

**Universidade de Brasília – UnB**

**Faculdade de Direito**

**INTERNAÇÃO FORÇADA DE DEPENDENTES DE DROGAS:**

A repressão travestida de tratamento

**LEONARDO ARAÚJO VIEIRA**

**Brasília**

**2017**

**Universidade de Brasília – UnB**  
**Faculdade de Direito**

**INTERNAÇÃO FORÇADA DE DEPENDENTES DE DROGAS:**

A repressão travestida de tratamento

**LEONARDO ARAÚJO VIEIRA**

Monografia de conclusão de curso apresentada à banca examinadora da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, como exigência parcial à obtenção do grau de bacharel em Direito sob a orientação da professora Doutora Ela Wiecko Volkmer de Castilho.

**Brasília**  
**2017**

## **AGRADECIMENTOS**

Já que há louCURA, sou só agradecimentos...

Família, que a minha loucura seja perdoada, pois metade de mim é amor e a outra metade também. Obrigado por nunca desistirem.

Amigos e Amigas, de todos os loucos do mundo eu quis vocês, porque a suas loucuras parecem um pouco a minha. Obrigado por ficarem.

Mestres e Mestras, de perto ninguém é normal. Obrigado por trