rio de Janeiro: Revan, 2018, p. 18.

<sup>40</sup> AMARAL, Augusto Jobim do; ANDREOLLA, Andrey Henrique. Drogas, urbanismo militar e gentrificação: o caso da “cracolândia” paulistana. **Revista direito e práxis**, v.11, n. 4, Rio de Janeiro, p. 2162-2187, 2020.

para o organismo humano<sup>41</sup>, que a gestão que alguns usuários fazem dos seus corpos e as relações interpessoais estabelecidas nas territorialidades de uso e comércio pesquisadas não condizem com a imagem de pessoas despidas de autonomia que é popularmente difundida e reforçada pelas mídias<sup>42</sup>. Segundo ela, alguns usuários utilizam até mesmo a prisão para conseguirem se recuperar fisicamente após longos períodos de uso, o que chamou de “ironia das ironias no campo dos direitos humanos”<sup>43</sup>. Carl Hart também questiona a suposta ausência de racionalidade de usuários de crack. Em um estudo que realizou, o pesquisador possibilitou que os participantes escolhessem entre o consumo da droga e o recebimento de uma recompensa financeira. A maioria escolheu a segunda opção<sup>44</sup>, o que demonstra a capacidade dos participantes de tomarem decisões diversas, mesmo quando uma das alternativas está relacionada ao consumo das substâncias.

Durante as entrevistas, ouvi de cinco pessoas, em duas unidades prisionais diferentes, que a prisão ajudou na interrupção do consumo de drogas. “Aqui não tem droga. É um tratamento forçado”, disse o meu interlocutor, cuja descrição registrei no diário de campo:

Túlio, como não fazia parte do módulo dos trabalhadores, chegou algemado e assim permaneceu durante toda a entrevista. Ele parecia estar com muito sono e/ou impregnado (sobremedicalizado). Os olhos baixos e a fala mansa denunciavam alguma alteração, não parecia estar em um estado de equilíbrio psíquico. Túlio era usuário de cocaína. Já experimentou crack, mas não gostou. Ele tem 47 anos, autodeclarado branco, tem uma companheira há 23 anos, duas filhas e um neto. Falou que tem irmãos que são (profissões socialmente valorizadas), outro que é (profissão socialmente valorizada). “Só eu que fui por outro caminho”. Ultimamente estava trabalhando no seu próprio depósito de água mineral. Começou a usar maconha aos 17 anos e cocaína aos 19. A única vez em que tentou se tratar foi antes de ser preso. Passou duas semanas em uma comunidade terapêutica em (cidade da região metropolitana de Maceió), mas foi de lá para a cadeia, onde está há 1 ano e cinco meses<sup>45</sup>.

Casos como o de Túlio e demais pessoas que entrevistei diferem daqueles mencionados por Taniele Rui, pois os meus interlocutores não facilitaram a própria prisão, mas a sua ocorrência contribuiu para a interrupção do consumo, o que fica claro com o registro de Rita: “se eu consegui até aqui, posso sim (permanecer abstinente)”. No entanto, as outras sete pessoas entrevistadas em outras unidades prisionais registraram que a ocorrência da prisão pode ser considerada como um agravante para o aumento no consumo, dada a presença de drogas ilícitas

<sup>41</sup> TEIXEIRA, Mirna Barros; ENGSTROM, Elyne Montenegro; RIBEIRO, José Mendes. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 311-330, 2017, p. 321.

<sup>42</sup> RUI, Taniele. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014, p. 308-309.

<sup>43</sup> RUI, Taniele. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014, p. 307.

<sup>44</sup> HART, Carl. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014, p. 259.

<sup>45</sup> Diário de campo do dia 31 de agosto de 2022.

nas unidades em que estavam. Como há uma moralidade específica fomentada por organizações criminosas no sentido de proibirem o comércio de crack nos presídios, justificada pelos danos à convivência intramuros<sup>46</sup>, os entrevistados negaram a presença de crack na cadeia: “crack também não entra, já por conta de dívida, essas coisas... o cara não tem controle de usar o crack, aí há muito tempo eles breparam”, disse Filipe. As pessoas entrevistadas enfatizaram a disponibilidade de boró, uma espécie de fumo lícito, bem como de cocaína e maconha, que são vendidas a um preço cerca de cinco vezes mais alto do que fora do cárcere.

Em uma das unidades prisionais, entrevistei um homem de quarenta e quatro anos, autodeclarado “castanho”, com alguns dentes faltantes e outros desgastados, que estava preso há dez meses. Perguntei-lhe se a sua prisão tinha contribuído para a interrupção do consumo. A esta última pergunta, Juca respondeu negativamente, em voz baixa, por causa da presença do policial penal que vigiava a sala em que estávamos. Segundo ele, o dano ao consumidor costuma ser maior na prisão, visto que, além de haver droga, o custo é muito alto:

- O uso de drogas influenciou na sua prisão?
- Rapaz, foi mais *mode* álcool. Eu mesmo eu não sei nem como fui preso (no sentido de que estava embriagado). *Tava* em casa, tinha me separado da *mulé*, aí cheguei em casa aí meu sobrinho discutiu comigo, aí eu peguei e puxei a faca pra ele, ele veio em cima de mim, tomou a faca de mim, me amarrou, bateu em mim, aí ligou pra polícia, a polícia chegou e pegou a pochete que tinha droga. Dez balinhas e um pedacinho de 25. Aí na primeira audiência eu disse que eu tava com essa droga, mas era pra uso. Aí perguntaram: quer ir pra comunidade? Eu disse “quero”, aí *tô* esperando. Eu quero ir pra comunidade pra eu largar de vez essa droga. Agora a maconha eu não sei, não. Só Deus mesmo pra eu me livrar dela. A maconha é mais pesada pra mim.
- O senhor acha que a sua prisão ajuda a diminuir o uso?
- Eu acho que não ajuda, não. Porque, pra ser sincero, a senhora mesma sabe, nos presídios, em cadeia assim entra muita droga. E a gente não tá livre também não. Aqui se torna mais cara, né? Porque uma droga por cinquenta real é muito dinheiro. É o preço que eles *vende* aqui. Aí bote aí um *grama* por cinquenta quanto eles não ganham?

Em outra unidade, os entrevistados Filipe, Ian e José também confirmaram a existência de drogas e o valor do “grama é cinquenta reais, do *pó* e da maconha”, contou Filipe, que também afirmou ser comum a existência de usuários que “fumam a feira”, ou seja, compram as substâncias e entregam os produtos levados pela família como pagamento.

Outro elemento que demonstra o caráter seletivo da estigmatização sobre o controle do consumo e comércio de drogas é o fato de que Juca, ao me contar sua história, disse que começou a usar maconha aos 14 anos, na companhia do seu padrasto, para conseguir trabalhar no corte de cana-de-açúcar em uma usina do estado:

- Eu comecei a usar primeiro o álcool, depois fui pro crack. O álcool eu acho que eu tinha onze, doze anos, quando eu andava mais meu pai.

<sup>46</sup> MARQUES, Adalton. “Liderança”, “proceder” e “igualdade”: uma etnografia das relações políticas no Primeiro Comando da Capital. *Etnográfica*, Lisboa, p. 311-335, 2010.

- O seu pai bebia?
- Bebe ainda. Meu pai tem noventa anos e ainda bebe.
- Depois do álcool, por influência dos amigos, eu fui pra droga. Minha mãe se separou do meu pai, foi morar com ele outro homem, o nome dele é Besouro. Aí ele usava droga, eu trabalhava com ele, aí comecei fumar maconha mais ele.
- Trabalhava com o quê?
- No corte de cana também.
- Por que vocês costumavam usar maconha?
- É porque a gente fica mais maneiro, é mais fácil de trabalhar.

Quando perguntei sobre o que achava do trabalho nos canaviais, Juca respondeu o seguinte:

- O trabalho era bom. Dava pra ganhar um dinheirinho sossegado.
- E o senhor tirava quantas toneladas?
- Tirava 10, 12, 15, até 20 quando era na vagem mesmo, cana boa na vagem, que é duas braças, três por tonelada. Aí eu gostei de fumar uma maconhazinha. Fumava uma maconhazinha pra trabalhar. Não gostava de faltar dia, porque se perder um dia, desconta dois.
- E eles davam a quantidade de cana que o senhor cortava?<sup>47</sup>
- Dava uma quantidade boa, era. Eu pegava às vezes além da conta que era pra *trabaiá* o dia todo. Eu gostava de tirar a quinzena cheinha, sabe? Gostava de tirar a quinzena *maga*, não.

Como se percebe nos trechos acima, para suportar o esbagaçamento<sup>48</sup> físico causado pelo corte de cana, que implica, em muitos casos, a ocorrência de câimbras generalizadas, efeito chamado de *canguru*<sup>49</sup>, muitos trabalhadores recorrem ao consumo de maconha. O vínculo entre o uso da planta e o trabalho nos canaviais também foi mencionado por um profissional entrevistado. Antes de trabalhar como monitor na CT3, onde conversamos, Sandro trabalhou durante dois períodos, cada um de seis meses, na mesma usina e função que Juca. Antes da minha conversa com este, no sistema prisional, Sandro já havia falado que era comum o consumo de maconha entre os trabalhadores, mas disse que não usava por não se sentir bem: “eu não gostava, me sentia fraco”. Sandro me contou que cortava, em média, quatro a cinco toneladas de cana diariamente. Sobre o trabalho nos canaviais, Sandro relatou:

- Já trabalhei em muitas coisas boas, mas também já cheguei, como diz a história, no fundo do poço, a trabalhar com coisas que você não quer. Mas pra manter sua família, você tem que trabalhar. Já trabalhei em telemarketing, atendente de farmácia, como também já cheguei a cortar cana. A primeira vez foi doída, eu nunca tinha trabalhado, mas como estava passando necessidade dentro de casa, acabei encarando, pra não deixar faltar nada pros meus filhos. Eu disse: “eu vou”. Foi uma experiência boa. Como eu falo aqui no meu testemunho com os meninos, eu falo que foi o trabalho mais honrado que eu tive. A primeira vez eu me calei e falei “mais nunca eu trabalho

<sup>47</sup> Fiz essa pergunta porque em uma entrevista anterior, Sandro, um ex-cortador ao qual me refiro no parágrafo seguinte, comentou que não era raro que a empresa considerasse, para fins de pagamento, que o trabalhador cortou menos cana do que o que realmente produziu. “Além de tudo, eles roubavam”, disse ele. Essas fraudes também foram registradas pelos interlocutores de Lúcio Verçoza. Ver: VERÇOZA, Lúcio Vasconcellos de. **Os homens-canguru dos canaviais alagoanos**: um estudo sobre trabalho e saúde. Maceió: Edufal, 2018, p. 154.

<sup>48</sup> VERÇOZA, Lúcio Vasconcellos de. **Os homens-canguru dos canaviais alagoanos**: um estudo sobre trabalho e saúde. Maceió: Edufal, 2018, p. 189.

<sup>49</sup> VERÇOZA, Lúcio Vasconcellos de. **Os homens-canguru dos canaviais alagoanos**: um estudo sobre trabalho e saúde. Maceió: Edufal, 2018, p. 198.

nessa área”. Mas Deus me mostrou que quem manda é Ele. Aí fui e trabalhei mais outra vez. É o trabalho mais honrado que eu vejo. Pra você levar comida pra dentro de casa, você ter que acordar três, quatro horas da manhã. Meio-dia você tem que comer comida fria, você não tem aquele alimento quentinho, não. Foi uma experiência doída, mas também um aprendizado muito grande.

- Você tem o ensino médio?

- Sim. Pra você ver que hoje em dia você ter estudo não quer dizer que você não vai passar dificuldade. Nem sempre tá fácil de conseguir um emprego digno, principalmente aqui em Alagoas.

A relação direta entre o trabalho nos tabuleiros de cana e os danos à saúde de trabalhadores canavieiros alagoanos foi demonstrada em uma pesquisa realizada por Lúcio Verçoza, que envolveu, inclusive, avaliação física e exames cardiológicos. Em um dos exames realizado em um grupo de vinte e dois trabalhadores para avaliar a frequência cardíaca, a carga cardiovascular e a sua relação com a quantidade de toneladas de cana cortada, o pesquisador mostrou que apenas quatro cortadores “não extrapolaram a carga cardiovascular limite de 33%. Dentre eles, dois foram os que produziram menos toneladas. Ao todo, 81,82% ultrapassaram o limite da carga física de trabalho”<sup>50</sup>. Do grupo estudado pelo autor, o trabalhador que mais produziu cortou treze toneladas de cana-de-açúcar, seguido por outros dois, que cortaram dez toneladas. Já o homem que menos produziu cortou quatro toneladas de cana, seguido pelo trabalhador que cortou quatro toneladas e duzentos quilos<sup>51</sup>.

Além disso, Lúcio também se deparou com a desconfiança e precisou desistir de um dos planos da sua pesquisa, que era ficar alojado em uma vila de cortadores. Isso porque começou a ser espalhado um boato de que ele estaria ali para investigar o comércio de drogas na localidade<sup>52</sup>. Essa situação também robustece os relatos dos meus interlocutores a respeito do consumo de drogas entre os trabalhadores canavieiros.

Chama atenção o fato de que a percepção estigmatizante não se aplica apenas às pessoas que fazem uso radical de crack, talvez o exemplo mais extremo entre os usuários de drogas. Ela também é aplicada aos demais indivíduos que têm relação com o uso e comércio de drogas e que são classificados como *bandidos*, como destacou Igor em sua fala, exposta no início desta seção. É que o status de bandido não é compartilhado por todos os usuários e comerciantes de drogas ilícitas ou usuários problemáticos de bebidas alcoólicas. Existe uma seletividade na aplicação do referido rótulo, pois ele se adequa àquelas pessoas que experimentam o que Michel

<sup>50</sup> VERÇOZA, Lúcio Vasconcellos de. **Os homens-canguru dos canaviais alagoanos**: um estudo sobre trabalho e saúde. Maceió: Edufal, 2018, p. 241.

<sup>51</sup> VERÇOZA, Lúcio Vasconcellos de. **Os homens-canguru dos canaviais alagoanos**: um estudo sobre trabalho e saúde. Maceió: Edufal, 2018, p. 239.

<sup>52</sup> VERÇOZA, Lúcio Vasconcellos de. **Os homens-canguru dos canaviais alagoanos**: um estudo sobre trabalho e saúde. Maceió: Edufal, 2018, p. 65.

Misse chama de *sujeição criminal*. Pelos seus ensinamentos, compreende-se que não são as incriminações que constroem o bandido, tendo em vista que não se está a falar de

qualquer sujeito incriminado, mas um sujeito por assim dizer “especial”, aquele cuja morte ou desaparecimento podem ser amplamente desejados. Ele é agente de práticas criminais para as quais são atribuídos os sentimentos morais mais repulsivos, o sujeito ao qual se reserva a reação moral mais forte e, por conseguinte, a punição mais dura: seja o desejo de sua definitiva incapacitação pela morte física, seja o ideal de sua reconversão à moral e à sociedade que o acusa<sup>53</sup>.

Portanto, no campo das drogas, a construção do bandido guarda mais relação com a quebra de expectativas morais, que se relacionam mais com o perfil pessoal e com os padrões de uso, por exemplo, do que propriamente com a espécie de substância consumida ou comercializada. Como já sinalizado acima, embora o autor tenha dado especial atenção à presença de incriminações no trecho destacado, a prática ou não de condutas tipificadas criminalmente é irrelevante para o processo de sujeição criminal. Se existirem, elas apenas servem para intensificar as respostas repressivas, seja no âmbito do sistema de justiça criminal, seja em sede de instituições destinadas a tratamento.

A sujeição criminal é um processo de produção de subjetividades a partir do qual são produzidas imagens estabelecidas socialmente sobre os indivíduos ou grupos considerados criminosos ou potencialmente criminosos:

a sujeição criminal é um processo de criminalização de sujeitos, e não de cursos de ação. Trata-se de um sujeito que “carrega” o crime em sua própria alma; não é alguém que comete crimes, mas que sempre cometerá crimes, um bandido, um sujeito perigoso, um sujeito irrecuperável, alguém que se pode desejar naturalmente que morra, que pode ser morto, que seja matável.<sup>54</sup>

Como se destaca nessa passagem, para ser considerado bandido, a prática de crimes ou condutas equiparadas é prescindível, bastando que haja sujeição criminal efetivada ou em curso, tendo em vista a “autonomia individualizante do termo”<sup>55</sup>. Uma vez aplicado, esse estereótipo possui a importante função de ser unificador de expectativas sociais ao redor desses indivíduos, já que, de acordo com Rosa del Olmo, “os estereótipos são a melhor expressão do controle social informal”<sup>56</sup>. A ideia de unificação, apesar de verdadeira no contexto de fala da autora, pode levar a uma falsa impressão de que todas as pessoas abarcadas por esse título possuem um perfil homogêneo. Diante do risco, como adverte Gilberto Velho, é necessário ter cautela para

<sup>53</sup> MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. *Lua Nova*, v. 79, p. 15-38, 2010, p. 17.

<sup>54</sup> MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. *Lua Nova*, v. 79, p. 15-38, 2010, p. 21.

<sup>55</sup> MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. *Lua Nova*, v. 79, p. 15-38, 2010, p. 28.

<sup>56</sup> OLMO, Rosa del. *A face oculta da droga*. Rio de Janeiro: Revan, 1990, p. 23.

não homogeneizar as condutas dos integrantes desses grupos<sup>57</sup>. No mesmo sentido está a advertência de Howard Becker quando afirma a necessidade de um olhar que contemple a diversidade das pessoas consideradas como desviantes<sup>58</sup>. A propósito, para Becker,

o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um “infrator”. O desviante é alguém a quem esse rótulo foi aplicado com sucesso; o comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal<sup>59</sup>.

Essa definição é importante porque, ao mesmo tempo em que destaca, à luz da perspectiva interacionista, que o rótulo de desviante é fruto de um processo de aprendizagem social, afastando uma ideia ontológica sobre o desvio, também lança luzes sobre a atuação social, a partir de sistemas morais, no enquadramento ou não de alguém em uma subcultura desviante. Nesse ponto, Gilberto Velho destaca que as subculturas precisam ser consideradas em seu dinamismo na relação com as demais culturas e não de forma engessada, estática, como se fosse apartada e independente na realidade social<sup>60</sup>.

Nesse sentido, Becker apresenta duas afirmações interessantes. A primeira é a de que o rótulo de desviante pode ser aplicado a alguém que, embora não tenha desrespeitado nenhuma regra, comportou-se de forma considerada desrespeitosa pelos impositores dessas regras, figuras responsáveis pela aplicação das mesmas. Um exemplo corriqueiro dessa atuação é a utilização de violência física por policiais quando se sentem desrespeitados por infratores ou potenciais criminosos<sup>61</sup>.

A segunda afirmação é a de que o desvio é “erro publicamente rotulado”<sup>62</sup>, de onde se extrai que as definições de desvio e de desviante são feitas a partir de estratégias de poder, em contextos de interação social<sup>63</sup>. No contexto deste trabalho, essa afirmação explica o fato de nem todos os usuários e comerciantes de drogas serem considerados desviantes, embora tanto o uso como o comércio de ilícitas sejam atividades vedadas pela legislação penal.

Essa constatação está diretamente relacionada com a atuação dos impositores de regras, como sinalizado no exemplo acima sobre a realização de práticas punitivas típicas de sistemas

<sup>57</sup> VELHO, Gilberto (org.). **Desvio e divergência**: uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

<sup>58</sup> BECKER, Howard. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio, 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2019, p. 92.

<sup>59</sup> BECKER, Howard. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio, 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2019, p. 22.

<sup>60</sup> VELHO, Gilberto. **Nobres e anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 18.

<sup>61</sup> BECKER, Howard. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio, 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2019, p. 164.

<sup>62</sup> BECKER, Howard. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio, 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2019, p. 169.

<sup>63</sup> Mesmo nos casos de desvios secretos, Becker destaca que o próprio ator classifica as suas ações como desviantes e acredita que outras pessoas também as classificariam como tal, caso elas fossem reveladas. BECKER, Howard. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio, 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2019, p. 189.

penais subterrâneos<sup>64</sup> por alguns policiais. Becker afirma que a atuação policial não costuma ser guiada pelos parâmetros morais que cada um deles possui, visto que costumam estabelecer uma relação estritamente profissional com as atividades que desenvolvem. Ele atribui a atuação seletiva à influência das limitações pessoais e materiais encontradas no contexto da realização do trabalho<sup>65</sup>. Nessa direção, apresenta algumas situações em que, a despeito de haver atos passíveis de classificação de indivíduos como desviantes, não se atribui tal rótulo:

constatamos que alguns atos que, por padrões comumente reconhecidos deveriam claramente ser definidos como desviantes não o são por ninguém. Vemos que impositores da lei e da moralidade muitas vezes contemporizam, permitindo que alguns atos passem despercebidos ou livres de punição porque seria muito difícil averiguá-los; porque possuem recursos limitados e não poderiam perseguir todo o mundo; porque o infrator tem poder suficiente para se proteger contra as suas incursões; porque foram pagos para fazer vista grossa<sup>66</sup>.

As observações do autor são muito pertinentes para compreender o público afetado pelo controle social no campo das drogas, visto que há que se considerar que dentro da categoria *usuários de drogas* existem outros subgrupos que, por sua vez, comportam mundos bastante heterogêneos, o que também ocorre no caso dos chamados *traficantes*, a começar pelo fato de que nada impede que os papéis de *traficantes* e *usuários* coexistam em um mesmo sujeito.

Sendo assim, o que une os usuários e comerciantes de drogas é a clandestinidade e a ilegalidade das condutas praticadas, mas não se pode esperar desse grande conjunto de pessoas outra coisa senão a diversidade de estilos de vida e interesses<sup>67</sup>. Nesse ponto, é interessante notar a aplicação do rótulo de desviante, sendo que as consequências decorrentes dela ocorrem com muito mais frequência sobre as pessoas que estão mais próximas das redes de comércio ilegal de drogas. De acordo com Misse,

Se, por um lado, essa territorialização reforça estereótipos e estigmatiza importantes segmentos sociais do espaço urbano, por outro, passa a constituir efetivamente novas redes de sociabilidade, que emergem das relações de poder que demarcam esses territórios.<sup>68</sup>

Esses mercados, no contexto alagoano, concentram-se em áreas periféricas urbanas<sup>69</sup>, onde a ocorrência de episódios de violência, inclusive policial, é muito mais frequente do que

<sup>64</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl. BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro Slokar. **Direito penal brasileiro**, v. 1, 4ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 70.

<sup>65</sup> BECKER, Howard. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2019, p. 169.

<sup>66</sup> BECKER, Howard. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2019, p. 187.

<sup>67</sup> VELHO, Gilberto. **Nobres e anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 15.

<sup>68</sup> MISSE, Michel. Mercados ilegais, redes de proteção e organização local do crime no Rio de Janeiro. **Estudos avançados**, v. 21, p. 139-157, 2007, p. 144.

<sup>69</sup> RODRIGUES, Fernando de Jesus; CARVALHO, Ada Rízia Barbosa De; SANTOS, Alana Barros. Notas sobre redes de proteção: facção, família e crime em periferias urbanas de Alagoas. **Diversitas Journal**, v. 5, n. 3, p. 2297-2316, 2020.

em regiões com maior prestígio social. Não por acaso, a maior parte dos atendidos nas comunidades terapêuticas, no CAPS AD Everaldo Moreira e pela equipe do Consultório na Rua estudada nesta pesquisa é composta por pessoas pobres, oriundas de espaços periféricos, tanto na capital do estado, como das cidades do seu interior.

Em algumas clínicas de internação há uma variação maior do perfil dos pacientes. No entanto, apesar de os tratamentos, em regra, serem inacessíveis às pessoas menos favorecidas economicamente, as famílias pobres costumam recorrer ao poder judiciário, por meio da Defensoria Pública, para que o estado seja obrigado a custear o tratamento dos seus parentes. Essa estratégia permite que o público hipossuficiente economicamente também acesse os referidos espaços.

A respeito do impacto dessas diferenças sociais, Gabriel Feltran afirmou que os consumidores de drogas oriundos das elites não se vinculam da mesma maneira ao tráfico profissional, pois o acesso desse público às drogas “não passa pela vinculação com a violência que o caracteriza internamente, ou em suas relações com a polícia”<sup>70</sup>. Na mesma linha, Michel Misse explica as razões pelas quais as classes mais favorecidas socioeconomicamente não são atingidas da mesma maneira pelos ônus do regime de proibição das drogas:

O tráfico de drogas, que atende às elites e às classes médias em praticamente todos os países do mundo, inclusive no Brasil, não se associa da mesma maneira à violência, principalmente porque é operado por indivíduos e não por quadrilhas e não é baseado em controle de territórios, mas em relação direta com o consumidor, através da entrega em domicílio ou em lugares combinados<sup>71</sup>.

Durante as visitas às instituições, por meio das conversas informais com os pacientes e também com os profissionais, foi possível perceber que é comum que os usuários precisem estabelecer relações com mercados ilegais para conseguirem consumir as substâncias, especialmente se forem oriundos de classes sociais menos favorecidas, uma vez que aqueles que possuem melhores condições econômicas também acessam as drogas por meios mais sofisticados, que lhes permitem uma maior discrição e preservação da privacidade, a exemplo do fácil acesso a internet e a equipamentos eletrônicos, como celulares e computadores, que viabilizam uma comunicação eficaz.

Além disso, nas camadas melhor favorecidas economicamente, as relações comerciais costumam ser baseadas em relações de amizade. Por isso mesmo, o tráfico nesses ambientes

---

<sup>70</sup> FELTRAN, Gabriel de Santis. **Fronteiras de tensão**: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2008, p. 120.

<sup>71</sup> MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. **Lua Nova**, v. 79, p. 15-38, 2010, p. 20.

não possui clara demarcação territorial, mas é pulverizado, o que facilita na manutenção do comércio sem grandes empecilhos repressivos. De acordo com Carolina Grillo, que realizou pesquisa etnográfica com traficantes de classe média do Rio de Janeiro, esses grupos

encontram, no seu próprio círculo de amigos e conhecidos, os clientes para quem comercializam drogas tanto para o consumo quanto para a revenda. É através das relações de amizade que se estabelecem todos os contatos que viabilizam a circulação desse mercado configurando redes complexas e interconectadas. Mesmo quando o objetivo da relação é estritamente comercial, força-se alguma amizade, de modo que as partes se conheçam melhor, uma vez que eles procuram sempre vender “só para os camaradas”<sup>72</sup>

Isso não significa que os mais privilegiados estejam imunes a todas as inseguranças sociais e jurídicas advindas da proibição, como mostrou Gilberto Velho, em pesquisa que realizou ainda na década de 1970, na qual acompanhou por cerca de dois anos usuários de tóxicos oriundos de camadas médias cariocas<sup>73</sup>. No entanto, ficou claro nessa investigação que se deve considerar que a exposição de pessoas pertencentes a classes sociais mais abastadas a redes de controle estatais e também a episódios conflituosos nos ambientes de comércio ilegal ou decorrentes deles é bem menor do que no caso daqueles que se expõem pessoalmente e com frequência ao contato com os ambientes de comércio varejista ilegal, como as chamadas biqueiras ou as bocas de fumo.

Ainda durante as primeiras visitas às comunidades terapêuticas, repetiram-se muito os relatos de usuários que decidiram recorrer ao tratamento naquelas instituições, não apenas motivados pelo desejo de parar de consumir drogas, mas também - em alguns casos, principalmente - pela necessidade de autoproteção, tendo em vista que muitos viviam sob ameaças decorrentes das dívidas que fizeram com traficantes para comprar as substâncias. De fato, como afirmou Misse, “o baixo poder aquisitivo dos que operam nesses territórios torna-os vulneráveis a um sistema de consignação de vendas em que a dívida é paga com morte”<sup>74</sup>. Nesse sentido, algumas pesquisas recentes demonstram a existência de relações - diretas ou indiretas - entre o consumo e o comércio de drogas e a ocorrência de homicídios em diferentes regiões do país, a exemplo da região metropolitana de Brasília<sup>75</sup> e do município de Maceió<sup>76</sup>.

<sup>72</sup> GRILLO, Carolina Christoph. **Fazendo o doze na pista**: um estudo de caso do mercado ilegal de drogas na classe média. 2008, 128 f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008, p. 20.

<sup>73</sup> VELHO, Gilberto. **Nobres e anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 74.

<sup>74</sup> MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. **Lua Nova**, v. 79, p. 15-38, 2010, p. 20.

<sup>75</sup> ZACKSESKI, Cristina; MACHADO, Bruno Amaral; COSTA, Arthur Trindade Maranhão. Aproximações teórico-metodológicas entre a Criminologia e a Sociologia da Violência. **Crítica penal y poder**, n. 20, p. 177-210, 2020, p. 198.

<sup>76</sup> MALAQUIAS, Carlos Adolfo Carvalhal. **Da relação entre tráfico de drogas e homicídios em Maceió**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2021.

No contexto dessas relações com o comércio ilegal de drogas, Igor, psicólogo da CT3, relatou que a existência de dívidas com traficantes é um dos primeiros temas de questionamento na entrevista que faz com os acolhidos recém-chegados: “quando eles têm dívidas com os traficantes, a primeira coisa que eu faço é mandar procurar ajuda com a família para conseguir o dinheiro e pagar, porque não adianta ele estar aqui e a cabeça lá fora, preocupado com sua vida e a vida da família”.

As *pendências externas*, ainda mais quando envolvem membros da família dos acolhidos, são um grande obstáculo para a permanência de usuários nas instituições de acolhimento, inclusive pelo fato de a decisão de se tratar, em quase todos os casos com os quais tive contato, ter sido motivada pelo desejo de reconstrução dos vínculos familiares. Desse modo, ficar *limpo/limpa* só faz sentido, para muitos, se for possível *ter a família de volta*, o que já demonstra o papel central das famílias no desenvolvimento do tratamento, seja em meio aberto ou em instituições que trabalham com o isolamento físico dos acolhidos ou pacientes.

A relação de alguns usuários com as facções criminosas também foi um tema frequente, durante as conversas informais e as entrevistas com os participantes da pesquisa. Percebeu-se que esses vínculos motivaram o ingresso na instituição, no caso daqueles e daquelas que decidiram se desvincular dos referidos grupos (ainda que temporariamente). Ademais, também verifiquei situações de desistência do tratamento em virtude do ingresso de membros de facções rivais na mesma instituição.

O monitor da CT3, primeiro profissional a quem fui apresentada na instituição e com quem tive a oportunidade de conversar longamente, foi quem primeiro relatou a existência de usuários faccionados. Embora eu tenha iniciado os trabalhos de campo com muitas expectativas e, inclusive, tentando prever as situações com as quais eu poderia me deparar, foi realmente surpreendente saber da influência dessas relações com facções criminosas no âmbito das instituições pesquisadas. Tal constatação também ocorreu durante a visita a outras instituições e me remeteu de forma instantânea aos ambientes de cárcere.

Um outro ponto instigante e que muito interessa para compreensão da constituição de alguns usuários no papel de desviantes foi a revelação de que, no contexto do pequeno comércio de drogas ilícitas, até mesmo os documentos pessoais servem como objetos de negociações. Esse fato me foi relatado pelo psicólogo de uma outra comunidade terapêutica, a CT4, enquanto conversávamos pela primeira vez, na tarde do dia 22 de março de 2022. Segundo ele, no momento do acolhimento inicial com a equipe da psicologia e do serviço social, ao serem

---

indagados, é comum que alguns dos usuários informem que estão sem os documentos por tê-los perdido, especialmente aqueles que chegam na instituição como pessoas em situação de rua. Depois que fortalecem a comunicação com a equipe e criam vínculos mais sólidos de confiança, no entanto, costumam procurar os profissionais e admitem que, na verdade, não estão de posse dos documentos por tê-los “empenhado”, deixado como garantias na “boca” para conseguirem as substâncias. Essa prática também foi narrada por Lia, entrevistada no CAPS AD. Essa foi outra grande surpresa para mim, que não cogitava a existência desse tipo de transação e menos ainda que ocorresse com a frequência que me foi relatada.

Essa prática de deixar documentos nas “biqueiras” é bastante simbólica. Isso porque, a partir das minhas observações e diálogos em campo, foi possível perceber que a maior parte dos acolhidos voluntariamente nessas instituições é composta de pessoas pobres que, ao longo das suas trajetórias de vida, experimentaram muito mais o braço punitivo do Estado do que a sua feição garantidora de direitos - os quais, via de regra, só são possíveis de serem acessados mediante a apresentação dos documentos pessoais.

Sendo assim, deixá-los como garantia em um território de comércio ilegal, para além de um reflexo da vulnerabilidade causada pela drogodependência, consiste em uma ilustração muito vívida de que a cidadania, para alguns grupos de pessoas, não passa de mera formalidade, sem repercussão substancial nas suas vidas. Vera Malaguti Batista nomeia essa aparência de cidadania - ou, mais precisamente, a ausência de cidadania no seu aspecto substancial - de *cidadania negativa*. Ao falar a respeito dessa forte atuação punitiva do estado contra as camadas mais desfavorecidas da população, a autora resgata a atuação marcadamente racista do sistema penal, que atua no controle dos grupos urbanos que ocupam, na atualidade, os espaços de exclusão antes destinados às pessoas escravizadas. Essas pessoas, segundo ela, não são contempladas plenamente com a proteção estatal proveniente do status de cidadãs, mas experimental frequentemente os mecanismos punitivos estatais<sup>77</sup>.

Na mesma conversa, o profissional da CT4 relatou que, em comum acordo com a equipe, é possível que o usuário receba autorização para sair da instituição e pagar suas dívidas nos ambientes de comércio ilegal para que, desse modo, possa recobrar o acesso aos seus documentos. Essa autorização não inviabiliza o seu retorno à instituição. Pelo contrário, conforme me foi narrado, é uma forma de dar autonomia ao acolhido para que possa decidir de forma responsável pelo retorno ao tratamento. Nos casos em que não é possível recuperar os

---

<sup>77</sup> BATISTA, Vera Malaguti. **Difíceis ganhos fáceis:** drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 57.

documentos, a equipe da referida instituição providencia a emissão de novos papéis junto aos órgãos responsáveis.

Embora o foco desta pesquisa esteja voltado para os usuários de álcool e outras drogas, é interessante notar que existe a mesma pluralidade de perfis quando se trata do que se convencionou chamar de traficantes de drogas, podendo existir diversos tipos de sujeitos sob esse título. E é importante apresentá-los aqui, pois, como se verá no próximo item, a linha que separa traficantes de usuários é extremamente tênue e maleável, variando conforme as circunstâncias.

Ao tratar de mercados ilegais no Rio de Janeiro, Michel Misse expôs alguns dos modelos de acusações sociais que cabem na referida palavra. Ele diferenciou o tipo *traficante* e as variações entre o comércio de drogas e outros mercados igualmente ilegais, mas que encontram maneiras diversas de receptividade social. Assim, registrou que,

no Brasil geralmente diferenciamos aqueles que transacionam produtos “piratas” ou contrabandeados daqueles outros que vendem drogas ilícitas: os primeiros são “camelôs” e a acusação social lhes é muito menos severa do que a que recai sobre os que transacionam maconha ou cocaína a varejo, por exemplo. Esses são chamados de “traficantes”, o mesmo termo aplicado aos operadores do tráfico internacional. Entre esses, há os que enriquecem participando do comércio atacadista internacional e os que, ainda adolescentes, vendem “papelotes” ou “baseados” para outros adolescentes e jovens. Ainda entre estes últimos, a acusação social parece privilegiar mais aqueles que operam nas favelas, conjuntos habitacionais de baixa renda ou bairros periféricos das grandes cidades brasileiras do que os que agem com base em agendas telefônicas e redes de relações de confiança entre usuários da mesma classe média de onde provêm, moradores de apartamentos e casas de bairros de renda média ou alta. Nesse caso, o que parece demarcar a diferença não é tanto o tipo de mercadoria ou a rede de comercialização, mas os efeitos diferenciais de violência que seu comércio pode produzir<sup>78</sup>.

Neste trecho, é possível identificar o quão abrangente é o termo *traficante*, e, sobretudo, o quão desigual é a distribuição do peso moral a ele atribuído em contextos diferentes. O interessante é que esse processo de construção de figuras desviantes, *usuários* ou *traficantes*, tem como consequência um movimento de conformação da pessoa no papel a ela atribuído, a chamada “profecia autoconfirmatória”<sup>79</sup>. A partir de pesquisa com jovens envolvidos em redes de crime em regiões periféricas do Rio de Janeiro, Alba Zaluar<sup>80</sup> demonstrou tanto como se dá o ingresso deles nessas redes, o que normalmente acontece através de interações sociais com pessoas já envolvidas com práticas delitivas, bem como de que modo acontece a sua conformação no papel de criminosos.

<sup>78</sup> MISSE, Michel. Mercados ilegais, redes de proteção e organização local do crime no Rio de Janeiro. **Estudos Avançados**, v. 21, p. 139-157, 2007, p. 141.

<sup>79</sup> ZORILLA, Carlos González. **Drogas e questão criminal**. In: BERGALLI, Roberto; RAMÍREZ, Juan Bustos. O pensamento criminológico II: estado e controle. Rio de Janeiro: Revan, 2015, p. 285.

<sup>80</sup> ZALUAR, Alba. **Condomínio do Diabo**. Rio de Janeiro: Revan: Editora UFRJ, 1994, p. 103.

No contexto local, desde o início das atividades em campo, o processo de conformação dos acolhidos no papel de pessoa adicta ficou bastante evidente. Na CT1, primeira comunidade terapêutica visitada, uma instituição destinada apenas a mulheres, já foi possível percebê-lo. Na manhã em que cheguei *na casa*, sem avisar previamente, estava sendo organizado um momento de terapia em grupo, que seria conduzido pela psicóloga da comunidade. As mulheres já estavam organizadas em círculo e eu fui convidada por Elena, a psicóloga, a acompanhar aquela ação coletiva. Após a sua fala inicial, sobre o funcionamento da comunidade, a natureza do trabalho desenvolvido e os desafios cotidianos enfrentados tanto pela equipe profissional quanto pelas *meninas*, apresentei-me brevemente às acolhidas. Em seguida, elas começaram a se apresentar para o grupo, falando sobre suas trajetórias - o que quase sempre aconteceu sob forte emoção.

Logo de início, prendeu-me a atenção a importância dada ao jeito de as acolhidas admitirem o estado de dependente química, naquela conjuntura. “Adicta, né?”, perguntou, no início do seu relato, uma das *companheiras*<sup>81</sup> a Elena, que sinalizou afirmativamente com a cabeça. Esse movimento representa muito claramente o mergulho no papel de desviante, ainda que de forma diferente em relação ao que ocorre em outras subculturas, que assumem o estigma como forma de perpetuar a sua participação no grupo. Admitir a adicção é a primeira etapa no desafio de alcançar a independência do consumo de drogas, figurando, inclusive, como o primeiro dos doze passos propostos pela organização Narcóticos Anônimos<sup>82</sup>, cujas diretrizes costumam ser aplicadas nas clínicas e comunidades terapêuticas.

Também na clínica1, pude perceber diversas vezes o mesmo movimento. Uma dessas percepções se deu quando, em uma das tardes que passei no estabelecimento, eu fui convidada a acompanhar uma reunião da ala feminina. O tema do momento foi “recuperação e recaída”, baseada no sétimo capítulo, homônimo, do Livro Azul - NA. No trecho, a recuperação é posta como um processo bem mais amplo do que a manutenção da abstinência. Em dado momento, a conselheira terapêutica, autointitulada uma “adicta em recuperação” reforçava a ideia de que não basta apenas se manter *limpa*, era preciso evitar comportamentos aditivos. Estávamos eu, ela, uma monitora, também adicta em recuperação, e três pacientes.

---

<sup>81</sup> Termo utilizado pelas acolhidas da instituição ao se referirem umas às outras, demonstrando uma relação de empatia e solidariedade entre elas. Inclusive, em várias ocasiões ao longo da roda de conversa, quando aquela que estava falando chorava, não conseguindo conter a emoção, as outras mulheres demonstravam sua solidariedade pronunciando a expressão “força, companheira”, o que pareceu ser um hábito estimulado pela equipe, já que em um dos casos em que as mulheres não reagiram dessa maneira a psicóloga lembrou: “o que a gente fala para a companheira?”.

<sup>82</sup> “Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis” é o primeiro dos doze passos dos Narcóticos Anônimos, conforme se pode verificar no sítio eletrônico da organização. Disponível em: <https://www.na.org.br/os-12-passos/>. Acesso em: 14 mai. 2022.

No caso das mulheres e dos demais acolhidos na mesma situação, a assunção do estado de dependente é uma ferramenta, um degrau na busca pela desvinculação desse mesmo estado. Trata-se de um estímulo para alcançar um estado de sobriedade cotidiana, a fim de conseguir ficar *limpa/limpo* por mais um dia. Não se tem o objetivo de deixar de ser adicta ou adicto, de alcançar a *cura*, visto que essa não é uma possibilidade assumida pelos atores das comunidades e clínicas para os casos de dependência química, conforme se repete à exaustão nos momentos terapêuticos. No próximo item será possível compreender melhor alguns aspectos relacionados à construção desse estereótipo de dependente químico e como ele é manejado no contexto do controle dos usuários.

### 2.3.A CONSTRUÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS TRAFICANTES DE DROGAS À LUZ DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E A SUA REPERCUSSÃO NO ACESSO À SAÚDE DE USUÁRIOS

Neste trabalho, a discussão realizada no item anterior a respeito da construção de desviantes no âmbito do controle sobre o uso e comércio de drogas precede as questões jurídico-legais porque, como afirma Misse, “o crime é definido primeiramente no plano das moralidades que se tornaram hegemônicas e cuja vitória será inscrita posteriormente nos códigos jurídicos”<sup>83</sup>. Desse modo, quando a demanda social pela proibição ganha forma jurídico-penal, viabiliza-se a construção de discursos de verdade - porque revestidos de cientificidade<sup>84</sup> - em torno da ilegalidade das drogas que acabam por legitimar a atuação estatal – ou público-privada - tanto na esfera da repressão, quanto de ações alegadamente preventivas e de recuperação, nas quais se enquadram as estratégias de tratamento, que constituem o foco principal da presente investigação.

Inicialmente, é preciso compreender o que se entende por regime de proibição, base das reflexões aqui expostas. De acordo com Plínio Leite Nunes,

corresponde ao conjunto de normas, agências (oficiais e não oficiais) e de estratégias responsáveis pela normatização, controle e gestão das questões relacionadas a substâncias psicoativas de uso, produção, cultivo e comercialização proscritos ou rigidamente controlados<sup>85</sup>.

Segundo Sebastian Scheerer, esse regime de proibição é sustentado por um sistema de crenças que guarda muitas relações com práticas autoritárias de controle de minorias ao redor

<sup>83</sup> MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. *Lua Nova*, v. 79, p. 15-38, 2010, p. 22.

<sup>84</sup> FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2010, p. 7.

<sup>85</sup> NUNES, Plínio Leite. *A criminologia das drogas*. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020, p. 330.

do mundo. No começo do século XX, suas principais bases estavam relacionadas com a fragilidade das informações a respeito das chamadas drogas perigosas, de modo que proibir foi a melhor solução para o não enfrentamento dos problemas reais existentes ao redor das substâncias<sup>86</sup>. O referido panorama parece não diferir muito do atual contexto, embora a quantidade e a qualidade das informações sobre as substâncias sejam maiores.

Salo de Carvalho afirma, no entanto, que não é possível identificar de forma exata a origem do fomento à criminalização das drogas, pois esse processo normalizador é difuso e fluido, de modo que não é possível encontrar sua exata origem<sup>87</sup>. Além disso, não constitui um objetivo desta pesquisa a busca por reconstruções históricas sobre a origem do modelo vigente. Contudo, é interessante compreender alguns aspectos da difusão dos discursos proibicionistas no nosso país, notadamente quando contribuem para a melhor compreensão dos seus impactos na vida das pessoas que fazem uso de drogas ilícitas e também de álcool, já que estas são submetidas aos mecanismos de controle e tratamento de forma semelhante aos usuários de substâncias tornadas ilícitas, conforme se observou durante os trabalhos de campo. Aliás, em duas das comunidades terapêuticas visitadas, a CT7 e a CT4, os profissionais com quem dialoguei afirmaram que não é incomum que as instituições acolham, por vezes, mais pessoas alcoolistas do que usuários de drogas ilícitas. No período de isolamento decorrente da pandemia de covid-19, por exemplo, esse fenômeno foi identificado pelos mesmos.

É interessante observar, a partir dos estudos de Rosa del Olmo, a influência exercida pelos Estados Unidos nas políticas de drogas de países latinoamericanos, especialmente a partir da década de 1960, período decisivo na construção e consolidação dos discursos médico-jurídicos ao redor das drogas. Tal modelo foi erigido a partir da fusão entre o modelo médico-sanitário, que lidava com a questão a partir de uma perspectiva patologicista, e o modelo ético-jurídico, centrado na noção de delinquência:

Em fevereiro de 1966 se aprovaria nos Estados Unidos o *NarcoticAddict Rehabilitation Act* pelo qual, por lei (discurso jurídico), se permite ao consumidor optar por uma sanção civil, ou seja, escolher entre o tratamento e a reabilitação ou a prisão, isto é, o discurso jurídico reforça o discurso médico, que por sua vez estava adquirindo importância desde 1963, quando, por lei, o Instituto Nacional de Saúde Mental lhe destinou um papel fundamental na solução dos problemas sociais do país. Assim se difundiria o estereótipo da dependência para o consumidor, com o qual se inicia a experiência com diferentes tipos de tratamento ao longo da década<sup>88</sup>.

---

<sup>86</sup> SCHEERER, Sebastian. Prohibición de las drogas em sociedades abiertas. In: CARVALHO, Érika Mendes de; ÁVILA, Gustavo Noronha de. (orgs.). **10 Anos da lei de drogas: aspectos criminológicos, dogmáticos e político criminais**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016, p. 383-384.

<sup>87</sup> CARVALHO, Salo. **A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2016, p. 53.

<sup>88</sup> OLMO, Rosa del. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990, p. 34-35.

A partir desses modelos foram consolidados estereótipos a partir dos discursos médicos, jurídicos e midiáticos, a exemplo do estereótipo da dependência, que transforma qualquer usuário em doente e passível de tratamento, e o estereótipo do delinquente, de viés criminalizante, à luz dos discursos ético-jurídicos<sup>89</sup>. Como afirma Zaffaroni, essa seleção estereotipada não é feita de forma arbitrária, mas sintetiza os preconceitos negativos socialmente difundidos em determinado recorte temporal<sup>90</sup>. Nessa direção, de acordo com Rosa del Olmo, os “estereótipos servem para organizar e dar sentido ao discurso em termos dos interesses das ideologias dominantes; por isso, no caso das drogas se oculta o político e econômico, dissolvendo-o no psiquiátrico e individual”<sup>91</sup>, o que se observa no processo consolidação das ações proibicionistas difundidas a partir dos Estados Unidos para os países latinoamericanos.

As formas estadunidenses de lidar com o “problema das drogas” estavam baseadas tanto em interesses econômicos quanto morais, notadamente na busca pelo reforço às campanhas de lei e ordem, principalmente como uma maneira de frear o consumo de drogas pelos jovens. Em países da América Latina, no entanto, essa perspectiva teve como efeito principal a intensificação na criminalização de consumidores:

Se o que se pretendia nos Estados Unidos com esta separação entre “delinqüente” e “doente” era aliviar o consumidor da pena de prisão, nos países periféricos, sem os serviços de assistência para tratamento dos países do centro, o consumidor se converteria em inimputável penalmente. Na prática significou que o consumidor era privado de liberdade e da capacidade de escolha ou vontade, e, portanto, sujeito a um controle muito mais forte. Outra alternativa era, como ocorreu por exemplo com a reforma do art. 367 do Código Penal venezuelano em 1965, a falta de precisão na definição entre posse e consumo, que deu lugar a múltiplas sentenças condenatórias à prisão de possíveis consumidores.

No Brasil, as ideias proibicionistas encontraram um terreno fértil para a sua difusão, tendo em vista que o campo punitivo em nosso contexto já era permeado por práticas autoritárias e marcadamente racistas, conforme se pode ver em uma coletânea de estudos sobre a maconha, produzida pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária, cuja segunda edição data de 1958. No documento, estão contidos trinta artigos que tratam sobre os perigos associados ao uso da *diamba*, a partir de pesquisas em diversos estados do Brasil.

Em um deles, intitulado “Os perigos sociais da maconha” o autor, Professor Igor Mendonça, expõe o seguinte:

Para dar-vos, de início, uma ideia dos perigos sociais da maconha, digo-vos, tão só, à moda de introito, que ela é, ao lado da cachaça, o enlêvo das populações nortistas pobres que, no tóxico, tantas vêzes, encontram a fórmula doce do sonho para as arestas

<sup>89</sup> OLMO, Rosa del. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990, p. 24.

<sup>90</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BAILONE, Matías. **Dogmática penal e criminologia cautelar: uma introdução à criminologia cautelar com especial ênfase na criminologia midiática**. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020, p. 105.

<sup>91</sup> OLMO, Rosa del. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990, p. 25.

contundentes da vida. Povo de caracteres étnicos que facilitam a absorção fácil de ideologias abstrusas, assoberbado pelos flagelos da sêca, pelas torturas das endemias, e da ignorância, é de apavorar o quadro dantesco que, nesse terreno, os tóxicos podem desenhar<sup>92</sup>

Na mesma coletânea, há o relatório de uma inspeção realizada pela Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, entre os dias 7 e 19 de novembro de 1943, nos estados da Bahia, Sergipe e Alagoas, no qual também fica clara a associação do uso da “liamba” às classes marginalizadas, conforme se pode ver em um trecho destacado da conclusão do documento.

Entre o nosso povo só fazem uso da maconha indivíduos da classe baixa, os desamparados de assistência social e menores abandonados, os chamados “maloqueiros”, sendo muito difundido o seu uso nos criminosos e reclusos nas penitenciárias<sup>93</sup>.

A disseminação de discursos como esses, sobre os perigos da droga para a saúde física, psíquica e social, a partir dos órgãos oficiais, demonstram como a política de drogas brasileira se desenvolveu sobre bases seletivas e racistas, a partir da associação das relações interpessoais desenvolvidas no entorno do comércio e consumo às classes pobres, consideradas perigosas, moralmente degeneradas, de modo que se destaca o controle sobre a população pobre e negra<sup>94</sup>, considerada incivilizada e propensa a vícios.

Por esse motivo, embora o objeto desta pesquisa seja o controle de usuários de drogas com foco nas instituições de acolhimento e tratamento, é essencial compreender como se estruturam os arranjos jurídico-legais no âmbito das drogas, uma vez que também as iniciativas de cuidado, tanto na rede pública quando na rede privada, são mediadas pelos discursos criminalizantes e patologizantes produzidos na esfera do regime de proibição.

Uma das razões dessa comunicação é o fato de que, como visto no item anterior, muitos usuários que procuram ajuda ou aos quais são impostos tratamentos em decorrência do uso problemático de álcool e outras drogas possuem ou mantiveram relações com mercados ilegais, assim como há muitos casos em que os usuários já foram afetados de alguma maneira pelo sistema de justiça criminal. Não se quer dizer com isso que haja uma relação necessária entre o uso de álcool ou substâncias tornadas ilícitas com a prática de delitos, mas o próprio acesso para consumo de algumas substâncias pressupõe o contato com redes criminosas.

---

<sup>92</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros, 2. ed. Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas do IBGE, 1958, p. 99.

<sup>93</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros, 2. ed. Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas do IBGE, 1958, p. 112.

<sup>94</sup> SAAD, Luísa. **Fumo de negro**: a criminalização da maconha no Brasil (1890-1932). Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013, p. 73.

Além disso, já nas instituições em que há restrição de liberdade dos usuários, ainda que voluntariamente, como é o caso das comunidades terapêuticas, é de conhecimento geral que a dependência de drogas lícitas e ilícitas é *incurável, progressiva e fatal*, características ressaltadas pelos profissionais nos momentos de ações terapêuticas que eu pude acompanhar, as quais eram repetidas entre as pessoas acolhidas com bastante frequência. Trata-se de um reforço, portanto, ao estereótipo da dependência, o que é utilizado como uma ferramenta para que se alcance a aderência de muitos usuários ao tratamento naquelas instituições.

Atualmente, existe uma diversidade de modelos de regulação das drogas tornadas ilícitas vigentes ao redor do mundo, dentre os quais estão a proibição total, a despenalização, a descriminalização, a legalização de fato e a legalização jurídica<sup>95</sup>. No Brasil, a Lei n. 11.343/06 prevê a criminalização e a punição do tráfico de drogas com pena de reclusão, mas retomou o modelo despenalizador em relação aos usuários, de modo que o uso de drogas consideradas ilícitas continua constituindo crime, mas não tem como sanção uma pena privativa de liberdade. Aos usuários alcançados pelo sistema punitivo é prevista a aplicação de medidas alternativas à prisão, classificadas em três categorias: advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, conforme o art. 28, da Lei n. 11.343/06.

Pela leitura da exposição de motivos da referida lei, observa-se que os modelos vigentes no Brasil foram adotados a partir de apelos para incrementar o rigor punitivo contra os traficantes e, por outro lado, abrandar as punições aos usuários, priorizando uma abordagem mais focada na atenção à saúde. Em relação a estes, a previsão legal anterior, contida no art. 16, da Lei n. 6.368/1976, impunha pena de detenção de seis meses a dois anos, além de multa.

Voltando um pouco mais, a Lei n. 5.726, de 1971 já refletia as demandas por repressão fomentadas pelos Estados Unidos e teve grande impacto na criminalização da juventude pobre brasileira, pois, além de prever reclusão com penas equiparadas para o uso, porte e comércio de entorpecentes, que poderiam ser de um a seis anos de reclusão, mais multa, fomentou a prática de delações, às autoridades sanitárias, por parte de pessoas físicas e jurídicas que tivessem conhecimento do situações de uso ou comércio de drogas. No caso de pessoas jurídicas, a omissão em denunciar usuários ou traficantes sobre os quais tivessem conhecimento tinha como

---

<sup>95</sup>MARONNA, Cristiano Avila. **Apontamentos a respeito do debate sobre a descriminalização da posse de drogas para uso pessoal no Brasil**. In: SHECAIRA, Sérgio Salomão et al. (Orgs.). *Drogas: desafios contemporâneos*. Belo Horizonte: D'Plácido, 2018.

pena a perda de auxílios e subvenções por parte dos entes federativos, conforme redação do art. 1º, parágrafo único, do referido dispositivo legal.

Já o art. 7º, parágrafo único, da mesma lei previa que os diretores de estabelecimentos de ensino deveriam informar sobre os casos de uso e tráfico no âmbito das instituições escolares, sob pena de perda do cargo. Vera Malaguti mostra, através de pesquisa em processos judiciais, que essa previsão impactou enormemente na criminalização de jovens no Rio de Janeiro, inclusive daqueles pertencentes à classe média, conforme se pode observar pelas palavras da criminóloga:

A Lei 5.726 transpôs para o campo penal as cores sombrias da Lei de Segurança Nacional e a repressão sem limites que era imposta aos brasileiros, no período mais agudo da ditadura militar. Esta lei sintetiza o espírito das primeiras campanhas de “lei e de ordem” em que a droga era tratada como um inimigo interno. A construção de estereótipo (sempre com o auxílio luxuoso da imprensa) se observa no tratamento dado aos jovens estudantes envolvidos com drogas; a suposição de que portem drogas para uso ou tráfico determina o cancelamento da matrícula escolar e os professores, os diretores e as pessoas físicas e jurídicas são incentivadas a delatar os “inimigos”<sup>96</sup>.

Diante do contexto social e normativo apresentado acima, de fato, muitas medidas previstas na Lei n. 11.343/06 coadunam com essa intenção de diminuir o rigor punitivo sobre os usuários, a exemplo da inclusão da redução de danos como política oficial e prioritária no cuidado à saúde dos usuários. Embora não tenha mudado a lógica proibicionista que circunda a questão do uso e comércio de drogas e os avanços na área da saúde não tenham sido implementados de forma plena em todo o país<sup>97</sup>, a mudança de perspectiva, segundo Luciana Boiteux, ao menos representou relativo progresso no apoio aos usuários, tendo em vista que ampliou a sua autonomia no que diz respeito à escolha de outras alternativas de cuidado, configurando o que a autora denominou de “proibicionismo moderado”<sup>98</sup>.

Ocorre que até mesmo essa mudança de paradigma vem sendo desfeita nos últimos anos, de modo que a política de drogas tende a se tornar cada vez mais repressiva. Tanto é assim que em 2019 foi publicado o Decreto n. 9.761, que aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas, mas não mencionou a redução de danos, além de ter colocado os tratamentos que exigem a abstinência do consumo como prioritários, como já mencionado. Além disso, olhando por outro ângulo, a partir da observação da enorme escalada nos níveis de encarceramento por tráfico de

<sup>96</sup> BATISTA, Vera Malaguti. **Difíceis ganhos fáceis:** drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 88.

<sup>97</sup> LOPES, Fábio José Orsini. Proibicionismo e atenção em saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas. **Psicologia e Sociedade**. Vol. 31, Junho/2019, p. 7.

<sup>98</sup> BOITEUX, Luciana. **Drogas y prisión:** la represión contra las drogas y el aumento de la población penitenciaria en Brasil. In: Transnational Institute; Washington Office on Latin America. *Sistemas Sobrecarregados – leys de drogas y cárceles en América Latina*. Amsterdam/Washington, 2010. p. 35.

drogas, a ideal construção de um cenário menos punitivo não tem se mostrado factível. Nesse sentido, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias mostrou que, entre julho a dezembro de 2019<sup>99</sup>, os crimes relacionados à Lei de Drogas foram responsáveis por mais de 20% das incidências por tipo penal no âmbito do sistema penitenciário, o que não é pouco, levando em consideração a quantidade de condutas tipificadas penalmente em nosso país.

O recrudescimento das penas para o tráfico e o conseqüente aumento da população carcerária são fatos bastante interessantes para a compreensão de como se dá a dinâmica de diferenciação entre usuários e traficantes à luz da legislação penal específica, já que, de acordo com o art. 28, § 2º da lei de drogas, o juiz é quem determina, diante do caso concreto, se a droga é para consumo pessoal ou para fins de lucro, constituindo, portanto, tráfico.

Acontece que um dos pontos nodais que demonstram a complexidade da questão é o fato de que não estão presentes na referida lei, por exemplo, critérios vinculados à quantidade de drogas necessária para caracterizar o comércio ilegal ou mesmo outros parâmetros que possam assegurar a diferenciação entre porte para consumo e tráfico. Tal mensuração, segundo o art. 28, § 2º, deve ser realizada por meio da associação de vários elementos que buscam oferecer um nível maior de segurança na classificação:

Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

O dispositivo abre uma lacuna considerável para a atuação do juiz, o que pode ser fonte de ilegalidades, a exemplo do enquadramento de usuários como traficantes e vice-versa. Além disso, o cenário acarreta muita insegurança para os consumidores, dada a ausência de previsibilidade acerca da quantidade que caracterizaria o porte para consumo próprio<sup>100</sup>. Pela leitura do dispositivo legal, percebe-se ainda que o foco do aplicador da norma é direcionado para o agente e as suas circunstâncias. Tal constatação precisa ser destacada, pois esse movimento não se dá de forma desvinculada das imagens construídas historicamente sobre usuários e traficantes, que estão atreladas aos processos de sujeição criminal.

Um estudo que ilustra bem essa realidade foi realizado por Marcelo Semer, que analisou oitocentas sentenças judiciais, em oito estados do Brasil. O pesquisador demonstrou que a

---

<sup>99</sup> BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias** - Julho a Dezembro de 2019. Brasília, DF.

<sup>100</sup> AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de; HYPOLITO, Laura Giardi. Impacto da Lei 11.343/2006 no encarceramento e possíveis alternativas. In: CARVALHO, Érika Mendes de; ÁVILA, Gustavo Noronha de. (Orgs.). **10 Anos da lei de drogas: aspectos criminológicos, dogmáticos e político criminais**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016, p. 246.

maioria dos réus eram homens e pobres, o que pôde ser visto através dos registros relacionados às profissões que exerciam e sobre as circunstâncias das apreensões, as quais, no geral, não demonstraram complexidade que pudesse caracterizar a integração a redes estruturadas de tráfico de drogas, já que houve baixa apreensão de armas de fogo e de baixos valores em dinheiro<sup>101</sup>. Pesquisas como essas corroboram a afirmação de que a chamada guerra às drogas equivale a um conjunto de estratégias utilizadas para controle de classes já marginalizadas.

Essa seletividade vem sendo denunciada há muitas décadas. Rosa del Olmo, por exemplo, destaca que o que mais importa nesse contexto de combate “não parece ser nem a substância nem sua definição, e muito menos sua capacidade ou não de alterar de algum modo o ser humano, mas muito mais o discurso que se constrói em torno dela”<sup>102</sup>. Esses discursos têm por base normas morais que direcionam não apenas o que deve ou não ser tipificado penalmente<sup>103</sup>, através da atuação de empreendedores morais, especificamente de criadores de regras<sup>104</sup>, mas também quem serão as pessoas desviantes. Todo esse processo é intensificado pela criação de uma atmosfera de medo<sup>105</sup>, a qual serve como combustível para o movimento de clamor social por expansão punitiva e conta com a atuação midiática<sup>106</sup> para sua ampliação, reforçando, dessa forma, os estereótipos de delinquentes e superdimensionando episódios violentos relacionados aos contextos de comércio de drogas.

Para além do tráfico, mesmo nos casos em que há a caracterização correta do usuário, ou quando os usuários não chegam a ser submetidos ao controle formal do punitivismo estatal, o modelo vigente apresenta-se bastante incoerente nos seus discursos supostamente protetivos da saúde pública. Conforme colocou Érica Babini, uma das principais funções da teoria dos bens jurídico-penais “é sustentar a coerência científica da dogmática, a fim de rescindir com a concepção de injusto entendido como pura lesão a um dever de obediência”<sup>107</sup>. Neste ponto,

---

<sup>101</sup> SEMER, Marcelo. **Sentenciando tráfico**: o papel dos juízes no grande encarceramento, 2.ed. São Paulo: Tirant lo Blanc, 2020, p. 160-161.

<sup>102</sup> OLMO, Rosa del. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990, p. 22.

<sup>103</sup> MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. **Lua Nova**, v. 79, p. 15-38, 2010, p. 22.

<sup>104</sup> BECKER, Howard. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio, 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2019, p. 155.

<sup>105</sup> AMARAL, Augusto Jobim do. **A Ostentação Penal na Democracia**. Florianópolis: Empório do Direito, 2015. Disponível em: <https://emporiiododireito.com.br/leitura/a-ostentacao-penal-na-democracia>. Acesso em: 29 out. 2020.

<sup>106</sup> BÖES, Guilherme Michelotto; AMARAL, Augusto Jobim do. **Criminologia midiática e a campanha “Crack, nem pensar”**: refletindo sobre a falta de pensamento. Revista da Faculdade de Direito da UFPR, v. 64, p. 63-95, 2019, p. 86.

<sup>107</sup> MACHADO, Érica Babini Lapa do Amaral. Da máquina de tortura à teoria dos bens jurídicos-penais: autofagia da legitimidade do expansionismo à luz da metáfora kafkiana. In: CARVALHO, Érika Mendes de; MELLO, Marília Montenegro Pessoa de; BORGES, Paulo César Corrêa (Org.). **Direito Penal, Processo Penal e Constituição II**: XXIII Congresso Nacional do Conpedi, 1ed. Igor Pessoa: Conpedi, v. 1, p. 238-266, 2014, p. 239. Disponível em: <<http://publicadireito.com.br/publicacao/ufpb/livro.php?gt=261>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

cabe trazer à reflexão a observação crítica que faz Ana Elisa Bechara<sup>108</sup> acerca da busca pela racionalidade do direito penal. De acordo com a autora,

uma das principais críticas sobre a racionalidade da intervenção penal dirige-se, em geral, justamente à sua utilização autolegitimada, a partir de uma concepção protetiva abstrata e formalista, como pretexto para o abuso de poder e a redução dos espaços democráticos que permitem o próprio desenvolvimento social.

No caso do uso de drogas, um primeiro ponto que precisa ser ressaltado, mas que costuma ser esquecido nos discursos legitimantes do modelo de proibição, é o fato de que nem todo uso de drogas é considerado problemático. Há pessoas que fazem uso de tais substâncias sem que isso afete negativamente nenhuma das áreas de suas vidas. Sendo assim, não há razão para a interferência do direito penal, já que não há lesão a terceiros e, com base no princípio da alteridade, o direito penal não tem motivos para atuar. De acordo com Bortolozzi Júnior<sup>109</sup>:

A mera utilização de determinada substância (seja ela ilícita ou lícita, como o álcool ou o tabaco), seja em caráter ocasional seja mesmo com certa habitualidade não pode ser vista como problema, nem pelo aspecto individual nem coletivo. Justamente esta complexidade que circunda a questão do uso de drogas não pode ser descartada. Assim, as explicações de caráter etiológico, neurobiológico e de predisposição foram superadas. Enfatiza-se cada vez mais a importância do papel representado pelo contexto de uso variável frequentemente ignorada na compreensão dos mecanismos que determinam o consumo ou sua cessação.

Para aquelas pessoas que são consideradas usuárias abusivas, a política criminalizante lhes impõe a permanência “em condições de marginalidade, exclusão e silenciamento de suas práticas e necessidades, como impossibilidades de pensar a atenção e promoção da saúde”<sup>110</sup>. A possibilidade de ser criminalizado constitui, portanto, uma barreira entre o usuário e a rede de saúde.

Em novembro de 2021, foi publicado um levantamento realizado pelo *Harm Reduction Consortium*<sup>111</sup> sobre das políticas de drogas, notadamente no que toca a qualidade da assistência social e à saúde dos usuários. Foram analisadas as políticas sobre drogas de trinta países do mundo, incluindo países latinoamericanos, como Brasil, Argentina e México. O Brasil ficou na última posição do ranking, atrás, inclusive, de países com o IDH muito baixo, a exemplo do

---

<sup>108</sup> BECHARA, Ana Elisa Liberatore Silva. **Valor, norma e injusto penal**: considerações sobre os elementos normativos do tipo objetivo do Direito Penal contemporâneo. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2020, p. 55.

<sup>109</sup>BORTOLOZZI JÚNIOR, Fábio. “Resistir para re-existir”: criminologia (d)e resistência diante do governo necropolítico das drogas. 2018. 294 p. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018, p. 197-198.

<sup>110</sup> LOPES, Fábio José Orsini. Proibicionismo e atenção em saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas. **Psicologia e Sociedade**. Vol. 31, Junho/2019, p. 7.

<sup>111</sup>BEWLEY-TAYLOR, Dave *et. al.* **The Global drug policy index**. Harm Reduction Consortium, 2021. Disponível em: <https://idpc.net/publications/2021/11/the-global-drug-policy-index-2021-analytical-report>. Acesso em: 07 nov. 2021.

país africano Uganda, e de países que ainda respondem a crimes relacionados a drogas ilícitas, sobretudo o tráfico, com pena de morte, como é o caso da Indonésia. A referida pesquisa demonstra muitas das deficiências brasileiras no tocante ao problema das drogas. Foram analisados os seguintes aspectos: ausência de respostas extremas para os problemas relacionados às drogas ilícitas, proporcionalidade e justiça penal, a utilização de medidas de redução de danos e o acesso a medicamentos.

Dentre as conclusões do estudo, estão a constatação de que as populações mais vulnerabilizadas socioeconomicamente e/ou por razões de gênero, raça ou orientação sexual são também as que mais sofrem os efeitos negativos das políticas de drogas, proporcionalmente. Além disso, a pesquisa também indicou a insuficiência da participação de representantes da sociedade civil nas discussões sobre as políticas de drogas.

A esse respeito, cabe destacar que, em 19 de julho de 2019, foi publicado o Decreto n. 9.926, que Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), o qual excluiu a participação de representantes de organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil no referido conselho, conforme previsto no art. 5º, VI, do Decreto n. 5.912/2016, revogado pela norma de 2019, o que representa uma ação antidemocrática no referido órgão superior do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Diante disso, a Ordem dos Advogados do Brasil, através do seu Conselho Federal, ajuizou a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6659 para suspender os dispositivos que excluem a participação da sociedade civil do CONAD. Os autos encontram-se conclusos para a relatoria.

A redução da participação da sociedade civil tem como um dos principais impactos a perpetuação de práticas descoladas das demandas reais das pessoas envolvidas com o uso problemático de drogas, além de representar uma barreira na difusão de informações com potencial para desconstruir visões estigmatizantes a respeito dos contextos de uso e comércio de drogas. Com isso, e diante das demais reflexões realizadas até aqui, percebe-se como o contexto bélico sintetizado na nossa legislação ainda constitui uma barreira quase intransponível para a construção de uma perspectiva realmente libertária sobre o consumo de drogas. O sucesso da guerra às drogas<sup>112</sup>, enquanto instrumento de controle de indesejáveis sociais, concretiza-se, portanto, não apenas na repressão contra os comerciantes, mas também na inviabilização ou, ao menos, pela imposição de muitas dificuldades no acesso dos usuários

---

<sup>112</sup> SILVA, Adrian Barbosa e. **A ilusão do controle das drogas: guerra às drogas e economia política do controle social**. 2021. 407 f. Tese de Doutorado. Instituto de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Pará, Belém do Pará, 2021, p. 337.

aos meios necessários para a melhoria da sua qualidade de vida, com ou sem a manutenção do consumo.

### 3. ENXUGANDO GELO: A ASSISTÊNCIA SOCIAL E À SAÚDE DE USUÁRIOS DE DROGAS NA REGIÃO METROPOLITANA DE MACEIÓ

Conhecer a rede que oferece assistência à saúde a usuários de drogas é um caminho para compreender como se estruturam os mecanismos de saber-poder na realidade local, tanto nas relações interinstitucionais que, como já mencionado, são dinâmicas, quanto nas relações entre os profissionais e pacientes no âmbito de cada instituição, seja pública ou privada. Esta seção será destinada a esse fim. Nas linhas que se seguem, apresentarei brevemente as estratégias de cuidado utilizadas nas instituições participantes, quais sejam, as estratégias de redução de danos e o paradigma da abstinência, a fim de preparar o caminho para a apresentação de outras informações que se destacaram durante a realização do trabalho de campo.

A expressão *redução de danos* pode ser aplicada em diferentes contextos, mas no âmbito da intersecção entre saúde e uso de drogas, o Ministério da Saúde<sup>113</sup> a definiu da seguinte maneira:

A redução de danos consiste em um repertório de cuidado, constituído de um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas para as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas. Incluem-se nas estratégias de prevenção a recomendação do não compartilhamento de instrumentos e a utilização de materiais descartáveis, inclusive para o uso de silicone industrial e hormônios entre pessoas trans.

De acordo com Pablo Ornelas Rosa, a redução de danos é um dos três tipos de política que buscam “disciplinar, normalizar e controlar a produção, o comércio e o consumo de drogas”<sup>114</sup>. Os outros dois modelos políticos existentes são a redução da oferta - que tem como foco a erradicação da produção e comércio de substâncias psicoativas - e a redução da demanda - que visa ao desestímulo total do consumo, normalmente, a partir do paradigma médico-terapêutico, como se verá na próxima parte deste trabalho.

A partir da sua experiência com pessoas em sofrimento mental decorrentes do uso de drogas, o psicólogo Gordon Alan Marlatt elencou cinco princípios básicos da redução de danos.

<sup>113</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é redução de danos?** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/23-o-que-e-reducao-de-danos#:~:text=A%20redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20danos%20consiste,abusam%20ou%20dependem%20de%20drogas>. Acesso em: 20 jan. 2021.

<sup>114</sup> ROSA, Pablo Ornelas. **Drogas e a governamentalidade neoliberal: uma genealogia da redução de danos**. Florianópolis: Insular, 2014, p. 68.

São eles: 1. A redução de danos consiste em uma alternativa de saúde pública para os modelos moral-criminal e patologicista do uso de drogas; 2. A abstinência é reconhecida como resultado ideal, mas são aceitas alternativas que reduzam os agravos associados às situações de risco; 3. a redução de danos é uma abordagem que parte das demandas dos usuários, de *baixo para cima*; 4. através dela, é possível ter acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência; e, por fim, 5. a redução de danos está baseada no *pragmatismo empático*, em oposição ao *idealismo moralista*, de modo que as práticas de cuidado permitam o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os usuários, sem julgamentos de ordem moral sobre as decisões e comportamentos dos usuários relacionados ao consumo<sup>115</sup>.

A utilização de estratégias de redução de danos para a minimização de agravos relacionados ao uso problemático de drogas ilícitas remonta ao ano de 1926, com a publicação do Relatório de Rolleston, na Inglaterra<sup>116</sup>. O documento foi fruto dos esforços de uma comissão interministerial presidida pelo então ministro da saúde inglês, Humphrey Rolleston. A partir daquele momento, foi autorizada a prescrição médica de opiáceos em doses controladas – notadamente, morfina e heroína - para dependentes químicos, a fim de melhorar a sua qualidade de vida e dirimir os agravos à saúde advindos do abuso das substâncias. De acordo com o referido documento, dois grupos de pessoas poderiam receber tratamento: o primeiro era composto por pessoas que estavam em busca da independência gradual de drogas e o segundo era composto por aquelas cujo consumo não poderia ser completamente interrompido, seja pela ocorrência de sintomas graves decorrentes da abstinência, seja porque a ausência do consumo de pequenas doses de drogas impedia o paciente de ter uma vida regular e útil.

Na década de 1980, na Holanda, através da iniciativa de uma associação de usuários de drogas, começou a ser implementada a troca de seringas. Era uma forma de reduzir os índices de contágio e, conseqüentemente, de morte de usuários de drogas decorrentes de hepatites virais<sup>117</sup>. Esse movimento foi intensificado e começou a se espalhar a partir da epidemia de HIV/AIDS, quando a troca de seringas também tinha como objetivo evitar a propagação desse vírus.

---

<sup>115</sup> MARLATT, Gordon Alan. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

<sup>116</sup> O Relatório Rolleston por ser consultado no seguinte endereço eletrônico: <http://www.druglibrary.stir.ac.uk/files/2017/05/rolleston.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

<sup>117</sup> RODRIGUES, Luciano Oliveira Villarinho. História da redução de danos na cidade de Santos. In: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; SILVA, Patricia Carvalho (Orgs.). **Redução de danos**: ampliação da vida e materialização de direitos, São Paulo: UNIFESP / UNIVESP, 2019, p. 31.

Justamente nesse contexto é que começou a implementação de ações de redução de danos em solo brasileiro, o que se deu na cidade de Santos, no ano de 1989. Do mesmo modo que se pensou na Holanda, aqui também o objetivo era impedir o avanço rápido do vírus HIV. O fato dessa cidade abrigar o maior porto da América Latina era um fator determinante para a expansão de situações adversas no âmbito da saúde, especialmente pela grande circulação de pessoas vindas de várias partes do mundo. Nesse cenário, as ações consistiam, principalmente, na disponibilização de seringas entre usuários de drogas injetáveis que viviam em condição de vulnerabilidade<sup>118</sup>.

Acontece que as iniciativas santistas de redução de danos foram denunciadas criminalmente pelo Ministério Público, com base em uma leitura equivocada do art. 12, da Lei nº 6.368/1976, que expõe as condutas que caracterizam o tráfico de drogas<sup>119</sup>. O programa, foi, então, “interrompido, teve seu coordenador processado e todo o material de prevenção apreendido”<sup>120</sup>. Esse episódio é bastante representativo das referidas disputas de interesses e da visão punitivista que se tinha - ou se tem - em relação ao uso de drogas. Além disso, trata-se de um exemplo de exercício do poder através de mecanismos jurídicos com o objetivo de realizar o controle, inclusive moral, de indesejáveis sociais<sup>121</sup>.

Um outro aspecto que deve ser lembrado é o fato de que, quando da implementação da redução de danos em Santos, o movimento de luta antimanicomial já vinha se fortalecendo no Brasil. Tal movimento foi iniciado como uma forma de resistência aos problemas decorrentes dos isolamentos psiquiátricos, como a estigmatização dos pacientes<sup>122</sup> e as flagrantes violações de direitos humanos aos quais eram submetidos. Ele foi encampado por diversos estudiosos do tema, como Thomas Szasz, Michel Foucault, Franco Basaglia, Erving Goffman, entre outros.

Todos questionavam o ‘modelo médico’ dos distúrbios mentais e sugeriam que a loucura podia ser uma reação “saudável” a uma sociedade opressora. Melhor se descreveriam os manicômios como instalações de controle social do que como instituições voltadas para a cura<sup>123</sup>.

<sup>118</sup>SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; SILVA, Patricia Carvalho (Orgs.). **Redução de danos: ampliação da vida e materialização de direitos**, São Paulo: UNIFESP / UNIVESP, 2019, p. 10.

<sup>119</sup>RODRIGUES, Luciano Oliveira Villarinho. História da redução de danos na cidade de Santos. In: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; SILVA, Patricia Carvalho (Orgs.). **Redução de danos: ampliação da vida e materialização de direitos**, São Paulo: UNIFESP / UNIVESP, 2019, p. 31.

<sup>120</sup>DOMANICO, Andrea. História, conceitos e princípios de Redução de Danos. In: **Redução de Danos: história, conceitos e princípios de redução de danos**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019, p. 9.

<sup>121</sup>FOUCAULT, Michel. **A sociedade Punitiva**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2018, p. 96.

<sup>122</sup>GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015, p. 113.

<sup>123</sup>WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017, p. 272.

A partir da ideia de despsiquiatrização, defendia-se que o psiquiatra deveria olhar para o indivíduo em sofrimento mental de maneira contextualizada: não prescindindo da possibilidade de haver doença, mas dos estigmas que acompanham tal condição<sup>124</sup>. De acordo com Amarante, com a despsiquiatrização, “o sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber”<sup>125</sup>. O que se buscava era que os indivíduos com quadros de sofrimento mental se tornassem protagonistas da própria história e não meros receptores de experiências psiquiátricas invasivas.

Com esse movimento questionador da psiquiatria de viés biologicista, começou a se fortalecer o chamado movimento antimanicomial brasileiro. Ele teve como precursor o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, que, no contexto da Ditadura Militar, em meados da década de 1970, iniciou suas reivindicações em busca de melhores condições de trabalho e de assistência aos pacientes. O movimento foi iniciado a partir de uma greve que durou oito meses e foi amplamente divulgada na imprensa<sup>126</sup>.

Diversos eventos importantes foram realizados e ajudaram a robustecer as discussões acerca da necessidade de mudanças no tratamento da loucura no país. Dentre eles, merece destaque o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, em 1979, do qual participaram Erving Goffman e Franco Basaglia. Na oportunidade, Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena, o qual chamou de “campo de concentração nazista”<sup>127</sup>, dadas as situações extremamente degradantes que pôde observar na instituição. Segundo Daniela Arbex<sup>128</sup>, a visita do psiquiatra foi determinante para que fosse implantado o movimento antimanicomial mineiro.

Ainda em relação ao contexto santista, no ano de 1989, a Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico municipal de Santos foi fechado após denúncias de gravíssimas violações de direitos dos pacientes, incluindo mortes. O hospital era conhecido como casa dos horrores. Em seu lugar, foram criados Núcleos de Apoio Psicossocial, que posteriormente foram transformados em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS<sup>129</sup>. De acordo com Thayara Castelo Branco<sup>130</sup>, essa

---

<sup>124</sup> BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 2001, p. 29.

<sup>125</sup> AMARANTE, Paulo. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol 1, n.1. 2009, p. 6.

<sup>126</sup> LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson Rodrigues. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva, Florianópolis**, ano 12, v. 2, p. 399-407, 2007, p. 402.

<sup>127</sup> ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 15.

<sup>128</sup> ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 210.

<sup>129</sup> **Intervenção na 'Casa dos Horrores' completa 30 anos em Santos, SP**. G1 Santos. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2019/05/03/intervencao-na-casa-dos-horrores-completa-30-anos-em-santos-sp.ghtml>. Acesso em: 20 jan. 2021.

<sup>130</sup> BRANCO, Thayara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil**, 2ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019, p. 173.

iniciativa foi bastante importante, uma vez que serviu para fortalecer a perspectiva extra-hospitalar de cuidado às pessoas em sofrimento mental, dentre as quais estão incluídos muitos usuários de álcool e outras drogas.

Essa perspectiva que prioriza meios de tratamento ambulatoriais foi ainda mais fortalecida a partir da Lei nº 10.216/2001, que consagrou muitos esforços dos movimentos de luta antimanicomial. Ela prevê que os cuidados às pessoas em sofrimento mental devem se dar prioritariamente de forma horizontalizada, a partir de equipes multidisciplinares, compostas por profissionais de diversas áreas, como terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiátricas, profissionais da área da enfermagem, artistas de diversas vertentes, dentre outros. Tal modelo difere do paradigma hospitalocêntrico-manicomial, onde há uma maior verticalização e centralidade na figura dos psiquiatras, que normalmente ocupam função de maior destaque na organização. Com esse viés integrativo entre a pessoa em sofrimento mental e a sociedade, os CAPS representam uma grande conquista do movimento antimanicomial. Um dos destaques diz respeito à importância atribuída aos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)<sup>131</sup>, que privilegiam a oferta de terapias individualizadas, levando em conta as especificidades de cada usuário.

Seguindo a lógica de assistência em redes, no ano de 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279, editada pelo Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde – RAS, no âmbito do Sistema Único de Saúde. De acordo com o anexo da Portaria, a RAS constitui “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”<sup>132</sup>. Um dos desdobramentos da RAS no campo da saúde mental foi a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, direcionada a pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, e viabiliza a oferta de serviços de atenção à saúde mental de forma participativa e regionalizada, ou seja, considerando as especificidades e necessidades locais.

Nos últimos anos, contudo, têm ocorrido mudanças importantes que contrariam a tendência de fortalecimento da lógica antimanicomial. Dentre elas, está a publicação da

---

<sup>131</sup> FIGUEIRO, Martha; DIMENSTEIN, Magda. Rede de saúde mental e acolhimento para as famílias que sofrem com problemas decorrentes do uso de drogas no município do Natal, Rio Grande do Norte. **Psicología, conocimiento y sociedad**, v. 10, p. 81-100, 2020, p. 85.

<sup>132</sup> BRASIL. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010 – Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde, 2010.

Resolução nº 32/2017, do Ministério da Saúde, que contraria a Portaria nº 3.088/2011, uma vez que incluiu os Hospitais Psiquiátricos Especializados no rol de componentes da RAPS. Ocorre que na Portaria de 2011 consta que deve haver continuidade no processo de substituição de leitos nos hospitais psiquiátricos. Logo, o novo ato normativo reforça a lógica hospitalocêntrica questionada desde o início dos movimentos de luta antimanicomial. É importante ressaltar que a Lei nº 10.216/2001 prevê a possibilidade de que sejam realizadas internações, mas esta medida deve ser utilizada apenas em situações excepcionais, quando forem esgotados os recursos extra-hospitalares. Além disso, elas não podem ocorrer em instituições com características asilares, de acordo com o art. 4º, § 3º, da Lei nº 10.216/2001, e nem no âmbito de comunidades acolhedoras, conforme redação do art. 23-A, IV, § 9º, da Lei nº 13.840/2019.

A implementação da redução de danos é objeto de tensões no contexto dessa mudança de paradigmas. Até pouco tempo atrás, inclusive, ela era considerada com a política oficial para assistência a pessoas em sofrimento mental decorrente do uso de drogas. Como já mencionado na seção anterior, não foi incluída essa medida na atual política de drogas, em vigor desde o ano de 2019. As estratégias de redução de danos seguem sendo implementadas, tanto no âmbito do Sistema Único de Saúde como em coletivos e Organizações Não Governamentais (ONGs), através de ações educativas e também por meio da entrega de materiais e insumos aos usuários com fins preventivos, além da realização da mediação entre os usuários e os serviços de atenção psicossociais, conforme as suas necessidades.

Um exemplo de organização de fomento às estratégias de redução de danos é o Centro de Convivência *É de Lei*<sup>133</sup>. Localizado em São Paulo, é uma das organizações mais tradicionais do país. O Centro realiza atividades que vão desde a formação de indivíduos para atuação nas ações de redução danos até a oferta de oportunidades de formação para redutores já atuantes e de materiais aos usuários para o consumo menos danoso de drogas, a exemplo de piteiras de silicone e protetores labiais, além da promoção de atividades culturais e a mediação entre os usuários e os serviços de saúde. No âmbito da rede pública de saúde, as estratégias para a redução de danos são implementadas através de equipamentos e serviços como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e os Consultórios na Rua.

Já a abstinência, como o próprio nome sugere, é uma metodologia que exige a interrupção imediata no consumo de substâncias psicoativas, para que possa ser iniciado o tratamento. Nesse caso, a busca pela independência do vício se dá por meio do distanciamento

---

<sup>133</sup> Para maiores informações, acessar: [https://edelei.org/?utm\\_medium=referral&utm\\_source=idealist](https://edelei.org/?utm_medium=referral&utm_source=idealist).

do dependente da oferta das substâncias psicoativas, materializando a política de redução de demanda<sup>134</sup>.

A referida metodologia tem sido considerada como central na política de drogas pelo atual governo federal e é utilizada, principalmente, nas comunidades acolhedoras e nas clínicas de recuperação. As primeiras são instituições privadas sem fins lucrativos que recebem pessoas em situação de uso problemático de drogas para auxiliá-las no tratamento da dependência química a partir do modelo temporário e residencial, que privilegia a convivência entre os pares. Nas instituições visitadas na região metropolitana de Maceió, o tratamento tem duração mínima de seis meses, prazo que pode ser renovado, a depender do caso.

Nas clínicas e em algumas comunidades terapêuticas que visitei, a única estratégia de redução de danos admitida é o consumo do cigarro. A propósito, a diferença de percepções em relação à referida droga merece ser destacado neste espaço, dado que é um dos aspectos que demonstra a pluralidade de abordagens com as quais tive contato. Quando cheguei pela primeira vez ao CAPS AD Everaldo Moreira, já na calçada, pelo muro gradeado, avistei um grupo de usuários na área externa, uma espécie de terraço, que fica entre o portão de entrada e a recepção. O cheiro forte de cigarro tomava conta da entrada de tal modo que a máscara<sup>135</sup> que eu usava não foi suficiente para impedir que eu sentisse aquele odor como se estivesse sem o acessório<sup>136</sup>. A liberdade para fumar naquelas dependências já me chamou atenção, pois é um aspecto que se diferenciou da abordagem de outras instituições que eu havia visitado até então. Posteriormente, compareci a outras comunidades e clínicas de internação em que também se adota uma visão mais flexível, mas até aquele momento, essa não era uma realidade que eu havia presenciado.

Por exemplo, quando fui conhecer a CT2, o monitor Luan me contou que já houve desligamento de acolhido que foi flagrado recolhendo um pacote de fumo que lhe teria sido entregue, jogado dentro do terreno por um outro assistido que acabara de deixar a comunidade. Também na CT3, o monitor Bento explicou que a proibição de fumar é um aspecto inegociável. Segundo ele, esse hábito é uma forma de rememorar a sensação que se tem ao usar drogas ilícitas. Como ex-usuário de crack, Bento contou que em uma das suas tentativas de parar de usar crack, após um certo período abstinente, fumou um cigarro: “eu senti o gosto da droga”<sup>137</sup>.

---

<sup>134</sup> ROSA, Pablo Ornelas. **Drogas e a governamentalidade neoliberal**: uma genealogia da redução de danos. Florianópolis: Editora Insular, 2014, p. 68.

<sup>135</sup> O uso de máscara era recomendado para reduzir os riscos de contágio pelo vírus causador da covid-19.

<sup>136</sup> Diário de campo do dia 15 de fevereiro de 2022.

<sup>137</sup> Diário de campo do dia 16 de março de 2022.

Nesse sentido, defendeu a postura rígida da comunidade em relação ao tabaco, mas afirmou que este tema é objeto de várias tentativas de negociação por iniciativa de acolhidos com experiências prévias em outras comunidades. Segundo Bento, não é fácil sustentar o impedimento e muitas comunidades “se cansam de enxugar gelo” e acabam liberando ou sendo lenientes com casos (quase) secretos de consumo. Mas, para ele, embora essa leniência reflita positivamente nas taxas de conclusão do tratamento, essas instituições já “se perderam do propósito”, pois, completou, “não faz sentido deixar fumar”<sup>138</sup>.

Na CT1, as acolhidas também são proibidas de fumar. É uma das regras constantes no regulamento impresso que eu recebi de Maitê, assistente social da instituição. De acordo com Luna, entrevistada no sistema prisional, que já foi acolhida na CT1, a restrição foi um dos fatores importantes para que ela decidisse abandonar o tratamento menos de uma semana após ter ingressado: “as meninas ficaram falando que não podia fumar, ‘se pudesse pelo menos fumar’, aí no sábado eu fui embora. Se fosse hoje, acho que eu teria ficado, mas não pensei direito”, afirmou. Em outras comunidades, no entanto, o uso do cigarro lícito é permitido, assim como nas três clínicas em que realizei entrevistas. Na clínica2, por exemplo, o diretor expôs que não há óbice para o hábito, mas reforçou: “só cigarro de nicotina, tá?”<sup>139</sup>. A CT5 e a CT7 também permitem que os acolhidos fumem. Em todas elas, tal prática é defendida pela maioria dos profissionais como uma estratégia de redução de danos, sobretudo com o intuito de diminuição da ansiedade dos acolhidos

Em uma conversa na qual falávamos sobre o caso de um paciente cuja família não tinha levado cigarro suficiente, o conselheiro da clínica1 fez um paralelo da instituição com as unidades prisionais, onde o cigarro também pode ser utilizado: “aqui é feito presídio, se não tiver cigarro tem crise”. Essa fala, além de aproximar aquele ambiente de tratamento de uma unidade do sistema penal, o que é bastante simbólico para este trabalho, também revela que há diversas visões a respeito do tema entre os profissionais, tendo em vista que Nilo, psicólogo da mesma instituição, declarou ser totalmente contra que os pacientes fumem durante o tratamento.

Essa pluralidade não existe apenas nas instituições fechadas. No CAPS AD, entre profissionais da mesma categoria ela também foi identificada. Durante a entrevista com Lia, agente social do equipamento, perguntei-lhe o que achava das estratégias de redução de danos e ela utilizou justamente o exemplo do cigarro para dizer que antes era contra, mas depois de experiências familiares com usuários de drogas, conforme se verá adiante, e a partir da sua experiência no serviço, ela entende que o cigarro é um meio de reduzir a ansiedade dos usuários

---

<sup>138</sup> Diário de campo do dia 16 de março de 2022.

<sup>139</sup> Diário de campo do dia 24 de março de 2022.

e ajuda para que consigam se manter em tratamento: “eu não aceitava essa história de redução de danos. Era difícil pra mim aceitar, você acredita? Hoje eu vejo que é necessário. Teve um tempo que nós tiramos o cigarro deles, eles ficavam muito ansiosos”. No CAPS, atualmente, oferta-se um cigarro após cada refeição aos usuários que ficam acolhidos. Essa liberação é criticada por André, que exerce as mesmas funções que Lia. Ao comparar o serviço prestado no CAPS AD com as instituições fechadas, ele afirmou que nas clínicas e comunidades terapêuticas “eles não podem fumar. Aqui ainda pode fumar, que era pra ser proibido, porque eu nunca vi ninguém fazer tratamento e fumar. Porque se você fuma um cigarro, dá vontade de usar droga. Em nenhuma das clínicas pode. É diferente. Aí são coisas que têm que ser revistas”. Como se observa, André está equivocado em relação ao posicionamento de muitas clínicas e comunidades quanto ao uso do cigarro. De maneira semelhante a Bento, da CT3, que pessoalizou a questão, a partir da sua experiência pessoal como ex-usuário, André associa o consumo do cigarro ao de outras drogas, como se houvesse uma relação direta entre eles.

Diante desses elementos que indicam visões conflitantes entre os profissionais, nas próximas seções, cada um dos serviços estudados será analisado a partir dos achados do campo, assim como as experiências de pessoas usuárias ou ex-usuárias, de modo que será possível compreender como se dá o funcionamento da rede de assistência na região.

### 3.1. A ATUAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA

Embora eu já tivesse acompanhado a equipe do Consultório na Rua três vezes, somente consolidei a percepção da real dimensão do serviço para as pessoas envolvidas no consumo de drogas no dia em que fomos buscar uma assistida em uma comunidade terapêutica para levá-la ao hospital<sup>140</sup>. Era Fran, uma mulher negra, de trinta e cinco anos, que, apesar de fisicamente debilitada, dividiu comigo, de forma muito espontânea e leve, algumas das suas vivências, especialmente a partir dos treze anos, quando fumou o primeiro baseado, comprado em uma biqueira que ficava vizinha à sua casa. Fran era acompanhada por equipes do Consultório na Rua há mais de dez anos.

Como muitas pessoas que viviam em situação de rua - que conheci ao longo da trajetória de pesquisa -, a trajetória dela foi permeada por abandonos, violências, vínculos construídos e fragilizados e muitas dificuldades para se manter em sobriedade. Devido a complicações de saúde, Fran não resistiu. No enterro, além de oito familiares e de mim, estavam todos os oito

---

<sup>140</sup> Diário de campo do dia 13 de agosto de 2022.

membros da equipe do Consultório na Rua. O corpo atrasou bastante até chegar ao cemitério e, no breve momento de homenagens, pois já passava da hora de fechar o cemitério, o irmão dela agradeceu publicamente à equipe por terem sido as únicas pessoas que não tinham desistido dela.

No dia em que estávamos no hospital com Fran, Beatriz, a enfermeira, lembrou de quando ela e Nina, assistente social, a acompanharam na maternidade no parto do segundo e último filho, que é criado com muito carinho pelo ex-companheiro de Fran com a ajuda da irmã dele. Relatou que há alguns dias eles foram visitá-la na comunidade terapêutica e o menino, de longe, gritou: “mamãe Fran!”. O episódio foi contado para demonstrar que o pai e a tia da criança fazem o possível para manter a memória dela viva para ele, enquanto, mais uma vez, Fran tentava se tratar. Ela já havia passado pela mesma comunidade terapêutica uma vez e também por uma clínica de internação involuntária, numa dinâmica de “circulação-confinamento”<sup>141</sup>, assim como boa parte dos usuários cujas trajetórias são aqui relatadas. Mas, independentemente de estar na rua ou confinada, Fran nunca deixou de ser acompanhada pela equipe, com a qual possuía um vínculo extremamente sólido. Tanto é assim que, mesmo estando em uma instituição de acolhimento, todas as vezes que precisou ir ao hospital, a CT1 acionava o Consultório na Rua. Da última vez, passou um final de semana bastante debilitada e foi ao hospital na segunda-feira, já que a equipe de serviço trabalha apenas de segunda a sexta-feira.

Como já mencionado, o público do Consultório na Rua não se restringe aos usuários de álcool e outras drogas. De acordo com a descrição exposta no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, tal estratégia, instituída em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica, busca

ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompido ou fragilizados. Chamamos de Consultório na Rua equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território<sup>142</sup>.

O programa é regido pela Portaria nº 122/2011, do Ministério da Saúde, e é classificado a partir de três modalidades, que se diferenciam entre si pelos tipos de profissionais que atuam em cada uma delas. Na modalidade I, a equipe precisa ser formada por, no mínimo quatro

---

<sup>141</sup> MALLART, Fábio. **Findas linhas:** circulações e confinamentos pelos subterrâneos de São Paulo. Tese (Doutorado) - Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019, p. 128.

<sup>142</sup> Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>. Acesso em: 18 mai. 2022.

profissionais, sendo dois de nível superior, exceto médicos, e dois de nível médio. Na modalidade II deve haver, no mínimo, três profissionais de nível superior, exceto médicos, e três de nível médio. A equipe da Modalidade III é a mesma que a II, sendo acrescida de um profissional médico.

Em Maceió, há seis equipes atuantes nos distritos sanitários da capital alagoana. Todas elas na modalidade II. A equipe do Consultório na Rua que participou desta pesquisa foi a atuante no distrito sanitário correspondente aos bairros Antares e Benedito Bentes, sendo este o mais populoso de Maceió. O corpo profissional é composto por assistente social, psicóloga, educador físico, agente de ação social, enfermeira, técnico de enfermagem e motorista. Após duas remarcações - sendo uma delas decorrente do adoecimento de alguns membros da equipe por covid-19 - no dia 31 de maio de 2022, às 14h, reuni-me com parte da equipe na Unidade de Saúde Hamilton Falcão, no Benedito Bentes, onde há uma sala destinada ao Consultório.

No local, além de cartazes de campanhas de saúde e uma pilha de caixas contendo doações recolhidas pela equipe para distribuição entre os usuários – que vão desde agasalhos a lonas para proteção contra o frio e a chuva – havia três grandes quadros contendo os territórios regularmente visitados pelas equipes e os dias das visitas. Estavam presentes na sala a enfermeira, a assistente social, o técnico de enfermagem, a psicóloga e o educador físico. Alguns minutos depois que eu cheguei, a reunião se iniciou e foi interrompida algumas vezes pelos chamados dos usuários dos serviços, que eram prontamente atendidos pelos profissionais. Embora o trabalho se desenvolva majoritariamente na rua, há alguns casos em que os usuários comparecem à unidade de saúde, principalmente para receberem encaminhamentos para outros serviços ou para atendimentos na própria unidade.

Durante a minha conversa com a equipe, apresentei o meu projeto de pesquisa, que foi bem recebido por todos os profissionais, e pude ouvir muitas das experiências de cada um, individualmente, e também da equipe, sobre a atuação no serviço. Os temas abordados foram desde a história do Consultório na Rua em Maceió até os relatos sobre os desafios de se trabalhar com a população em situação de rua no período de isolamento decorrente da pandemia de covid-19. “Foi muito difícil para eles e para nós, nem a gente se reconhecia, vestidos como astronautas, imagina a dificuldade para eles nos reconhecerem (...) a gente fez de tudo: campanha para garantir o almoço e o jantar, já que o restaurante popular estava fechado”, disse Nina, a assistente social, que foi complementada pela enfermeira Beatriz: “Nós levamos até um

box que tem aqui para que eles pudessem tomar banho, porque o banheiro do terminal ficou fechado”<sup>143</sup>.

Esses trechos demonstram a fragilidade das políticas públicas para as pessoas em situação de rua, apesar dos avanços trazidos pelo Decreto nº 7.053/2009, que veicula a Política Nacional para a População em Situação de Rua e estabelece o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. E, por outro lado, lançam luzes sobre a importância da assistência prestada pela equipe do Consultório para a manutenção da vida e de condições mínimas de saúde do público atendido. A propósito, o box para banho foi construído por Jorge, que é bastante habilidoso com atividades artesanais, ex-usuário do serviço e atualmente agente social, a partir da ideia de Tito, um adolescente que era acompanhado pela equipe, mas acabou falecendo. De acordo com Nina, em certa ocasião, quando foi alertado pelos profissionais para a necessidade de tomar banho, Tito retrucou: “como é que a pessoa vai tomar banho na rua, na frente de todo mundo?”, destacando a necessidade de um mínimo de privacidade para um momento tão corriqueiro e íntimo na vida da população majoritária que tem onde se abrigar com o mínimo de conforto.

As relações de usuários do serviço com o tráfico de drogas, facções criminosas e o impacto da repressão policial em suas vidas também eram temas espontaneamente colocados pelos profissionais, que falaram de forma bastante livre. “Quando você for pro campo com a gente você vai entender (...) Essas coisas não somos nós quem falamos, vem dos usuários”, disse Carol, agente social da equipe. Ir a campo significa ter contato com a realidade do *estar em situação de rua* sabendo que

ali é a casa deles, a gente precisa chegar com muito respeito para ajudar quem precisa e quer o nosso apoio (...) por exemplo, se tiver um usuário dormindo, a gente não acorda, porque aquele descanso é importante para a saúde dele. A gente fala em outro momento (...) A gente precisa estabelecer um vínculo de confiança. Sem essa relação o trabalho não dá certo<sup>144</sup>.

Como se pode observar, a minha proposta de acompanhar a equipe nas suas atividades foi muito bem recebida pelo grupo, que me orientou em relação à forma de me portar durante as visitas. A atenção às demandas dos usuários e o respeito pelas suas decisões foram bastante destacados. “Aqui a gente faz o acompanhamento do pré-natal ao pós-morte (...) vamos no

---

<sup>143</sup> Diário de campo do dia 31 de maio de 2022.

<sup>144</sup> Trechos da fala de uma das profissionais do Consultório registrada no diário de campo do dia 31 de maio de 2022.

CASA<sup>145</sup>, no cartório, para pelo menos permitir um sepultamento digno”<sup>146</sup>, disse Isabel. Quando perguntei qual a principal causa das mortes dos usuários do serviço a equipe respondeu, quase que em uníssono, que era o câncer decorrente do consumo abusivo de álcool.

Desde logo, percebi que precisaria me preparar psicologicamente para lidar com a miséria, a morte, com diversos tipos de violência – enfim, com a impotência - e para sentir o “cheiro da rua”, como mencionou Clara, psicóloga da equipe durante a nossa entrevista. Depois de falar desse cheiro, que ela disse não saber explicar, mas que foi a parte mais desafiadora de lidar no começo da sua atuação, ela me contou que o mais difícil para ela é conviver com a possibilidade de levar doença para a sua família e da insegurança que a exposição à rua naqueles contextos proporciona. Destacou, ainda, que os profissionais sequer recebem adicional de insalubridade e de periculosidade.

Um ponto em comum que percebi, tanto nas clínicas quanto na rua, acompanhando a equipe do Consultório, é que há uma um certo preconceito por parte dos alcoolistas, direcionado aos usuários de drogas ilícitas. Na rua, os grupos costumam ficar em espaços distintos, ainda que na mesma região. Nas clínicas, essa suposta superioridade moral, ficou bem clara em uma rápida conversa que acompanhei entre um senhor internado por causa do uso intenso do álcool e a assistente social da clínica<sup>1</sup>. Comentando da sua insatisfação com a decisão da família em internar, o paciente se referiu a uma conversa que teve com outro senhor, também usuário de álcool: “isso aqui não é pra gente, não”<sup>147</sup>, disse ele. Provavelmente, essa visão é decorrente da legalidade do álcool, que não expõe diretamente os usuários a relações com redes criminosas, como ocorre com as substâncias ilícitas, como já se viu na segunda seção.

Durante o primeiro diálogo, também ficou evidente a atuação da rede pública de saúde como complementar às instituições privadas, conforme já mencionado no capítulo anterior. Uma das profissionais destacou que a equipe preza muito pela autonomia e liberdade dos usuários, de modo que, se for do seu desejo, são auxiliados no encaminhamento para comunidades terapêuticas. Ela destacou, ainda, que a equipe do Consultório costuma ajudar em demandas de saúde de usuários atendidos que decidem realizar tratamento em comunidades terapêuticas: “às vezes, tem usuária que decide começar o tratamento na comunidade, então

---

<sup>145</sup> CASA é o Centro de Atenção Socioassistencial de Maceió, onde é possível, dentre outros benefícios, conseguir auxílio para realização do sepultamento de pessoas em vulnerabilidade social.

<sup>146</sup> Diário de campo do dia 31 de maio de 2022.

<sup>147</sup> Diário de campo do dia 1º de setembro de 2022

pede para ir para a CT1, que é a mais próxima daqui (...) às vezes elas precisam de atendimento, então a gente faz também esse acompanhamento, mesmo ela estando lá”<sup>148</sup>.

As equipes do Consultório na Rua trabalham com a redução de danos, mas de forma mais abrangente, inclusive pelo fato de que o público em situação de rua é heterogêneo - conforme destacado no art. 1º, parágrafo único, do Decreto nº 7.053/2009, que veicula a Política Nacional para a População em Situação de Rua. No entanto, segundo relatos da equipe, praticamente todos os usuários atendidos fazem uso de álcool ou outras drogas, além dos casos de poliuso, que também são muito comuns.

Desse modo, as estratégias da redução de danos utilizadas costumam ter relação com os agravos oriundos do consumo de álcool e outras drogas. Nina, a assistente social, relatou que a distribuição de água mineral é uma ação importantíssima de redução de danos, mas nem sempre o insumo está disponível. Já Isabel, enfermeira, relatou que a equipe costumava receber “melzinho e batom”<sup>149</sup>, hidratantes labiais, para distribuir entre os usuários, sobretudo de crack, já que alguns desenvolvem lesões nos lábios pela forma e pelos instrumentos que costumam utilizar para fumar, como latas de alumínio. Durante outra conversa informal na sala, Jorge, um dos profissionais com mais tempo de atuação, contou que foi feito um trabalho bastante intenso para que os usuários preferissem fazer uso no cachimbo, justamente por ser menos danoso. De fato, nas visitas que realizei às cenas de uso de crack junto à equipe, nunca identifiquei o consumo em latas, apenas em cachimbos.

No entanto, há alguns anos esses produtos não chegam mais à unidade, segundo Isabel. A ausência desses insumos é um demonstrativo do enfraquecimento das estratégias de redução de danos. Trata-se do resultado de um processo maior, de prevalência do controle realizado em âmbito privado sobre os usuários e de sucateamento das políticas sociais, o que contribui diretamente para a “precarização das condições de vida”<sup>150</sup> da população atendida.

Um ponto que deve ser ressaltado na redução de danos é o fato de que a referida abordagem pode até ter como meta a independência total do vício em drogas, mas a abstinência não constitui etapa necessária para que o usuário tenha acesso ao tratamento, se assim desejar. Tal premissa constitui, inclusive, o segundo princípio proposto por Gordon Marlatt<sup>151</sup>,

---

<sup>148</sup> Diário de campo do dia 31 de maio de 2022. A CT1 (nome fictício) citada pela profissional do Consultório na Rua, está entre as participantes desta pesquisa.

<sup>149</sup> Diário de campo do dia 31 de maio de 2022.

<sup>150</sup> BRETTAS, Tatiana. **Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Consequência, 2020, p. 245.

<sup>151</sup> MARLATT, Gordon Alan. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

conforme expus acima. Ou seja, deixar de usar substâncias psicoativas não é uma condição para que o usuário tenha acesso ao tratamento.

Um exemplo de utilização dessa estratégia é mostrado no filme-documentário *Hotel Laide*<sup>152</sup>, dirigido por Débora Diniz, que narrou a história de Angélica, uma usuária de crack que foi acolhida pelo programa de redução de danos “De Braços Abertos”, vinculado à prefeitura de São Paulo e extinto em 2017. Durante o período em que morou e trabalhou no Hotel Laide, a usuária demonstrou melhoras na sua qualidade de vida e vivenciou um processo de redução significativa no consumo do crack. A vida de Angélica demonstra que nem todo usuário terá sucesso com tratamentos que exigem a interrupção abrupta do consumo de drogas, a exemplo da protagonista do filme, que já havia sido internada algumas vezes anteriormente. Confirma também que a redução de danos pode ser um caminho eficaz para o abandono definitivo do uso ou abuso de álcool e outras drogas.

O caso de Jorge ilustra bem o sucesso das estratégias de redução de danos. Usuário de drogas desde a adolescência, hoje com 50 anos, ele me contou em diversas ocasiões fragmentos do seu processo gradual de independência das drogas. Há alguns meses, Jorge parou de usar até mesmo a maconha, que foi bastante referida por vários usuários como um remédio, e não como uma droga. Relataram-me essa opinião Luna, Ian, Juca, José e Levi, entrevistados no sistema prisional. Em um dos campos, também conheci a história de Liz<sup>153</sup>, uma mulher negra, mãe solo de três filhos, que já foi poliusuária de drogas, viveu em situação de rua e é acompanhada pela equipe do Consultório há dez anos. A partir de um trabalho de longo prazo, paulatino, Liz conseguiu interromper o consumo de outras drogas e faz uso apenas do cigarro atualmente. Já na van, depois que saímos do apartamento de Liz, que foi conquistado através da inscrição em um programa governamental de concessão de moradias a baixo custo, Jorge comentou: “essa menina era muito doida. Cheirava muita cola. Agora está muito bem, só no cigarrinho. Já, já ela deixa”.

Outro caso de intervenção voltada para a redução de danos é o de Simone, entrevistada no sistema prisional. Uma mulher de quarenta e três anos, que fugiu do barraco onde morava com os seus pais, para viver em situação de rua aos doze anos. Saiu de casa tão precocemente por não mais suportar as violências praticadas pelo seu pai, que era alcoolista. Na rua, aprendeu a cheirar cola com idade entre doze e treze anos. Parou com quinze, quando engravidou. Depois que teve essa criança, para que não fosse mantida em condições precárias, decidiu entregá-la para a adoção. Mais adiante, engravidou mais duas vezes, sendo que um dos seus filhos veio a

---

<sup>152</sup> HOTEL Laide: a lembrança da cracolândia. Direção: Débora Diniz. Brasília: HuffPost Brasil, 2017.

<sup>153</sup> Diário de campo do dia 08 de julho de 2022.

falecer. Atualmente, tem até netos, dos quais ela falou com alegria. Ao contar sua história, Simone falou do Consultório na Rua, depois de mencionar que trabalhava como profissional do sexo até o momento em que foi presa<sup>154</sup>. Talvez com medo de ser julgada por mim, tratou de alertar:

mas eu não tenho doença não, viu? Faço meus exames tudo certinho. As meninas vão lá onde eu trabalho, vou sempre no Salgadinho<sup>155</sup>, graças a Deus não tenho nada. Até quando eu usava (fez sinal de droga invejável com o dedo apontando para o outro braço), a gente sempre comprava cada uma sua seringa.

Quando eu perguntei quem eram as “meninas”, Simone contou que eram da equipe do Consultório na Rua e, falando o nome de uma das profissionais, perguntou se eu a conhecia. Respondi que não. A equipe que atende a usuária não é a mesma que eu acompanhei, mas uma das profissionais com quem conversei já trabalhou na região onde Simone é atendida. É uma região central e com muitos prostíbulos. Vivian, que trabalha no Consultório há mais de dez anos e diz se identificar muito com o serviço, contou que os bares são muito acessíveis às equipes do Consultório: “é tranquilo, a gente entrava mesmo para atender, não tinha problema, todo mundo (usuários e responsáveis pelos estabelecimentos) já é acostumado.”<sup>156</sup>

Esses relatos demonstram de que modo abordagens menos invasivas - realizadas a partir de um processo por vezes lento, mas sólido, de construção de vínculos e auxílio na busca pela garantia de direitos básicos - podem ser determinantes para a decisão pelo autocuidado. Além disso, reforçam a ideia de que o consumo de drogas é um fenômeno bastante complexo. Não por acaso, três dos quatro exemplos citados por último são de mulheres. Os relatos relacionados ao impacto dos papéis de gênero no tratamento apareceram diversas vezes no campo. No CAPS AD, por exemplo, em um dos dias em que estive lá, os leitos para desintoxicação das mulheres estavam vazios, enquanto os dos homens estavam ocupados. Isso pode demonstrar que as mulheres se expõem menos ao consumo de drogas, sobretudo pela efetividade do controle informal<sup>157</sup> que as atinge, mas também pode ser reflexo de que há dificuldades de sua adequação aos espaços de tratamento.

---

<sup>154</sup> Segundo me contou, ela foi presa devido a um furto a uma loja de departamentos que, inicialmente, não foi punido com prisão: “eu *tava* prestando serviço, aí faltava pouco tempo, veio a pandemia. E eu deixei de assinar, porque a menina lá no fórum disse que não precisava por causa da pandemia. E eu me mudei. O aluguel da casa que eu *tava* ficou caro pra mim. Aí ficou lá como se eu tivesse fugindo. Mas tudo indica que eu saí em novembro, se Deus quiser”.

<sup>155</sup> Trata-se do Posto de Atendimento Médico – Salgadinho, mais conhecido como PAM Salgadinho ou apenas Salgadinho, como se referiu Simone. Recebe esse nome por ficar às margens do Riacho Salgadinho, em Maceió.

<sup>156</sup> Diário de campo do dia 9 de setembro de 2022.

<sup>157</sup> LARRAURI, Elena. **Control informal**: las penas de las mujeres. *In*: LARRAURI, Elena. *Mujeres, derecho penal y criminología*. Madrid: Siglo Veintiuno, 1994.

O mais provável, na verdade, é que seja uma combinação dos dois fatores. No próprio CAPS, durante a entrevista com os profissionais André, Sofia e Lia, quando perguntados se observam diferenças entre o tratamento de homens e mulheres, responderam que acham as mulheres mais difíceis de lidar, mais arredias. Também foram nesse sentido os relatos de outras profissionais que possuem experiências de acolhimento e tratamento com homens e mulheres, como Elena, da CT1 que afirmou que é mais fácil de trabalhar com o público masculino:

Nós mulheres temos um conjunto, mulher tem seus hormônios, têm filhos, tem toda uma situação que termina sendo mais complexo (...) talvez pelo que o homem tenha passado, por essa questão da sociedade impor que o homem é o ser mais provedor da família, o gênero mesmo. A mulher por ser um sexo mais frágil, muitas das vezes... ela vem, mas ela está brincando com a vida (...) A mulher, da hora que você chega à hora que você sai, vai ter uma queixa: 'vou embora por isso', 'fulana falou de mim', enfim, coisinhas pequenas, mas acontece. Até mesmo agressões, às vezes acontece aqui por essa questão de as mulheres serem mais impulsivas.

Dora, da CT5, que trabalha com adolescentes em outra comunidade e relatou que as meninas são mais territorialistas:

Então, por exemplo, eu tô atendendo, se ela é a chefe da equipe, ela já chega querendo entrar dentro da sala. Isso não existe aqui na masculina (...) Elas são mais instáveis. Eu nunca tinha trabalhado com meninas, sabe? Eu tô aprendendo a ter mais jogo de cintura. Eu acho que pode até dizer que o meu desafio é justamente nunca ter trabalhado com meninas, porque eu acho que a instabilidade faz parte dela. Ela tá num processo. Às vezes começou a usar há um mês. Às vezes desde os dez anos, mas aí ela tem onze, doze. Os meninos são bem mais velhos. Aí usa desde os oito, mas têm quarenta e seis. E lá é involuntário.

O que os profissionais destacaram como instabilidade, representa, na verdade, uma estratégia de proteção mútua para sobrevivência naqueles espaços de privação, perda de privacidade e prejuízos à identidade decorrentes das padronizações - que não costumam considerar as especificidades de gênero. A presença das crianças nas comunidades terapêuticas, por exemplo, ao mesmo tempo em que une as mulheres, pode ser um potencializador de tensões já existentes devido ao contexto de tratamento, que implica as dificuldades próprias da interrupção do consumo de drogas. Em uma das visitas à CT1, eu presenciei uma acolhida chegando da maternidade com sua filhinha recém-nascida no colo. Com ela, estava outra acolhida, que lhe fez companhia no hospital e participou daquele momento tão marcante. Aquele episódio, certamente, ajudou a fortalecer os vínculos entre elas.

Por outro lado, a presença de crianças na instituição algumas vezes exige da equipe profissional a habilidade para gerir conflitos entre as residentes, ocasionados, por exemplo, pelo incômodo com episódios de choro inesperado dos bebês. Além disso, a maternidade é um desafio para a continuidade do tratamento também nos casos em que as mães precisam se afastar dos seus filhos para iniciarem o acolhimento, seja por sua decisão livre ou pelo fato de as

crianças não se encaixarem no perfil aceito na comunidade. Nesse ponto, cabe destacar que o impacto que a criação dos filhos representa na vida de homens e mulheres costuma ser diferente.

Os homens que eram pais, com os quais conversei em outras instituições, referiam-se aos filhos de forma saudosa, algumas vezes demonstraram arrependimento pelo tempo que perderam priorizando o consumo de drogas em detrimento da convivência com seus filhos e outros familiares. Entretanto, não demonstraram preocupação em relação à forma como os filhos estavam sendo cuidados enquanto eles seguiam em tratamento, já que, em todos os casos, outras mulheres - principalmente as companheiras, ex-companheiras, mães ou irmãs - continuavam cuidando das crianças e adolescentes. No caso das mulheres em tratamento, esse cenário mudou consideravelmente. Além da saudade, a insegurança em relação à proteção dos filhos foi uma constante para as mães com as quais tive contato, o que também foi identificado como um elemento importante na história de mulheres com filhos que passaram pelo cárcere em Alagoas<sup>158</sup>.

Muitas vezes, elas precisaram aceitar a entrega das suas crianças para serem cuidadas por familiares e, em outros casos, o envio para instituições de acolhimento - o que constitui um processo muito doloroso. Em uma das tardes de visita à CT1, presenciei o encaminhamento de uma adolescente para um desses estabelecimentos. Esse foi o meio encontrado pela equipe profissional em diálogo com a mãe e com a menina, que também estava presente na sala, para que não fosse necessário que a acolhida abrisse mão do seu tratamento. A garota foi instruída pela assistente social sobre como funcionava a instituição e lhe foi garantido que seria uma medida temporária, apenas pelo tempo necessário para que a sua mãe concluísse o período de acolhimento. Depois, um transporte de aplicativo foi acionado, e a adolescente se dirigiu à outra instituição junto com sua mãe e uma outra acolhida mais antiga na comunidade, que costumava auxiliar a equipe nos casos de saídas necessárias da instituição<sup>159</sup>.

Diante dessas variáveis que circundam a condição de muitas mulheres usuárias de drogas, as ideias de inferioridade e de fragilidade feminina servem apenas para sustentar arranjos que são convenientemente utilizados para a manutenção das microrrelações de poder que sustentam a dominação e o silenciamento das mulheres<sup>160</sup>. A não observância das particularidades impostas socialmente às mulheres em decorrência da sua condição de gênero implica em outras variáveis e sofrimentos que não podem ser reduzidos à ideia de que as mulheres são mais difíceis de lidar, como se essa dificuldade fosse parte integrante da

---

<sup>158</sup> PIMENTEL, Elaine. **As mulheres e a vivência pós-cárcere**. Maceió: EDUFAL, 2015, p. 144 ss.

<sup>159</sup> Diário de campo do dia 30 de agosto de 2022.

<sup>160</sup> MILL, Stuart. **A sujeição das mulheres**. São Paulo: Editora Escala, 2006, p. 75.

personalidade feminina. Nesse sentido, a minha experiência no Consultório na Rua também foi fortemente atravessada pelas histórias das mulheres assistidas que conheci. Não seria possível trazer aqui todos os relatos. Apenas para ilustrar como fui sensibilizada ao ouvir as suas histórias, todas as vezes que eu chorei no caminho de volta para casa, à noite, foi após ter tido contato com mulheres como Esperança, que nos recebeu com muito carinho em sua casa. Abaixo exponho um trecho relativamente longo do diário de campo, que registrei no dia em que nos conhecemos, mas ilustra bem as situações vividas:

Vicente estacionou a van na rua calçada, em frente a uma rua de barro, onde mora a família que seria atendida. Antes de chegarmos na rua, o filho de Esperança, que brincava com outros colegas, já balançou os braços alegremente, pois reconheceu a van do CR. Acho que foi Beatriz que comentou sobre a importância da Van e de ela ser plotada com os símbolos do serviço, tanto para a segurança da equipe quanto para que os usuários identifiquem com facilidade. Nicolas, o educador físico, reforçou essa afirmação. Na pequena casa, há uma sala com dois sofás e uma estante com guloseimas e outras miudezas, que Esperança vende para conseguir ajudar nas despesas da família, além de dois quartos (pelo que pude observar), uma cozinha e uma área de serviço. Acho que tem um banheiro também. As paredes são de reboco e tijolos aparentes. Quando chegamos, foi uma festa. Estavam na sala Esperança, Nicole, sua filha do meio, com 17 anos, sua irmã e duas crianças. As duas primeiras perguntaram pelos outros profissionais da equipe. Isso sempre acontece quando não estão todos e demonstra a efetividade do vínculo criado. Além de Nicole, ela tem mais dois filhos: Alison, de 12 anos, e Cíntia, de 20 anos, que estava arrumando os cabelos próximo à residência. “Elas gostam de se arrumar, aí quando ganham um dinheirinho, eu deixo à vontade”. Esperança estava com a linha d’água dos seus olhos delineadas com lápis preto, o que foi notado por Beatriz. Esperança disse que estava maquiada porque tinha voltado de uma faxina na casa de Samuel, um rapaz que atuou no consultório e que acertou com faxinas semanais. Esperança se mostrou muito grata, pois é uma forma de ganhar um dinheirinho certo. Disse que quando termina o serviço toma um banho e volta arrumada para casa. O relato de alegria e autocuidado não combina com a tornozeleira presa ao seu pé há seis anos, em um processo cujas provas (testemunhais) são fragilíssimas. Mas, ao mesmo tempo, é um grande grito de resistência daquela mulher preta, analfabeta aos 40 anos de idade, ex-usuária de drogas, que já viveu em situação de rua e que perdeu seu filho em um dia e no outro foi presa. Presa. Ela foi à delegacia com a mãe, porque o seu filho foi levado sem autorização a uma piscina por um vizinho e morreu afogado. Chegando lá, havia um mandado de prisão em aberto e ela foi presa em um dia 12 de outubro. Não enterrou o próprio filho.

O caso de Esperança é realmente muito simbólico, porque o apreço que ela demonstrou pela equipe se deve ao fato de o Consultório na Rua ser um dos poucos serviços do Estado que - minimamente, dadas as suas limitações - oferecem algum suporte para alguém atravessada por violações e silenciamentos, inclusive pelos aparatos penais oficiais, que escolhem pessoas como Esperança, como seus alvos preferenciais<sup>161</sup>. Para se ter uma ideia, Alison, seu filho de 12 anos, estava sem frequentar a escola até o ano de 2021 porque, assim como a mãe, não

<sup>161</sup> PIMENTEL, Elaine; WANDERLEY, Nathália. Silêncios e mitos numa perspectiva interseccional: do controle informal de corpos ao controle penal de mulheres negras. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 10, n. 2 p.247-294, 2020, p. 251.

possuía seus documentos de identificação. A criança só começou a ir à escola por causa da atuação do Consultório junto à Secretaria de Educação, que, em processo administrativo, autorizou que ele participasse das aulas, ainda que sem matrícula.

Casos como os apresentados demonstram a importância de haver pluralidade nas estratégias de atenção à saúde, permitindo alcançar as populações vulneradas de forma efetiva. O Consultório na Rua, apesar das fragilidades estruturantes – sobretudo, relacionadas à insuficiência de pessoal e de materiais, e de não ser um serviço especializado na atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas - apresenta-se como uma ponte extremamente importante, que permite ao referido público acessar outros serviços e refletir sobre caminhos possíveis para a proteção da própria saúde.

### 3.2. O CAPS AD EVERALDO MOREIRA

“AD é diferenciado, entendeu? É um trabalho que a gente se sente como se tivesse enxugando gelo, mas a gente obtém resultados. Não é fácil, né? Transtorno é mais fácil, você entra com a medicação e você consegue controlar, mas a dependência não é fácil, não”. Esse é um trecho da primeira entrevista que realizei na instituição. Na conversa com Lia, uma profissional que já trabalhava no CAPS AD Everaldo Moreira há vários anos, tive oportunidade de conhecer melhor o equipamento através dos seus relatos - principalmente porque, além da vasta experiência no serviço, Lia não lida com o uso e dependência química apenas enquanto profissional. Ela também sente na pele as agruras de acompanhar familiares que são usuários. Um deles estava abstêmio e o outro passava por um período de recaídas, mas seguia sendo acompanhado no CAPS, após várias internações em hospitais psiquiátricos e clínicas de internação para dependentes químicos.

Como já mencionado na introdução, o CAPS AD Everaldo Moreira é o único equipamento da categoria que funciona por vinte e quatro horas na região metropolitana de Maceió. Em todo o estado de Alagoas, existem 55 CAPS<sup>162</sup>, que estão localizadas tanto na capital, quanto no interior do estado, nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPSII, CAPS AD, CAPSi. O CAPS I é direcionado a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas e atende cidades e/ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes. Já o CAPS II tem a mesma configuração, mas atende cidades e/ou regiões com

---

<sup>162</sup> No mapa interativo publicado pelo governo estadual de Alagoas consta que o CAPS AD Everaldo Moreira atende apenas o público infantojuvenil. A informação não corresponde à realidade, visto que, durante as visitas à instituição foi possível acompanhar o atendimento de pessoas adultas. ALAGOAS. **Mapa da Saúde em Alagoas**. Disponível em: <[http://cidadao.saude.al.gov.br/informacoes/mapa\\_saude/](http://cidadao.saude.al.gov.br/informacoes/mapa_saude/)>. Disponível em: 27 jul. 2018.

ao menos 70 mil habitantes. O CAPS AD, por sua vez, é especializado em transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas e atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. Há, ainda, o CAPSi, que é direcionado ao atendimento de crianças e adolescentes, para tratamento de transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, funcionando em localidades com, no mínimo, 70 mil habitantes<sup>163</sup>.

Além do Everaldo Moreira e do CAPS AD - Uncisal, que também fica em Maceió, há apenas mais dois em outras regiões do estado: um no Agreste, na cidade de Arapiraca, e outro no sertão, na cidade de Santana do Ipanema. O CAPS AD Everaldo Moreira oferece serviços que vão desde a oferta de atendimento psicológico e médico, nas áreas de clínica geral e psiquiatria, até a distribuição de medicamentos e outros materiais que auxiliam na redução dos agravos relativos ao uso de álcool e outras drogas ou mesmo naqueles decorrentes de outras situações de risco, a exemplo da distribuição de preservativos para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

O prédio mantém o formato de uma residência, com algumas adaptações. Depois da pequena área, que fica logo após a calçada, tem-se a recepção. É um espaço amplo, onde há um balcão de atendimento e cadeiras de espera. Nas laterais, existem consultórios. Depois da recepção, há uma sala com televisão e cadeiras, que fica próxima dos quartos para acolhidos. Na saída para a área externa, que seria o quintal da casa, à esquerda, os usuários têm acesso à farmácia e a uma área coberta, onde há uma estante com livros e várias pinturas nas paredes. Trata-se de um dos espaços em que são feitas as atividades em grupo, como as reuniões com as famílias, que acontecem uma vez na semana, os momentos terapêuticos em grupo e as oficinas. Seguindo à direita, é possível acessar outra área coberta, e, depois dela, um grande espaço aberto, com piso de terra batida, onde podem ser realizadas atividades ao ar livre. Em uma das laterais do espaço aberto, existem três salas destinadas às equipes administrativas.

Conforme um dos profissionais entrevistados me explicou, antes da pandemia de covid-19, os usuários podiam entrar na instituição e circular livremente até à noite. Atualmente, o acesso ao interior apenas é possível pelas pessoas alojadas para tratamento. Há quinze leitos para adultos - sendo oito para homens e sete para mulheres - que podem passar até catorze dias na instituição, de maneira voluntária, sendo acompanhados pelos profissionais do serviço. Também existem dois leitos infantojuvenis, pois o CAPS AD Everaldo Moreira funciona como porta de entrada para a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil de Maceió, local especializado

---

<sup>163</sup>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Acesso em: 21 jul. 2018.

na recepção das pessoas menores de dezoito anos, que não conta com médicos psiquiatras. Nesses casos, segundo os profissionais entrevistados, o público infantojuvenil permanece no Everaldo Moreira apenas enquanto é avaliado e aguarda transferência para a referida UAI.

Mesmo com o avanço da vacinação de prevenção à covid-19, a restrição de acesso aos pacientes não internados se manteve enquanto eu realizava as visitas, já que o prédio possuía vários problemas infraestruturais, como rachaduras nas paredes e infiltrações. Na minha última visita, que se deu no dia 23 de agosto de 2022, havia uma equipe de obras realizando reparos na unidade. Uma das profissionais indicou que vários danos são provenientes do afundamento do solo da região, ocasionados pelo que se conhece como Caso Pinheiro - que teve como a principal causa a extração mineral de salgema de forma desequilibrada pela empresa Braskem, tendo provocado o afundamento e a evacuação forçada de moradores de pelo menos três bairros da cidade de Maceió<sup>164</sup>. Nas regiões próximas, ainda não interditadas, os danos também são sentidos, como é o caso do CAPS AD:

Em relação à estrutura, tá precária. Hoje a gente vive cheios de medos, porque tem agora essa questão do Pinheiro, aparece muitas rachaduras, esse teto já levantou várias vezes, o pessoal está fazendo uma reforma lá embaixo, como você viu... enfim, a gente fica muito tapando o sol com a peneira (Débora, profissional entrevistada)

A insegurança em relação aos problemas estruturais soma-se à àquela relacionada às situações de violência que afetam tanto pessoas atendidas como trabalhadores. Ameaças contra servidores e brigas entre usuários foram algumas das situações narradas por profissionais entrevistados – as quais, em alguma medida, eu também pude acompanhar. Já na chegada, em uma das tardes em que visitei o estabelecimento, a maior agitação da equipe e de alguns pacientes me fizeram acreditar que algo diferente havia acontecido. No primeiro contato com a profissional que articulava as minhas entrevistas com seus pares, a razão da minha desconfiança apareceu: “hoje *tá* agitado! Teve uma briga dos usuários aí na frente. Bateram tanto em um deles que ele fez cocô. A gente teve que chamar a guarda municipal”.

Ao lado da unidade, há um Batalhão de Polícia Militar Escolar. Segundo André, profissional entrevistado no mesmo dia, o batalhão foi acionado, mas os policiais militares não costumam responder às demandas, o que reputo ser mais uma questão de atribuição, tendo em vista o disposto no art. 65, IV, da Lei estadual nº 6.399/2003, que aprova a organização básica da polícia militar do estado de Alagoas, e determina que o referido batalhão deve atuar na segurança de estabelecimentos de ensino. Pela proximidade, no entanto, a comunicação direta do batalhão de polícia com a equipe competente para atuar no caso poderia ter sido feita. Para

---

<sup>164</sup> SANTOS NETO, Arthur Bispo dos Santos. **Capital e pandemia**. Goiânia: Phillos, 2020, p. 111.

André, a omissão da unidade policial ocorre devido à ausência de punições duradouras para os agressores:

Tem o batalhão, mas eles não vêm. A verdade é essa. Porque leva pra delegacia e não dá nada, aí eles ficam enrolando e não vem. A guarda vem. Numa situação dessa mesmo passou uns dez minutos a briga e eles não vieram.

Como se observa, a guarda municipal é quem costuma fornecer apoio à unidade de forma mais frequente, mas essa atuação foi considerada insuficiente para oferecer maior sensação de segurança aos usuários e profissionais, conforme a opinião das pessoas que entrevistei. Como boa parte da população atendida pelo CAPS AD é composta por pessoas em situação de rua, é comum que portem armas – como, por exemplo, facas - para se protegerem. Em situações de tensão, esses instrumentos eventualmente são utilizados como forma de amedrontar profissionais como Débora, que disse já ter sido ameaçada com um “facão todo enferrujado”. Para dirimir esses casos, são realizadas revistas pessoais pelos agentes sociais naquelas pessoas que acessam as áreas mais internas do prédio, como afirma André: “todos eles andam armados, é de conhecimento de todo mundo que morador de rua anda armado. Nas revistas aí a gente acha um monte de faca. Mas você sabe, né, cabeça de morador de rua é complicado, é incontrolável”. Em outro momento, afirmou que “a gente tá lidando com morador de rua, né? Não é com criança, morador de rua é diferente”.

A fala de André chama atenção. Embora a sua entrevista apresente muitos pontos de contato com outros profissionais entrevistados, ele demonstrou de forma bastante clara, uma visão generalizante em relação aos usuários do serviço. Foram vários os momentos em que o profissional se referiu às pessoas atendidas como se todas estivessem em situação de rua e, ainda, como se essa condição, por si só, tornasse os usuários violentos e desequilibrados, reproduzindo estigmas que demonstram a permanência de uma perspectiva preconceituosa e moralizante a respeito do público atendido, que, diga-se de passagem, não é composto apenas por pessoas em situação de rua. Em outro momento, ele demonstrou um movimento de aproximação, mas ainda mantendo a visão homogeneizada:

A gente tá aqui pra ajudar da melhor forma, porque o morador de rua é um excluído da sociedade, né? Tem os que querem o tratamento, outros nem tanto. Mas às vezes ele não quer não é nem por vontade dele, é o uso da droga que é tão forte que... eu tinha um pensamento: ‘é um vagabundo, quer nada com a vida.’ Hoje eu tenho outro pensamento, como se fosse eu, um irmão meu. Precisa você trabalhar num canto desse pra você realmente conhecer o que é um morador em situação de rua. Tem vários fatores... às vezes perde um pai, uma mãe. Aí você cai no álcool. Do álcool pra droga é um pulo, às vezes você é traído, uma desilusão amorosa.

A tendência de impor uma visão disciplinadora pode ser reflexo da sua atuação na linha de frente do atendimento, que o expõe cotidianamente a situações de violência, e também de uma experiência profissional pretérita em uma área da segurança pública. Nesse sentido, destacou que a sua perspectiva em relação ao serviço destoa da de alguns outros profissionais, que recebem de forma menos frequente os impactos dos conflitos: “em termos é uma unidade de saúde, mas o sistema é outro. Já fui ameaçado, arrombaram baú da minha moto... é normal, é do serviço, não me intimida. Se vier com medo, é melhor nem vir. A tensão é 24h”. Em outro momento, à luz da sua experiência de trabalho no sistema prisional, perguntei se ele enxergava semelhanças em relação ao CAPS AD.

Muda muita coisa não. A diferença é que lá tem regras e são cumpridas, aqui tem regras e não são cumpridas. Porque lá você pode usar de força, aqui não. Até porque se você agredir um morador de rua, o Ministério Público vai ser acionado e você vai responder na justiça, é diferente. Lá se usa força e por isso fica. Aqui é mil vezes mais tranquilo do que lá. Ali você tá lidando com gente da pior espécie, seu inimigo mesmo, ali se você der um vacilo...

Não se pode deixar de considerar a existência de riscos na atuação junto a usuários que, por vezes, causam situações de conflitos e risco, como mencionado por André e outros profissionais, tampouco a necessidade de que sejam assegurados mecanismos de segurança no estabelecimento. Ainda assim, é importante destacar que a aproximação feita por André, guardadas as devidas proporções, enfatiza o lugar de marginalização ocupado, tanto por uma parte dos usuários do CAPS AD, quanto por pessoas tuteladas no sistema prisional. Isso constitui um enorme desafio para os profissionais que, mesmo atuando em um serviço de base comunitária, mantém o foco de atuação no modelo biomédico de cuidado. Como destacam Cilene Malvezzi e Juliana Nascimento,

Sair do campo das regularidades e controle sobre os fenômenos físicos e as doenças para um campo onde há a imprevisibilidade da vida cotidiana, onde os danos sociais desafiam o que se espera como regras morais e de conduta, exige dos profissionais formados no modelo biomédico abrir mão do saber estruturado com base na doença e restrito ao campo biológico e reconhecer os limites deste para lidar com as novas demandas dos indivíduos e da coletividade<sup>165</sup>.

Esse recorte demonstra que, também na realidade aqui estudada, os sistemas punitivos se comunicam de forma intensa com a rede de saúde mental. Em muitos casos, eles se retroalimentam para o controle de indesejáveis. Como mostra Bruce Arrigo, a manutenção das práticas e linguagens normalizadoras oriundas dos discursos médico-legais hegemônicos, que

---

<sup>165</sup> MALVEZZI, Cilene Despontin; NASCIMENTO, Juliana Lupotini do. Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: moralismo, criminalização e teorias da abstinência. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, p. 1095-1112, 2018, p. 1103.

são absorvidos pelos próprios sujeitos sobre os quais eles atuam, em processos de reificação social e linguística, contribuem para a manutenção de estratégias transencarceradoras<sup>166</sup>.

O exemplo de Simone, usuária do CAPS AD e do Consultório na Rua, como já mencionado anteriormente, ilustra bastante esse processo bulímico de inclusão e exclusão social<sup>167</sup>, que é manejado a partir da capacidade de resposta dos indivíduos às demandas dos mecanismos de consumo. Nesse contexto, o campo das drogas é um terreno fértil para que esse processo continue sendo mediado pelo vocabulário criminalizante, até mesmo dentro de serviços de saúde pública de base comunitária. Conforme registrado anteriormente, quando eu entrevistei Simone, ela estava presa em decorrência de um furto que sequer havia sido punido com pena privativa de liberdade. Ao ser perguntada sobre a sua experiência no CAPS AD, ela afirmou que foi bem tratada, “só me deram palavras positivas”, mas que não quis permanecer participando de outras atividades porque, segundo ela, “tinha muita gente assim...travestis, usuários mesmo. Aí não fiquei, só passei pelo médico mesmo”. Este trecho foi bastante revelador sobre como há percepções estigmatizantes dos próprios usuários, os quais fazem com que sejam erigidas barreiras entre os próprios usuários que impedem aproximações entre eles, mesmo quando compartilham de condição semelhante de marginalização e vulnerabilidade.

No caso de Simone, além da condição de vulnerabilidade econômica, que se mantém mesmo ela não mais vivendo em situação de rua, pesa contra ela pelo menos dois estigmas: o de prostituta e o de criminosa. Desses rótulos, decorrem uma série de dificuldades nas interações sociais e que, historicamente, justificam intervenções punitivas tanto no campo penal, quanto psiquiátrico e asilar<sup>168</sup>. Vários desses exemplos podem ser identificados na história dos dispositivos psiquiátricos no Brasil, mas talvez os mais emblemáticos sejam aqueles advindos do Hospital Colônia de Barbacena, onde os internamentos com fins higienistas eram corriqueiros e atingiam milhares de pessoas de todas as idades que não estivessem adequadas aos padrões de normalidade vigentes. No caso das mulheres, por exemplo, a prostituição era uma das justificativas para a segregação naquele espaço asilar<sup>169</sup>.

A propósito, no CAPS AD Everaldo Moreira não há uma ala específica para o público LGBTQIA+. A alocação do público nos leitos binários foi destacada como um aspecto desafiador por duas profissionais entrevistadas, que explicaram que o que determina se a pessoa

---

<sup>166</sup> ARRIGO, Bruce. Transcarceration: Notes on a psychoanalytically-informed theory of social practice in the criminal justice and mental health systems. **Crime, Law & Social Change**, v. 27, p. 31–48, 1997, p. 41-42.

<sup>167</sup> YOUNG, Jock. **A sociedade excludente**: exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente. Rio de Janeiro: Revan, 2002, p. 132.

<sup>168</sup> FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

<sup>169</sup> ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**, 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 30.

ficará acolhida na ala feminina ou masculina é a forma como se apresenta no momento em que chega ao Centro, “porque tem uns que um dia chegam vestido de homem, um dia chega vestido de mulher”, como explicou Lia. Nesse caso, é preciso considerar, como se verá na quarta seção deste trabalho, que a identidade de gênero e as experiências em torno da sexualidade impactam de forma considerável no consumo de drogas, tanto como um gatilho que contribui para desencadear o consumo problemático, como também enquanto desafio para a continuidade do tratamento diante de situações de discriminação.

No CAPS AD, inicialmente, o respeito à autoidentificação das pessoas acolhidas quanto à escolha do leito está de acordo com a política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais<sup>170</sup>, publicada em 2013 como uma forma de assegurar o acesso à saúde do público. Entretanto, a logística de internação desse público específico divide as opiniões dos profissionais, que nem sempre conhecem os instrumentos normativos relativos aos direitos do público no campo da saúde. Nesse sentido, uma investigação apontou para a necessidade de que a decisão a respeito do leito deve levar em consideração, preponderantemente, a perspectiva da pessoa a ser internada e também de outros atores do serviço, como profissionais, outros pacientes e familiares<sup>171</sup>.

Além disso, de forma geral, outro desafio que se apresentou como um obstáculo para o acesso dos usuários, de forma geral, ao serviço foi a insuficiência das unidades existentes no atendimento das demandas da região metropolitana, bem como a sua localização. Ambos os CAPS AD ficam localizados em uma área central da cidade de Maceió, de modo que as pessoas que estão em locais mais distantes ficam desassistidas, sobretudo a população em situação de rua ou com outros tipos de vulnerabilidades, que são o público majoritário dos serviços. Nesses casos, as equipes do Consultório na Rua auxiliam nos encaminhamentos, mas não conseguem dirimir o problema, diante da enorme demanda.

A impossibilidade do CAPS AD Everaldo Moreira dar conta de atender toda a demanda ficou evidente na resposta da profissional Débora à minha indagação sobre a construção do Projeto Terapêutico Singular. De acordo com o Ministério da Saúde, o PTS é um instrumento construído por uma equipe interdisciplinar a respeito de um indivíduo ou uma coletividade, onde são registrados não apenas aspectos relativos ao diagnóstico dos usuários, mas outras

---

<sup>170</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: ministério da saúde, 2013.

<sup>171</sup> BARATTO, Cristiane Camponogara; MELLO, ElianaDable de; ZANCHET, Livia. A Transexualidade em questão em serviços de saúde mental com leitos masculinos e femininos do Rio Grande do Sul. *Revista Latino Americana de Geografia e Gênero*, v. 8, n. 1, p. 333-353, 2017.

informações importantes para o direcionamento terapêutico. Além de uma avaliação do usuário, considerando suas potencialidades e vulnerabilidades, no PTS também são registradas as metas de curto e longo prazo do acompanhamento e os profissionais de referência que acompanharão de forma mais próxima as demandas dos seus usuários de referência. Essa relação de técnico e usuário de referência é baseada na identificação, na criação do vínculo entre ambos<sup>172</sup>.

O PTS é, portanto, um instrumento importantíssimo para a oferta de cuidado individualizado, conforme preconiza o art. 2º, I, da Lei n. 10.216/2001 (Lei antimanicomial ou de Lei de reforma psiquiátrica), segundo o qual as pessoas com transtornos mentais têm o direito de “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”. Segundo Débora, no entanto, a equipe do CAPS AD Everaldo Moreira não tem conseguido construir o Plano para todos os usuários que acompanhe a velocidade das demandas:

O certo é fazer para todos, mas a demanda é muito grande e a gente não consegue fazer para todos os usuários. Aí estamos focando em fazer para todos os acolhidos. Depois que é feito os dos que estão acolhidos, a gente começa o intensivão para os que já vêm mais assiduamente, que vem pegar alimentação. E daí o plano é fazer o PTS de todos os usuários. Que são muitos, acho que nós temos mais de onze mil.

De acordo com Débora, durante a pandemia de covid-19, as dificuldades eram ainda maiores, visto que muitos profissionais que contraíram o vírus ou que tinham fatores de risco precisaram se afastar:

O quadro ficou bem reduzido. Hoje a equipe já está mais completa. Hoje você chega e nunca tem um dia sem psicólogo, nunca tem um dia sem assistente social, sem enfermeiros, sem agentes sociais... médico tem, porque já é mais difícil de se ter todos os dias, né? Hoje a equipe está bem completinha. Mas antes estava bem reduzido.

O fato de (mesmo com a equipe “completinha”) não ser possível construir o PTS para todos os usuários denuncia a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS na região pesquisada. Isso foi registrado em um relatório do Mecanismo Nacional de Combate à Tortura, publicado em outubro de 2022, segundo o qual a RAPS, em Alagoas, não é eficiente para concretizar a atenção à saúde mental, conforme preconiza a Lei nº 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica). Como exemplo dessa deficiência, o relatório apontou o número insuficiente de residências terapêuticas, visto que há apenas sete unidades no estado, as quais encontram-se superlotadas, já que abrigam setenta e um acolhidos<sup>173</sup>.

<sup>172</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014, p. 74.

<sup>173</sup> BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. **Relatório de inspeções em unidades dos sistemas prisional e socioeducativo do estado de Alagoas**. Brasília: MNPCT, 2022, p. 62.

Como mostra Ludmila Correia, os CAPS são fundamentais para se fazer cumprir o que preconiza a Lei n. 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica), sobretudo os seus artigos 2º, VIII e IX, segundo os quais, é direito da pessoa com transtorno mental “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” e “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. À luz desse instrumento, a autora destaca o papel dos CAPS na reinserção social das pessoas atendidas, considerando a internação como última medida, em situações graves que exijam o recolhimento temporário do paciente até que as crises sejam administradas<sup>174</sup>.

No recorte alagoano aqui estudado, a insuficiência dos meios viáveis para a o pleno funcionamento do CAPS AD desagua em uma estrutura que parece bastante paradoxal, considerando que a função do CAPS na rede de atenção às pessoas com transtornos mentais. Trata-se da Comissão de Avaliação Técnica – CAT, que é constituída por uma equipe de profissionais da psicologia, serviço social e psiquiatria. A sua principal atribuição é a realização de avaliações de usuários de álcool e outras drogas, a fim de atestar a necessidade ou não de encaminhamento de pacientes para serem tratados em clínicas de internação. A posição da equipe é registrada em parecer construído pela equipe multiprofissional.

Embora os profissionais sejam geridos pelo governo estadual, a CAT funciona em uma das salas do CAPS AD Everaldo Moreira. Para ser avaliado pela CAT, é necessário que uma pessoa da família responsável por uma eventual internação compareça ao CAPS AD junto com o usuário, a fim de que este seja avaliado. Em caso de impossibilidade, a equipe agenda uma visita domiciliar para avaliação, como relatou a profissional Débora, que trabalhou por um curto período na referida comissão: “tem casos que o usuário não pode vir: tá em caso de risco muito grande de vulnerabilidade, tá em uso muito abusivo, aí anota num livrinho e quando tem a disponibilidade de ir, lá mesma é feita essa avaliação”. De acordo com ela, a equipe se reúne para que cada profissional dê seu parecer, a fim de verificar se o paciente está em situação de risco e, por isso, necessita da internação involuntária. Perguntada sobre quais são esses riscos, ela respondeu:

Um traficante (está perseguindo), (o usuário) está em risco de vida: se não pagar, morre. Se não pagar, os traficantes vão entrar dentro de casa e pegar as coisas, estão ameaçando. E também a questão de o próprio usuário não ter ciência, não conseguir enxergar, a família é quem enxerga isso. Então a família vem e mostra uma realidade. Já aconteceu muito de a família mostrar uma realidade e quando a gente vê, é outra totalmente diferente. Já aconteceu de a gente perceber que a família queria se livrar

---

<sup>174</sup> CORREIA, Ludmila Cerqueira. Enterrando o manicômio judiciário: contribuições da reforma psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. In: CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia. **Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017, p. 86-87.

um pouquinho, como também já aconteceu de a gente perceber que o usuário não queria ir para a involuntária para continuar no uso abusivo.

Como se observa, a motivação das internações nem sempre está diretamente relacionada à condição de saúde do usuário em relação ao consumo abusivo. Em muitos casos, as internações são utilizadas como uma forma de escapar de situações de violência ou mesmo de morte decorrentes de conflitos com redes criminosas, ainda mais considerando o cenário proibicionista vigente, onde os custos do consumo de drogas assumem uma dimensão importante para determinar a manutenção da vida ou a morte da pessoa. Nesses contextos, a internação não encontra amparo no art. 4º, da Lei n. 10.216/2001, segundo o qual é necessário que todos os recursos extra-hospitalares se mostrem insuficientes, para que a medida seja imposta. No entanto, como já visto, com a ausência de estrutura que assegure a proteção dos usuários em casos como os narrados pela profissional, as clínicas passam a ser o destino de muitos pacientes.

O processo de construção do parecer de avaliação da internação involuntária pode levar de quinze a trinta dias, segundo Débora. No entanto, para além da internação involuntária tradicional, normalmente solicitada pela família, a entrevistada me falou que há casos em que se recorre ao que ela chamou de “internação emergencial”, que é realizada no mesmo dia e a própria equipe pode indicar, até mesmo sem a participação da família do usuário. A profissional deu o exemplo um caso de um usuário que estava acolhido no CAPS AD e, em um episódio que ela considerou como uma “situação muito crítica” de ameaça à equipe e aos demais usuários, a internação emergencial em uma clínica privada foi realizada. Segundo ela, isso se deu porque o paciente precisava se manter em tratamento.

Nesse caso, o episódio de instabilidade foi o que justificou a intervenção. Segundo uma perspectiva psiquiátrica tradicional, focada no modelo hospitalocêntrico, essas crises seriam desencadeadas unicamente pela doença mental e justificariam intervenções bastante invasivas, como contenções mecânicas ou medicamentosas e internações duradouras. Já a partir de uma perspectiva de saúde mental em que o paciente é visualizado de forma integral - considerando a sua complexidade, o seu contexto psicossocial - a crise é vista de forma multifatorial e as abordagens terapêuticas buscam considerar essa perspectiva<sup>175</sup>. Nesse sentido, a própria Lei n. 10.216/2001 considera que pode haver a necessidade de intervenções pontuais para a contenção, mas que sejam acompanhadas de estratégias terapêuticas eficientes, que busquem a reinserção do usuário no seu contexto sociofamiliar. Assim, a existência de leitos psiquiátricos em

---

<sup>175</sup> AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, p. 81.

hospitais gerais é uma das alternativas para os momentos críticos, servindo como alternativas aos modelos manicomial em que a crise justifica a segregação da pessoa por longos períodos. A atuação da CAT nesses casos, portanto, parece estar mais alinhada ao modelo tradicional.

Débora destacou ainda que a equipe recebe muitas demandas de reinternação, o que indica que a internação compulsória nem sempre consegue manter os pacientes em abstinência. No caso dessas solicitações, ela afirmou que a equipe costuma ser criteriosa:

A gente é bem criterioso nesses casos de reinternações. Por exemplo, um que três meses atrás tinha tido alta e depois a família solicitou uma nova internação. Então a gente já é bem mais criterioso em relação a isso: ‘o que foi feito quando ele voltou?’. A gente olha se a família está querendo ajudar no processo, porque a família é crucial. Tem que ter o suporte família, ou de algum amigo e tem os que tem o suporte no CAPS AD, que vestem a camisa do CAPS.

Durante uma entrevista com um profissional da clínica<sup>3</sup>, ele confirmou que nem sempre a CAT fornece parecer favorável para a prorrogação das internações. Entretanto, ainda que haja uma limitação nos casos de internação, a recorrência desses encaminhamentos através da estrutura da referida comissão demonstra uma contradição em termos, visto que a estrutura do CAPS AD deveria servir como um dique de contenção para medidas que limitem a autonomia dos usuários de forma tão invasiva.

Além disso, perguntada se a equipe da CAT costuma acompanhar a execução das internações com as quais concorda, Débora respondeu que a equipe realiza o esforço de manutenção de vínculo com os usuários, sobretudo porque a ideia é que o acompanhamento após a internação se mantenha no CAPS AD:

Tanto a CAT quanto o CAPS, eu já fui algumas vezes. A gente vai direcionado ao que vamos fazer lá. Digamos que a clínica não solicita, mas a gente tem um usuário nosso e a gente quer saber como ele tá (...) aí vamos lá conversar, para que ele entenda que ele tá lá para o bem dele e para que quando ele saia de lá, ele tenha essa conexão, com o tratamento psiquiátrico, com as medicações, alimentação, com a escuta, porque aqui a gente não faz psicoterapia. Então a gente tenta manter esse vínculo. Também não conseguimos fazer com todos, mas a gente tenta.

As questões em torno da imposição da internação como medida de proteção aos usuários serão exploradas de forma detalhada na quarta seção. Mas aqui cabe destacar que esse esforço demonstrado por Débora de manter o acompanhamento dos usuários dentro das instituições fechadas esbarra, mais uma vez, na insuficiência da equipe para acompanhar todas as demandas e também na dificuldade de acesso às clínicas. Tive essa impressão, enquanto realizava a pesquisa, como já mencionei. Ademais, esse dado foi fornecido pela profissional durante a entrevista, quando eu perguntei se a CAT costuma acompanhar e fiscalizar a atuação das

clínicas para as quais consente com o envio de usuários, e se ela ficou sabendo de algum tipo de violação de direitos dos residentes pelos funcionários dessas instituições:

- São bastante comuns os relatos de ter um quartinho escuro, é uma coisa assim... onde se tiver uma má conduta, vai ficar lá. O que acontece nesse quartinho a gente não sabe. Acho que até eles não falam pra gente, mas o máximo que já ouvi é que tem esse quartinho e vai pra lá quando se tem uma conduta não muito aceitável. Nesse quartinho escuro eu não sei o que acontece. Acredito eu que fique sem refeição, deve ser frio, sei lá... fica no chão, sem cobertor, sem comer, fica sem remédio, não sei... deve ser um pouco disso. Porque acredito eu que não tenha maus-tratos físicos, né? Porque eles teriam provas quando saíssem de lá... eu quero acreditar que não.”

- A CAT não faz esse trabalho de fiscalização, não?

- Não, as clínicas elas são muito fechadas. A maioria são distantes. A gente tem que marcar, tem que agendar para poder ir. Porque como é uma clínica de tratamento para dependência química, tem toda proteção, tem tudo... então a gente tem que se identificar antes de ir. Então se tiver alguma coisa errada, eles vão mascarar para que quando a gente vá, não esteja errada, entende?

As palavras de Débora demonstram como as deficiências da rede de atenção psicossocial na região estudada acabam legitimando intervenções que contrariam a lógica antimanicomial, que deveria nortear a atuação do CAPS AD e, conseqüentemente, da CAT. A referida comissão parece suportar a possibilidade de que os direitos fundamentais das pessoas internadas estejam sendo violados, sob o fundamento da ausência de outros mecanismos de cuidado mais eficientes para os pacientes enviados para instituições privadas. Acontece que algumas das práticas implementadas em clínicas que eu visitei ao longo da pesquisa – sendo que algumas delas recebem pacientes encaminhados pela CAT – apresentam muito mais uma preocupação em disciplinar os usuários do que, propriamente, ofertar-lhes amparo terapêutico adequado para lidarem com os transtornos decorrentes do consumo de drogas.

Na próxima seção, explorarei melhor a atuação dessas instituições privadas. Contudo, diante do que foi exposto nesta parte do trabalho, é preciso considerar que o funcionamento do CAPS AD Everaldo Moreira é essencial para a assistência às pessoas que precisam de acompanhamento psicossocial dos usuários. No entanto, o equipamento se mostrou insuficiente para acolher com qualidade todas as demandas que recebe. Alguns fatores parecem contribuir com esse cenário, como as deficiências na estrutura do equipamento e a fragilidade na preparação e suporte para a equipe profissional. Desses problemas, decorrem outros, como a contribuição do equipamento para a manutenção de práticas que se baseiam em um viés patologizante do consumo de álcool e drogas, a partir do reforço a estigmas e segregação do, o que contribui para o fortalecimento de redes de disciplinamento e exclusão social do público atendido.

### 3.3. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As comunidades terapêuticas são instituições privadas voltadas ao acolhimento temporário de usuários de álcool e outras drogas, as quais propõem o afastamento dos contextos de uso para que seja possível alcançar a independência de substâncias psicoativas. No Brasil, elas existem pelo menos desde a década de 1960<sup>176</sup>. Entretanto, a partir de 2011, com a publicação do “Programa crack, é possível vencer”, o seu protagonismo aumentou consideravelmente, tendo em vista que esse programa previu a criação de dez mil vagas financiadas pela União<sup>177</sup>, inaugurando a transferência de recursos federais para esses estabelecimentos. É importante destacar que as ideias para a criação dessa política começaram a ser gestadas ainda no contexto da campanha presidencial de 2010, o que denota o seu tom eleitoral, o qual tinha como tônica o medo da suposta epidemia de crack<sup>178</sup>.

Outras medidas, como a criação de um comitê gestor para viabilizar o financiamento de novas vagas, a partir da publicação da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017, e da prevalência da abstinência como medida prioritária na atual Política Nacional sobre Drogas, foram cruciais para o fortalecimento das comunidades terapêuticas. Essas ações políticas contribuíram para que, nos últimos anos, essas instituições alcançassem uma valorização que lhes colocou no mesmo nível de política pública prioritária, no campo da atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas<sup>179</sup>. Essa equiparação não está relacionada à existência de parâmetros específicos que definem as demandas e os critérios de aferição da eficiência dessas instituições nas atividades que se propõem a realizar. Apenas considera o protagonismo que elas vêm alcançando, especialmente com o avanço do apoio pelo governo federal, que tem viabilizado sua rápida expansão e fortalecimento.

De acordo com o censo das comunidades terapêuticas, coordenado pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Álcool e Drogas – CPAD, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a pedido da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, no ano de 2009, havia pelo menos 1795 comunidades em funcionamento no Brasil<sup>180</sup>. Em Alagoas, no dia 22 de fevereiro de 2022, havia pelo menos 29 comunidades terapêuticas, conforme tabela que me foi enviada pela Coordenação da Rede Acolhe, vinculada à Secretaria de Estado de Prevenção à Violência – SEPREV. Possivelmente o número é ainda maior, visto que há outras comunidades que

---

<sup>176</sup> SANTOS, Maria Paula Gomes dos (coord.). **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017, p. 17.

<sup>177</sup> CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Crack, é possível vencer**. Brasília: CNM, 2014, p. 140. (Estudos Técnicos, n. 7).

<sup>178</sup> STRANO, Rafael. **Crack: política criminal e população miserável**. Rio de Janeiro: Revan, 2018, p. 172.

<sup>179</sup> FIORE, Maurício *et al.* **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos; CEBRAP, 2022

<sup>180</sup> Informação disponível em: <https://www.ufrgs.br/labgeo/index.php/projetos/projetos-concluidos/censo-das-comunidades-terapeuticas-no-brasil/>. Acesso em: 20 mai. 2022.

recebem apenas financiamento do governo federal, por meio da SENAD, e também algumas que não recebem financiamento público e são mantidas através de outros meios, tais como doações.

No contexto do “Crack, é possível vencer”, as comunidades acolhedoras foram incluídas na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, sendo consideradas como um

serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Acontece que, apesar de destacadas como serviços de saúde, tais instituições estão vinculadas atualmente ao Ministério da Cidadania, mais precisamente, à Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), e não ao Ministério da Saúde. Além disso, suas normas de funcionamento são extraídas da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 29, da ANVISA, que apresenta os “requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”.

Por não constituírem estabelecimentos de saúde, tais como as clínicas de internação involuntária e compulsória, as comunidades terapêuticas não se submetem às exigências da RDC nº 63/2011, que “dispõe sobre requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde”. Essa classificação, no entanto, é bastante discutível, uma vez que a mesma resolução define como serviço de saúde aqueles estabelecimentos que prestam “assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes”. Sendo as comunidades terapêuticas instituições que também prestam assistência, inclusive psicossocial, para pessoas que sofrem com transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, a rigor, elas deveriam atender às exigências destinadas aos estabelecimentos de saúde.

Através do atual arranjo ministerial, as comunidades terapêuticas não se submetem aos mecanismos de controle social do Sistema Único de Saúde, o que reduz as possibilidades de acompanhamento da prestação dos serviços às pessoas acolhidas. A indefinição acerca da natureza institucional das comunidades terapêuticas e da sua atuação lhes permite

tanto o trânsito por diferentes, e por vezes contraditórios, marcos regulatórios nos quais figuram simultaneamente como equipamentos de saúde, de assistência social e de justiça/segurança, como pelos modelos de cuidado e de tratamento para quem faz uso problemático de drogas, ora se amparando em um programa de reforma moral e

espiritual, ora se referenciando no léxico médico-terapêutico (do qual, aliás, provem parte de seu nome)<sup>181</sup>.

O atendimento nessas instituições tem como base o tripé *trabalho, disciplina e espiritualidade*<sup>182</sup>. Na obra *Therapeutic community: theory, model, and method*, uma das principais referências teórico-metodológica sobre as comunidades, o autor afirma que o contato entre os residentes é o que diferencia o modelo comunitário de outras estratégias de tratamento, considerando que as trocas de experiências os auxiliam no processo de mudança de estilo de vida<sup>183</sup>. Nas instituições alagoanas visitadas, as abordagens utilizadas normalmente implementam diretrizes de grupos como os Alcoólicos Anônimos - AA e Narcóticos Anônimos - NA, que possuem uma carta de condutas, com doze passos ou princípios<sup>184</sup>, visando ao fortalecimento espiritual dos usuários e estimulando o seu autocontrole. Tamanha é a influência dessas irmandades que o primeiro modelo de comunidade terapêutica semelhante às que existem hoje surgiu nos Estados Unidos, a partir da iniciativa de participantes do AA, que decidiram pelo compartilhamento do convívio para se fortalecerem uns com os outros, motivo pelo qual fundaram a comunidade terapêutica Synanon<sup>185</sup>.

Em um primeiro olhar, o acolhimento de usuários de drogas em ambientes comunitários que não fazem parte do sistema punitivo estatal poderia parecer uma alternativa excelente para as pessoas atendidas<sup>186</sup>. Entretanto, como se verá nas próximas subseções, sobre as estratégias utilizadas nessas instituições e as violações de direitos humanos que ocorrem em algumas delas, considero que, embora elas possam contribuir para a recuperação de usuários, também viabilizam a expansão punitiva, através da reprodução de práticas de disciplinamento semelhantes - ou em alguns casos, até mais rigorosas - àquelas implementadas nos casos de aprisionamento formal<sup>187</sup>.

Nesse sentido, embora não sejam componentes do sistema penal formal, as comunidades terapêuticas têm atuado na gestão de grupos de usuários que, não raras vezes, têm suas

<sup>181</sup> RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working paper series: comunidades terapêuticas no Brasil**. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 7.

<sup>182</sup> SANTOS, Maria Paula Gomes dos (coord.). **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017, p. 8.

<sup>183</sup> DE LEON, George. **The therapeutic community: theory, model, and method**. New York: Springer publishing Company, 2000, p. 85.

<sup>184</sup> TÓFOLI, Luís Fernando. Políticas de drogas e saúde pública. **Revista internacional de direitos humanos**, v.12. n. 21, 2015, p. 3.

<sup>185</sup> FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI; Neuza Maria de Fátima. **Revista psicologia e saúde**, v. 11, n. 1, p. 73-88, jan./abr. 2019, p. 76.

<sup>186</sup> COHEN, Stanley. The punitive city: notes on the dispersal of social control. **Contemporary crises**, vol. 3, p. 339-363, 1979, p. 342.

<sup>187</sup> COHEN, Stanley. The punitive city: notes on the dispersal of social control. **Contemporary crises**, vol. 3, p. 339-363, 1979, p. 342, p. 343.

trajetórias marcadas pelas relações com redes de ilegalidades, histórias de violências e interlocuções com instituições e atores do sistema punitivo estatal<sup>188</sup>. Isso se dá, inclusive, pelo contexto bélico e punitivo com que o uso de drogas é tratado atualmente, no qual estratégias biopolíticas de controle desse público são orientadas pela “identificação do inferior, do anormal”, o que resulta em “processos de desqualificação, de inferiorização, de estigmatização e de criminalização de parcelas específicas da população por um lado, e a supervalorização de outros grupos por outro”<sup>189</sup>. Essa gestão populacional no campo das drogas, delegada pelo Estado para instituições privadas, além de se desenvolver em um território normativamente ambíguo, tem sido realizada sem a efetiva participação popular. Como já referido acima, a publicação do Decreto nº 9.926/2019, em um movimento antidemocrático, excluiu a participação da sociedade civil foi excluída do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.

Apresentadas essas considerações mais gerais, focadas em aspectos relativos à natureza institucional das comunidades terapêuticas, as próximas subseções serão dedicadas à análise dos elementos que se destacaram durante a pesquisa de campo, a partir da investigação sobre o funcionamento das instituições alagoanas visitadas.

### 3.3.1. É preciso crer em um poder superior e manter a mente ocupada: o recurso à espiritualidade e ao trabalho e a sua repercussão na assistência aos usuários

“Conhecereis a verdade, e a verdade vos libertará”. O versículo, retirado do evangelho de João, foi citado em uma formação em grupo do Plano de Prevenção a Recaída - PPR, na CT3, conduzido por Igor, pastor e psicólogo da instituição. A referência foi feita após o profissional perguntar aos presentes qual tinha sido o passo trabalhado pela manhã, pois todos os dias eles refletem sobre um dos passos da irmandade dos Narcóticos Anônimos<sup>190</sup>.

Depois de um tempo de silêncio, o acolhido Mateus disse, em tom bem-humorado, que não lembrava: “Pra falar a verdade, eu não guardo nada dos passos, só da bíblia, porque se os passos servissem eu não *tava* aqui de novo”. Como é comum nas instituições do gênero, Mateus já havia passado por acolhimentos anteriores, em virtude de recaídas. A partir da fala dele, o psicólogo usou, então, a mesma passagem do evangelho de João para explicar sobre a

---

<sup>188</sup> MACHADO, Carly. Presos do lado de fora: comunidades terapêuticas como zonas de exílio urbano. *In*: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). **Working paper series**: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021, p. 142.

<sup>189</sup> BORTOLOZZI JUNIOR, Flávio. “**Resistir para re-existir**”: criminologia (d)e resistência e a (necro)política brasileira de drogas. Belo Horizonte: D’Plácido, 2019, p. 112.

<sup>190</sup> Diário de campo do dia 16 de março de 2022.

necessidade de os acolhidos guardarem o que é ensinado na instituição, pois as lições têm grande importância para a continuidade do tratamento. E, em seguida, introduziu a explicação da fase do PPR prevista para o dia, tendo como mote a interlocução com Mateus. O PPR é um programa de conscientização sobre a recaída, o que inclui a compreensão das suas onze fases. Nas unidades que visitei, o referido plano foi trabalhado de forma coletiva, durante os momentos terapêuticos em grupo. A cada reunião é exposta uma fase do processo de recaída, bem como os comportamentos esperados em cada uma.

Sobre a relação entre o vício e a verdade é importante compreender que dizer a verdade, naquele contexto, não é apenas assumir e professar a fé cristã, mas também a partir dos ensinamentos aprendidos, admitir o erro e assumir a sua condição de *adicto* diante de si e dos outros. É, nos termos de Foucault, uma verdadeira confissão<sup>191</sup>. Como tal, precisa transformar o sujeito, a partir da construção de uma nova subjetividade. Não por acaso, o primeiro passo dos Narcóticos Anônimos é a admissão não apenas do uso de drogas, mas da perda de controle sobre si: “admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis”. Essa assunção da culpa é uma forma de fazer com que o sujeito atraia para si a responsabilidade pelo seu tratamento, independente das suas circunstâncias.

Ser verdadeiro, no âmbito das instituições aqui estudadas, é um compromisso incentivado e exigido dos acolhidos, mas que pode trazer consequências. Por exemplo, admitir que teve uma recaída, a depender do contexto, pode ocasionar o imediato desligamento ou, no mínimo, sanções disciplinares. É que a verdade também reflete nas condutas dos demais e a punição serve de exemplo para todos. Nesse ponto, o castigo assemelha-se à penitência. Cria-se, em certa medida, um paradoxo: embora tenha admitido seu erro, mesmo tendo dito a verdade, “a disciplina”<sup>192</sup> é aplicada. Abaixo exponho dois exemplos que ilustram bem essa realidade.

Na maior parte das comunidades terapêuticas, os usuários que precisam resolver demandas fora da entidade costumam sair acompanhados de monitores ou conselheiros terapêuticos. Na CT1, as próprias acolhidas - de preferência, aquelas que estão em tratamento há mais tempo - fazem esse acompanhamento. Isso decorre da insuficiência de profissionais, visto que a cada plantão só trabalham uma técnica (psicóloga ou assistente social) e uma monitora. Poucas vezes, como em dias de reunião de equipe, é que mais profissionais se

<sup>191</sup> FOUCAULT, Michel. **Malfazer, dizer verdadeiro**. São Paulo: Martins Fontes, 2018, p.14.

<sup>192</sup> A palavra “disciplina” como sinônimo de punição foi mencionada pelo monitor da CT2, quando afirmou que, quando flagrado cometendo alguma falta, o acolhido é chamado para receber a “disciplina”, normalmente consistente em mais trabalhos para realizar. “Se aceitar a disciplina, ele fica. Se não aceitar, é desligado da casa”, disse Tadeu. Diário de campo do dia 15 de março de 2022.

encontram. Sabendo disso, perguntei para a psicóloga se já aconteceu de alguma acolhida sair para resolver alguma coisa e se drogar fora. Ela respondeu positivamente e citou um caso que muito dialoga com o problema aqui refletido:

Já. É um risco, mas é algo rotineiro nas comunidades, uma vez que nós não temos uma equipe completa. O excelente seria ter uma monitora para acompanhar, como nessa situação de agora, né, mas aí nós não temos. Então nós colocamos meninas que ou estão há algum tempo na casa, ou que nós percebemos esse comportamento mais fácil de lidar com uma situação, de resolver uma situação. Mas ao mesmo tempo a gente coloca em risco, uma vez que ela também é uma acolhida. Então, sim, já aconteceu de saírem duas, três e irem ao médico e a paciente viu o ex-esposo com alguém ou soube alguma coisa e tomou uma e voltou. Então quando ela voltou, nós conversamos. Mas ela mesma, por saber que tinha infringido as regras, solicitou desistência. Aí você pergunta: “e aí, Elena, se ela não tivesse pedido, vocês iriam desligar?”. Provavelmente a gente ia desligar, né? Uma vez que é dada a confiança e ela tá preparada para lidar com a situação. Porque lá fora, quando ela voltar, o álcool vai estar na esquina, a droga ela vai saber onde conseguir. Então a gente não pode trabalhar essas meninas como se elas tivessem numa bolha. Existe um mundo lá fora. É por isso que eu sempre digo a elas: ficar limpa aqui dentro é fácil, a dificuldade é lá fora.

Essa fala se mostrou um pouco contraditória com a visão da profissional em relação às recaídas. Por isso, eu a questioneei:

- Mas sendo a recaída parte do processo, como você enxerga essa questão de desligar tendo acontecido isso?

- Então, a recaída faz parte, mas ela tem que enxergar que ela tem como evitar. Senão não existiriam pessoas tipo donos de comunidades há 10, 20 anos limpos. E essas pessoas em algum momento passam por alguma frustração que despertou essa vontade, mas ele criou a habilidade ou tomou a decisão de não fazer. Claro, a gente não compara pacientes, mas se serve pra Maria, pode servir pra Igor. Então as recaídas vêm, mas podem ser evitadas. Vai muito da decisão do indivíduo. É um processo. A dependência é muito complexa. Às vezes a gente escuta da sociedade “ah! é safadeza”, mas não é. Às vezes as pessoas querem realmente, mas a doença é tão gritante que... tem um histórico. Essa pessoa não começou a beber ontem. Ela iniciou lá num copinho, numa farrinha, depois ela provou uma maconha... tanto é que ela (a dependência) é progressiva.

Ela (a recaída) faz parte da doença, mas ela pode ser evitada. É muito complexo falar de recaída porque tem um indivíduo que é vulnerável para (as recaídas). Ela vai passar aqui seis meses, mas quando ela voltar, o ambiente que ela mora é do lado de uma boca. Talvez o marido faz uso do crack, talvez a mãe faz uso do álcool, então existe a vulnerabilidade. Existe a determinação, lógico. Existem pessoas que passaram por tudo isso, mas escolheram ficar em sobriedade.

Pelo relato de Elena, percebe-se que ela transita entre a compreensão da dificuldade das acolhidas para lidarem com a compulsão e a sua responsabilização, por não resistirem ao consumo, ainda que sob circunstâncias muito desfavoráveis, como em contextos de exposição regular às substâncias. Além disso, é interessante destacar como a culpa é um instrumento de autoflagelo que faz com que os pacientes não se sintam merecedores do tratamento. Assim como a acolhida citada por Elena, Juca me contou sobre uma recaída que teve, enquanto estava em uma das muitas comunidades terapêuticas pelas quais passou:

- Lá eu passei onze meses. Tratamento bom, tinha piscina lá dentro, pé de manga, de coco, tudo. Era um sítio, tinha até um campo dentro.
- Você que escolheu passar esse tempo?
- Era porque queria. Quando deu seis meses eu falei com o missionário se eu podia ficar mais, porque eu não *tava* me achando bom pra ir pra casa. Aí ele disse “vou deixar”. Mas aí quando deu onze meses eu saí. Mas por que? Eu tava pulando o muro da comunidade pra ir comprar droga na Toca da Coruja<sup>193</sup>. O interno chegava lá com dinheiro escondido, aí dizia “tu quer ir comprar droga pra gente? Eu te dou tanto. Aí eu ia.”
- Mas você chegou a recair lá dentro?
- Recai lá mesmo, por isso que eu saí. Aí ele disse: “você quer ir *simbora* agora ou quer ficar de disciplina?”. Aí eu disse que queria ficar de disciplina. Aí no outro dia eu disse ó, seu fulano, não vou ficar, não.
- E qual foi a disciplina?
- A disciplina que eu peguei era só ficar sem o esporte e sem tevê. Só terapia e trabalho mesmo. Trabalhava no jardim.
- Aí o senhor decidiu sair?
- Decidi sair porque eu me senti culpado, né? E fraco. Porque tava no tratamento e recai lá dentro... influência dos outros, coisa de Maria-vai-com-as-outras, né?
- Depois que saiu de lá o senhor ficou usando?
- Quando saí de lá? Fiquei usando em (nome da cidade) mesmo. Fui pra Toca da Coruja de novo.
- Depois de lá que eu tava recaído eu ainda fui pra Mãe Rainha, que fica em Marechal também. Aí fiquei lá mais três mês. Aí quando fui receber um FGTS, aí tirei um dinheiro bom e recai de novo. Eu não posso pegar em dinheiro que eu recaio (grifo meu).

Através das passagens, percebe-se a face culpabilizante do acolhimento, à medida em que, a despeito dos discursos patologicistas em relação ao consumo de drogas, os atores profissionais compartilham com os residentes a ideia de que a dependência química é um “problema individual do sujeito, desconsiderando, assim, os aspectos históricos, econômicos, sociais e políticos que perpassam esse uso e fazendo recair sobre o indivíduo a inteira responsabilidade por sua recuperação”<sup>194</sup>.

Além disso, a sinceridade é cobrada dos atendidos, mas não necessariamente vincula os profissionais, que podem gozar de certos espaços de discricionariedade no que diz respeito à manutenção ou não dos acordos feitos com os usuários - afinal de contas, são os penitentes<sup>195</sup> são os que precisam de correção. Dawn Moore e Hideyuki Hirai, em pesquisa com participantes de um serviço de reabilitação para usuários de drogas ligado à justiça criminal canadense, entrevistaram um homem que, no seu ingresso ao programa, foi instruído para ser verdadeiro em todas as ocasiões, pois isso não lhe ocasionaria nenhuma sanção. Em um episódio de recaída

<sup>193</sup> Trata-se de um nome fictício, a fim de não permitir a identificação do local ou da instituição, assim como fiz com todos os nomes de pessoas e instituições com quem tive contato e citei neste.

<sup>194</sup> BARCELOS, Klindia Ramos; WANDEKOKEN, Kallen Dettmann; DALBELLO-ARAUJO, Maristela; QUINTANILHA, Bruna Ceruti. A normatização das condutas realizadas pelas comunidades terapêuticas. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 130-140, 2021, p. 138.

<sup>195</sup> FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2014, p. 188.

que chegou ao conhecimento do juiz, no entanto, este disse ao participante que poderia lhe sancionar com o impedimento de ter contato com o filho.

No caso, o episódio de recaída foi associado à sua incapacidade de cuidar do filho<sup>196</sup>. Nessa direção, a decisão de admitir ou não os próprios desvios às regras do programa é objeto de ponderação entre os usuários, que costumam fazer um cálculo levando em consideração as possíveis implicações da sua *confissão*. Isso ocorre porque a recaída nem sempre é entendida como um indício que reforça a necessidade do usuário pelo tratamento, mas, ao contrário, pode representar a sua exclusão do processo, como uma forma de punição<sup>197</sup>. Essa perspectiva ficou bem clara também no caso apresentado por Elena, sobre a acolhida que bebeu, após descobrir que estava sendo traída enquanto fazia o tratamento.

Como forma de prevenir episódios semelhantes, motivados por decepções ou frustrações, na CT3, o condutor da palestra que eu estava acompanhando, versava sobre a fase três do PPR, que é o período em que vêm à tona as condutas defensivas. Nessa fase, são esperados comportamentos compulsivos e impulsivos, bem como a insegurança em relação à imagem que outras pessoas fazem dos usuários, o que os coloca em posição de retraimento, na busca por isolamento. Essas fases são destrinchadas cotidianamente com os usuários, em uma tentativa de prepará-los para identificar os sinais e para buscarem ajuda, de modo a impedir que a recaída se concretize. Nesse ponto é que as instruções religiosas assumem uma dimensão bastante considerável no tratamento em meio fechado.

Enquanto desenvolvia o tema, contando com a interação de alguns acolhidos, o psicólogo utilizava referências bíblicas, reforçando a necessidade de se crer em um ser superior para que seja possível conseguir realizar o tratamento e, enfim, alcançar a independência das substâncias psicoativas: “É preciso acreditar em algo maior que você, não precisa ser em Deus, pode ser até num macaco, mas sem fé você não consegue”<sup>198</sup>, dizia o psicólogo. Também fez referências ao fato de os homens terem sido criados à imagem e semelhança de Deus, como uma forma de fortalecer a autoestima dos acolhidos, os quais lhe ouviam atentamente.

Em outras instituições, as formações religiosas também fazem parte da rotina. Durante a primeira visita à CT2, por exemplo, pude acompanhar o ensaio do *departamento*, como os atores institucionais se referiram. Trata-se de um coral composto por acolhidos na instituição sob a coordenação da dona Alaíde, uma funcionária da comunidade. Dona Alaíde é evangélica

---

<sup>196</sup> MOORE, Dawn; HIRAI, Hideyuki. Outcasts, performers and true believers: responsabilized subjects of criminal justice. *Theoretical Criminology*, vol. 18, n. 1, p. 5-19, 2014, p. 16.

<sup>197</sup> MOORE, Dawn; HIRAI, Hideyuki. Outcasts, performers and true believers: responsabilized subjects of criminal justice. *Theoretical criminology*, vol. 18, n. 1, p. 5-19, 2014, p. 11.

<sup>198</sup> Diário de campo do dia 16 de março de 2022.

e costuma articular participações dos acolhidos em festividades de igrejas para apresentarem as músicas que costumam ensaiar. Abaixo, exponho o trecho do diário de campo daquele dia, no qual registrei minhas percepções:

O coral cantou/ensaiou dois louvores. Um deles foi “O sonho de José”, que fala sobre a obediência de José e a recompensa que Deus lhe deu pela sua fé. Eles cantam em igrejas evangélicas quando são convidados. Durante o ensaio, percebi uma pluralidade de expressões: havia aqueles que pareciam estar encarnando um personagem para se adequarem às regras, outros estavam indiferentes e outros, ainda, pareciam muito à vontade e empolgados. Na parede do espaço onde foi realizado o ensaio havia um quadro com a oração da sobriedade<sup>199</sup>.

Embora a estadia em uma instituição em que há a incidência de variadas formas de controle sobre as ações dos acolhidos reduza de forma considerável os espaços para negociação da própria identidade, o trecho acima mostra como alguns indivíduos constroem formas de dialogar com as regras institucionais, ainda que não pareçam se adequar completamente a elas. Isso pode ser observado pela descrição que expus acima, do comportamento dos acolhidos durante o ensaio. Nesses casos, o manejo dos próprios comportamentos conforme as circunstâncias, não necessariamente representa uma falta de autenticidade dos acolhidos. Trata-se, antes de tudo, de uma estratégia para permanecerem incólumes, pelo maior tempo possível<sup>200</sup>, já que as chances de serem responsabilizados diminuem consideravelmente quando demonstram adequação às rotinas disciplinares da *casa*.

Chamou-me atenção, também, a forma infantilizada com que dona Alaíde convocava *os meninos* para o ensaio. Dois deles foram conduzidos por ela pelas mãos, com um tom que, embora acolhedor, causou uma sensação de que não era isento de certa impositividade. A conformação dos usuários diante de chamamentos paternalistas ou infantilizados está relacionada à redução da autonomia, típica daqueles ambientes controlados. Mas também ao fato de que dona Alaíde, além de representar a instituição enquanto profissional - assumindo uma posição de distância moral e social em relação àqueles homens acolhidos<sup>201</sup> - representa também uma autoridade moral pela fé que professa.

Essa relação entre *bandidos* e autoridades religiosas, sobretudo de matriz pentecostal e neopentecostal, foi explorada por César Pinheiro Teixeira<sup>202</sup>. O estudo demonstrou a construção de “ex-bandidos” a partir de experiências de conversão em igrejas pentecostais. Embora os

<sup>199</sup> Diário de campo do dia 15 de março de 2022.

<sup>200</sup> MOORE, Dawn; HIRAI, Hideyuki. Outcasts, performers and true believers: responsabilized subjects of criminal justice. *Theoretical Criminology*, vol. 18, n. 1, p. 5-19, 2014, p. 15.

<sup>201</sup> GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2015, p. 98.

<sup>202</sup> TEIXEIRA, Cesar Pinheiro. *A construção social do “ex-bandido”*: um estudo sobre sujeição criminal e pentecostalismo. 2009. 118 f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

participantes da pesquisa de Cesar Teixeira tenham atuado em carreiras criminosas antes da conversão, o que não é o caso de todos os acolhidos das instituições aqui estudadas, a comparação entre os dois contextos é pertinente, visto que os indivíduos estudados em ambos os casos vivenciam ou experienciaram processos de sujeição criminal – tendo sido, de alguma forma, marcados por experiências religiosas ou, pelo menos, pelo contato com líderes religiosos, que costumam representar autoridades morais.

Assim como dona Alaíde, o pastor Igor e os demais líderes que trabalham nas instituições impõem respeito pelo status de autoridade que sustentam e, com isso, assumem um posicionamento diferente na mediação de conflitos internos. César Teixeira mostrou o exemplo de um pastor que, em dado momento, foi chamado a uma comunidade carioca para intervir em um episódio de castigo contra um jovem, o qual seria aplicado pelo “dono do morro”. O castigo, provavelmente, resultaria na morte da vítima. Após negociações entre o “dono do morro” e o pastor, o rapaz foi liberado, mas a condição para a manutenção da sua vida foi a conversão<sup>203</sup>.

Sandro, um dos meus interlocutores na CT3, a partir do seu contato diário com os acolhidos, reforçou esse movimento. Destacou que não há muitas alternativas para quem quer abandonar o crime: “ou vira cristão ou tem que ir embora, não tem outro caminho”. Diante dessa afirmação, eu indaguei: “mas pode ser cristão católico ou tem que ser evangélico?”, ao que ele respondeu: “não, tem que ser evangélico”. Tratando sobre um caso semelhante, Juliano Spyer reforça que não basta a decisão de mudar de vida, é preciso provar que a conversão é real e duradoura, e não estratégia para escapar de punições ou para escapar das responsabilidades assumidas com o *crime*<sup>204</sup>.

Em alguns casos, a conversão ocorre após um episódio crítico, como foi o de Filipe, com quem conversei em uma unidade do sistema prisional, que sobreviveu a um grave acidente de carro, ocorrido por ele ter dirigido drogado. Daquele dia em diante, decidiu-se pela conversão. Episódio parecido aconteceu com Jorge, agente social do Consultório na Rua, que parou de usar crack porque, em uma batida policial à casa do amigo onde consumiam a droga, pediu a Deus que “escondesse a droga”. Mesmo estando em um lugar acessível, não foi identificada pelos policiais. No caso de Jorge, não houve uma conversão propriamente dita, porque ele não passou a frequentar a igreja. Entretanto, por ter crescido em um lar evangélico,

---

<sup>203</sup> TEIXEIRA, Cesar Pinheiro. **A construção social do “ex-bandido”**: um estudo sobre sujeição criminal e pentecostalismo. 2009. 118 f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009, p. 55.

<sup>204</sup> SPYER, Juliano. **Povo de Deus**: quem são os evangélicos e por que eles importam. São Paulo: Geração Editorial, 2020, p.159.

sendo seu pai pastor, disse ter lembrado da fé naquele instante e isso tem lhe ajudado a se manter *limpo* do crack.

Destaco essas experiências porque, nesses contextos em que se considera uma saída para a independência dos vícios em drogas, a atuação ou o exemplo dos líderes religiosos no contato com os desviantes demonstra o exercício do que Foucault chama de *poder pastoral*. O pastor, segundo ele, tem a incumbência de guiar as suas ovelhas para a salvação, o que ocorre a partir do ensinamento da verdade e do cumprimento da Lei. A sua função é a de dirigir a consciência das ovelhas para a disciplina, de modo que o rebanho não se perca<sup>205</sup>. Para ser digno do pastoreio, o líder precisa dar exemplo de virtude, precisa representar um modelo moral para os dirigidos. Munido de autoridade, atua coletivamente sobre o rebanho e também na esfera individual, considerando as especificidades e fraquezas de cada uma das ovelhas. É desse modo que consegue conduzir esses grupos. A partir dessa perspectiva de controle, a função pastoral, segundo Foucault, passou a ser utilizada também pelos governos, na gestão de populações<sup>206</sup>.

No campo das drogas, a atuação normalizadora sobre os usuários por meio dos preceitos cristãos não é um movimento recente. Por exemplo, já no início do século XIX, inicialmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, as chamadas Sociedades de Temperança foram formadas para fomentar o autodomínio dos homens sobre os vícios, sobretudo, em bebidas alcoólicas a partir da tradição protestante. Por influência dessas sociedades, foi promulgada a Lei Seca, em 1920, nos Estados Unidos, bem como outros grupos foram formados, a exemplo da irmandade dos Alcoólicos Anônimos<sup>207</sup>, que inspiraram a criação das comunidades terapêuticas e cujas metodologias são utilizadas até os dias atuais, como registrei no início desta seção.

No Brasil, o fortalecimento do paradigma religioso no enfrentamento ao uso de drogas tem sido bastante favorecido pelo avanço dos movimentos neopentecostais, sobretudo em regiões periféricas. Isso se dá, dentre outros motivos, porque esses grupos conseguem estar presentes de forma mais efetiva nos territórios, dada a maior facilidade para abertura de igrejas evangélicas. Eles suprem carências materiais, através da criação de redes de solidariedade entre os crentes e do fomento à motivação e ao ideário da prosperidade enquanto fruto da fé e da obediência. Além disso, ofertam conforto espiritual, por serem autointitulados representantes do bem, a partir do fomento à lógica maniqueísta de guerra espiritual<sup>208</sup>, o que guarda muita

<sup>205</sup> FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b, p. 221-231.

<sup>206</sup> FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b, p. 261.

<sup>207</sup> REIS, Tatiana Rangel. Antecedentes históricos e teóricos da Irmandade dos Alcoólicos Anônimos. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita (orgs.). **Religiões e o paradoxo do apoio social**. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 223-226.

<sup>208</sup> VITAL DA CUNHA, Christina. **Oração de traficante: uma etnografia**. Rio de Janeiro: Garamond, 2015, p. 188-189.

relação com conflitos que ocorrem com mais frequência em realidades periféricas e outros problemas cotidianos, como a dificuldade de superar os vícios em drogas lícitas ou ilícitas<sup>209</sup>.

Nesse contexto, Maria das Dores Machado e Cecília Loreto Mariz, através de entrevistas realizadas com membros de movimentos neopentecostais e carismáticos católicos – que podem ser compreendidos como uma reação católica ao avanço dos primeiro - afirmam que os entrevistados de ambos os movimentos,

quando discorrem sobre suas práticas de promoção social, se assemelham bastante por dar importância especial às suas iniciativas no campo da recuperação de dependentes químicos e por destacar os trabalhos que realizam com população de rua. Consideram que grande parte daqueles que se encontram vivendo nas ruas é também de dependentes químicos e que muitos desses chamados adictos se tornam criminosos por causa dessa dependência<sup>210</sup>.

O trecho destaca a utilização do protagonismo religioso dos entrevistados como um instrumento de reforço de discursos criminalizadores, endossando processos de sujeição criminal que envolvem grande parte da população em situação de rua. Não por acaso, esse público costuma ser recebido com frequência em instituições privadas para usuários abusivos de drogas. Em alguns casos, a atuação de grupos religiosos utiliza-se de vocabulário militar, para coagir pessoas em situação de vulnerabilidade social a ingressarem em instituições de tratamento. É o caso da Patrulha da Paz, uma iniciativa de evangélicos que, em carros plotados semelhantes a viaturas, circulando com sinalizadores acionados, e vestidos com uniformes similares aos de policiais, abordam pessoas nas ruas do Distrito Federal com o objetivo de encaminhá-las para uma comunidade terapêutica liderada pelo pastor responsável pelas *operações*. Embora com vários anos de conhecida atuação, apenas em agosto de 2020 as intervenções foram divulgadas nacionalmente<sup>211</sup>, o que resultou em uma denúncia feita pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara Legislativa do Distrito Federal, a partir de relatos de constrangimento e uso da força contra pessoas abordadas.<sup>212</sup>

<sup>209</sup> SPYER, Juliano. **Povo de Deus: quem são os evangélicos e por que eles importam**. São Paulo: Geração Editorial, 2020, p. 70.

<sup>210</sup> MACHADO, Maria das Dores Campos; MARIZ, Cecília Loreto Mariz. Religião e o combate ao consumo de drogas no Brasil: análise de discursos de lideranças pentecostais e católicos carismáticos. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita (orgs.). **Religiões e o paradoxo do apoio social**. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 336.

<sup>211</sup> AUDI, Amanda. **Pastores fingem ser pms para internar usuários de drogas à força em Brasília**. The Intercept Brasil, 2020. Disponível em: <https://theintercept.com/2020/08/05/pastores-fingem-ser-pm-brasilia-batalhao-patrolha-paz/>. Acesso em: 10 ago. 2022.

<sup>212</sup> MACHADO, Mariana. **Grupo de religiosos fardados é acusado de ameaçar moradores de rua**. Correio brasileiro, 2020. Disponível em: [https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2020/08/05/interna\\_cidadesdf,878664/grupo-de-religiosos-fardados-e-acusado-de-ameacar-moradores-de-rua.shtml](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2020/08/05/interna_cidadesdf,878664/grupo-de-religiosos-fardados-e-acusado-de-ameacar-moradores-de-rua.shtml). Acesso em 10 ago. 2022.

De modo geral, nas comunidades terapêuticas que visitei, o tratamento para a dependência não é baseado em rotinas medicamentosas, exceto quando os usuários possuem comorbidades, sejam elas atreladas ou não ao uso de álcool e outras drogas. Quando não há outras doenças associadas, o programa terapêutico costuma ter como foco abordagens de cunho comportamental, evidenciando a relação do acolhido com o contexto em que está inserido. Isso envolve as maneiras com que lida com os estímulos externos, ou seja, com as relações entre eles e as pessoas e/ou situações que, de alguma maneira, lhe atinjam.

É nesse ambiente que a dimensão espiritual ganha enorme protagonismo no tratamento. A fé na existência de um ser superior é um dos pilares do trabalho realizado nas comunidades, de modo que os relatos sobre a sua importância para o tratamento foram repetidamente ouvidos por mim, durante as idas a campo. Vale ressaltar que esse direcionamento religioso não foi identificado apenas nas comunidades terapêuticas, embora nestas o assunto seja tratado muito abertamente. Nas clínicas de tratamento involuntário ou compulsório, ao lado dos recursos médico-terapêuticos, o fomento à fé cristã também foi identificado. Em uma das instituições visitadas, existe uma espécie de capela, onde, segundo o diretor - que se definiu como evangélico - costumam ser realizados cultos. Na sua fala, destacou a possibilidade de tais eventos serem promovidos por pessoas de qualquer religião, desde que agendados com antecedência. Apesar dessas ressalvas ficou muito evidente que em todas as instituições o suporte espiritual era realizado a partir de preceitos cristãos. Das nove instituições visitadas, incluindo aquelas onde não foram realizadas entrevistas, três eram de orientação católica e seis, protestante.

No caso das instituições católicas, os residentes costumam participar de celebrações e outros eventos, a exemplo da via sacra, prática piedosa que tem por objetivo realizar uma reconstituição do caminho percorrido por Jesus até o Calvário. No caso das missas, é interessante perceber a existência do que França Júnior chama de “zona desmilitarizada”<sup>213</sup> em relação ao consumo de álcool, mais especificamente do vinho. A bebida alcoólica sai do lugar de marginalização, como referência ao alcoolismo, e assume o status da sacralidade. O autor não faz tal análise na defesa da expansão de medidas punitivas. Pelo contrário, pretende provocar as reflexões sobre os processos de estigmatização de determinados grupos em outros contextos de consumo.

Mesmo nas instituições católicas, chamou atenção o fato de que o ideário (neo)pentecostal pareceu bastante difundido. Sobretudo no que se refere à maneira de enxergar

---

<sup>213</sup> FRANÇA JÚNIOR, Francisco de Assis. **Criminologia das drogas**: desvelando o vício brasileiro pela guerra. Andradina: Meraki, 2021, p. 107.

a relação entre sacrifício e recompensa. Diferentemente, no catolicismo, o sacrifício terreno renderá frutos na vida eterna. Como mostra Spyer,

A lógica do catolicismo é invertida no pentecostalismo: a premiação divina não vem depois, mas chega agora. Na perspectiva evangélica, os problemas vividos são fruto da influência do Diabo, que desencaminha as pessoas por meio de tentações relacionadas, por exemplo, ao prazer rápido das drogas e do sexo descompromissado, mas Jesus provê a paz aqui na Terra para quem agir em seu nome.

Essa lógica, que guarda bastante relação com a ideia de prosperidade, sobretudo no meio neopentecostal, serve como um recurso de motivação das pessoas acolhidas ou em tratamento nos estabelecimentos fechados. Durante as entrevistas, tanto os profissionais quanto os usuários, em sua maioria, afirmaram que a assistência religiosa é muito importante, sobretudo por oferecer conforto espiritual, permitindo que os usuários tenham esperança e força para seguirem em tratamento. De acordo com Luna, ex-acolhida na CT1, as práticas religiosas são boas porque “ajudam a aliviar mais (a angústia)”. De acordo com os profissionais entrevistados nas clínicas e comunidades, os momentos de espiritualidade são os que os usuários mais costumam frequentar de bom grado.

Entretanto, também é preciso refletir sobre a repercussão da imposição de práticas espirituais para quem precisa e quer tratamento, mas não busca conversão religiosa e não se adequa às instituições religiosas ou àquelas que utilizam elementos religiosos no tratamento, ainda que não se admitam confessionais. O questionamento sobre o lugar que sobra para tal público dentro da rede de saúde e assistência em um Estado laico é urgente e necessário, sobretudo no contexto de insuficiência na assistência pública que está em curso. Ao priorizar tratamentos baseado em pilares religiosos, não é possível acolher a quem não se identifica com tais perspectivas, ainda que esse pareça, para os defensores do modelo, o único caminho possível. Os dois exemplos abaixo ilustram os efeitos negativos dessa imposição no tratamento.

Após eu ter acompanhado uma atividade em grupo na clínica<sup>2</sup>, a assistente social me falou sobre o caso de um paciente candomblecista que, após um momento de espiritualidade na instituição, mostrou inadequação ao culto cristão que acabara de acompanhar, sem interagir. Segundo ela, o paciente desabafou: “o Deus que eu acredito não é esse aí”. A inadequação também ficou evidente na fala de Levi, entrevistado em uma unidade do sistema prisional. Relatando a sua experiência de internação em clínicas de tratamento involuntário, Levi destacou que não se interessava pelas atividades de cunho religioso da forma como eram concebidas nas instituições: “era que nem aqui na cadeia, evangélico”. Depois, completou falando sobre a sua postura durante os momentos destinados à espiritualidade enquanto esteve internado na clínica<sup>4</sup>:

Eu não dava valor. Quando ia começar, eu já procurava uma pilastra para me encostar. Eles chamavam atenção, mandavam participar (...) Eu só dei valor à espiritualidade no momento que conheci a ayahuasca. Passei 12 anos, viajei muito com eles. Era bom, foi ali que eu mais aprofundei nessa parte da espiritualidade.

Por outro lado, na CT5, uma instituição que possui declarada orientação religiosa, em um momento em grupo que eu pude acompanhar, algumas destacaram que a liberdade dada pelos profissionais para participação ou não de todos os momentos de espiritualidade é um diferencial positivo em relação a outras instituições pelas quais passaram. Um dos acolhidos pediu a palavra e comentou que um dos aspectos que faz com que ele se sinta à vontade e mantenha seu interesse no tratamento é justamente a maior margem de liberdade para escolher participar ou não de todas as reuniões, além da forma leve e dinâmica com que a equipe conduz esses momentos. Ancorando em experiências anteriores de tratamento, ele resumiu o que tem feito com que ele permaneça em tratamento:

(em outras instituições) é quase um regime militar: é grupo toda hora, a gente não tem nenhuma liberdade. Não é certo cuspir no prato que comeu, mas eu já passei por vários lugares e estou aqui há dez dias e tava até trocando uma ideia com Vini (outro acolhido): ‘agora eu concluo’. Só para você entender como eu gosto daqui. A clínica<sup>4</sup>, onde tem até filho de (citou pessoas conhecidas no estado de Alagoas), tem uma equipe de profissionais enorme, médicos, nutricionista, a estrutura é maravilhosa, academia top... mas se me perguntasse se eu preferia ficar lá ou aqui, eu ficaria aqui. Só pra você entender.

As palavras de Pedro me soaram muito sinceras, ele parecia muito à vontade para falar. Embora a minha presença não estivesse sendo esperada pelas profissionais que atuam na instituição e nem pelas pessoas acolhidas, eu fui recebida com muita naturalidade e acolhimento. Da mesma forma, pareceu muito orgânica e leve a relação entre as pessoas acolhidas e as profissionais. Não se trata de simplificar a percepção e desconsiderar outros problemas existentes, até porque as profissionais entrevistadas relataram os desafios, a exemplo da ocorrência de eventuais conflitos naquele ambiente. Mas foi exatamente o fato de os residentes serem tratados com pessoas adultas e autônomas, o que implica a responsabilidade pelas suas ações, que se destacou durante a visita. E foram a autonomia e o respeito mútuo que se destacaram pelas pessoas acolhidas durante a roda de conversa. Além dos acolhidos presentes na reunião, Eli, entrevistado no sistema prisional e ex-acolhido na CT5, também elogiou muito a forma respeitosa com que foi tratado na instituição.

Em muitas instituições, para além de ser instrumentalizada para fins proselitistas - o que fere a autonomia dos usuários naqueles contextos de privação, ainda que temporária, de liberdade - restou claro que a fé também é utilizada como um instrumento de resignação dos acolhidos, em face de graves deficiências socioestruturais.

Uma vez, conversando com um acolhido, ele me perguntou: ‘E quando eu terminar o tratamento, Bento, o que vou fazer?’ E eu respondi: ‘tenha fé, meu irmão. Ore para que Deus abra as portas’. Era a única resposta que eu tinha: a fé.

O diálogo que mantive com Bento, cujo trecho destaquei, tinha como tema a ausência de perspectivas para o pós-tratamento, uma realidade para a maioria dos acolhidos não apenas na unidade em que ele é monitor, mas em todas as outras. A propósito, trata-se da comunidade acolhedora mais antiga de Alagoas, sendo a pioneira na oferta desse tipo de serviço no estado, tendo começado suas atividades no final da década de 1990. Segundo o monitor, a comunidade foi criada por uma senhora evangélica, que começou a fazer o trabalho com muito sacrifício, em um tempo em que não havia financiamento público de vagas e a manutenção da instituição se dava por meio de doações e pela ajuda das famílias dos acolhidos. “Tudo começou com a irmã Lúcia, que já está na Glória. Ela fazia pra ajudar mesmo. A família do acolhido dava um salário mínimo e uma cesta básica por mês e não dava para quem queria”<sup>214</sup>, disse ele.

Embora convicto de que pela fé se alcança o impossível, Bento não negou as dificuldades que existem para os usuários continuarem o tratamento sem que haja expectativas otimistas para suas vidas fora daquela “realidade simulada”<sup>215</sup> - como se referiu àquele ambiente, em outro momento da nossa conversa. O principal problema, na visão dele, é a ausência de oportunidades de trabalho, tendo em vista a baixa qualificação do público atendido, que, via de regra, não passa de níveis muito básicos de educação formal.

De acordo com Bento, o estado não viabiliza caminhos adequados para a formação daquelas pessoas. Para justificar a sua afirmação, ele destacou que a Secretaria de Ressocialização oferece a possibilidade de realização de um curso que os habilita a trabalhar como monitores em comunidades acolhedoras, mas apenas aos usuários que concluem o tratamento de seis meses. No entanto, explicou que a exigência de conclusão do curso inviabiliza a participação de muitas pessoas, pois a maioria delas é constituída por pessoas pobres que sequer “têm o dinheiro da passagem” para frequentar as aulas. “A pessoa mora na rua ou então mora distante do local, aí como vai fazer pra chegar lá? É muito complicado!”<sup>216</sup>, exclamou.

Segundo ele, a permissão para que os usuários realizem o curso antes de concluírem o tratamento é uma pauta que fomenta constantes reivindicações dos diretores das comunidades nas reuniões com os representantes do estado, os quais costumam afirmar que essa concessão aumentaria os gastos públicos e seria complicada a organização logística dentro das instituições

---

<sup>214</sup> Diário de campo do dia 16 de março de 2022.

<sup>215</sup> Diário de campo do dia 16 de março de 2022.

<sup>216</sup> Diário de campo do dia 16 de março de 2022.

para realizar o transporte das pessoas acolhidas. Para Bento, os argumentos dos representantes estatais sobre o aumento de gastos não se sustentam, dado que a oferta de cursos durante o período de acolhimento animaria os acolhidos a concluírem o tratamento, o que diminuiria consideravelmente as recaídas e, conseqüentemente, os custos com novos acolhimentos.

Na comunidade em que ele trabalha, outro profissional relatou que havia três acolhidos que terminaram os seis meses de tratamento e solicitaram renovação para conseguirem fazer os cursos ofertados pelo estado em parceria com o SENAI.

O Acolhe vem buscar. Teve um que fez curso de salgadeiro, tem outro que já fez curso de salgadeiro e *tá* fazendo agora de repositor. E tem outro que *tá* fazendo de repositor. De lá, eles já encaminham pro mercado de trabalho. Fazem seu currículo direitinho e já sai encaminhando para as empresas. Então a gente já impulsiona. Tem muitos também que não são alfabetizados ou não concluíram os estudos, aí a gente fala que tem alternativa. O estado tem um... acho que é Vem que dá Tempo, pra concluir os estudos. Até teve, no tempo que eu tava cortando cana, um rapaz de cinquenta e tantos anos que concluiu os estudos. Eu falo isso pra eles.

O trecho acima, retirado da entrevista com Sandro, além de confirmar a dificuldade que os usuários têm de se profissionalizar sem que possuam uma base de apoio - principalmente um lugar onde possam residir e condições para se transportarem para os cursos -, reafirma que o público atendido nas comunidades terapêuticas é predominantemente vulnerado socioeconomicamente.

Retomando os relatos de Bento sobre a oferta de trabalho, é interessante perceber que ele demonstra compreender que a ocorrência ou não de recaídas depende de variadas questões. Vislumbrar, em um horizonte próximo, possibilidades de trabalhar e obter recursos para manter a si e a sua família, quando ainda há vínculos familiares, reduz os episódios de recaídas, porque o consumo abusivo de drogas não está relacionado apenas aos efeitos fisiológicos da dependência e nem somente à facilidade de obtenção das substâncias. É um fenômeno complexo que está diretamente relacionado a aspectos psicológicos e ao contexto sociocultural do acolhido<sup>217</sup>. Conforme explica Marlize Rêgo, “a droga tem funções diferentes para cada usuário. Às vezes, está ligada a um momento particular da vida deste indivíduo, mas pode também ressaltar modos de lidar com o impossível”<sup>218</sup>. O impossível a que se refere a autora muitas vezes está relacionado com a incapacidade de conseguir meios que assegurem o sustento

<sup>217</sup> MACRAE, Edward. **O uso ritual de substâncias psicoativas na religião do Santo Daime como um exemplo de redução de danos**. In: NERY FILHO, Antônio *et. al.* (Orgs.). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2019, p. 23.

<sup>218</sup> RÊGO, Marlize. *Toxicomanias: movimentos de uma clínica*. In: NERY FILHO, Antônio *et. al.* (Orgs.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2019, p. 210.

do acolhido e da sua família, conforme alguns relatos que ouvi de acolhidas e acolhidos em visitas a campo.

A maioria das comunidades acolhedoras visitadas não oferece nenhum tipo de formação educacional ou profissionalizante. Apenas em uma das comunidades visitadas há, com certa regularidade, a oferta de oportunidades para que os acolhidos possam aprender algum ofício, como cursos de padeiro e de mecânico. Trata-se da CT4, a que possui a melhor estrutura física dentre as visitadas e também a que acolhe o maior número de homens. A ausência de oportunidades de formação profissional demonstra uma contradição entre os discursos propagados no âmbito das instituições a respeito da importância do trabalho, como um meio de fortalecer a vontade dos acolhidos, em face da inexistência de meios para que a necessidade de ocupação profissional seja satisfeita.

Embora o discurso semeado dentro das instituições reflita o culto à produtividade, difundido também fora dos muros dessas entidades, no geral, não são viabilizados os meios de acesso a atividades laborais rentáveis. As atividades realizadas pela maioria dos acolhidos se prestam, preponderantemente, a moldar-lhes o caráter. São, portanto, instrumentos moralizadores, que auxiliam no reforço à disciplina e buscam a construção neoliberal do sujeito como empresa<sup>219</sup>, sem, no entanto, oferecer a esses sujeitos sequer os meios adequados para que consigam produzir.

Além disso, as atividades também têm a função de fazer com que os acolhidos possam se distrair. Neste caso, depois que acabam os trabalhos diários de manutenção, em algumas instituições os homens e mulheres costumam fazer atividades artesanais, como desenhos e esculturas feitas com dobraduras de papel, como bem ilustra o trecho da entrevista com Sandro, monitor da CT3:

De manhã, depois da palavra, que é sete horas da manhã, eles tomam café, fazem a laborterapia que não é nada que se diga “nossa!”. É só varrer aqui. E muitos passam o dia assistindo ou jogando dominó. Quem entende de artesanato vai fazer os origamis para fazer as patinhas. É isso. Estamos lutando pra botar a nossa sala de informática novamente pra funcionar, pra eles terem outro meio de distração. Já estamos formatando.

Em uma das visitas a outra comunidade, a CT2, ganhei de um acolhido um vaso azul e branco, feito de dobraduras de papel com a mesma técnica utilizada na produção dessas patinhas referidas por Sandro. O presente, ao mesmo tempo em que me deixou lisonjeada, transportou-me imediatamente para as memórias que construí no sistema prisional, sobretudo no manicômio judiciário, que frequentei por longos períodos durante a graduação em atividades de pesquisa e

---

<sup>219</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 321.

extensão. Também lá, recebi de presente um cisne de papel feito pelos pacientes, o qual guardo com muito carinho. É que nas unidades incluídas no sistema prisional os pacientes e presos também costumam passar o tempo dessa maneira, fazendo objetos decorativos com papéis. A semelhança entre as instituições não se reduz às formas de distração através da produção de artesanato. Estes são apenas vetores que demonstram a proximidade da lógica prisional com a das instituições de assistência à saúde mental. Trata-se de um aspecto que demonstra a repetição da lógica carcerária por meio de instituições não penais, onde o recurso a atividades ocupacionais, a exemplo da produção de artesanato, são utilizadas, também, para fins de conformação e disciplinamento.

Esse aspecto fica demonstrado na obra *Therapeutic community: theory, model and method*. Nela, De Leon observou sobre a importância da realização de atividades laborais como parte do tratamento. Essas atividades podem variar. Entretanto, geralmente estão relacionadas à manutenção das próprias instituições. De acordo com o autor, falando a partir da realidade estadunidense, nas primeiras comunidades, os usuários atuavam também na gestão das unidades, de modo mais estratégico - o que incluía a participação nos negócios realizados em nome das instituições<sup>220</sup>.

Com a expansão dos modelos e o maior apoio financeiro, inclusive por via governamental, as atividades mais relacionadas à gestão passaram a ser realizadas por funcionários. Os acolhidos passaram a se ocupar de tarefas mais operacionais, que realizavam sob supervisão dos funcionários<sup>221</sup>. Essa dinâmica também se aplica à realidade das comunidades brasileiras. No art. 7º, §1º, IX, da RDC nº 29, da ANVISA, há a previsão de participação das pessoas acolhidas nas ações de manutenção institucional, como a limpeza dos ambientes, atividades nas cozinhas e em hortas. Na maioria das comunidades em que passei, esse trabalho foi chamado pelos profissionais de laborterapia. Nas CT1 e CT4, dois profissionais com quem conversei informaram que essa nomenclatura está defasada, justamente por poder ser aplicada pejorativamente como trabalho obrigatório dentro do processo terapêutico. Nesse sentido, afirmaram que têm utilizado a expressão “atividades práticas”.

Por ser considerado como um recurso terapêutico, a realização das atividades laborais são um dever das pessoas acolhidas e a negação a essas tarefas é classificada como indisciplina, cujo tratamento fica a cargo de cada instituição. Isso porque, como já sinalizado, não há um

---

<sup>220</sup> DE LEON, George. **The therapeutic community: theory, model, and method**. New York: Springer Publishing Company, 2000.

<sup>221</sup> DE LEON, George. **The therapeutic community: theory, model, and method**. New York: Springer Publishing Company, 2000, p. 133.

código disciplinar padrão para as comunidades terapêuticas que estabeleça as regras e sanções que devem ser aplicadas diante do seu descumprimento.

Sem desconsiderar a importância do fomento à responsabilidade e ao cuidado com o ambiente institucional, que passa a ser a residência temporária dos usuários, há que se levar em conta também as contradições que envolvem a ideia de que o trabalho é um antídoto contra a dependência química. Sobretudo, nos casos em que as atividades laborais não estejam atreladas às habilidades das pessoas acolhidas, não tenham como fim a melhoria nas condições socioeconômicas dos trabalhadores e nem representem perspectivas possíveis para o pós-acolhimento. Sem esses elementos, que indicariam passos para a melhoria na qualidade de vida das pessoas em tratamento, as atividades laborais não passam de vias de disciplinamento<sup>222</sup>.

Para Manoel Teixeira, o funcionamento desses estabelecimentos retorna a um modelo anterior ao proposto por Pinel, já que o modelo psiquiátrico e laico ocupa um lugar secundário em relação às práticas moralizantes de viés religioso<sup>223</sup>. Isso porque, inspiradas nos ideias revolucionários naquele contexto francês, “as reformas pinelianas fundaram uma nova tradição para a investigação e prática psiquiátricas, marcada pela articulação entre o saber e a técnica”<sup>224</sup>. O contexto atual de acolhimento se assemelha mais ao desvirtuamento do paradigma proposto por Pinel, quando os manicômios começaram a ser expandidos e sedimentados como espaços de legitimação da psiquiatria enquanto área autônoma dentro das ciências médicas:

com a difusão dos manicômios, proliferaram aplicações inadequadas do tratamento moral, sem os cuidados originais e essenciais do método. Os manicômios passaram a abusar das práticas repressivas. Originalmente empregadas como experiências corretivas das ideias e hábitos “errados”, tais práticas passaram a ser recursos da imposição da ordem e da disciplina institucional, recursos que agora visavam ao bem da instituição e de quem controlava; não mais, ou não necessariamente, ao bem do paciente alienado.<sup>225</sup>

Essa ideia de trabalho enquanto meio de manutenção da ordem tem sido duramente criticada. Defende-se que nem todo trabalho realizado pelos acolhidos pode ser considerado, de forma automática e generalizada, uma atividade terapêutica, já que muitas dessas tarefas não

---

<sup>222</sup> A propósito, esse tipo de utilização da força de trabalho guarda semelhanças com o tratamento moral implementado por Pinel, no contexto francês do século XIX, para o qual tanto o isolamento dos pacientes quanto mantê-los ocupados seriam meios de se alcançar a cura. Ver: BLEICHER, Taís.; VIANA, Terezinha de Camargo. Continuidades e discontinuidades do tratamento moral em modelos de tratamento para toxicômanos. **Revista de Psicologia**. Fortaleza, v. 3 n. 1, p. 38-50, jan./jun. 2012, p. 41.

<sup>223</sup> TEIXEIRA, Manoel. Comunidades terapêuticas: o que são e a que(m) serve(m)? [Entrevista concedida a] Luciana Jaramillo Caruso de Azevedo. **Mad in Brasil: ciência, psiquiatria e justiça social**, agosto, 2022.

<sup>224</sup> FACCHINETTI, Cristiana. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 502-505, setembro 2008, p. 503.

<sup>225</sup> PESSOTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996, p. 141-142.

possuem sentido bem definido dentro de uma perspectiva terapêutica individualizada<sup>226</sup>. Desse modo, poderiam servir apenas como um meio de distração e disciplinamento durante o período de tratamento, sem espaço para o desenvolvimento do potencial criativo dos trabalhadores e nem para a auferição de proventos econômicos.

Em algumas das instituições de tratamento onde realizei o trabalho de campo existe um sistema de remunerações para atividades laborais, materializado pelo pagamento de ajuda de custo e de concessão de benefícios aos colaboradores. Dois trechos da entrevista com Dora, psicóloga da CT5, expõem esse modelo:

A gente também trabalha com ressocialização nesse sentido. Vamos dizer: você vai ajudar o monitor, aí quando você ajudar, você vai ganhar por isso. Mas você não recebe. Fica guardado. Eu não sei nem se tá assim ainda ou se fica numa continha deles. Aí eles começam a ajudar o monitor, mas são só alguns. A gente seleciona. Aí ajuda o monitor para ele não ficar sobrecarregado, porque a gente só tem um. Aí ficam alguns auxiliares, você vai ver que tem uns com a camisa da CT5, tem o auxiliar do almoxarifado (...) A gente também tem vaga pra eletrônico, mecânico e a gente fez isso porque a gente tenta sempre controlar a ansiedade deles. É um trabalho de ressocialização. Tem muitos aqui que se identificam, por exemplo, com a área de monitor. “Posso continuar sendo monitor?” Pode (...) Esses auxiliares de monitor, como eles têm algumas regalias, né, que a gente tenta dar, que é, tipo, alguns eles ficam no quarto do ar condicionado, porque como é voluntário (o trabalho) a gente tenta dar uma gratificação. Fica mais tempo no celular, pode entrar no celular da casa pra poder falar com a gente. Isso pra ele é... ‘nossa, eu tô com um radinho’, alguns ficam querendo se sentir superior, mas a gente tenta ver o perfil”.

Como se observa, não são todas as comunidades que ofertam algum tipo de remuneração para as atividades realizadas. E mesmo nos casos em que existe essa possibilidade, as atividades são realizadas de acordo com a demanda e não há uma normatização que as regule e garantam, por exemplo, oportunidades de profissionalização durante o tratamento, como já visto. O que costuma ocorrer, como a profissional também colocou, é a permanência do indivíduo como profissional da instituição após o tratamento. O que também não é garantia de inserção social para todos.

Fazendo um paralelo com o contexto carcerário, é sabido que a própria Lei nº 7.212/1984 (Lei de Execução Penal) prescreve o trabalho como uma obrigação das pessoas condenadas ao cumprimento de pena privativa de liberdade, conforme o art. 31. No entanto, esse trabalho, quando disponível, precisa atender aos ditames da referida legislação, que inclui a proibição de remuneração inferior a 3/4 do salário mínimo, conforme art. 29, o qual já foi objeto de discussão no Supremo Tribunal Federal, na ADPF nº 336.

---

<sup>226</sup> BLEICHER, Taís.; VIANA, Terezinha de Camargo. Continuidades e Descontinuidades do Tratamento Moral em Modelos de Tratamento para Toxicômanos. **Revista de Psicologia**. Fortaleza, v. 3 n. 1, p. 38-50, jan./jun. 2012, p. 44.

Nessa linha, é importante ressaltar que, no campo penal, o trabalho já serviu como medida moralizadora, utilizado tanto como meio de punição de prisioneiros quanto de dissuasão de pessoas livres preocupadas com a possibilidade de ingressar no cárcere<sup>227</sup>. Ao falar da função do trabalho em contextos de isolamento, inclusive nas casas de correção e em hospitais psiquiátricos, Foucault aciona a dimensão de “penitência e resgate”<sup>228</sup> que as atividades laborais assumem nesses contextos. E é exatamente essa face que parece ser destacada, quando se trata do desempenho do trabalho com fins terapêuticos associado ao direcionamento religioso, para as pessoas acolhidas em instituições fechadas para usuários de álcool e outras drogas.

### 3.3.2. O financiamento público de vagas em comunidades terapêuticas alagoanas

Em maio de 2022, foi publicado um relatório sobre o financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras. O documento é relativo ao período de 2017 a 2020 e foi realizado pela organização Conectas Direitos Humanos e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAPE, tendo como recorte territorial as capitais brasileiras<sup>229</sup>. De acordo com o estudo, no período analisado, foram investidos R\$ 293 milhões em valores correntes pelo governo federal. Com a correção para o valor da moeda de 2020, o total é de R\$ 309,3 milhões. Essa quantia, ressalte-se, não inclui os valores de transferidos por Estados e municípios. O estudo destaca que o crescimento do financiamento no mesmo período, em valores corrigidos, foi de cerca de 109%. Tal incremento poderia ter sido maior, se não fosse a ocorrência da pandemia, que fez com que o aumento nos níveis de financiamentos que vinha ocorrendo até o ano de 2019 fosse reduzido. Entretanto, o lançamento de um novo edital e o anúncio da criação de novas vagas pela SENAPRED, ao longo de 2021, indicam uma retomada na expansão da financiamento de vagas<sup>230</sup>.

Uma informação que muito interessa aos propósitos deste estudo é a posição de Alagoas no ranking dos financiamentos. Nesse sentido, constatou-se que as comunidades terapêuticas alagoanas estão entre as que mais receberam recursos públicos, tanto oriundos da esfera municipal e estadual, quanto do governo federal. Entre 2017 e 2020, as unidades em Alagoas receberam R\$ 33,5 milhões, ficando atrás apenas das comunidades de São Paulo, que receberam

---

<sup>227</sup> RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. **Punição e estrutura social**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2004, p. 159.

<sup>228</sup> FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2014, p. 71.

<sup>229</sup> FIORE, Maurício *et al.* **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos; CEBRAP, 2022.

<sup>230</sup> FIORE, Maurício *et al.* **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos; CEBRAP, 2022, p. 19.

R\$ 74,5 milhões em recursos estaduais, em valores atualizados para a moeda de 2020. Em relação aos valores recebidos de financiamento de vagas pela União, Alagoas igualmente se destacou. Foram R\$ 465.000 recebidos por grupo de cem mil habitantes, proporção que coloca o estado em primeiro lugar entre todos os pesquisados<sup>231</sup>.

De acordo com o estudo, o maior ou menor recebimento de valores para custeio de vagas em comunidades terapêuticas não está necessariamente relacionado à quantidade de usuários que necessitam de acolhimento. De acordo com o levantamento, a hipótese que se mostra mais viável é a de que “há um acúmulo de capital político e de know-how das CTs de alguns estados para a obtenção de recursos públicos em diferentes níveis de governo”<sup>232</sup>. De fato, embora seja um Estado com reduzida extensão territorial e populacional, em Alagoas há comunidades terapêuticas funcionando desde a década de 1990. Além disso, o fato de alguns alagoanos possuírem projeção considerável no cenário político nacional e usarem tal relevância em defesa das comunidades terapêuticas é um fator que parece sustentar a hipótese aventada no relatório, ao menos no que diz respeito ao cenário alagoano.

Conforme os relatórios que me foram enviados pela Secretaria de Prevenção à Violência - anexados ao Ofício n. 08/2022, da Superintendência de Políticas sobre drogas -, os valores repassados apenas pelo Estado de Alagoas para as instituições sediadas nessa unidade federativa foram os seguintes: em 2017, 2018 e 2019, foram destinados, respectivamente, R\$ 8.932.148,00, R\$ 12.496.839,00 e R\$ R\$ 7.437.797,93, para trinta e sete comunidades terapêuticas. Em 2020, R\$ 5.640.511,96, para trinta e uma instituições. Já em 2021, também foram destinados recursos estaduais para trinta e uma instituições, em um montante correspondente a R\$ 7.685.835, 61. Os anos de 2020 e 2021 demonstram uma redução tanto no número de instituições atendidas quanto no número de vagas em decorrência do contexto pandêmico. De acordo com diversos relatos de profissionais com os quais conversei - a exemplo de Josué, da CT7 - o pagamento do Auxílio Emergencial impactou de forma considerável na permanência de acolhidos nas instituições: “a gente auxiliava no cadastro deles, mas quando saía o dinheiro, eles iam embora”, disse ele.

O controle de pessoas acolhidas através da Rede Acolhe é realizado através da coleta diária de biometria. Atualmente, os valores transferidos pelo estado de Alagoas, por vaga, são iguais aos transferidos pela União: R\$ 39,07 para acolhimento de pessoas adultas e de

---

<sup>231</sup> FIORE, Maurício *et al.* **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.** São Paulo: Conectas Direitos Humanos; CEBRAP, 2022, p. 21.

<sup>232</sup> FIORE, Maurício *et al.* **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.** São Paulo: Conectas Direitos Humanos; CEBRAP, 2022, p. 25.

adolescentes e R\$ 50,91 para o acolhimento de mães nutrizes, acompanhadas dos lactentes. Em todas as comunidades que eu acompanhei, uma parte das vagas, normalmente a metade, eram financiadas pelo estado de Alagoas, e a outra metade era custeada pela União, através da SENAPRED. Os valores anuais expostos acima dizem respeito apenas às vagas financiadas pelo estado de Alagoas.

Além do financiamento público de vagas por meio de editais, as comunidades terapêuticas e as demais entidades de cuidado, prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e de ressocialização de dependentes do álcool e de outras drogas e seus familiares foram incluídas no rol de entidades beneficentes, pelo art. 32, da Lei Complementar nº 187/2021. O status garante às instituições a isenção do pagamento de contribuição para a seguridade social, conforme disposto no art. 195. § 7º, da Constituição Federal.

Outra decorrência da referida Lei Complementar é a autorização para que as entidades beneficentes possam arrecadar recursos por meio de títulos de capitalização. Tal previsão está na Lei nº 14.332, publicada no dia 4 de maio de 2022. Essas recentes alterações legislativas demonstram a força política que as comunidades possuem, sobretudo porque conseguem explorar o problema das drogas a partir das lentes do medo e dos estereótipos construídos ao redor dos usuários, conforme se pôde observar na seção anterior, materializando estratégias de governo através dos discursos de combate ao crime e outras situações de violência<sup>233</sup>.

Não se trata de trivializar o problema, de desconsiderar sua complexidade. Entretanto, os discursos de crise econômica, que auxiliaram na construção do cenário de congelamento de gastos públicos a partir, por exemplo, da Emenda Constitucional nº 95 - que tem impactado seriamente a saúde pública - não parece afetar da mesma maneira as referidas instituições privadas, que têm tomado espaços de protagonismos no cuidado ao público atendido, apesar de a eficácia dos programas terapêuticos implementados não ser cientificamente comprovada<sup>234</sup>.

A título de comparação, o valor mensal repassado ao CAPS AD III (24 horas), previsto no art. 1º, VI, da Portaria nº 3.089/2011, alterado pela Portaria nº 1.966/2013, do Ministério da Saúde, é de R\$ 105.000,00 - o que corresponde a R\$ 1.260.000,00 por ano. Enquanto que o valor anual recebido pelo conjunto de 31 comunidades terapêuticas repassados pelo Estado de Alagoas no ano de 2021 – sem considerar aqueles enviados pela União – ficou na ordem de R\$ 7.685.835,61, na medida das vagas disponibilizadas por cada uma das instituições de

---

<sup>233</sup> SIMON, Jonathan. **Governing Through Crime: How the War on Crime Transformed American Democracy and Created a Culture of Fear.** Nova York: Oxford University Press, 2007, p. 35.

<sup>234</sup> BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lúcia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, ciências, saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, out-dez, 2015, p. 1237.

acolhimento. Considerando apenas o valor repassado, a afirmação de que o CAPS AD Everaldo Moreira é subvalorizado pode ser questionada.

Entretanto, é preciso lembrar que o referido equipamento é um estabelecimento de saúde, que conta com uma equipe diversa de cerca de oitenta profissionais, e oferta muitos serviços, que vão desde a internação para desintoxicação, até a realização de consultas, distribuição de alimentação, escutas terapêuticas e grupos de apoio para pacientes e familiares. Além disso, o equipamento deve atender usuários e familiares de toda a região de Maceió, o que inclui aquelas pessoas acolhidas ou internadas em instituições privadas. Sendo assim, a discrepância quantitativa – que inclui não apenas os valores repassados, mas também a quantidade de instituições - ilustra bem como a destinação dos recursos não favorece o modelo preconizado pela Lei nº 10.216/2001 (Lei de reforma psiquiátrica). Situação ainda mais complexa é a das clínicas de internação, cujo valor das diárias é bem maior do que o estabelecido por pessoa acolhida em comunidades terapêuticas. Na próxima seção, desenvolverei melhor o tema.

Além disso, ao se tratar a questão do consumo de drogas a partir da lógica securitária e punitiva, o problema da dependência de drogas não é resolvido em absoluto. Pelo que pude observar nas instituições fechadas, quanto mais vagas financiadas, mais serão os indivíduos aptos a ocupá-las, já que os serviços substitutivos são insuficientes. Durante a entrevista com Lia, no CAPS AD, essa realidade ficou bem evidente. Falando sobre a necessidade de outras unidades do tipo na cidade, ela afirmou: “A demanda é grande, é grande mesmo. Vinte e quatro horas só temos quantas (vagas)? Sete vagas masculinas. E quando sai um já, tem outro de mala nas costas esperando”. Também durante a minha segunda visita à SEPREV, em cerca de 20 minutos, enquanto eu esperava na recepção por atendimento, entraram dois usuários procurando vagas, que não estavam disponíveis naquele momento. A servidora informou que eles deveriam ficar nas dependências do prédio e aguardar que abrissem novas vagas, oriundas de desistências ou de conclusões de tratamento.

Por fim, outro aspecto que confirma que há uma demanda reprimida é a existência de acolhidos que já passaram muitas vezes por comunidades acolhedoras. Registrei em campo casos de mais de 20 passagens de acolhidos por comunidades terapêuticas. Isso demonstra que a ideia de eficiência das referidas entidades exige análises cuidadosas. Nesse sentido, apesar da minha solicitação, não consegui acesso aos percentuais de conclusão de tratamento nas comunidades acolhedoras visitadas e nem às informações sobre o perfil racial e socioeconômico do público acolhido, que não foram enviados pela Superintendência de Política de Drogas, o que não me permitiu realizar outras importantes análises interseccionais.

#### 4. ENTRE O REFÚGIO E O CASTIGO: MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE AS CLÍNICAS E AS INTERNAÇÕES OBRIGATÓRIAS

A Lei nº 10.216/2011 (Lei de reforma psiquiátrica) prevê, como medida excepcional, a possibilidade de internações de pessoas em sofrimento mental, dentre as quais estão aquelas que desencadearam tal quadro em virtude do consumo de álcool ou outras drogas. Nessa direção, as internações foram classificadas em três tipos. A primeira é a internação *voluntária*, que é aquela que se dá a partir de um ato de vontade do usuário, que consente com o tratamento. A segunda é a internação *involuntária*, que se dá sem o consentimento do usuário, mas a pedido de outra pessoa, sendo que, normalmente, tal solicitação parte de membros da família do paciente. Essa modalidade, que é autorizada por médico psiquiatra, deve ser comunicada ao Ministério Público pelo responsável técnico do estabelecimento, assim como a alta do paciente, conforme redação do art. 8º, § 1º, do referido instrumento normativo. Por fim, a terceira é a internação *compulsória*, aquela determinada pela Justiça, prevista no art. 6º, III, da Lei nº 10.216/2001.

Diante do impacto da medida na vida da pessoa a ser afetada, para que haja qualquer tipo de internação é necessário que sejam atendidos alguns requisitos. O primeiro requisito está exposto no art. 4º, da Lei nº 10.216/2011, que prevê que as internações só podem ser indicadas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes no caso concreto. Em segundo lugar, o § 3º, também do art. 4º, veda a internação de pacientes psiquiátricos em locais que possuam características asilares, ou seja, onde não sejam respeitados os direitos das pessoas com transtorno mental, conforme o art. 2º da mesma lei. Além disso, o art. 8º, § 1º da referida lei estabelece que nos casos de internações involuntárias o Ministério Público Estadual precisa ser notificado no prazo de setenta e duas horas do ingresso do paciente da instituição e também da sua alta. Essa previsão também se aplica às internações voluntárias que forem convertidas em involuntárias, conforme o art. 7º, da Portaria nº 2391/GM/MS, de 2002, que regulamenta as internações voluntárias e involuntárias previstas na Lei nº 10.216/2001. Essas previsões representam um esforço de superação do modelo hospitalocêntrico, que é centrado nas internações psiquiátricas e não possui como foco a reabilitação psicossocial<sup>235</sup>. Mas elas não

---

<sup>235</sup> CORREIA, Ludmila Cerqueira. Enterrando o manicômio judiciário: contribuições da reforma psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. In: CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia. **Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017, p. 85.

têm sido suficientes para impedir todos os casos de institucionalização, como se verá ao longo desta seção.

Nos casos em que os transtornos estão relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, o art. 23-A, § 5º, III Lei 11.343/2006, com redação dada pela Lei nº 13.840/2019, prevê que a internação involuntária deve perdurar por, no máximo, noventa dias. Em Alagoas, essas internações costumam ser realizadas em clínicas privadas. Como são estabelecimentos de saúde e não apenas de acolhimento, além da Resolução – RDC nº 29/2011 - ANVISA, que se aplica também às comunidades terapêuticas, as clínicas precisam observar também a Resolução - RDC nº 63/2011-ANVISA, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Como mostra um trecho da entrevista com Josué, com quem conversei na CT7, mas que já trabalhou em uma clínica involuntária, essas instituições precisam atender a requisitos mais complexos do que aqueles exigidos das comunidades acolhedoras.

O nível de exigência é outro. Tem que ter clínico, psiquiatra... tudo 24h por que é clínica, então eu não consigo trabalhar muito com rede como eu faço aqui, encaminho pro psiquiatra, pro clínico. Lá ele não pode sair, porque ele fica em ambiente totalmente fechado pra ele não fugir. Então tem que manter toda uma preparação, toda uma estrutura no ambiente. Então se ele quer um clínico, tem que ter. Se quiser psiquiatra, tem que ter psiquiatra. A farmácia... tudo.

Pelo fato de serem unidades que não recebem financiamentos através de editais públicos, não localizei registros públicos que compilassem todas as instituições do gênero existentes na região metropolitana de Maceió. Na ausência de registros mais precisos para localizar esses estabelecimentos no território de interesse para esta pesquisa, realizei uma busca na internet e encontrei seis clínicas. Como já expliquei na introdução, do total encontrado, realizei visitas em quatro delas. É a partir do que observei naqueles espaços que registro as informações seguintes.

Nas clínicas que eu acompanhei, a maior parte dos pacientes está internada contra a sua vontade. Mas, mesmo para aqueles que optaram voluntariamente pela internação, depois que ingressam na instituição, a sua permanência ganha contornos de obrigatoriedade, de modo que a sua saída só se dá por alta médica ou pela decisão da pessoa responsável pela internação, que costuma ser um familiar. Para reduzir os casos de internações arbitrárias, está em tramitação o Projeto de Lei nº 1595/2022, que prevê a necessidade de parecer favorável do Ministério Público e a autorização de dois familiares ou responsáveis legais, desde que um deles possua relação de consanguinidade com o paciente. Além disso, o projeto prevê a necessidade de que a internação seja autorizada por médico psiquiatra não vinculado à clínica em que será implementada a medida. Atualmente, os próprios médicos psiquiatras das clínicas privadas podem atestar a necessidade de internação, já que não existe vedação legal que impeça.

Essas iniciativas legislativas decorrem dos questionamentos, inclusive jurídicos, acerca do caráter obrigatório do tratamento, especialmente pelos impasses legais que decorrem da restrição da autonomia e liberdade dos usuários. Nesse ponto, é válido destacar que a imposição de tratamentos pode ter efeitos positivos em alguns casos, funcionando como elemento de motivação para que os usuários o realizem. Esse aspecto foi demonstrado por Flávio Fontes, através do acompanhamento e comparação da evolução clínica entre dois grupos de pacientes que iniciaram tratamento em CAPS AD na cidade do Recife. Um deles era composto por pessoas que, voluntariamente, procuraram ajuda e o outro, composto por usuários encaminhados pelo judiciário, através de um programa de justiça terapêutica. Nos casos analisados, o segundo grupo foi o que mais alcançou conclusões de tratamento<sup>236</sup>.

No âmbito da pesquisa citada acima, no entanto, a assistência era realizada em meio aberto, o que impacta consideravelmente na adesão dos pacientes. A privação da liberdade de locomoção imposta nas clínicas muitas vezes constitui uma barreira intransponível para a adesão aos processos terapêuticos propostos. Isso porque, dentre outros motivos, de acordo com Nise da Silveira, as experiências dos pacientes com o espaço são uma importante chave de estudo e construção das estratégias terapêuticas, o que demonstra através da exposição das pinturas produzidas por seus clientes: “a ausência de interesse da psiquiatria pelos problemas do espaço revela-se na arquitetura hospitalar. É uma arquitetura fria, rígida. Dá suporte e reforço ao medo, ao sentimento de estar isolado de tudo”<sup>237</sup>.

No geral, as clínicas visitadas possuem boa estrutura e foram construídas em grandes terrenos. A maioria delas tem áreas externas com espaços gramados, jardim bem cuidados, piscina. A clínica<sup>3</sup> possuía melhores condições na minha primeira visita, realizada em março de 2022, mas houve um imbróglgio entre a instituição e a prefeitura da cidade em que se localizava e foi necessária uma mudança. A partir da segunda visita, já encontrei um ambiente bastante diferente. O novo local, apesar de ser bastante amplo, possui uma estrutura menos preservada. A impressão que tive foi que a mudança se deu às pressas. Como já mencionei, o acesso a esses espaços de tratamento foi bastante negociado e, em alguns casos, não consegui conhecer amplamente todas as dependências. Tais situações ocorreram nas clínicas 3 e 4.

---

<sup>236</sup> LIMA, Flávio Augusto Fontes de. **Justiça terapêutica**: em busca de um novo paradigma. Tese de Doutorado, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 222.

<sup>237</sup> SILVEIRA, Nise da. **Imagens do inconsciente**. Petrópolis: Vozes, 2015, p. 36. (Uma das pinturas que a psiquiatra apresenta foi produzida por Emygdio de Barros e representa o autor isolado em um cômodo pintado de cinza olhando para as grades. Nise relaciona essa representação do hospital psiquiátrico ao isolamento do cárcere. Ver: SILVEIRA, Nise da. **Imagens do inconsciente**. Petrópolis: Vozes, 2015, p. 38.).

No entanto, embora os profissionais com quem conversei tenham utilizado sempre as boas condições físicas dos espaços clínicos como uma forma de demonstrar que esse aspecto refletia a excelente qualidade do atendimento - comparando, por exemplo, com a precariedade da vida anterior dos usuários que viviam em situação de rua - há que se considerar que, para além da infraestrutura, as instituições atuam positivamente, no sentido de serem produtoras de subjetividades, e as relações de poder também são influenciadas pelos elementos arquitetônicos<sup>238</sup>.

Na clínica 2, por exemplo, além da área externa - que conta com piscina, redário e vista para uma bela paisagem - e da área médico-administrativa - onde ficam a recepção, os consultórios e a sala de reunião -, a cozinha, os dormitórios e a sala para atividades grupais só são acessados através da abertura de grades, em um padrão modular, que viabiliza o isolamento de áreas, assim como acontece em alguns presídios, onde é possível permitir ou restringir o acesso de maneira fragmentada. Na terceira vez que visitei a instituição, ocasião em que acessei essa parte mais interna, estava acontecendo uma palestra para os pacientes, ministrada por um conselheiro terapêutico. Para que eu pudesse acessar o espaço interno, dois profissionais faziam as vezes de seguranças e abriram a primeira grade para que eu pudesse entrar acompanhada por Vitor, o profissional que guiava a minha visita. Quando saímos desse ambiente, o funcionário que me acompanhava me mostrou que as grades que protegem uma das janelas tinham sido entortadas por pacientes que desejavam fugir.

Nas clínicas 1 e 3, as grades também estão presentes, mas de forma menos ostensiva. No primeiro caso, a estrutura é melhor cuidada e eu pude acompanhar, em diversos momentos, a prática de atividades físicas pelas pacientes, como natação e exercícios funcionais, que eram supervisionadas por uma profissional de educação física, bem como partidas de futebol, disputadas entre os residentes do sexo masculino. As grades protegem as janelas dos quartos e as portas de salas de atendimento e de uma sala que possui o aspecto de uma enfermaria, com camas brancas de ferro. Nela ficam os pacientes recém-chegados e aqueles que precisam ser contidos.

Não presenciei nenhum paciente sendo submetido à contenção, mas cheguei a observar uma paciente que tinha sido contida poucas horas antes da minha chegada à instituição. Foi o caso de uma paciente psiquiátrica<sup>239</sup> da clínica 1 que, quando cheguei, no início da tarde,

---

<sup>238</sup> CORDEIRO, Suzann. O espaço penal e o indivíduo preso: dinâmicas do espaço habitado. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v. 8, p. 122-137, 2011, p. 123.

<sup>239</sup> A referida clínica não atendia apenas pessoas usuárias de álcool e outras drogas, mas também outros pacientes psiquiátricos.

reclamava de dor nos pulsos, os quais estavam vermelhos e arroxeados. A monitora que lhe acompanhava passou uma espécie de spray ou gel para aliviar, mas ela continuava se queixando. Observando a situação, perguntei a Vera, uma acolhida que conheci na CTI e reencontrei na clínica o que tinha acontecido e ela respondeu: “ela *tava* contida. Aqui qualquer coisinha a pessoa é contida”. Quando eu perguntei onde se dava essa contenção ela respondeu: “às vezes amarra na cama, outras vezes num quarto ali”, apontando para a enfermaria. Vera, que estava sempre com aspecto melancólico, disse-me que nunca tinha sido contida. Apesar de não se mostrar rebelde, a apatia que ela transmitia não dava sinais de que estava engajada nos métodos propostos na instituição. Essa impressão também foi a de Olívia, profissional da instituição que, em uma conversa sobre aceitação, citou aquela paciente como alguém que não havia aderido ao tratamento e que, possivelmente, passaria por outras internações. Ao que parece, Vera assume, na maior parte do tempo, uma identidade performática<sup>240</sup>, de aparente adequação às rotinas institucionais, com o objetivo de evitar as consequências da indisciplina.

Dias depois do episódio da contenção, a profissional Dalila, em sua entrevista, confirmou que eventualmente é necessário conter mecanicamente pacientes em crise. Em relação às rotinas e metodologias de tratamento utilizadas, as clínicas se assemelham às comunidades terapêuticas. Os aspectos que lhe diferenciam destas estão ao redor da involuntariedade, a exemplo da utilização de práticas mais invasivas, como as contenções e outros tipos de medidas disciplinares, a atuação das famílias e a persistência de casos de pacientes já institucionalizados ou que são direcionados para isso. Diante da enorme dimensão que ganham durante o tratamento, esses aspectos serão melhor explorados nas próximas subseções.

#### 4.1. “QUEM FERE POR AMOR, MOSTRA LEALDADE”: RESGATE, INSTITUCIONALIZAÇÃO E O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO

Deus te abençoe, meu filho. Deus te dê força. Não esqueça nunca que eu te amo. Você tem um coração bom, seja forte.” Foram as palavras de uma mulher idosa, de pele branca, cabelo curto e loiro, que pareceu ser a esposa do senhor que, silenciosa e angustiadamente, me fazia companhia na área de espera da clínica, que fica entre o portão da rua e a porta de acesso ao seu interior. Eu já aguardava ali por mais de uma hora para apresentar a minha proposta de pesquisa ao responsável pela instituição. Era o fim da visita daquela família. A senhora saiu acompanhada da sua filha e, enquanto os três caminhavam para a saída, lembraram do isopor esquecido da última vez. Um funcionário foi na cozinha pegar o objeto e elas ficaram esperando no mesmo ambiente que eu. Mostrando o celular para a mãe, leu Provérbios, 27:6: ‘quem fere

<sup>240</sup> MOORE, Dawn; HIRAI, Hideyuki. Outcasts, performers and true believers: responsabilized subjects of criminal justice. *Theoretical criminology*, vol. 18, n. 1, p. 5-19, 2014, p. 14.

por amor, mostra lealdade, mas o inimigo multiplica beijos'. 'Estamos no caminho certo, então', respondeu a senhora<sup>241</sup>.

Esse registro foi feito após a minha visita à clínica<sup>4</sup>, uma instituição localizada em uma área afastada e pouco habitada na região metropolitana de Maceió. A cena narrada acima demonstra como pode ser doloroso o processo que culmina na decisão de internar um ente querido que se envolveu com drogas e de acompanhá-lo durante o tratamento. Uma pesquisa realizada com famílias atendidas por um CAPS AD paraense demonstrou que a presença de alguém que faz uso problemático de drogas impacta fortemente nas relações familiares em decorrência dos danos emocionais, físicos e financeiros oriundos desse consumo<sup>242</sup>. Além da assistência religiosa e de grupos de ajuda mútua, como o Amor Exigente e os grupos de famílias promovidos pelo CAPS AD<sup>243</sup> - que também foram citados pela minha interlocutora Lia como importantes referências para lidar com a dependência química de parentes -, muitas famílias acabam recorrendo às internações involuntárias ou compulsórias como uma forma de auxiliar no processo de recuperação do usuário.

Nas clínicas que eu visitei, via de regra, os pacientes são submetidos à internação contra a sua vontade e a iniciativa para internar costumava ser das mães e pais, mas principalmente delas. A atuação das famílias, contudo, não necessariamente leva em consideração alguns aspectos essenciais para justificação de uma medida tão extrema, a exemplo do nível de uso da pessoa que sofre a intervenção. Muitas vezes, o pânico difundido socialmente e experiências prévias colaboram para que as famílias decidam pelas internações, independente de se tratar de uso, abuso ou dependência<sup>244</sup>.

O exemplo de Filipe ilustra bem essa indistinção. Filipe tinha quarenta anos quando foi entrevistado e já foi usuário de múltiplas drogas, inclusive crack, tendo deixado de usar a droga após diversos prejuízos pessoais com o consumo:

Quando eu voltei de São Paulo pra cá, eu me conscientizei por conta própria de não usar mais o crack. Falei 'não, isso aqui é muito devastador...'. Nunca morei na rua, mas fui num ponto extremo, né? Dar preferência à droga do que comprar alguma coisa pra mim. Eu tinha carro, moto, o dinheiro, a droga levou tudo. Então quando cheguei em Maceió, eu comecei a substituir por cocaína, mas não era mais a minha vibe,

<sup>241</sup> Diário de campo do dia 31 de março de 2022.

<sup>242</sup> RODRIGUES, Thamires Fernandes Cardoso Da Silva; SANCHES, Rafaely De Cassia Nogueira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de; PINHO, Leandro Barbosa de; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. Sentimentos de famílias na dependência de drogas: à luz da sociologia compreensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 2404-2412, 2018, p. 2407-2408.

<sup>243</sup> RODRIGUES, Thamires Fernandes Cardoso Da Silva; SANCHES, Rafaely De Cassia Nogueira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de; PINHO, Leandro Barbosa de; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. Sentimentos de famílias na dependência de drogas: à luz da sociologia compreensiva. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 71, p. 2404-2412, 2018, p. 2408.

<sup>244</sup> LIMA, Flávio Augusto Fontes de. **Justiça terapêutica: em busca de um novo paradigma**. 2009. 261 f. Tese de Doutorado, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 132.

porque a gente começa com o pó e depois quer uma coisa mais forte, aí quem tem a coragem de usar o crack, ali é o êxtase, né? É a melhor coisa que tem, a sensação é... aí o pó ficou inferior e não teve como substituir a falta do crack. Aí fiquei só mais no álcool, maconha e cigarro.

Tempos depois, quando já não fazia uso de crack, resolveu comprar maconha e a pessoa que lhe vendeu, talvez por imaginar que estivesse sendo investigada, propôs que ele guardasse uma parte da droga em troca de uma quantia em dinheiro: “ele disse eu te dou R\$ 200,00 por cada quilo”. Filipe aceitou a proposta, só não esperava que os donos da mercadoria fossem presos em seguida.

Rapaz, no mesmo dia que eu peguei, a polícia bateu naquela casa e os *cara* foram tudo *preso*. E eu fiquei com os cinco quilos. Aí falei 'eita, meu Deus, e agora?'. Aí falei pra uns conhecidos meus que usavam: 'oia, tem uma maconha boa aqui, natural'. Aí comecei vendendo, vendendo... e a maconha era boa, quem comprava, gostava e queria mais (...). Aí eu comecei falar com eles pelo facebook, né? 'Mande a conta aí, *vêi*, que eu vou mandando o dinheiro aos poucos'. Aí pra você ver como é as coisas: eu vim cair aqui e eles estavam ainda. Então se eu tivesse dado o golpe, eu *tava* lascado agora.

Aconteve que enquanto fracionava o último quilo daquela droga, a sua mãe entrou no cômodo em que ele estava e a surpresa que ela teve foi determinante para que acionasse uma clínica de internação.

Aí minha mãe quando viu essa maconha, começou a procurar internamento. Só que aí eu não achava que precisava mais de internamento, porque um *cara* que usou crack, não *tava* usando mais crack. Cocaína era só se eu fosse numa festa e alguém botasse uma carreira pra mim lá, eu cheirava, mas pra *mim* pegar o meu dinheiro, ir numa biqueira e comprar pó que nem os *cara* faz não era a minha praia mais. Eu *tava* sossegado, tomava minha cervejinha e era mais maconha.

Aí um dia eu cheguei em casa era meia noite pra uma hora da manhã, *tava* sossegado, não tinha usado droga forte, só maconha.... tomei duas cervejas só... aí um cochichado dentro de casa, minha irmã e minha mãe... aí eu falei: 'rapaz, que estranho, uma hora dessas...!'. Quando eu olho, quatro *cara*, *parecia* um guarda-roupa. Aí eu corri pra cozinha, pra ver se achava uma faca e não tinha nada. Eles falam, né, pra tirar tudo: faca, espeto, o que tiver de arma. Aí eu não achei nada, só aqueles negócios de bolo, aí escondi atrás pra eles não *ver*. E dizia '*num* venha, não, que eu furo'. Mas minha irmã veio por trás e disse: 'oxe, *né* nada não'. Aí eles já pularam em cima de mim, amarraram meus braços com umas ataduras.

O exemplo de uma internação como a de Felipe, que se deu sem a aferição da real necessidade do usuário em relação a tratamento e sem ser precedida por outras estratégias de cuidado, demonstra que a insegurança das famílias nem sempre é ressignificada pelos profissionais, sobretudo os médicos, normalmente vinculados às próprias clínicas, que atestam a imposição das medidas, que costumam ser os médicos psiquiatras das próprias clínicas. Nessas instituições, independentemente de se tratar de uso, abuso ou dependência, o programa terapêutico é aplicável a todos os internos<sup>245</sup>. A propósito, ao acompanhar o funcionamento dos

<sup>245</sup> RAUPP, Luciane; MILNITISKY-SAPIRO, Clary. A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 24, p. 361, 2008.

estabelecimentos, percebi que as intervenções coletivas ocorrem com muito mais frequência do que os momentos individuais dos pacientes com profissionais. Isso acontece, principalmente, devido ao grande volume de trabalho destes, que envolve também a realização de atividades burocráticas, como a maior frequência de registros escritos sobre o comportamento dos pacientes nas atividades propostas, as chamadas evoluções.

No caso de Filipe, o isolamento inoportuno, sem fundamento na proteção à saúde, teve como efeito o retorno ao consumo mais intenso, que também foi motivado pela revolta com a forma como foi tratado na clínica, como se verá na subseção 4.2: “saí de lá e já fui usar”, afirmou. Mas o esvaziamento da dignidade que observei no caso dele e de outros interlocutores - como Levi, Ian e Eli - que também passaram por clínicas involuntárias, não fica adstrito à imposição de uma medida que desconsidera a sua liberdade e autonomia, ainda que inexistisse risco extremo à saúde e sem a declaração de incapacidade para a prática de atos da vida civil através de um processo de interdição, onde seja oportunizado o contraditório aos usuários<sup>246</sup>.

Essa objetificação é iniciada no *resgate*, que consiste na apreensão do usuário e na sua condução para a o estabelecimento de tratamento. Embora a palavra remeta a uma ideia de ato salutar, a realidade é que ele pode ser uma experiência bastante traumática nos casos de insubmissão dos pacientes. Foram vários os relatos de profissionais sobre experiências em que precisaram usar a força para conseguirem capturar os pacientes, mas um dos que mais explicitaram esse caráter violento foi oferecido por Joaquim, da clínica2, ao contar sobre uma experiência que “parou o trânsito ali na frente da UFAL. Foi bem difícil, mas a gente conseguiu”, disse ele. Essa busca é feita em qualquer lugar, inclusive em locais de comércio de drogas, como biqueiras. Além da contenção física, às vezes é necessário utilizar a contenção química, através da medicalização, como mostra o trecho da entrevista com Elena, que já participou dessas abordagens enquanto atuava em uma clínica feminina. Perguntada se houve alguma experiência traumática, ele afirmou:

Teve. Um que eu fui numa favela no Jacintinho. Era uma paciente que não tinha documento, inclusive essa estava no uso do crack e bem agressiva, irritada, fechou as portas e aí o segurança teve que usar uma força maior. Essas pessoas (seguranças) são preparadas para conter sem machucar. Esse aí teve uma situação em que os vizinhos, que não sabiam do que se tratava, chamaram a polícia e aí nós tivemos que mostrar a intimação e a polícia também nos ajudou a prender essa pessoa e no final ela teve que ser medicada. Foi medicada e foi conosco. No outro dia, quando acorda, ela já começa a brincar: “ah, era a senhora, e aconteceu isso...”, mas já passei pelas duas situações: uma que o trabalho da psicologia foi suficiente e em outra que precisou do trabalho da segurança, da enfermagem.

---

<sup>246</sup> KELTER, Paul Jürgen; SILVA, Nilson Tadeu Reis Campos. Legalidade e Finalidade da internação compulsória dos dependentes de crack. **Revista Jurídica Cesumar**, v.13, n.2, jul/dez, p. p.541-559, 2013, p. 553.

No caso narrado por Elena, o resgate foi fruto de uma decisão judicial, mas há outros casos em que a mera requisição da família é suficiente para que a pessoa seja levada à força para a instituição para somente depois do ingresso ser avaliada pelo médico psiquiatra, o que aproxima o procedimento das *lettre de cachet*, que eram instrumentos utilizados no século XVII, por meio do qual os monarcas, a pedido das famílias, ordenavam a segregação de alguém do seio social sem julgamento algum, com base na necessidade na manutenção da ordem<sup>247</sup>. Esse exercício de poder sobre o paciente, que é articulado entre a família e as instituições privadas, especialmente quando não há interferência de equipes de equipamentos públicos de saúde, costuma resultar na manutenção da internação, como confirmou Dalila, da clínica1, ao ser perguntada se já havia presenciado alguém que chegou à instituição após o resgate e cuja internação foi descartada pelo setor médico.

O pânico moral instalado ao redor das drogas é um exemplo de como a gestão de discursos sobre violência é utilizada como estratégia política na realidade brasileira e tem sido relevante na reconfiguração do controle das pessoas em sofrimento mental, cuja parcela importante tem sido representada pelas pessoas usuárias de drogas, sobretudo do crack. Os espaços que antes eram ocupados por pessoas em sofrimento mental, sem necessariamente terem relação com o consumo de substâncias psicoativas, tem sido povoado pelos *drogados*. Esse fenômeno foi observado por Fábio Marllat<sup>248</sup>, em São Paulo, e também no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, o único hospital de custódia e tratamento psiquiátrico de Alagoas, com o aumento dos internamentos de mulheres com transtorno mental em virtude do uso de drogas<sup>249</sup>.

Em sintonia com esse fenômeno está a atuação das instituições fechadas, comunidades terapêuticas e as clínicas de internação, nas quais há ainda mais espaço para práticas arbitrárias, dada a fragilidade dos mecanismos de controle externo. Durante a entrevista com o psicólogo da clínica1, quando perguntado se havia alguém com longo período de internação, ele negou, dizendo que “isso acontece em particulares (no sentido de não receberem pacientes com a internação custeada pelo Estado e município), como na clínica1, que enquanto a família tiver pagando a pessoa fica lá. Aqui é bem mais rígido”. Mais à frente, no entanto, enquanto

---

<sup>247</sup> FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 47.

<sup>248</sup> MALLART, Fábio. **Findas linhas**: circulações e confinamentos pelos subterrâneos de São Paulo. 2019. 270 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019, p. 211.

<sup>249</sup> SILVA, Laura Fernandes da; SANTOS, Hugo Leonardo Rodrigues. Análise Histórico-Crítica da Construção de Discursos nos Diagnósticos Psiquiátricos de Mulheres no Manicômio Judiciário de Alagoas. **Revista Direito Público**, v. 18, p. 41-69, 2021, p. 65.

comentava sobre as iniciativas voltadas para a reinserção social dos pacientes, comentou sobre um paciente que recebeu autorização para ir a uma pizzaria, acompanhado por profissionais da instituição. E então falou que o paciente era de outro estado e que a família o mantinha lá, pois ele mesmo não queria voltar para a cidade de origem. Perguntei, então, há quanto tempo o paciente estava na instituição e ele me falou que estava há mais de seis meses.

Mas ao se referir à clínica<sup>1</sup>, mesmo sem saber que eu também estava fazendo visitas à referida instituição, Nelson estava correto. De fato, havia dois casos de longa permanência. Em um deles, o paciente já estava internado há pelo menos doze meses - já que o tratamento havia sido renovado. A família tentou negociar com a pessoa responsável pela clínica para manter a medida. Isso não se concretizou porque a equipe, de forma coesa, posicionou-se pela desinternação. Esse episódio gerou uma tensão entre os profissionais e a pessoa responsável pelo estabelecimento, que havia negociado com a pessoa representante da família a manutenção do internamento.

Outro caso que conheci foi o de um rapaz que estava internado na instituição há cerca de cinco anos. O trecho abaixo, da entrevista com Dalila resume a motivação para a manutenção da internação daquele paciente. Acrescento que o paciente, apesar de nunca ter sido desrespeitoso com os profissionais, apresentava-se pouco interativo e com semblante que misturava uma tristeza profunda com a revolta por permanecer na instituição:

- O outro paciente que eu comentei, que ele tem o que... acho que uns cinco anos que ele tá aqui internado, ele tem ressocializações. A mãe vem, busca, sai com ele, tudo, mas ela não se sente segura com ele fora daqui.

- Qual a razão dessa insegurança?

Pelas coisas que ele aprontou, pelo comportamento. E ele até às vezes em ligação tende a ser agressivo, né, verbalmente, porque ela quer deixar aqui, que não aguenta mais aqui, aí assim.. toda vez quando ele se comporta dessa forma aí é que não leva mesmo.

- Entendi. Você acha que se ele se comportasse direitinho...

- Eu acho que já tinha levado.

- E se ele fingisse que se comportava, teria levado também?

- Não... acho que nesse grau do paciente a família já acha que não tem mais jeito.

Ao ouvir as palavras da profissional entrevistada, compreendi a angústia do paciente, que era um homem jovem, aparentemente com cerca de trinta anos de idade. A ausência de perspectivas em relação ao seu futuro fora da instituição lhe deixava visivelmente apreensivo. Na prática, o internamento estava funcionando como uma prisão, que o condenava a viver encarcerado sem qualquer julgamento ou garantia de desinstitucionalização. Trata-se de um exemplo nítido de criminalização da pessoa em sofrimento mental, sobre a qual as estratégias

de segregação - transcarceradoras - são implementadas para a neutralização do indivíduo e para a manutenção da ordem sociofamiliar<sup>250</sup>.

Apesar disso, conforme se observa no trecho da entrevista com Dalila, a equipe profissional ratificava a medida, a partir do interesse da família pela sua manutenção, que pareceu ser mais relevante para os profissionais – principalmente os da psiquiatria, a quem incumbe validar ou não a internação – do que o art. 2º, II, da Lei 10.216/2001, que determina que as pessoas com transtornos mentais têm o direito de serem tratadas “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”.

É possível que a família tenha vivido situações difíceis com o usuário, mas elas não podem justificar uma ingerência total sobre a vida dele, sem que lhe seja oportunizado um processo que, de fato, possibilite a reinserção social. Isso inclui a necessidade de acompanhamento médico-terapêutico. Nesses casos, diante da desconsideração da vontade do paciente, entendo que instituição de internamento deve ser o limite para o arbítrio familiar, tendo em vista que nem todas as famílias possuem a intenção de realmente auxiliar no processo terapêutico do seu ente. Por vezes, parecem contribuir para a manutenção do estigma de violento, desequilibrado, sem possibilidades de reinserção social. Essas marcas contribuem de forma considerável para a institucionalização do paciente<sup>251</sup>. Em alguns casos, ainda, interesses financeiros podem motivar a decisão de algumas famílias pela internação. Esse elemento ficou bastante claro em um diálogo que pude acompanhar entre a assistente social e um paciente recém-chegado, que, ao ser perguntado sobre a sua droga de preferência, afirmou:

Que droga? Eu não uso droga, só bebo. Minha mãe me botou aqui por causa de dinheiro, por causa de herança. Aí eu tenho um amigo que é advogado, eu assinei uma procuração pra ele, né? Porque se caso isso acontecesse, ele pode me tirar.

Como foi o meu primeiro e único contato com aquele jovem rapaz, que passava pela sua segunda internação, os elementos apresentados na sua fala são os únicos que eu pude conhecer a seu respeito. Mas ainda que fatos diversos possam ter justificado a sua internação, os outros casos de internações possivelmente motivadas por razões econômicas ou pelo desejo de segregar o paciente não me fazem descartar a possibilidade de haver internações justificadas por questões econômicas. Essa afirmação é amparada, inclusive, em outros diálogos que eu

---

<sup>250</sup> STEADMAN, Henry; MORRISSEY, Joseph. The impact of deinstitutionalization on the criminal justice system: implications for understanding changing modes of social control. *In*: LOWMAN, John; MENZIES, Robert J.; PALYS, T.S. (org.). **Transcarceration: essays in the sociology of social control**. Aldershot, UK: Gower, 1987, p. 228.

<sup>251</sup> OLIVEIRA, Gustavo Carvalho de; VALENÇA, Alexandre Martins. Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema. **Saúde e sociedade**, v. 29, p. 1-13, 2020, p. 8.

acompanhei entre pacientes e profissionais nos quais, ainda que a inconformidade dos pacientes com a medida estivesse presente, ela quase sempre vinha acompanhada ou era antecedida pela admissão de que, em algum momento, houve a “perda de controle” em virtude do abuso de álcool e drogas - o que, ressalte-se, também não justifica internações arbitrárias.

#### 4.2. DAS “CELAS DE CADEIA” ÀS CÁPSULAS DE DISCIPLINA: O CONTROLE DE CORPOS NAS INSTITUIÇÕES FECHADAS

“Os meninos me falavam de um quarto da reflexão”, disse Vivian, profissional do Consultório na Rua, ao contar sobre experiências em visitas a adolescentes acompanhados pelo Consultório que foram internados involuntariamente em uma das clínicas que visitei<sup>252</sup>. Esse não foi o único registro sobre esse espaço que, segundo Eli, é “igualzinho uma cela de cadeia”. Ele conhece bem esse ambiente da mesma clínica, visto que lá permaneceu durante nove dias, como forma de punição por ter se relacionado com outro paciente. Para passar o tempo, os livros lhe faziam companhia: “eu passei nove dias lá. Eu gosto de ler, aí ficava lendo”. No mesmo sentido, foi o relato de Levi, após eu ter perguntado se ele via semelhanças entre a clínica<sup>4</sup>, uma das instituições por onde passou, e a prisão: “só a (sigla utilizada na instituição para fazer referência à sala). Eu achei idêntico. Até o vaso é um boi<sup>253</sup> de cadeia”.

Em outra entrevista, o assistente social da CT7, ao falar de uma experiência profissional pretérita em outra clínica alagoana relatou a existência de um espaço semelhante, onde, além de servir para isolar os dissidentes, os pacientes recém chegados eram colocados para a triagem. Perguntado o motivo de não gostar daquela forma de tratamento, ele começou contextualizando desde o processo de resgate até esse momento inicial de chegada do paciente na instituição:

Porque era uma involuntária e eu não gostava da forma de como chegava a pessoa se não quisesse... a forma de abordar, entendeu? De amarrar, de colocar, de aplicar algo que pudesse fazer ele dormir ou coisa do tipo. Se ele mostrasse resistência, teria que imobilizá-lo de uma forma que não deveria, aí depois quando levasse ele pra clínica a abordagem também era diferente. Teria que ir para determinado quarto passar um período, então eu não gostava disso (...) Como eu trabalhava de segunda a sexta, ela (responsável pela clínica) dizia ‘tem fulano que tá na sala, é necessário fazer a triagem dele’. Então eu tinha que trabalhar com aquele indivíduo para a aceitação. Bem antes do psicólogo, do clínico ou psiquiatra. Quem ia era o assistente social conversar, ter um diálogo com ele para ele ter aceitação, para que ele pudesse sair daquele quarto. Era o serviço social que tinha que fazer isso.

<sup>252</sup> Diário de campo do dia 09 de setembro de 2022.

<sup>253</sup> A palavra boi, no contexto carcerário, refere-se a uma abertura feita no chão onde é embutido uma espécie de vaso sanitário onde as pessoas presas, agachadas, fazem as suas necessidades fisiológicas.

Em seguida, perguntei por quanto tempo os pacientes ficavam nesse ambiente e ele respondeu que isso dependia do “comportamento e aceitação. Se ele tivesse o processo de rejeição, de negação, ele passava cinco, dez dias, dependendo do caso”. Ele, então, descreveu o espaço e me contou o caso de um paciente que resistiu tanto ao tratamento que chegou a ponto de tentar fazer uma greve de fome:

-É uma sala que não tem nada, a cama não pode ter colchão. Por quê? Por segurança dele, pra ele não querer tirar a vida, então não pode ter energia, essas coisas do tipo, porque não pode pegar fio, é questão de resguardar ele mesmo.

- Aí no caso era uma cama só com lastro? Era de madeira?

- Não, não era de madeira, era tipo cimento mesmo. Mas ele não queria sair, não queria comer.

- Ele ficou quanto tempo na sala?

- Acho que mais de dez dias. Foi o único que passou mais tempo de não querer.

A partir dos relatos expostos acima, fica muito evidente como o discurso supostamente terapêutico, justificado pela necessidade de cuidar dos pacientes, que são colocados como impotentes em relação aos seus vícios, representa na verdade uma reprodução da lógica asilar voltada para a normalização de indivíduos considerados desordeiros e inadequados à ordem social, em uma atualização do projeto higienista encabeçado no século XIX por entusiastas da medicina social<sup>254</sup>. O interessante no discurso do profissional exposto acima é que nem mesmo a tentativa de mostrar a face sutil e justificável da abordagem, representada pelos argumentos de proteção do usuário e de que é algo evitável, que ele só permanece enquanto não colaborar, conseguem disfarçar o caráter rudimentar e punitivo da medida, denunciada pelos elementos espaciais, como o “boi de cadeia”, a cama de cimento, a ausência de energia.

Se o caráter forçado das internações involuntárias e compulsórias já representa uma grave ferida à liberdade dos usuários, sobretudo nos casos em que não há justificativa suficiente para a adoção das medidas, esses espaços de castigo, ironicamente associados ao exercício da reflexão em algumas clínicas, escancaram a face violadora das instituições nas quais são implementados. Ainda que não deixe marcas físicas e, portanto, dificulte a sua identificação, essa *segregação dentro da segregação* pode ser tipificada como maus-tratos - nos termos do art. 136, do Código Penal, dada a dimensão da violência psicológica a que é submetido o paciente nessas condições. Portanto, é praticada à revelia da Lei nº 10.216/2001.

De acordo com o seu art. 2º, são direitos das pessoas com transtornos mentais o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; a oferta de tratamento humano e respeitoso e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde; a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; e o direito de ser tratada em ambiente terapêutico

<sup>254</sup> NUNES, Sílvia Alexim. A medicina social e a questão feminina. **Physis**, vol.1, n.1, pp.49-76, 1991, p. 49.

pelos meios menos invasivos possíveis. Além dessas tipificações, há que se considerar que o castigo nessas condições materializa um processo de desnudamento da vida<sup>255</sup>, a partir do qual alguns pacientes são expostos a condições que relativizam a sua humanidade, o que representa uma anulação não apenas física, na dimensão mais visível do isolamento, mas também simbólica, quando a sua personalidade é desconsiderada pela medida disciplinar imposta.

Além dessa prática de duplo isolamento, a disciplina nas clínicas também se baseia em outros métodos de “rebaixamento” que são aparentemente mais sutis, mas que ocasionam danos psicológicos imensuráveis às pessoas atingidas. Por exemplo, durante a entrevista com Davi, conselheiro na clínica<sup>1</sup>, ele me disse que o que os usuários mais odeiam ouvir é a palavra não. Sendo assim, na percepção dele, a negação aos desejos dos pacientes faz parte do tratamento, já que dessa maneira, começariam a lidar melhor com as frustrações.

Essa necessidade de rebaixar o usuário, de utilizar a negação como método, denota a presunção de inferioridade com que os usuários são vistos. As negativas não parecem ser fruto de uma relação organicamente nascida entre os profissionais e usuários, onde existe espaço para diálogo. Ao contrário, trata-se de uma estratégia que implica um distanciamento entre os presumidamente perigosos e aqueles que representam a disciplina, a instituição. Essas práticas micropunitivas, aplicadas a cada mínimo desvio demonstram que esses estabelecimentos funcionam como sistemas disciplinares. Como tal, são constituídos, essencialmente, de um “mecanismo penal”, de acordo com Foucault<sup>256</sup>. Nesses contextos, desconsidera-se, inclusive, o repertório de experiências prévias daqueles que ocupam o lugar de pacientes, a partir de uma tentativa de voltar no tempo, infantilizando aqueles sujeitos, ora transformados em objetos, para dar-lhes os limites que, pressupõe-se, não foram impostos pelas suas famílias. Esse movimento, além de constituir uma forma implícita de culpabilizar as famílias<sup>257</sup>, gera insegurança e revolta nos pacientes - como eu pude observar na mesma clínica<sup>1</sup>, ao participar de uma das reuniões com as mulheres residentes.

No encontro, estava sendo discutido um trecho do livro dos Narcóticos Anônimos em que se apresentava a resistência ao programa terapêutico como um dos obstáculos para a verdadeira recuperação. Anália, a conselheira terapêutica, começou a perguntar às presentes quais as resistências que elas apresentavam. A primeira que respondeu foi Socorro. Em seguida,

---

<sup>255</sup> AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002, p. 146.

<sup>256</sup> FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2014, p. 175.

<sup>257</sup> RODRIGUES, Thamires Fernandes Cardoso Da Silva; SANCHES, Rafaely De Cassia Nogueira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de; PINHO, Leandro Barbosa de; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. Sentimentos de famílias na dependência de drogas: à luz da sociologia compreensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 2404-2412, 2018, p. 2407.

Anália perguntou a Marisa, uma residente que tinha entre dezoito e vinte anos. Ela claramente não estava entendendo a pergunta. Eu tentei reformular, explicando que era uma resistência ao programa de tratamento, mas Anália falou que ela compreendia, mas não queria dizer. Começou, então, um ciclo de constrangimento ao redor de Marisa, conforme registrei no diário de campo.

Socorro, ‘mais uma adicta em recuperação’, tomou a palavra e perguntou a Marisa, em um tom que demonstrava uma tentativa de assumir uma posição parecida com a de Anália: ‘mas você está com vergonha? Essa é uma resistência ao programa’. Anália concordou com a cabeça, mas continuou pressionando Marisa. Eu até tentei falar que talvez Marisa não tivesse entendendo a pergunta, mas Anália afirmou que ela sabia, sim. Eu fiquei particularmente constrangida, assim como Marisa também parecia estar. Foram minutos que demoraram muito a passar. Depois que as discussões acerca do tema proposto já haviam se encerrado, Marisa pediu para que ela e suas companheiras fossem liberadas, já que o objetivo da reunião foi cumprido. Anália, então, olhou que ainda faltavam alguns minutos e ensaiou uma concordância com Marisa, mas, como se jogasse a decisão para o grupo, perguntou: ‘e aí, a gente encerra?’. Uma monitora, também ‘adicta em recuperação’, que estava presente respondeu, em tom bem-humorado: ‘eu não encerrava, adicto tem que ser contrariado’<sup>258</sup>.

A última parte do trecho citado, a fala da monitora resume bem a dinâmica de disciplinamento que cotidianamente é aplicada: por mais desnecessária que seja à situação, a contrariedade tem o papel de mostrar ao adicto que ele não está no controle. A reunião já tinha acabado, a discussão proposta já havia sido concluída, mas o encerramento oficial poderia demonstrar àquela adicta que não assumiu suas resistências ao programa, que ela tinha alguma ingerência sobre a situação e isso não poderia acontecer sem resistência da equipe.

Às vezes, esse processo se dá de forma explicitamente desrespeitosa, como no caso de Filipe, em outra instituição pela qual passou. Pedi que ele falasse como foi a sua experiência no internamento clínico e ele destacou as humilhações que sofreu na instituição por um profissional que, segundo ele, “não era preparado”:

- Péssima, pior coisa da minha vida foi aquela clínica.  
 - Pior do que cadeia?  
 - Rapaz, não sei o que é pior dos dois. Em relação a droga, lá é pior. Porque você tem a vontade de usar uma droga, tal. Lá você tá preso também. E o terapeuta não era preparado, metia o pau em nós em todo jeito. Chamava nós de *caba safado*, que nós não *tinha* vergonha na cara... eu como já tinha sido preso, ele ofendia... Não era um cara amigo, né? Porque as pessoas ganham mais a pessoa pela amizade e pelo respeito, né? E o cara não tinha preparação nenhuma. E outra que lá era de manhã, de tarde e de noite os doze passos. E o cara o que ele pudesse nos rebaixar e nos humilhar, ele nos humilhava.

<sup>258</sup> Diário de campo do dia 06 de setembro de 2022.

Embora encobertas sob o manto da necessidade de tratamento, essas formas de exercício de poder disciplinar apresentadas têm o condão de produzir corpos dóceis<sup>259</sup>, adequados às dinâmicas institucionais. Para isso, “faz-se necessário que tais vidas assumam a forma que lhes tem sido exigida, tomando para si mesmas os discursos dominantes deste saber que lhes impõem um modo de existir”<sup>260</sup>. Esse modo de existir, por vezes, exige o seguimento de padrões de comportamento aceitáveis institucionalmente, inclusive nas esferas mais íntimas do indivíduo. Além da contenção física, o controle sobre os corpos dos usuários também ocorre em outras dimensões, sendo a normalização da vida sexual uma das que mais se destacaram durante a pesquisa, dada a importância da dimensão da sexualidade no tratamento da dependência química<sup>261</sup>. Mas antes de falar sobre o assunto, cabe um lembrete: assim como as reflexões feitas na seção anterior, sobre as práticas religiosas nas comunidades terapêuticas, são aplicáveis às clínicas de internamento involuntário e compulsório, as reflexões empreendidas nesta parte do trabalho também são direcionadas a ambas as instituições. A escolha por deixar o debate sobre o controle da sexualidade para esta parte da dissertação é justificada por um motivo principal: como não há médicos nas comunidades terapêuticas que possam prescrever medicamentos, o controle da sexualidade das pessoas acolhidas costuma ser feito através de exortações voltadas para adequação comportamental, com a exposição das regras e respectivas sanções em casos de descumprimento.

Por exemplo, na CT3, uma comunidade terapêutica, Igor me contou que um dos acolhidos estava se masturbando compulsivamente, de modo a causar irritação e constrangimento nos outros rapazes que dormiam no mesmo quarto. Esses comportamentos compulsivos não são raros naqueles ambientes fechados, segundo o psicólogo da CT4 a assistente social da clínica<sup>1</sup>. O psicólogo, então, destacou que conversou seriamente com o acolhido para que ele conseguisse evitar esse comportamento, que lhe seria prejudicial até mesmo em outros espaços: “qual é a mulher que aguenta isso, por exemplo?”, disse ele.

Já nas clínicas, além de terapias e outras atividades focadas na mudança comportamental, os profissionais atuam mais frequentemente com o auxílio de fármacos voltados para o controle dos impulsos sexuais dos pacientes. Perguntada sobre a existência de mecanismos de controle no âmbito da sexualidade, Dalila, profissional de saúde da clínica<sup>1</sup>, citou que, quando os pacientes apresentam demandas nessa área, também são utilizados

---

<sup>259</sup> FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2014, p. 135.

<sup>260</sup> HERNANDES, Lincon Frucks *et. al.* Internação compulsória e vida em cena: subjetividades em descompasso. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 41, p. 1-12, 2021, p. 6.

<sup>261</sup> DE LEON, George. **The therapeutic community**: theory, model, and method. New York: Springer Publishing Company, 2000, p. 179.

fármacos prescritos pela médica psiquiatra que ajudam na redução da libido, o que já é um efeito de alguns ansiolíticos: “Quando a gente vê que tem algum mais assim, já diz a doutora”, disse ela.

Além disso, em ambos os tipos de espaços fechados, as resistências e constrangimentos vivenciados por pessoas cuja orientação sexual não se adequa ao padrão heteronormativo também se destacaram, principalmente por causa dos impactos no tratamento. Esse era um fator que já me inquietava durante os diálogos com profissionais nas instituições públicas e privadas, mas foi na visita à CT5 que o assunto foi colocado em discussão pelas próprias pessoas acolhidas. Durante a entrevista com Dora, psicóloga da instituição, ela me convidou a participar de um momento com os acolhidos para que eu pudesse me apresentar e conhecer os seus pontos de vista a respeito do tratamento. Após a entrevista, todas as pessoas acolhidas nos esperavam reunidas em um espaço coberto da grande área externa da instituição, rodeada por árvores.

Após a minha apresentação, a palavra foi facultada, de modo que aqueles que se sentissem à vontade pudessem compartilhar aspectos da sua vida que considerassem relevantes e me ajudassem a compreender a assistência ofertada a partir das suas perspectivas. A segunda pessoa que falou se identificou como gay e foi o primeiro a abordar o tema da identidade de gênero e da sua relação com o tratamento. Dom ressaltou que em outras instituições ocorrem casos de desrespeito baseadas em preconceitos relativos ao gênero e que isso nunca aconteceu na CT5. Aproveitando o ensejo e em tom elogioso a Dom pela abordagem do assunto, Paloma, uma mulher transexual que já estava no final do tratamento, também destacou que esse é um aspecto que lhe deixa bastante confortável. Embora não seja permitida a manutenção de relacionamentos no interior da instituição, ela afirmou não ser punitiva a forma como a instituição lida com interações afetivas que não impliquem em contato físico/sexual entre os pacientes e que eventualmente possam acontecer no interior da instituição, como a paquera. De acordo com Paloma, que era chamada por todos pelo seu nome social, a ausência de acolhimento já foi causa de desistência de tratamento de um ex-companheiro seu em outra comunidade terapêutica e, por outro lado, a forma respeitosa com que é tratada na CT5 lhe faz ter mais ânimo para concluir o tratamento: “Vou concluir meu tratamento e se eu ainda não me sentir pronta pra sair, vou pedir para renovar. Eu gosto muito daqui”.

Naquela instituição, há uma compreensão bem mais realista da importância da manutenção de vínculos fora daqueles limites. Por isso, além das ligações telefônicas, que também são permitidas semanalmente nos outros estabelecimentos que eu conheci, a visitação de familiares é bem mais flexível do que nas demais. Não há um dia predeterminado. Os familiares podem realizar as visitas em qualquer dia da semana, desde que haja acordo prévio

com a equipe profissional. Além disso, existe a permissão de saídas a partir da metade do tratamento, que funcionam da seguinte maneira: na primeira saída, os acolhidos podem passar o dia fora e voltam para dormir na instituição. A partir da segunda, que ocorre quinzenalmente, eles saem em um dia e voltam no outro. Essa é uma forma de exercício da autorresponsabilidade e de demonstrar confiança no indivíduo que está em recuperação. Segundo Dora, os acolhidos costumam voltar para a instituição sempre que recebem a autorização para sair. A identificação dos usuários com a forma adotada na comunidade para conduzir o acolhimento ficou evidente na fala de Vini, que decidiu esperar a disponibilidade de uma vaga na CT5 ao invés de ir para outra entidade onde já havia disponibilidade: “eu fiquei um mês todinho sem sair de casa. Disse que só *vinha* pra cá, não quis outra”.

Nas demais comunidades, as visitas costumam ser quinzenais ou semanais e só costumam ocorrer após os primeiros trinta dias de acolhimento e nos dias e horários pré-definidos. Normalmente, as primeiras visitas costumam ser supervisionadas pelos profissionais, sobretudo nas clínicas, sob o argumento de que é necessário acompanhar para que os assuntos não prejudiquem o tratamento – as famílias costumam ser orientadas a não levarem notícias negativas aos pacientes – e também para apaziguar eventuais situações conflituosas.

Um outro aspecto importante identificado na pesquisa e que merece ser analisado foi a exigência de abstinência sexual ao longo de todo o tratamento, o que constitui um aspecto até mais rigoroso do que se pode acompanhar na maior parte dos ambientes prisionais. O rigor se deve à percepção, conforme expõe George De Leon, de que a manutenção da abstinência sexual auxilia no tratamento, pois visa à construção de uma nova forma de enxergar a sexualidade e os relacionamentos, de modo a desvinculá-los dos processos associados ao consumo de drogas<sup>262</sup>. Falando sobre o modelo de comunidade terapêutica que defende, De Leon destacou a necessidade de que, pelo menos no início do tratamento, o residente suspenda alguns tipos de relacionamento, para que consiga se autoconhecer para conseguir melhor enxergar as suas relações em várias ordens, inclusive no âmbito sexual. No entanto, afirma que depois desse processo, quando oportuno, os relacionamentos sexuais podem auxiliar no fortalecimento do residente no programa de recuperação<sup>263</sup>.

Nas instituições visitadas, contudo, a proibição de manutenção de práticas sexuais alcançava não apenas os pacientes ou acolhidos que não mantinham relacionamentos estáveis,

---

<sup>262</sup> DE LEON, George. **The therapeutic community: theory, model, and method**. New York: Springer Publishing Company, 2000, p. 182.

<sup>263</sup> DE LEON, George. **The therapeutic community: theory, model, and method**. New York: Springer Publishing Company, 2000, p. 190.

mas a todos, inclusive as pessoas casadas, o que chega a ser mais rigoroso do que em instituições do sistema prisional, onde há a possibilidade de visitas íntimas. No regulamento da CT1, por exemplo, uma das normas é a seguinte: “corta todo e qualquer relacionamento afetivo íntimo durante o período de permanência nesta casa. Como casada, mantereí a abstinência sexual com meu esposo”. Durante a entrevista com a profissional Maitê, da mesma comunidade, ela afirmou há casos de mulheres que ingressam na instituição mantendo relacionamentos heterossexuais fora, mas acabam se relacionando com outras acolhidas ao longo do tratamento, o que às vezes lhes faz até mesmo abandonar a *casa*. A manutenção de relacionamentos nessas condições também foi registrada por George De Leon<sup>264</sup>.

Entretanto, a profissional entrevistada por mim que destacou com mais ênfase a ocorrência de relações homoafetivas foi Maitê, que trabalha em uma instituição que atende mulheres. Sendo assim, cabe ressaltar que, em unidades prisionais femininas, as relações homoafetivas entre mulheres aprisionadas ocorrem com bastante frequência, o que aproxima os ambientes de cárcere dos contextos aqui estudados. Essas relações tanto podem acontecer de forma natural, tecidas pela convivência, como podem ser situacionais<sup>265</sup>, principalmente como uma reação ao abandono afetivo vivenciado pelas mulheres presas, tendo em vista as quebras de expectativas sociais que circundam a figura da criminoso – que também se aplicam, em grande medida, às mulheres cuja subjetividade foi moldada a partir do estigma de *drogadas*. São comuns os registros que dão conta de que as mulheres costumam visitar os seus companheiros quando estes são aprisionados. O contrário, no entanto, não é igualmente comum, já que muitas mulheres são abandonadas pelos seus parceiros quando são presas<sup>266</sup>.

Ainda no que se refere à vivência da sexualidade nas instituições de tratamento, outro relato feito por um profissional entrevistado merece destaque. Na clínica<sup>3</sup>, Nelson, ao me explicar sobre como a instituição lida com questões de natureza sexual, explicou que quando estão em um estágio avançado de tratamento e a equipe avalia que é possível, de acordo com a evolução clínica, alguns pacientes ganham o direito de fazer visitas à família. E foi nesse sentido que afirmou que os pacientes que possuem relacionamento estável podem ter relacionamentos íntimos nessas visitas. No entanto, inicialmente, o paciente tem que estar acompanhado do conselheiro terapêutico em quase todos os momentos, “o conselheiro só não pode acompanhar

---

<sup>264</sup> DE LEON, George. **The therapeutic community: theory, model, and method**. New York: Springer Publishing Company, 2000, p. 184-185.

<sup>265</sup> CUNHA, Manuela Ivone. **A prisão feminina como ‘ilha de lesbos’ e ‘escola do crime’**: discursos, representações, práticas. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. 1991.

<sup>266</sup> ARAÚJO, Isabela Cristina Araújo; CHAVES, Luana Hordones. Aprendendo a ser mulher no cárcere. **Interseções: revista de estudos interdisciplinares**, v. 23, p. 133-161, 2021, p. 147.

ao quarto e ao banheiro”, disse ele, colocando que essas seriam oportunidades para aqueles que desejam manter um contato íntimo.

Ao notar minha surpresa, Nelson sorriu. Enquanto isso, eu só pensava em como o desejo de se manter em tratamento é manejado a ponto de permitir a naturalização da perda de privacidade a esse ponto. Assim, como o dispositivo da sexualidade atua sobre os corpos de forma individual, mas não se restringe a ele, a vigilância institucional também contempla a intimidade inerente à união conjugal<sup>267</sup>. Esse modelo constitui uma perspectiva totalizante da vida do paciente, que não fica restrito aos limites da clínica, mas extrapola os seus muros para retirar o que resta de autonomia e privacidade da pessoa atendida, que se adequa à presença ostensiva e itinerante do representante da disciplina como um mal necessário. O controle biopolítico é justificado pela necessária sujeição ao tratamento.

#### 4.3. A ASSISTÊNCIA JURÍDICA NOS CASOS DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO ESTADO DE ALAGOAS

##### 4.3.1. A atuação da Defensoria Pública de Alagoas na Ação Civil Pública nº 0705484-67.2013.8.02.0001

No mês de junho de 2022, realizei uma visita à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió para tomar conhecimento da autorização do órgão para o início das atividades no CAPS AD Everaldo Moreira e no Consultório na Rua. De posse do documento, compareci ao setor de atenção psicossocial para me apresentar e deixar os servidores cientes de que, em breve, eu iniciaria o acompanhamento a ambos os serviços. No setor, estavam alguns profissionais com os quais eu conversei brevemente sobre a pesquisa e também recebi algumas informações importantes sobre a organização da rede de saúde mental na região<sup>268</sup>.

Durante esse diálogo, fui informada de que havia uma Ação Civil Pública (ACP) paradigmática, utilizada como fundamento para pedidos de internação compulsória ou involuntária no município. Trata-se da ACP nº 0705484-67.2013.8.02.0001, ajuizada no dia 28 de fevereiro de 2013, pela Defensoria Pública do Estado de Alagoas (DPE/AL). Movida pelo interesse de melhor compreender a atuação da DPE/AL em relação aos usuários de drogas,

---

<sup>267</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber, 23. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2013, p. 117.

<sup>268</sup> Diário de campo do dia 3 de junho de 2022.

mencionada em diversos espaços que frequentei durante a pesquisa, decidi analisar a petição inicial do referido processo, que transitou em julgado no 30 de abril de 2018. A escolha pelo instrumento da demanda se justifica pelas limitações temporais da pesquisa, bem como pelo fato de que os argumentos utilizados pela DPE/AL para justificar os seus pedidos constituem o foco principal de análise nesta parte.

A ação civil pública é um instrumento processual que pode ser utilizado na proteção de direitos difusos e coletivos, conforme prevê o art. 129, III, da Constituição Federal e da Lei nº 7.347/1985. De acordo com o art. 4º, VII, da Lei Complementar nº 132/2009, as defensorias públicas têm como uma das funções institucionais a promoção de ações civis públicas em busca da tutela de direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos em benefício de pessoas hipossuficientes. À luz desses instrumentos normativos, a DPE/AL utilizou o referido remédio constitucional na busca pela satisfação da proteção da saúde de pessoas usuárias de drogas, pleiteando a garantia de tratamento para os transtornos relacionados ao consumo.

Conforme sinalizei na introdução, a petição foi estudada à luz das técnicas de análise de conteúdo, que norteou a sistematização e o tratamento das informações mais relevantes para os fins deste trabalho<sup>269</sup>. Inicialmente, realizei a leitura do documento, chamada por Bardin de leitura flutuante<sup>270</sup>, para identificar os aspectos mais importantes sobre a atuação da DPE/AL voltadas às pessoas assistidas no caso, principalmente os argumentos fáticos e jurídicos utilizados para justificar os pedidos. Em seguida, realizei uma sistematização escrita do material, a fim de identificar os principais núcleos/categorias de análise sobre os quais realizei inferências posteriormente. Os núcleos de análise foram os seguintes: 1. a percepção da DPE/AL sobre o consumo de drogas e sobre os usuários; 2. a contribuição da ACP para o fortalecimento da lógica hospitalocêntrica. Abaixo, exporei algumas informações relevantes para melhor compreensão da demanda e, sem seguida, passarei às análises das categorias.

Segundo a DPE/AL, a ação foi ajuizada após quarenta e quatro meses requererem assistência jurídica, na busca pela garantia do direito à saúde dos seus filhos. No polo passivo, figuraram o Estado de Alagoas e o município de Maceió e os pedidos da DPE/AL foram os seguintes: a) a designação de médicos em quarenta e oito horas, para a produção de relatórios indicativos do tratamento adequado para cada caso examinado; b) a concretização de internações involuntárias ou compulsórias, no mesmo prazo de quarenta e oito horas, quando os relatórios indicassem que seria a medida mais adequada; c) que fossem estendidos os efeitos da decisão liminar a todas as pessoas que estejam na mesma situação, determinando aos réus a

---

<sup>269</sup> BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

<sup>270</sup> BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011, p. 126.

fornecer médicos e local para internação; e que d) os secretários de saúde mantivessem médicos em quantidades necessárias ao trabalho de diagnóstico e encaminhamento de relatórios indicativos de tratamento.

Para embasar os pedidos, a DPE expôs alguns argumentos que muito interessam a este estudo e constituem o centro do primeiro núcleo de análise: a percepção da instituição a respeito do consumo de drogas e dos usuários. Logo no início do documento, foi destacada a existência de uma “verdadeira ‘epidemia’ de drogas em Alagoas, especificamente do crack, fato que gera inúmeras consequências sociais, desde a violência massiva, até a mais completa ruína das famílias”<sup>271</sup>. A afirmação do referido estado epidêmico, contudo, não foi acompanhada de qualquer elemento comprobatório. Ao que parece, seguiu a tendência de utilização de discursos baseados no pânico moral reforçados midiaticamente e através de programas políticos, como o “Crack, é possível vencer”<sup>272</sup>, que, como já mencionado na seção 3, foi publicado no ano de 2011 – apenas dois anos antes do ajuizamento da ACP - e foi um importante passo para a consolidação do apoio público a tratamentos de usuários em instituições fechadas.

Embora recentemente o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira tenha ido de encontro a essa suposta epidemia, o pânico que essa ideia exprime continua reverberando através, por exemplo, da estigmatização de uma parcela já vulnerada da população. A propósito, a situação socioeconômica dos usuários foi invocada pela DPE/AL para robustecer a necessidade de oferta de tratamento. As pessoas tuteladas foram sete mulheres e trinta e sete homens. Segundo consta na petição, o grupo era constituído por pessoas pobres e residentes em regiões periféricas de Maceió<sup>273</sup> - perfil comum à maioria das pessoas que procura as defensorias públicas em busca de assistência jurídica gratuita.

Além disso, a ausência de autonomia dos usuários foi outro argumento utilizado pela DPE/AL, conforme se pode observar abaixo:

Dentre os usuários, há aqueles em estado de alta vulnerabilidade que perderam a capacidade de autodeterminarem-se, e, sem qualquer controle, posto que guiados pelo instinto do vício, se transformam em algozes da família, da sociedade e de si mesmos<sup>274</sup>.

---

<sup>271</sup> DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE ALAGOAS. **Ação Civil Pública nº 0705484-67.2013.8.02.0001**, p. 6.

<sup>272</sup> CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Crack, é possível vencer**. Brasília: CNM, 2014, p. 140. (Estudos Técnicos, n. 7).

<sup>273</sup> DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE ALAGOAS. **Ação Civil Pública nº 0705484-67.2013.8.02.0001**, p. 2.

<sup>274</sup> DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE ALAGOAS. **Ação Civil Pública nº 0705484-67.2013.8.02.0001**, p. 6.

É interessante atentar para o fato de que, na peça processual analisada, as únicas informações expostas de forma individualizadas acerca dos pacientes foram aquelas relativas às informações pessoais, descritas na qualificação. Embora tenha anexado declarações médicas e outros documentos, no trecho destacado acima, a DPE/AL generaliza a condição de todas as quarenta e quatro pessoas, através, por exemplo, da referência ao que chamou de “instinto do vício”. Para Foucault, o emprego do instinto é um mecanismo para legitimar a articulação entre os saberes-poderes jurídico e psiquiátrico quando não se vislumbra outras alternativas de justificação. Segundo ele, o instinto atua como um instrumento para “transformar cientificamente a ausência de razão de um ato num mecanismo patológico positivo”<sup>275</sup>.

No caso da ação em comento, embora tenha abarcado um grande grupo de sujeitos e um dos pedidos tenha sido a realização de avaliação médica, ao abrir espaço para generalizações entre usuários e a forma como fazem o consumo das drogas – sem individualizar as pessoas tuteladas, considerando o seu contexto sociocultural - a DPE acaba por reforçar os estigmas sobre os indivíduos e não garante que o consumo problemático – nos casos em que realmente existe – cesse. Na própria ACP, há diversos registros de pacientes que passaram por reinternações em clínicas privadas, o que indica não apenas a persistência do problema do consumo, mas pode caracterizar movimentos de institucionalização dos usuários. Nesse ponto, é válido ressaltar que a institucionalização não se perfaz apenas na permanência longa e contínua de usuários em instituições fechadas, como clínicas, hospitais psiquiátricos e outros equipamentos. Ela também se concretiza a partir de reiteradas submissões de sujeitos a esses mecanismos de controle, que lhes impõe um estado de dependência institucional, o que corresponde a um movimento de neoinstitucionalização<sup>276</sup>.

As internações forçadas, como já mencionei no capítulo anterior, normalmente são requeridas pelas famílias dos usuários. Como uma forma de robustecer os pedidos, os danos causados em virtude do consumo problemático de drogas foram destacados a partir da menção a episódios conflituosos mencionados por familiares que acionarem a instituição em busca de assistência jurídica gratuita.

Os relatos dos envolvidos são dramáticos: acorrentam filhos em casa, filhos que desparafusam as portas e janelas para vendê-las, vendem todos os móveis da casa, agridem os pais, e, muitas vezes, se envolvem no tráfico para quitar suas dívidas, sob pena de pagá-las com a própria vida, ou com a vida de um familiar. São os próprios familiares que gritam por socorro; que vão à Defensoria pedir uma internação compulsória. Vidas despedaçadas! De todos que nutrem afeto pelo dependente

---

<sup>275</sup> FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 174.

<sup>276</sup> CORRÊA, Luisa Motta. **A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica**: uma etnografia sobre casos acompanhados por CAPS da cidade do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2022, p. 44.

químico. Cidadãos em alta vulnerabilidade, que se tornam indivíduos decrepitos comandados pelo desejo incontrolável de consumir a droga, sendo capaz de tudo, inclusive de matar e morrer, para saciar seu vício.

Sem desconsiderar a gravidade dos relatos, é preciso refletir sobre dois aspectos importantes, que introduzem o segundo núcleo de análise, o qual trata do papel da ACP estudada no fortalecimento da lógica hospitalocêntrica. O primeiro aspecto diz respeito à utilização, mais uma vez, de generalizações para justificar a necessidade de tratamento. O segundo é o fato de que, embora tenha requerido que aos réus fosse imposta a obrigação de disponibilizar profissionais da saúde para a construção de documentos indicativos do tipo de tratamento a ser imposto, a DPE/AL se manifestou pela imposição da internação, citando os dispositivos da Lei nº 10.216/2001 (Lei de reforma psiquiátrica) pertinentes ao tema.

Além da desconsideração de outras medidas possíveis para o tratamento em meio aberto ou mesmo de internações mais curtas, preconizadas pela referida Lei – e apesar de ter fundamentado a ACP no art. 1º, III, e no art. 5º, III, ambos da Constituição Federal, que se referem, respectivamente, à dignidade da pessoa humana como fundamento da República e à vedação da tortura e de tratamentos degradantes -, a DPE/AL não considerou que nem sempre as funções declaradamente terapêuticas prevalecem nas instituições privadas. Muitas vezes, elas reproduzem práticas degradantes de controle dos usuários, a exemplo das coações morais, das segregações em espaços de castigo e da institucionalização de pacientes, como pude identificar ao longo do trabalho de campo. Nesse sentido, de acordo com as lições de Alessandro de Giorgi, essas instituições expandem as redes transencarceradoras que atuam no controle social de pessoas vulneradas pela negligência estatal<sup>277</sup>.

Nesse contexto, a Defensoria, enquanto órgão essencial do Estado democrático, voltando-se à proteção dos direitos humanos, como dispõe o art. 1º, da Lei Complementar nº 80/1994, deve funcionar como um limite para o arbítrio e fortalecimento de mecanismos que utilizam a proteção à saúde como justificativa para impor práticas criminalizadoras. Essa atuação é fundamental em um campo marcadamente proibicionista como é a política de drogas de drogas brasileira, que serve como um instrumento de perpetração da exclusão de indesejáveis sociais, ao abrir espaços para atuações seletivas e repressivas contra alguns grupos de consumidores<sup>278</sup>. A atuação da DPE/AL, no caso aqui analisado, parece não ter considerado

---

<sup>277</sup> DE GIORGI, Alessandro. **Cinco teses sobre o encarceramento em massa**. Porto Alegre: Canal Ciências Criminais, 2017, p. 44.

<sup>278</sup> SHECAIRA, Sérgio Salomão. Uma nova política de drogas é possível. In: SHECAIRA, Sérgio Salomão *et al.* (orgs.). **Drogas: desafios contemporâneos**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2018, p. 397.

essa face do problema, uma vez que a sua atuação foi direcionada em defesa da imposição das internações.

Além disso, ao longo do processo, constam vários relatórios produzidos pelas equipes dos Anjos da Paz, um serviço de abordagem social vinculado à Secretaria de Estado de Prevenção à Violência, onde foram registradas as tentativas – frustradas - de convencer as pessoas abordadas a decidirem pelo tratamento voluntário em comunidades terapêuticas do estado. Durante a entrevista com Igor, da CT3, ele comentou que quando trabalhou na Rede Acolhe, essas tentativas eram feitas no intuito de reduzir custos para o estado, tendo em vista a enorme diferença entre os valores da diária em uma comunidade terapêutica em relação às clínicas de internação.

Em diversos documentos comprobatórios dos custos com internações psiquiátricas constantes do processo aqui analisado, as diárias nas clínicas, em meados de 2017, estavam custando em torno de R\$ 170.00<sup>279</sup>. Ou seja, cerca de quatro vezes mais do que o atual valor das menores diárias e mais que o triplo do valor das maiores diárias (referentes às mães nutrizes acolhidas junto com os seus filhos) nas comunidades terapêuticas, conforme expus no item 3.3.2. Nesse mesmo sentido foi a fala de Josué, que também já trabalhou com os Anjos da Paz:

Fiquei com o acolhe fazendo um trabalho de resgate, aí era atendimento a domicílio. Então quando eu não conseguia, eu fazia uma intervenção involuntária. Como eu já trabalhava dentro da prática da involuntária, então eu já sabia como era todo processo, a gente fazia o parecer técnico encaminhando para a Defensoria e sempre tinha uma aprovação rápida a involuntária<sup>280</sup>.

Com essa fala, Jorge ressalta a articulação existente entre a DPE/AL e a rede de assistência estatal para a realização de encaminhamentos de usuários para tratamento em clínicas involuntárias. Este aspecto demonstra um enorme protagonismo da defensoria alagoana nesses casos.

De acordo com Haroldo Caetano e Mario Caixeta, a atuação da Defensoria e do Ministério Público na judicialização como caminho para consecução das internações forçadas é um sinal da fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial, como se pode observar na realidade alagoana. Além disso, também demonstra que os integrantes do sistema de justiça, em alguns casos, interpretam a Lei nº 10.216/2001 de forma contrária aos interesses dos sujeitos

---

<sup>279</sup> DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE ALAGOAS. **Ação Civil Pública nº 0705484-67.2013.8.02.0001**, p. 3090.

<sup>280</sup> Diário de campo do dia 15 de agosto de 2022.

tutelados<sup>281</sup>. Como visto nas subseções anteriores, as violações aos pacientes em clínicas de internação visitadas não se resumiram à restrição da liberdade. Os mecanismos de manutenção da normalização atuam em todos os âmbitos da vida das pessoas internadas, já que justificadas pelo seu caráter perigoso ou pela ausência de autonomia para tomar decisões, o que se presume ser decorrência do consumo de drogas.

Sendo assim, a atuação da DPE/AL deveria ser direcionada ao fortalecimento dos equipamentos públicos de caráter aberto e comunitário. Nos casos extremos, quando for indispensável a internação, ela deve ocorrer em leitos psiquiátricos de hospitais gerais, de acordo com a Lei 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica). Como isso não vem se concretizando na realidade alagoana, onde as instituições privadas recebem grande parte das demandas relativas ao consumo de drogas, o papel fiscalizador da DPE/AL deve ser prioritário, pois dele depende a proteção das inúmeras pessoas que são enviadas às clínicas, seja a partir da atuação do órgão ou não. Paralelamente, mostra-se essencial a atuação da DPE/AL na defesa do fortalecimento da rede de atenção psicossocial pública de Alagoas.

#### 4.3.2. A construção de decisões sobre internações compulsórias no Tribunal de Justiça de Alagoas

As demandas de internação compulsória necessariamente devem ser resolvidas pelo poder judiciário. Em muitos casos, elas chegam para julgamento através da atuação das defensorias públicas, sobretudo após requisição das famílias das pessoas usuárias. Mas independente de quem represente os autores das ações, é a decisão judicial que determina o cabimento ou não da medida nesses casos.

Na realidade alagoana, muitas vezes as decisões judiciais favoráveis às internações, além de definirem o destino dos pacientes, representam um impacto financeiro relevante para as finanças estaduais e municipais, pois os tratamentos de pessoas hipossuficientes realizados em clínicas privadas costumam ser custeados pelos referidos entes. Diante desse cenário e dos aspectos que já apresentei, como a ampla margem de interferência de terceiros nos casos de internação - conforme demonstrei no item 4.1, a respeito da atuação de membros da família -, entendi ser relevante compreender como algumas dessas decisões foram construídas.

---

<sup>281</sup> CAETANO, Haroldo; CAIXETA, Mário Henrique Cardoso. Internação forçada do usuário ou dependente de drogas: fundamentos jurídicos e limites à atuação jurisdicional. **Revista magister de direito penal e processual penal**, v. 97, p. 25-39, 2020.

Com esse fim, realizei uma seleção de acórdãos em sede de apelação cível, julgados pelo Tribunal de Justiça de Alagoas, no período compreendido entre o dia 1º de janeiro de 2020 e o dia 31 de dezembro de 2020. A opção de analisar as apelações se justifica porque, de acordo com Luciana Musse<sup>282</sup>, elas costumam ser o tipo de recurso mais utilizado nos pleitos relacionados às internações compulsórias. Além disso, a escolha também levou em consideração o fato de que, na referida fase processual, já existe um nível de exaurimento cognitivo que permite realizar análises mais coerentes com as especificidades dos casos concretos, com base nas informações apresentadas pelas partes no processo.

Em relação ao recorte temporal, a seleção das decisões aconteceu no ano de 2021 e foi baseada na necessidade de observar a atuação dos julgadores e dos demais atores processuais em um período próximo, para que fosse possível observar posicionamentos mais recentes proferidos localmente a respeito da matéria. Além disso, desejei selecionar decisões proferidas em momento próximo ao período em que fiz o campo nas clínicas de internação. Levei em consideração, ainda, a necessidade de a amostra ser referente ao período de um ano, para que fosse possível observar linearmente a utilização dos argumentos utilizados na decisão. É importante destacar que algumas delas compõem processos iniciados em anos anteriores.

Para localizar as decisões, realizei uma pesquisa no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça de Alagoas, no campo destinado à consulta jurisprudencial completa, utilizando as expressões “internação involuntária” e “internação compulsória”<sup>283</sup> e indicando o período de interesse. Através desses critérios de busca, localizei doze acórdãos<sup>284</sup>. Além disso, realizei uma consulta junto à Divisão de Estatística do TJ/AL para verificar a existência de outros processos que satisfizessem os critérios desta pesquisa e me foi enviada uma tabela com todos os possíveis processos, fruto de uma pesquisa realizada pelos servidores da divisão através dos critérios estabelecidos pelo Sistema de Gestão de Tabelas Processuais Unificadas, do Conselho Nacional de Justiça. A partir da tabela, realizei consulta em cada um dos processos, a fim de localizar outros documentos passíveis de análise para os fins deste estudo. Por fim, nenhum novo documento foi acrescentado.

---

<sup>282</sup> MUSSE, Luciana Barbosa. Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos Santos (org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p. 210.

<sup>283</sup> Embora o foco da pesquisa tenha sido as internações compulsórias, utilizei a pesquisa com as duas expressões para dirimir os riscos de não localizar alguns processos de internações compulsórias que eventualmente tenham sido nomeados de forma equivocada.

<sup>284</sup> As apelações cíveis analisadas foram as seguintes: AC nº 0700540-41.2019.8.02.0056; AC nº 0700056-26.2019.8.02.0056; AC nº 0700543-48.2016.8.02.0008; AC nº 0705602-27.2017.8.02.0058; AC nº 0725804-75.2012.8.02.0001; AC nº 0800164-30.2018.8.02.0046; AC nº 0700112-98.2019.8.02.0043; AC nº 0700396-67.2019.8.02.0056; AC nº 0700137-54.2018.8.02.0041; AC nº 0800338-03.2018.8.02.0058; AC nº 0714899-11.2012.8.02.0001; AC nº 0703660-39.2014.8.02.0001.

De acordo com Paulo Eduardo Silva, a pesquisa em processos judiciais permite tanto uma análise estritamente jurídica, acerca de aplicação e da produção de efeitos normativos, quanto abordagens sociológicas para se avaliar a efetividade das normas no contexto social. Além disso, através da pesquisa documental em processos judiciais, é possível compreender como atuam os atores sociais no âmbito do sistema de justiça<sup>285</sup>. Nesse horizonte, para análise dos acórdãos, utilizei a técnica de análise de conteúdo, nos termos propostos por Bardin<sup>286</sup>, a partir das fases explicadas na introdução e no item 4.3.1. Por se tratar de uma pesquisa de cunho qualitativo, a análise de conteúdo não se restringiu à verificação da recorrência de informações nos documentos. Os núcleos de análise foram os argumentos veiculados, que serviram para nortear as decisões, sobretudo aqueles relacionados aos laudos psiquiátricos e aqueles relativos ao esgotamento de outras medidas terapêuticas antes da requisição da internação. Nesse sentido, considerei a previsão do art. 6º, da Lei nº 10.216/2011 (Lei de Reforma Psiquiátrica) que prevê a necessidade de que o laudo médico seja circunstanciado, de modo que sejam expostos os motivos que demonstram a necessidade da internação.

Como mencionei, o foco da pesquisa foram as internações compulsórias, as quais constituem o objeto das decisões judiciais analisadas. A referida modalidade costuma ser bastante questionada, tendo em vista a magnitude da sua interferência na liberdade e autonomia da pessoa submetida a tão incisiva intervenção. Ela pode servir, inclusive, como instrumento punitivo, a partir de discursos patologizantes dos usuários de drogas. De acordo com Clécio Lemos, a defesa da internação compulsória se ancora, por vezes, em objetivos repressivos, fundamentos típicos do controle penal, sem que sejam asseguradas as garantias provenientes da dogmática penal e processual penal ante a possibilidade de imposição restritiva de liberdade e outros direitos fundamentais<sup>287</sup>.

As críticas ao instituto partem tanto de abordagens oriundas da área da saúde quanto da esfera jurídica. Nessa direção, a respeito do tema, mais precisamente das internações compulsórias aplicadas a usuários na região conhecida como cracolândia, em São Paulo, Ingo e Gabriela Sarlet defendem que tais medidas devem ser aplicadas apenas “em casos individualizados e escorados em evidências concretas, mediante o devido controle jurisdicional

---

<sup>285</sup> SILVA, Paulo Eduardo Alves da. Pesquisa em processos judiciais. In: MACHADO, Maíra Rocha (org.). **Pesquisar empiricamente o direito**. São Paulo: Rede de Estudo Empíricos em Direito, 2017, p. 282-284.

<sup>286</sup> BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

<sup>287</sup> LEMOS, Clécio. Tratamento compulsório: Droga, loucura e punição. **Sistema penal & violência**, v. 5, p. 319-337, 2013, p. 327.

e respeitado o alcance da legislação”<sup>288</sup>, de modo que a dignidade dos indivíduos atingidos por esse tipo de intervenção não seja violada.

A decisão acerca da existência de requisitos para a internação compulsória de usuários de drogas constitui um aspecto nevrálgico para este estudo. Em todos os acórdãos analisados, a decisão foi construída tomando como referência os laudos psiquiátricos. Os referidos documentos médicos estavam presentes na maioria dos casos. Quando não estavam, a ausência foi determinante para a não imposição do tratamento, como se verá adiante.

No entanto, antes de adentrar na análise desse contexto de utilização dos laudos, serão apresentadas algumas linhas acerca da sua importância para a construções das decisões judiciais. Nessa direção, adequa-se de forma muito precisa a menção feita por Foucault à metáfora da “porta giratória”<sup>289</sup>, através da qual o autor demonstra a enorme ingerência do saber médico, especificamente o saber psiquiátrico, nas decisões judiciais. Nesse sentido, o que se extrai dessa metáfora é o fato, observável pela análise de processos judiciais, de que no campo jurídico, quando se trata de casos de sofrimento mental, os saberes psiquiátricos se destacam em relação aos saberes jurídicos, sobrepondo-se a estes. E, justamente por causa dessa importância, resta evidente a necessidade de tais instrumentos serem bem construídos, de modo que os profissionais responsáveis pela sua feitura apresentem tantas circunstâncias quanto possível a respeito dos pacientes e dos agravos à sua saúde – e de terceiros, se for o caso.

A propósito, Cristina Rauter<sup>290</sup> fez importante observação sobre os laudos psiquiátricos na esfera criminal, mas que se aplica perfeitamente ao tema deste estudo - uma vez que a internação compulsória constitui uma medida claramente segregatória, ainda que não penal. Segundo a autora, não se pode esquecer que os laudos psiquiátricos têm o condão de revestir de cientificidade a repressão estatal. A partir dessa perspectiva, quanto melhor fundamentada estiver a avaliação médica, menores as chances de serem cometidas arbitrariedades. Esses aspectos a respeito dos laudos psiquiátricos são relevantes para a presente análise, pois, como já introduzido, o conteúdo dos documentos impactou fortemente na tomada de decisão pelos magistrados, bem como fundamentou os questionamentos e pedidos das partes vinculadas às decisões estudadas.

---

<sup>288</sup> SARLET, Ingo Wolfgang; SARLET, Gabrielle Bezerra Sales. Saúde mental e internações com pulsórias na perspectiva da bioética e dos direitos humanos e fundamentais: uma investigação crítica do caso da “cracolândia” na cidade de São Paulo. **Revista de direitos e garantias fundamentais**, v. 18, p. 31-64, 2017, p. 57.

<sup>289</sup> FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 40.

<sup>290</sup> RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 85.

Em semelhante direção, mas focando na atividade dos intérpretes do direito e na sua responsabilidade no âmbito do Estado Democrático, Ana Paula de Barcellos<sup>291</sup> afirmou que a utilização intensiva pelos enunciados constitucionais e legais de princípios e conceitos abertos ou indeterminados, dentre outros mecanismos, transfere ao Judiciário contemporâneo um amplo poder na definição do que é, afinal, o direito. Sob pena de serem acusadas de puramente arbitrárias e ilegítimas em um Estado democrático de direito, as escolhas do intérprete nesse ambiente demandam justificativas.

Diante dessas lições, um primeiro aspecto se destacou durante a análise dos acórdãos para os fins deste estudo: o fato de que, de doze acórdãos, em apenas dois houve o indeferimento do pedido de internação compulsória. Em um desses casos, a decisão foi motivada pela inexistência de laudo médico-psiquiátrico, condição sem a qual não pode haver internações obrigatórias. No outro caso, o pedido foi negado porque “o laudo não caracterizou os motivos suficientes à excepcionalidade da medida”. Ambas as decisões estão amparadas pela Lei nº 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica), portanto.

Outro aspecto extremamente relevante levantado por Ingo e Gabriela Sarlet é a necessidade de que seja demonstrado no laudo médico circunstanciado a situação de perigo concreto<sup>292</sup> ao usuário ou a terceiro, vez que não são suficientes inferências supondo a possibilidade de criação de perigo apenas pelo fato de se tratar de um usuário de drogas. Além disso, também é essencial para a legalidade da internação que haja a comprovação de que o paciente desenvolveu transtorno psiquiátrico em decorrência do uso de drogas ilícitas<sup>293</sup>. Também nesse sentido são os ensinamentos de Juarez Cirino dos Santos, segundo o qual o laudo deve conter a especificação dos motivos que justifiquem a imposição da segregação do paciente, não bastando a constatação da existência de transtorno mental<sup>294</sup>.

Essas exigências são extremamente importantes, porque visam a impedir violações de direitos decorrentes de internações arbitrárias, de modo que se evite a utilização da internação para fins higienistas:

Não há como agasalhar qualquer medida que tenha por escopo uma conveniente limpeza das ruas e dos lares, isolando pura e simplesmente as pessoas com

---

<sup>291</sup> BARCELLOS, Ana Paula de. **Ponderação, racionalidade e atividade jurisdicional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005, p. 39-40.

<sup>292</sup> SARLET, Ingo Wolfgang; Gabrielle Bezerra Sales, SARLET. Saúde mental e internações compulsórias na perspectiva da bioética e dos direitos humanos e fundamentais: uma investigação crítica do caso da “cracolândia” na cidade de São Paulo. **revista de direitos e garantias fundamentais**, v. 18, p. 31-64, 2017, p 53.

<sup>293</sup> SARLET, Ingo Wolfgang; Gabrielle Bezerra Sales, SARLET. Saúde mental e internações compulsórias na perspectiva da bioética e dos direitos humanos e fundamentais: uma investigação crítica do caso da “cracolândia” na cidade de São Paulo. **revista de direitos e garantias fundamentais**, v. 18, p. 31-64, 2017, 55.

<sup>294</sup> SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito penal**: parte geral. 9. ed. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020, p. 635.

dependência química e alcoólica, usando para tanto o instrumento da internação psiquiátrica obrigatória”<sup>295</sup>.

Nesse sentido, justificativas de cunho protecionista não podem encobrir, sob o discurso terapêutico, a segregação de indesejáveis sociais.

Em uma das decisões analisadas, o relator entendeu que o laudo psiquiátrico não deixou clara a existência de sofrimento mental decorrente do uso de drogas e, de forma sistemática, relacionando os elementos dos autos que demonstravam que o usuário desempenhava atividades regularmente, inclusive laborais, sem problemas decorrentes do uso de substâncias entorpecentes, decidiu pela não aplicação da medida de internação. No entanto, houve dois casos em que não ficou bem demonstrada a existência de transtorno psíquicos nos fundamentos da decisão. Em um deles, por exemplo, o julgador decidiu pelo deferimento da internação compulsória por se tratar de “dependente químico agressivo, conforme comprova o laudo” e completou reforçando a adequação da medida já que, “sendo de família pobre, é cabível determinar sua internação compulsória”.

Tais argumentos devem ser analisados com muita cautela, tendo em vista que episódios de agressividade não são suficientes para demonstrar a necessidade de internação, uma vez que, por si só, não indicam a existência de transtorno mental e nem, necessariamente, de colocação de terceiros em risco. Em segundo lugar, o fato de o usuário ser de família pobre pode até ser uma justificativa para que o estado deva custear o tratamento. Porém, da forma como foi colocado, mais pareceu que a vulnerabilidade econômica foi utilizada como justificadora da medida em si, o que também não se mostra razoável.

Além da constatação referida acima, em apenas um dos casos foi ressaltada a tentativa de realização de tratamentos alternativos à internação, apesar de esta ser uma condição prevista no art. 4º, da Lei nº 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica), sem a qual tal intervenção não deveria ocorrer. No referido julgado, restou comprovado que o paciente tinha sido acompanhado pelo CAPS em uma cidade do interior do Estado durante quinze anos, mas essa assistência não mais era suficiente para as suas demandas de tratamento. Nos demais casos, como já dito, a utilização de outros meios de tratamento pelos pacientes não ficou evidente nos votos. Assim, cabe destacar que, ainda que houvesse espaço de escolha, o processo de interpretação deve ter a lei como guia<sup>296</sup>. Com efeito, a Lei nº 10.216/2001 orienta pelo esgotamento de outras medidas antes do deferimento da internação.

---

<sup>295</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. O caso da cracolândia de São Paulo e a (in?)dignidade da pessoa humana. **Consultor jurídico**, São Paulo/SP, 16 jun. 2017.

<sup>296</sup> ENGISCH, Karl. **Introdução ao pensamento jurídico**, 8ª ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001, p. 226.

Por fim, ressalto que, na maioria dos casos, os julgadores determinaram a internação compulsória sob o argumento de que a rede de saúde pública não oferecia condições adequadas para o tratamento do usuário. No entanto, dois julgados se destacaram pela forma como tal argumento foi colocado: o magistrado de primeiro grau afirmou, sem maiores justificativas, que os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS não possuíam condições de realizar o tratamento para o usuário, o que recebeu a concordância do relator. Diante do teor da afirmação, não se questiona o fato de que os referidos equipamentos possuem deficiências que obstam o seu pleno funcionamento em todas as localidades. No entanto, não é possível generalizar essa condição sem demonstrar inequivocamente os problemas concretos do referido Centro, o que poderia ser feito, por exemplo, através de documentos ou mesmo de outros registros audiovisuais.

Essa comprovação, além de ser uma forma de demonstrar a solidez da informação, seria um modo de dar conhecimento ao ente federativo responsável pela instituição, e poderia servir como uma ferramenta para a melhoria na prestação dos serviços públicos. Isso porque, na maioria dos casos analisados, a internação compulsória foi “assumida como possibilidade diante da ineficiência dos serviços públicos”<sup>297</sup>, o que demonstra a necessidade de atuação estatal para garantir qualidade da assistência à saúde prestada na rede pública.

Conforme demonstrado acima, foram veiculadas nas decisões afirmações sobre a inviabilidade de tratamento em instituições da rede pública de saúde, como o Hospital Escola Portugal Ramalho e os CAPS, mas em nenhuma delas existem referências às condições estruturais e procedimentais das clínicas onde seriam realizadas as internações compulsórias. Essa lacuna constitui um problema que não pode ser ignorado quando se analisa a racionalidade da decisão, pois a Lei nº 10.216/2001 (Lei de reforma psiquiátrica), no art. 4º, § 3º, estabelece os requisitos para a internação compulsória que estão diretamente relacionados ao funcionamento dos locais de acolhimento. O art. 9º, da referida lei, prevê, inclusive, que o juiz “levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”.

Além disso, é preciso atentar para o fato de que nem sempre há suficiente fiscalização por parte do Estado nessas instituições, a fim de verificar a regularidade e a qualidade nos serviços prestados. Como se observou nesta seção, não são incomuns práticas que violam os direitos das pessoas internadas nessas instituições. Desse modo, é necessário que o julgador

---

<sup>297</sup> BORGES, Silier Andrade Cardoso; SANTOS, Maria Ligia Rangel Santos; PORTO, Priscilla Nunes. Discurso Jurídico-Moral Humanizador sobre drogas e violência sanitária na saúde da família. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 430-441, 2018, p. 437.

considere, ao construir sua decisão, as possíveis consequências da mesma na vida da pessoa que será atingida pelos seus efeitos.

A propósito, destacou-se, durante as análises, o fato de que, em nove processos dentre os doze analisados, as pessoas que solicitaram as internações eram representadas pela Defensoria Pública do Estado de Alagoas. Essa constatação sinaliza um forte indício de que o público internado nessas comunidades é vulnerado socioeconomicamente, fato que também foi observado durante o trabalho de campo e em outras pesquisas acerca do perfil desse público<sup>298</sup>. Tal vulneração é um importante elemento demonstrativo da necessidade de assistência com qualidade nos âmbitos jurídico, social e de assistência à saúde. As vulnerações podem também estar associadas - ou mesmo serem a causa - da falta de conhecimento sobre os meios para se proteger e denunciar violações de direitos que esses indivíduos podem sofrer durante o tratamento, o que reforça a necessidade de uma constante atuação estatal fiscalizadora.

É importante destacar que não defendo a abolição integral das internações, desde que sejam realizadas em situações realmente excepcionais. Dada a heterogeneidade dos usuários de drogas, é possível que haja pessoas que realmente precisam de um afastamento temporário dos contextos de uso, para que alcancem a independência dos comportamentos aditivos, se assim desejarem ou se, a partir de tais comportamentos, colocarem a própria vida ou a de terceiros em risco. Como mostra Jéssica Hind Ribeiro Costa,

não se pode descartar que a internação compulsória (quando aplicada de maneira coerente) se constitui como medida de caráter protetivo para casos de extrema necessidade e até mesmo de risco de vida. Não se coaduna aqui com a ideia de um instrumento de penalidade ou punição, mas se estabelece como meio efetivo de proteger o sujeito vulnerado<sup>299</sup>.

Nesse sentido, o que defendo é que o maior número de pessoas que precisem e desejem a assistência à saúde seja alcançado e, também igualmente importante, tenha a sua individualidade e os seus direitos fundamentais respeitados, incluindo a observância da excepcionalidade da restrição da liberdade por meio da internação. Esse ideal só pode se concretizar se houver pluralidade de abordagens disponíveis para acesso aos usuários e se os serviços forem oferecidos com qualidade, o que exige tanto a existência de condições materiais adequadas, quanto profissionais que viabilizem tratamentos humanizados.

---

<sup>298</sup> DANIELI, Rafael Vinícius *et. al.* Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 66, p. 139-149, 2017, p. 141.

<sup>299</sup> COSTA, Jéssica Hind Ribeiro. **A internação compulsória no âmbito das cracolândias**: implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015, p. 142.

Diante disso, deve-se observar que a precarização da rede de saúde mental vai na contramão do que prega o princípio da vedação ao retrocesso no âmbito do direito social à saúde. É possível que, a partir de uma perspectiva menos flexível do referido princípio, tal visão seja questionada. Nesses casos, entretanto, cabe trazer à reflexão a perspectiva de que a vedação ao retrocesso abarca “toda e qualquer forma de proteção de direitos fundamentais em face de medidas do poder público, com destaque para o legislador e o administrador, que tenham por escopo a supressão ou mesmo restrição de direitos fundamentais”<sup>300</sup>.

Sendo assim, o não fortalecimento dos equipamentos e serviços no âmbito da rede pública de assistência à saúde, a partir da escolha governamental de priorizar apenas uma abordagem de tratamento - em detrimento daquela preconizada pela Lei 10.216/2001 (Lei de reforma psiquiátrica) e que satisfaz os postulados básicos do Sistema Único de Saúde - não parece merecer outra análise senão a de que está em curso a precarização do sistema de saúde mental público através do movimento que tem sido chamado de *contrarreforma psiquiátrica*, que tem como duas das principais características a reatualização e o fortalecimento da lógica manicomial e de mercantilização das estratégias de atenção à saúde mental<sup>301</sup>.

---

<sup>300</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. Notas sobre a assim designada proibição de retrocesso social no constitucionalismo latino-americano. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, v. 75, p. 116-149, 2009, p. 124. Disponível em: <http://www.abdpc.com.br/admin/midias/anexos/1440694885.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2022.

<sup>301</sup> NUNES, Mônica De Oliveira; LIMA JÚNIOR, Igor Mendes de; PORTUGAL, Clarice Moreira; TORRENTÉ, Maurice de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4489-4498, 2019.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegar a esta parte do trabalho é uma oportunidade para rememorar as trilhas percorridas para a sua construção. Como não poderia ser diferente, principalmente por se tratar de uma pesquisa que incluiu a realização de trabalho de campo, os percursos foram sendo descobertos à medida que eu caminhava - com passos ora seguros, ora vacilantes. Nessas andanças, busquei me manter atenta para captar o máximo possível dos elementos encontrados pelo caminho. A presença diante da morte física e das anulações simbólicas, os sorrisos, olhares, diálogos e tantos outros tipos de interações - com pessoas e ambientes - foram essenciais à construção deste trabalho e têm sido igualmente importantes no meu processo de formação enquanto jovem pesquisadora.

Nessa direção, a minha busca por compreender melhor as complexas variáveis que envolvem a assistência e controle de pessoas usuárias de drogas na região metropolitana de Maceió não se encerra com esta pesquisa. Mas foi através dela que iniciei as interações com as múltiplas realidades com as quais tive contato, partindo das relações estabelecidas com os sujeitos nelas implicados, principalmente profissionais, pessoas usuárias e ex-usuárias dos serviços. Isso foi possível pela realização das observações etnográficas.

Desde o período de negociações para que eu pudesse acessar os estabelecimentos de acolhimento e tratamento, um aspecto que se destacou foi o fato de que, em maior ou menor grau, as plataformas visitadas reproduziam estratégias de normalização e de reforço a processos de sujeição criminal do público atendido. Esses mecanismos foram lidos através de lentes sociocriminológicas, as quais permitiram compreender os cenários que acessei - através das visitas ou das narrativas das pessoas participantes - enquanto mecanismos de sistemas disciplinares que, como tais, atuam a partir de estratégias de punição. Nessa linha, estudos a respeito do *transencarceramento* foram essenciais para as minhas reflexões sobre a função das instituições (não penais) aqui estudadas na difusão do controle sobre pessoas rotuladas como desviantes, a partir da sua aproximação com a lógica penitenciária.

Ressalto que essa atuação disciplinadora não se mostrou homogênea, mas variou de acordo com os métodos adotados em cada instituição. No caso do CAPS AD Everaldo Moreira - que constitui um equipamento essencial para o fortalecimento das estratégias de cuidado em meio aberto, preconizadas pela Lei nº 10.216/2001 (Lei de reforma psiquiátrica) - por exemplo, os discursos securitários e estigmatizantes sobre os usuários, associados aos problemas estruturais e à insuficiência do equipamento diante da grande demanda por atendimentos, têm legitimado o fortalecimento de instituições fechadas, a exemplo das

comunidades terapêuticas e das clínicas de internação involuntária. Isso foi observado por mim através dos relatos que davam conta de reiterados encaminhamentos de pacientes pelo serviço para as clínicas, corroborando a lógica hospitalocêntrica de domínio da pessoa em sofrimento mental.

Historicamente, as instituições psiquiátricas executam a função de isolar indesejáveis sociais, ainda que sob justificativas terapêuticas. Com as perspectivas beligerantes e higienistas em torno das drogas - fomentadas a partir da criminalização do seu comércio e consumo, bem como do medo difundido em torno dessas substâncias - os espaços de segregação, gerenciados a partir dos mecanismos de saber-poder psiquiátricos, têm sido cada vez mais ocupados por esses *novos loucos*, que transitam nas fronteiras entre o crime e o sofrimento mental. Na realidade local, como destaquei ao longo do texto, essas pessoas são majoritariamente direcionadas para as clínicas e comunidades terapêuticas.

Nas comunidades terapêuticas, onde a permanência dos usuários é voluntária, a lógica disciplinar é reforçada por outras estratégias, a exemplo do recurso às práticas religiosas, notadamente aquelas de viés neopentecostal, e ao trabalho que, na maior parte dos casos, não permitia aos usuários quaisquer proveitos econômicos ou possibilidades de ascensão social. Nesse ponto, destaco que, embora não sejam inerentes ao funcionamento das instituições carcerárias, é histórica a relação das referidas instituições com as práticas religiosas cristãs (católicas ou evangélicas) e com o trabalho. E pelo que foi possível perceber neste estudo, esse modelo também é reproduzido na esfera do controle dos usuários de drogas nas instituições fechadas aqui estudadas. Para ilustrar essa conexão, destaco que a necessidade de aceitar a fé cristã e dar testemunho dessa fé foi considerada, em algumas instituições, como uma condição para o sucesso do tratamento pela maioria dos profissionais entrevistados. Apenas um dos profissionais se mostrou crítico à dimensão ocupada pela religião no tratamento na instituição em que atuava à época.

Embora as práticas religiosas possam ter efeitos positivos para uma parte dos usuários, é preciso considerar que as comunidades terapêuticas têm ocupado um lugar de protagonismo na política de drogas brasileira e são mantidas, majoritariamente, pelos repasses de recursos públicos. Em regiões como a que eu pesquisei, esses estabelecimentos constituem as alternativas de cuidado mais difundidas entre os usuários e recebem, em sua maioria, pessoas socioeconomicamente vulneradas. Muitas vezes, elas encontram nesses locais as suas únicas oportunidades para alcançar a independência do consumo de drogas. Por isso, ainda que não professem a mesma fé, costumam se submeter a práticas proselitistas religiosas articuladas no interior dessas instituições. Em apenas uma das comunidades terapêuticas visitadas, as pessoas

acolhidas afirmaram a existência de flexibilidade na participação nos cultos e outros momentos voltados à espiritualidade neopentecostal realizados na *casa*. A existência de apenas uma exceção demonstra o caráter impositivo da atuação da maior parte das instituições e devem alertar para a sua configuração enquanto barreira ao acesso à saúde dos usuários, o que se mostra irrazoável em um país laico, que deve prezar pelo respeito à liberdade religiosa.

Nas clínicas de internação, além do disciplinamento religioso e da utilização de práticas ocupacionais com fins de docilização de corpos, o viés punitivo é ainda mais agravado pelo caráter involuntário das internações, o que intensifica o controle biopolítico sobre as pessoas em tratamento. É preciso destacar que os mecanismos de controle são institucionalmente impostos sobre as pessoas atendidas como uma forma de se alcançar a padronização de comportamentos. Como consequência, espera-se a adequação da pessoa submetida a tratamento às perspectivas morais e sociais dominantes nas instituições. Dessa forma, observei durante a pesquisa que as variáveis pessoais - a exemplo da condição de gênero dos usuários e usuárias - quando não foram consideradas obstáculos para que os tratamentos alcançassem os objetivos propostos institucionalmente, foram vistos como acessórios, sem que tenham recebido a devida atenção pelos atores e atrizes institucionais.

Assim como nas comunidades terapêuticas, a disciplina das clínicas de internação se direciona para a gestão da totalidade vida dos indivíduos atendidos. A diferença é que, diante do caráter obrigatório do tratamento, as estratégias utilizadas nas clínicas também incidem na dimensão física dos pacientes considerados indisciplinados, os quais são submetidos a contenções físicas e químicas (medicamentosas) e outros tipos de punição, a exemplo da segregação em espaços de isolamento no interior das próprias instituições.

As clínicas são, portanto, instituições bastante ambíguas. Elas conjugam abordagens médico-psiquiátricas e religiosas, que são assim combinadas para robustecerem a sua dimensão carcerizante, materializada pelo cerceamento de liberdade e pelo empenho para a normalização dos pacientes. Na maioria dos casos, as internações são requeridas pelas famílias, que assumem a responsabilidade pelas medidas. De acordo com as informações colhidas em campo, essas requisições de familiares não costumam ser questionadas pelas instituições privadas de tratamento. Quando a família possui meios para custear a manutenção dos pacientes, sem precisar recorrer aos entes federativos ou aparatos judiciais, os próprios psiquiatras das clínicas costumam justificar a internação, ainda que não haja outros meios que reforcem a ausência de capacidade dos usuários para gerirem as suas vidas, a exemplo da interdição civil.

Nessa direção, é perceptível que os espaços não controlados por instituições externas costumam ser preenchidos por práticas arbitrárias, como os *resgates* - sem a realização de

avaliação prévia da pessoa *resgatada* - e a manutenção de internações longas, com fins de higienização social. Esses longos períodos de internação ou as recorrentes reinternações encaminham os pacientes para a institucionalização, o que fere gravemente os ideais antimanicomiais de promoção da dignidade da pessoa em sofrimento mental, de onde decorrem a necessidade de respeito à sua autonomia e o fomento à sua reinserção social.

Diante da extensa margem para atuações arbitrárias e violadoras de direitos das pessoas submetidas a tratamento, entendo ser imprescindível o fortalecimento dos mecanismos de controle externo das instituições pesquisadas. Tanto as observações etnográficas, quanto as análises documentais expostas na última seção - que tiveram como foco a atuação de atores do sistema de justiça no campo das internações involuntárias - demonstraram a necessidade de robustecer a atuação fiscalizadora pelos órgãos competentes e de que os atores jurídicos também compreendam tais medidas para além da sua face pretensamente terapêutica.

Ao se pleitear ou decidir pela imposição de internações forçadas, é preciso considerar essas instituições como mecanismos de controle social de grupos vulnerados que utilizam, em muitos casos, estratégias contrárias à promoção da saúde das pessoas tuteladas. Além disso, essa atuação jurisdicional também precisa ser direcionada ao fortalecimento da rede de atenção à saúde mental de base comunitária e à promoção de meios que permitam às pessoas que desejem reduzir ou interromper o consumo de drogas a garantia de tratamentos condizentes com a complexidade dessa prática. Isso porque, como hábito multifatorial, o consumo de drogas de drogas prejudicial à vida dos usuários não admite soluções únicas, generalizáveis.

Com essas palavras (que não são finais!), desejo que este trabalho possa, ainda que minimamente, contribuir para os debates sobre as alternativas de acolhimento e tratamento para as pessoas - idosas, adultas, crianças, adolescentes - que têm a sua vida atravessada pelo consumo de drogas e sobre estratégias de enfrentamento às muitas violências fomentadas pelos discursos que robustecem as estruturas punitivas em torno da questão.

Por fim, diante das tantas possibilidades para as quais esta pesquisa me despertou, não posso considerar, neste texto inacabado, a existência de uma conclusão. Aproveito o espaço para fazer um convite à caminhada. Há muito a percorrer.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, Augusto Jobim do. **A Ostentação Penal na Democracia**. Florianópolis: Empório do Direito, 2015. Disponível em: <https://emporiiododireito.com.br/leitura/a-ostentacao-penal-na-democracia>. Acesso em: 29 out. 2020.
- AMARAL, Augusto Jobim do; ANDREOLLA, Andrey Henrique. Drogas, urbanismo militar e gentrificação: o caso da “cracolândia” paulistana. **Revista direito e práxis**, v.11, n. 4, Rio de Janeiro, p. 2162-2187, 2020
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- AMARANTE, Paulo. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol 1, n.1. 2009.
- ARAÚJO, Isabela Cristina Araújo; CHAVES, Luana Hordones. Aprendendo a ser mulher no cárcere. **Interseções: revista de estudos interdisciplinares**, v. 23, p. 133-161, 2021.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARRIGO, Bruce. Transcarceration: Notes on a psychoanalytically-informed theory of social practice in the criminal justice and mental health systems. **Crime, Law & Social Change**, v. 27, p. 31–48, 1997.
- ARRIGO, Bruce A. Transcarceration: a constitutive ethnography of mentally ill “offenders”. **The Prison Journal**, v. 81, n. 2, June, p. 162-186, 2001.
- AUDI, Amanda. **Pastores fingem ser pms para internar usuários de drogas à força em Brasília**. The Intercept Brasil, 2020. Disponível em: <https://theintercept.com/2020/08/05/pastores-fingem-ser-pm-brasilia-batalhao-patrolha-paz/>. Acesso em: 10 ago. 2022.
- AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de; HYPOLITO, Laura Giardi. Impacto da Lei 11.343/2006 no encarceramento e possíveis alternativas. In: CARVALHO, Érika Mendes de; ÁVILA, Gustavo Noronha de. (Orgs.). **10 Anos da lei de drogas: aspectos criminológicos, dogmáticos e político criminais**. Belo Horizonte: Editora D’Plácido, 2016.
- BARCELLOS, Ana Paula de. **Ponderação, racionalidade e atividade jurisdicional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARTOLOZZI JÚNIOR, Fábio. **“Resistir para re-existir”**: criminologia (d)e resistência diante do governo necropolítico das drogas. 2018. 294 p. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.
- BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro *et al.* (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.
- BATISTA, Vera Malaguti. **Difíceis ganhos fáceis**: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revan, 2003.
- BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BECHARA, Ana Elisa Liberatore Silva. **Valor, norma e injusto penal**: considerações sobre os elementos normativos do tipo objetivo do Direito Penal contemporâneo. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2020.
- BLEICHER, Taís.; VIANA, Terezinha de Camargo. Continuidades e Descontinuidades do Tratamento Moral em Modelos de Tratamento para Toxicômanos. **Revista de Psicologia**. Fortaleza, v. 3 n. 1, p. 38-50, jan./jun. 2012.
- BÖES, Guilherme Michelotto; AMARAL, Augusto Jobim do. **Criminologia midiática e a campanha “Crack, nem pensar”**: refletindo sobre a falta de pensamento. Revista da Faculdade de Direito da UFPR, v. 64, p. 63-95, 2019.
- BOITEUX, Luciana. **Drogas y prisión**: la represión contra las drogas y el aumento de la población penitenciaria en Brasil. In: Transnational Institute; Washington Office on Latin America. Sistemas Sobrecarregados – leys de drogas y carceles en America Latina. Amsterdam/Washington, 2010.
- BOITEUX, Luciana. Liberdades individuais, direitos humanos e a internação forçada em massa de usuários de drogas. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais**, Belo Horizonte, v. 7, no 25, p. 53-80, jan./abr. 2013.
- BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lúcia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, ciências, saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, out-dez, 2015.
- BORGES, Silier Andrade Cardoso; SANTOS, Maria Ligia Rangel Santos; PORTO, Priscilla Nunes. Discurso Jurídico-Moral Humanizador sobre drogas e violência sanitária na saúde da família. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 430-441, 2018.
- BORTOLOZZI JUNIOR, Flávio. **“Resistir para re-existir”**: criminologia (d)e resistência e a (necro)política brasileira de drogas. Belo Horizonte: D'Plácido, 2019.

BRANCO, Thayara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil**, 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias** - Julho a Dezembro de 2019. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família** - ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Conselho Federal de Psicologia. Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: MNPCT, 2017.

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. **Relatório de inspeções em unidades dos sistemas prisional e socioeducativo do estado de Alagoas**. Brasília: MNPCT, 2022

BRETTAS, Tatiana. **Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Consequência, 2020, p. 245.

CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. *Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo*. São Paulo: Editora 34; Edusp, 2000.

CARVALHO, Salo. **A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

COHEN, Stanley. *The punitive city: notes on the dispersal of social control*. **Contemporary Crises**, vol. 3, p. 339-363, 1979.

CORRÊA, Luisa Motta. **A persistência da institucionalização em tempos de reforma psiquiátrica: uma etnografia sobre casos acompanhados por CAPS da cidade do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2022.

COSTA, Jéssica Hind Ribeiro. **A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico**. 2015. 202 f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

CRESPO, Marcelo Xavier de Freitas. **Justiça terapêutica**. In: GUIMARÃES, Marcello Ovídio Lopes (coord.). *Nova lei antidroga comentada: Lei n. 11,343*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

CUNHA, Manuela Ivone. **A prisão feminina como ‘ilha de lesbos’ e ‘escola do crime’**: discursos, representações, práticas. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários. 1991.

- DANIELI, Rafael Vinícius *et. al.* Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, p. 139-149, 2017, p. 141. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsi/v66n3/0047-2085-jbpsi-66-3-0139.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2022.
- DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DE GIORGI, Alessandro. **Cinco teses sobre o encarceramento em massa**. Porto Alegre: Canal Ciências Criminais, 2017.
- DE LEON, George. **The therapeutic community: theory, model, and method**. New York: Springer Publishing Company, 2000.
- DOMANICO, Andrea. **História, conceitos e princípios de Redução de Danos**. In: *Redução de Danos: história, conceitos e princípios de redução de danos*. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019.
- ENGISCH, Karl. **Introdução ao pensamento jurídico**, 8ª ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.
- FACCHINETTI, Cristiana. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 502-505, setembro 2008, p. 503.
- FELTRAN, Gabriel de Santis. **Fronteiras de tensão**: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2008.
- FIGUEIRO, Martha; DIMENSTEIN, Magda. Rede de saúde mental e acolhimento para as famílias que sofrem com problemas decorrentes do uso de drogas no município do Natal, Rio Grande do Norte. **Psicología, conocimiento y sociedad**, v. 10, p. 81-100, 2020.
- IORE, Maurício *et al.* **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos; CEBRAP, 2022.
- FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI; Neuza Maria de Fátima. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 73-88, jan./abr. 2019.
- FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**, 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

- FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2013.
- FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2014.
- FOUCAULT, Michel. **A sociedade Punitiva**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2018.
- FOUCAULT, Michel. **Malfazer, dizer verdadeiro**. São Paulo: Martins Fontes, 2018b.
- FRANÇA JÚNIOR, Francisco de Assis. **Criminologia das drogas: desvelando o vício brasileiro pela guerra**. Andradina: Meraki, 2021.
- GARLAND, David. A cultura do controle. Rio de Janeiro: Revan, 2008.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015.
- GRILLO, Carolina Christoph. **Fazendo o doze na pista: um estudo de caso do mercado ilegal de drogas na classe média**. 2008, 128 f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- HART, Carl. **Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.
- HERNANDES, Lincon Frucks *et. al.* Internação compulsória e vida em cena: subjetividades em descompasso. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 41, p. 1-12, 2021.
- HOTEL Laide: a lembrança da cracolândia. Direção: Débora Diniz. Brasília: HuffPost Brasil, 2017.
- LARRAURI, Elena. **Control informal: las penas de las mujeres**. In: LARRAURI, Elena. *Mujeres, derecho penal y criminología*. Madrid: Siglo Veintiuno, 1994.
- LE MOS, Clécio. Tratamento compulsório: Droga, loucura e punição. **Sistema Penal & Violência**, v. 5, p. 319-337, 2013.
- LIMA, Flávio Augusto Fontes de. **Justiça terapêutica: em busca de um novo paradigma**. Tese de Doutorado, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- LOPES, Fábio José Orsini. Proibicionismo e atenção em saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas. **Psicologia e Sociedade**. Vol. 31, Junho/2019.
- LOWMAN, John; MENZIES, Robert J.; PALYS, T.S. (Org.). **Transcarceration: essays in the sociology of social control**. Aldershot, UK: Gower, 1987.
- LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson Rodrigues. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva, Florianópolis**, ano 12, vol. 2, p. 399-407, 2007.
- MACHADO, Mariana. **Grupo de religiosos fardados é acusado de ameaçar moradores de rua**. Correio Braziliense, 2020. Disponível em:

[https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2020/08/05/interna\\_cidadesdf,878664/grupo-de-religiosos-fardados-e-acusado-de-ameacar-moradores-de-rua.shtml](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2020/08/05/interna_cidadesdf,878664/grupo-de-religiosos-fardados-e-acusado-de-ameacar-moradores-de-rua.shtml). Acesso em 10 ago. 2022.

MACHADO, Érica Babini Lapa do Amaral. Da máquina de tortura à teoria dos bens jurídicos-penais: autofagia da legitimidade do expansionismo à luz da metáfora kafkiana. *In*: CARVALHO, Érika Mendes de; MELLO, Marília Montenegro Pessoa de; BORGES, Paulo César Corrêa (Org.). **Direito Penal, Processo Penal e Constituição II: XXIII Congresso Nacional do Conpedi**, 1ed. Igor Pessoa: Conpedi, v. 1, p. 238-266, 2014. Disponível em: <<http://publicadireito.com.br/publicacao/ufpb/livro.php?gt=261>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MACRAE, Edward. **O uso ritual de substâncias psicoativas na religião do Santo Daime como um exemplo de redução de danos**. *In*: NERY FILHO, Antônio *et. al.* (Orgs.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2019.

MALAQUIAS, Carlos Adolfo Carvalhal. **Da relação entre tráfico de drogas e homicídios em Maceió**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2021.

MALLART, Fábio. **Findas linhas: circulações e confinamentos pelos subterrâneos de São Paulo**. 2019. 270 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

MALVEZZI, Cilene Despontin; NASCIMENTO, Juliana Lupotini do. Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: moralismo, criminalização e teorias da abstinência. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, p. 1095-1112, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/c49gRJGdXhMmT5KvYB3yngx/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2022.

MARLATT, Gordon Alan. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARONNA, Cristiano Avila. **Apontamentos a respeito do debate sobre a descriminalização da posse de drogas para uso pessoal no Brasil**. *In*: SHECAIRA, Sérgio Salomão *et al.* (Orgs.). **Drogas: desafios contemporâneos**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2018.

MOORE, Dawn; HIRAI, Hideyuki. Outcasts, performers and true believers: responsabilized subjects of criminal justice. **Theoretical Criminology**, vol. 18, n. 1, p. 5-19, 2014, p. 11.

MARQUES, Adalton. “Liderança”, “proceder” e “igualdade”: uma etnografia das relações políticas no Primeiro Comando da Capital1. **Etnográfica**, Lisboa, p. 311-335, 2010.

- MISSE, Michel. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria "bandido". **Lua Nova**, v. 79, p. 15-38, 2010.
- MISSE, Michel. Mercados ilegais, redes de proteção e organização local do crime no Rio de Janeiro. **Estudos Avançados**, v. 21, p. 139-157, 2007.
- MUSSE, Luciana Barbosa. **Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais** In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos Santos(Org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.
- NUNES, Plínio Leite. **A criminologia das drogas**. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020.
- NUNES, Mônica De Oliveira; LIMA JÚNIOR, Igor Mendes de; PORTUGAL, Clarice Moreira; TORRENTÉ, Maurice de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva** , v. 24, p. 4489-4498, 2019.
- SANTOS, Maria Paula Gomes dos (coord.). **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017. (Nota Técnica, n. 21).
- SIMON, Jonathan. **Governing Through Crime: How the War on Crime Transformed American Democracy and Created a Culture of Fear**. Nova York: Oxford University Press, 2007.
- OLIVEIRA, Gustavo Carvalho de; VALENÇA, Alexandre Martins. Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. 1-13, 2020.
- OLMO, Rosa del. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.
- PESSOTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.
- PIMENTEL, Elaine; WANDERLEY, Nathália. Silêncios e mitos numa perspectiva interseccional: do controle informal de corpos ao controle penal de mulheres negras. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 10, n. 2 p.247-294, 2020.
- PIMENTEL, Elaine. **As mulheres e a vivência pós-cárcere**. Maceió: EDUFAL, 2015.
- RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.
- RÊGO, Marlize. **Toxicomanias: movimentos de uma clínica**. In: NERY FILHO, Antônio *et al.* (Orgs.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2019.
- REIS, Tatiana Rangel. Antecedentes históricos e teóricos da Irmandade dos Alcoólicos Anônimos. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita (orgs.). **Religiões e o paradoxo do apoio social**. São Paulo: Hucitec, 2019.

RODRIGUES, Fernando de Jesus; CARVALHO, Ada Rízia Barbosa De; SANTOS, Alana Barros. Notas sobre redes de proteção: facção, família e crime em periferias urbanas de Alagoas. **Diversitas Journal**, v. 5, n. 3, p. 2297–2316, 2020.

RODRIGUES, Luciano Oliveira Villarinho. **História da redução de danos na cidade de Santos**. In: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; SILVA, Patricia Carvalho (Orgs.). **Redução de danos: ampliação da vida e materialização de direitos**, São Paulo: UNIFESP / UNIVESP, 2019.

RODRIGUES, Luciano Oliveira Villarinho. **História da redução de danos na cidade de Santos**. In: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; SILVA, Patricia Carvalho (Orgs.). **Redução de danos: ampliação da vida e materialização de direitos**, São Paulo: UNIFESP / UNIVESP, 2019.

RODRIGUES, Thamires Fernandes Cardoso Da Silva; SANCHES, Rafaely De Cassia Nogueira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de; PINHO, Leandro Barbosa de;

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. Sentimentos de famílias na dependência de drogas: à luz da sociologia compreensiva. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 71, p. 2404-2412, 2018.

ROSA, Pablo Ornelas. **Drogas e a governamentalidade neoliberal: uma genealogia da redução de danos**. Florianópolis: Editora Insular, 2014.

RUI, Taniele. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção**. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. **Punição e estrutura social**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SAAD, Luísa. **Fumo de negro: a criminalização da maconha no Brasil (1890-1932)**.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito penal: parte geral**. 9. ed. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020.

SANTOS NETO, Arthur Bispo dos Santos. **Capital e pandemia**. Goiânia: Phillos, 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. Notas sobre a Assim Designada Proibição de Retrocesso Social no Constitucionalismo Latino-Americano. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, v. 75, p. 116-149, 2009, p. 124. Disponível em:

<http://www.abdpc.com.br/admin/midias/anexos/1440694885.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. O caso da cracolândia de São Paulo e a (in?)dignidade da pessoa humana. **Consultor Jurídico**, São Paulo/SP, 16 jun. 2017.

- SARLET, Ingo Wolfgang; Gabrielle Bezerra Sales, SARLET. Saúde mental e internações compulsórias na perspectiva da bioética e dos direitos humanos e fundamentais: uma investigação crítica do caso da “cracolândia” na cidade de São Paulo. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 18, p. 31-64, 2017.
- SCHEERER, Sebastian. Prohibición de las drogas em sociedades abiertas. *In*: CARVALHO, Érika Mendes de; ÁVILA, Gustavo Noronha de. (Orgs.). **10 Anos da lei de drogas**: aspectos criminológicos, dogmáticos e político criminais. Belo Horizonte: Editora D’Plácido, 2016.
- SEMER, Marcelo. **Sentenciando tráfico**: o papel dos juízes no grande encarceramento, 2.ed. São Paulo: Tirant lo Blanc, 2020.
- SHECAIRA, Sérgio Salomão. Uma nova política de drogas é possível. *In*: SHECAIRA, Sérgio Salomão *et al.* (orgs.). **Drogas**: desafios contemporâneos. Belo Horizonte: D’Plácido, 2018, p. 397.
- SILVA, Adrian Barbosa e. **A ilusão do controle das drogas**: guerra às drogas e economia política do controle social. 2021. 407 f. Tese de Doutorado. Instituto de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Pará, Belém do Pará, 2021.
- SILVA, Laura Fernandes da; SANTOS, Hugo Leonardo Rodrigues. Análise Histórico-Crítica da Construção de Discursos nos Diagnósticos Psiquiátricos de Mulheres no Manicômio Judiciário de Alagoas. **Revista Direito Público**, v. 18, p. 41-69, 2021.
- SILVA, Ageu Ribeiro da. A Justiça Terapêutica na Redução dos Danos Sociais. **Revista do Ministério Público do Estado de Goiás**, jan-jun, 2016.
- SILVA, Paulo Eduardo Alves da. Pesquisa em processos judiciais. *In*: MACHADO, Maíra Rocha (org.). **Pesquisar empiricamente o direito**. São Paulo: Rede de Estudo Empíricos em Direito, 2017.
- SPYER, Juliano. **Povo de Deus**: quem são os evangélicos e por que eles importam. São Paulo: Geração Editorial, 2020.
- STEADMAN, Henry; MORRISSEY, Joseph. The impact of deinstitutionalization on the criminal justice system: implications for understanding changing modes of social control. *In*: LOWMAN, John; MENZIES, Robert J.; PALYS, T.S. (org.). **Transcarceration**: essays in the sociology of social control. Aldershot, UK: Gower, 1987, p. 228.
- STRANO, Rafael. **Crack**: política criminal e população miserável. Rio de Janeiro: Revan, 2018.
- SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; SILVA, Patricia Carvalho (Orgs.). **Redução de danos**: ampliação da vida e materialização de direitos, São Paulo: UNIFESP / UNIVESP, 2019.

TEIXEIRA, Cesar Pinheiro. **A construção social do “ex-bandido”**: um estudo sobre sujeição criminal e pentecostalismo. 2009. 118 f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

TEIXEIRA, Mirna Barros; ENGSTROM, Elyne Montenegro; RIBEIRO, José Mendes. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 311-330, 2017.

TÓFOLI, Luís Fernando. Políticas de drogas e saúde pública. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, v.12. n. 21, 2015.

VELHO, Gilberto (org.). Desvio e divergência: uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

VELHO, Gilberto. **Nobres e anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

VERÇOZA, Lúcio Vasconcellos de. **Os homens-canguru dos canaviais alagoanos**: um estudo sobre trabalho e saúde. Maceió: Edufal, 2018.

VITAL DA CUNHA, Christina. **Oração de traficante**: uma etnografia. Rio de Janeiro: Garamond, 2015, p. 188-189.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

XAVIER, José Roberto Franco. **Algumas notas sobre a entrevista qualitativa em pesquisa**. In: MACHADO, Maíra Rocha (org.). *Pesquisar empiricamente o direito*. São Paulo: Rede de Estudo Empíricos em Direito, 2017.

ZACKSESKI, Cristina; MACHADO, Bruno Amaral; COSTA, Arthur Trindade Maranhão. Aproximações teórico-metodológicas entre a Criminologia e a Sociologia da Violência. **Crítica penal y poder**, n. 20, p. 177-210, 2020.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro Slokar. **Direito Penal Brasileiro**: primeiro volume. 4. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **O inimigo no direito penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BAILONE, Matías. **Dogmática penal e criminologia cautelar**: uma introdução à criminologia cautelar com especial ênfase na criminologia midiática. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020.

ZALUAR, Alba. **Condomínio do Diabo**. Rio de Janeiro: Revan: Editora UFRJ, 1994.

ZORILLA, Carlos González. **Drogas e questão criminal**. In: BERGALLI, Roberto; RAMÍREZ, Juan Bustos. O pensamento criminológico II: estado e controle. Rio de Janeiro: Revan, 2015, p. 285.

## ANEXOS

### ANEXO I

#### ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA OS PROFISSIONAIS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E COMPULSÓRIA

##### PRIMEIRO BLOCO

1. FALE UM POUCO SOBRE A SUA TRAJETÓRIA NA ASSISTÊNCIA SOCIAL/À SAÚDE DE USUÁRIOS DE DROGAS E SOBRE A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO PRESTADO PELAS INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO/CLÍNICAS DE TRATAMENTO.
2. QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS DESAFIOS DE TRABALHAR NA ÁREA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA?
3. VOCÊ TEM PERCEBIDO MUDANÇAS NO APOIO ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS/CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS ANOS? SE SIM, COMO VOCÊ AS AVALIA?

##### SEGUNDO BLOCO

4. QUAL O PERFIL MÉDIO (SOCIOECONÔMICO E RACIAL) DOS/AS ACOLHIDOS/AS? ELES/ELAS COSTUMAM CHEGAR ATRAVÉS DE ENCAMINHAMENTO PELO MUNICÍPIO (VIA CAPS AD), POR DECISÃO JUDICIAL OU DE FORMA PARTICULAR/VIA PLANO DE SAÚDE?
  - 5.1. Existe uma equipe de busca? Se sim, como funciona a condução?
  - 5.2. É necessário passar por algum período de triagem?
  - 5.3. Os pacientes recebem informações sobre regras de conduta quando chegam à instituição? Se sim, quais são elas e quais as consequências em caso de descumprimento?
  - 5.4. Algum tipo de droga lícita é permitida (cigarros de nicotina, por exemplo)?
5. EXISTEM DIFERENÇAS ENTRE O TRATAMENTO DAS MULHERES E O DOS HOMENS? SE SIM, QUAIS SÃO ELAS?
6. QUAL O PAPEL DA FAMÍLIA DURANTE O TRATAMENTO?
7. QUAIS SÃO AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS/OS PACIENTES DURANTE O TRATAMENTO?
8. EXISTEM ATIVIDADES VOLTADAS À ESPIRITUALIDADE DURANTE O TRATAMENTO? SE SIM, VOCÊ ACREDITA QUE SÃO IMPORTANTES? POR QUÊ?

##### TERCEIRO BLOCO

9. É COMUM QUE HAJA DESISTÊNCIA? SE SIM, QUAIS FATORES PODEM INFLUENCIAR PARA QUE A/O ACOLHIDA/O DESISTA?<sup>302</sup>
  - 9.1. Quais as perspectivas para o pós-tratamento?

---

<sup>302</sup> apenas para profissionais de comunidades terapêuticas, pois nas clínicas o tratamento é involuntário ou compulsório.

10. COMO VOCÊ ENXERGA AS RECAÍDAS DURANTE O TRATAMENTO? ELAS SÃO TOLERADAS?
  11. É POSSÍVEL CONTINUAR O TRATAMENTO NA INSTITUIÇÃO APÓS UMA RECAÍDA? SE SIM, COMO SE DÁ ESSE RETORNO?
  12. VOCÊ ACREDITA QUE A ABSTINÊNCIA REPERCUTE NA EFICÁCIA DO TRATAMENTO?
  13. NA SUA OPINIÃO, EXISTE RELAÇÃO DA DEPENDÊNCIA COM CRIMES RELACIONADOS A DROGAS? SE SIM, ISSO IMPACTA NO TRATAMENTO?
  14. A PANDEMIA OCASIONOU MUDANÇAS NO PERFIL DO PÚBLICO ACOLHIDO E/OU NAS ROTINAS DENTRO DA INSTITUIÇÃO? SE SIM, COMO VOCÊ ENXERGA OS IMPACTOS DELA (PANDEMIA) NO TRATAMENTO?
15. DESEJA ACRESCENTAR ALGUMA INFORMAÇÃO A ESTA ENTREVISTA?

## ANEXO II

## ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA OS PROFISSIONAIS DO CAPS – AD EVERALDO MOREIRA E DO CONSULTÓRIO NA RUA

## PRIMEIRO BLOCO

1. FALE UM POUCO SOBRE A SUA TRAJETÓRIA NA ASSISTÊNCIA SOCIAL/À SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.
2. COMENTE SOBRE A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO PRESTADO PELA REDE DE SAÚDE MENTAL.
3. COMO FUNCIONA A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA INSTITUIÇÃO?
4. O QUE VOCÊ ACHA DA METODOLOGIA DE TRATAMENTO UTILIZADA? CONHECE OUTRAS? SE SIM, O QUE ACHA DELAS?
5. QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS DESAFIOS DE TRABALHAR NA ÁREA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA?
6. VOCÊ TEM PERCEBIDO MUDANÇAS NO APOIO ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS/CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS ANOS? SE SIM, COMO VOCÊ AS AVALIA?
7. A INSTITUIÇÃO COSTUMA ENCAMINHAR PACIENTES PARA OUTRAS QUE TRABALHEM COM METODOLOGIAS DIVERSAS? COMO FUNCIONA ESSA INTERLOCUÇÃO?

## SEGUNDO BLOCO

8. QUAL O PERFIL MÉDIO (SOCIOECONÔMICO E RACIAL) DOS/AS ACOLHIDOS/AS?
9. ELES/ELAS COSTUMAM CHEGAR À REDE POR QUAIS MEIOS (ENCAMINHAMENTOS, POR CONTA PRÓPRIA)?
  - 5.1. Existe alguma equipe de busca? Se sim, como funciona a condução de usuários?
  - 5.2. O que é necessário fazer para ter acesso ao tratamento no CAPS/Consultório na Rua?
  - 5.3. Existe um conjunto de condutas que são expostas aos pacientes quando chegam à instituição? Se sim, quais são elas e quais as consequências em caso de descumprimento?
10. EXISTEM DIFERENÇAS ENTRE O TRATAMENTO DAS MULHERES E O DOS HOMENS? SE SIM, QUAIS SÃO ELAS?
11. QUAL O PAPEL DA FAMÍLIA DURANTE O TRATAMENTO?
12. EXISTEM ATIVIDADES VOLTADAS À ESPIRITUALIDADE DURANTE O TRATAMENTO? SE SIM, VOCÊ ACREDITA QUE SÃO IMPORTANTES? POR QUÊ?

## TERCEIRO BLOCO

13. É COMUM QUE HAJA DESISTÊNCIA? SE SIM, QUAIS FATORES PODEM INFLUENCIAR PARA QUE A/O USUÁRIO ABANDONE O TRATAMENTO?
14. VOCÊ ACREDITA QUE A ABSTINÊNCIA REPERCUTE NA EFICÁCIA DO TRATAMENTO?
15. NA SUA OPINIÃO, EXISTE RELAÇÃO DA DEPENDÊNCIA COM CRIMES RELACIONADOS A DROGAS? SE SIM, ESSA RELAÇÃO IMPACTA NO TRATAMENTO?
16. A PANDEMIA OCASIONOU MUDANÇAS NO PERFIL DO PÚBLICO ATENDIDO E/OU NAS ROTINAS DENTRO DA INSTITUIÇÃO? COMO VOCÊ ENXERGA OS IMPACTOS DELA (PANDEMIA) NO ATENDIMENTO?
17. DESEJA ACRESCENTAR ALGUMA INFORMAÇÃO A ESTA ENTREVISTA?

## ANEXO III

## ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA OS HOMENS E MULHERES TUTELADOS PELO SISTEMA PRISIONAL ALAGOANO

## PRIMEIRO BLOCO

1. PERGUNTAS INICIAIS SOBRE IDADE, AUTOIDENTIFICAÇÃO RACIAL, CIDADE ONDE MORAVA ANTES DE SER PRESO/A E PROFISSÃO.
2. FALE UM POUCO SOBRE A SUA TRAJETÓRIA DE VIDA E SOBRE AS RAZÕES PELAS QUAIS VOCÊ COMEÇOU A FAZER USO DE DROGAS LÍCITAS OU ILÍCITAS.
3. VOCÊ FOI ATENDIDO POR QUAIS INSTITUIÇÕES/SERVIÇOS POR CAUSA DO USO DE DROGAS? O QUE MOTIVOU ESSAS PASSAGENS/ATENDIMENTOS?
4. COMO FORAM ESSAS PASSAGENS/ATENDIMENTO E O QUE ELAS SIGNIFICARAM PARA SUA VIDA?
5. O QUE VOCÊ ACHOU DOS MÉTODOS UTILIZADOS?
6. VOCÊ CONCLUIU ALGUM TRATAMENTO? FALE SOBRE A EXPERIÊNCIA, INCLUSIVE SOBRE POSSÍVEIS RECAÍDAS, CASO TENHAM EXISTIDO DURANTE O TRATAMENTO,
7. NA SUA OPINIÃO, O USO DE DROGAS É SEMPRE PREJUDICIAL À SAÚDE E ÀS RELAÇÕES SOCIAIS? POR QUÊ?

## SEGUNDO BLOCO

8. VOCÊ ACHA QUE EXISTEM RELAÇÕES ENTRE USO E PRÁTICA DE CRIMES RELACIONADOS A DROGAS?
9. O USO DE DROGAS INFLUENCIOU EM ALGUMA MEDIDA NA SUA PRISÃO (OU PRISÕES ANTERIORES, SE FOR O CASO)?
10. VOCÊ ACREDITA QUE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE, DE ALGUMA FORMA, AUXILIA NA INTERRUÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS? FALE UM POUCO A PARTIR DA SUA EXPERIÊNCIA.
11. PELA SUA EXPERIÊNCIA, HÁ SEMELHANÇAS ENTRE AS INSTITUIÇÕES DE ASSISTÊNCIA PELAS QUAIS PASSOU E AS INSTITUIÇÕES PRISIONAIS? EM QUE MEDIDA ELAS SE DISTANCIAM E/OU SE APROXIMAM?
12. QUAIS SÃO OS SEUS PLANOS DE VIDA APÓS SAIR DO CÁRCERE?
13. DESEJA ACRESCENTAR ALGUMA INFORMAÇÃO A ESTA ENTREVISTA?

## ANEXO 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO  
MESTRADO EM DIREITO PÚBLICO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto: Modificações na política de drogas brasileira e o seu impacto na assistência e controle de usuárias e usuários de álcool e outras drogas na região metropolitana de Maceió.

Pesquisadora: Laura Fernandes da Silva.

Orientador: Prof. Dr. Hugo Leonardo Rodrigues Santos.

Instituição: Universidade Federal de Alagoas.

Unidade Acadêmica: Faculdade de Direito - Programa de Pós-graduação em Direito Público.

Contato: mestradodireitofal@gmail.com

Endereço: Avenida Lourival de Melo Mota, S/N, Cidade Universitária, Maceió-AL.

Local da coleta de dados: Região metropolitana de Maceió.

Eu, Laura Fernandes da Silva, responsável pela pesquisa, convido-o/a a participar como voluntário do estudo, através do qual se busca compreender os possíveis impactos das recentes alterações na política de drogas brasileira sobre a assistência social e à saúde das pessoas em situação de uso ou abuso de drogas na região metropolitana de Maceió.

Acreditamos que a pesquisa seja importante, porque permitirá o aprimoramento da assistência às usuárias e usuários de álcool e outras drogas na região metropolitana de Maceió que precisem de atendimento na rede pública de saúde ou em instituições privadas, como clínicas de internação involuntária ou compulsória e comunidades terapêuticas. Para isso, serão realizadas análises da literatura e das normas jurídicas pertinentes ao tema estudado, bem como observação não participante e entrevistas com profissionais das instituições citadas e pessoas que já foram acolhidas e/ou realizaram tratamento em alguma/s dela/s em virtude do uso problemático de drogas.

Sua participação constará de se dispor a responder algumas perguntas sobre as suas percepções acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito da rede pública de saúde mental e/ou instituições privadas (clínicas ou comunidades terapêuticas).

É possível que você tenha algum desconforto ao responder as perguntas. Caso se sinta incomodada/o ou constrangida/o com as perguntas, poderá não responder a algumas questões ou desistir de participar a qualquer momento. Como principal benefício, espera-se que o estudo viabilize uma maior compreensão sobre a rede de atenção aos usuários na região pesquisada e, a partir disso, seja um instrumento para o aprimoramento da assistência oferecida.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, **sem a identificação dos voluntários**, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Durante a pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com a pesquisadora responsável através do e-mail [laura.silva@fda.ufal.br](mailto:laura.silva@fda.ufal.br) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo e-mail [cep@ufal.br](mailto:cep@ufal.br).

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. Além disso, os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

**Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetida/o, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea

vontade, expresse minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma  
das quais recebi.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da/o voluntária/o

\_\_\_\_\_  
Assinatura da responsável pela obtenção do TCLE

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_.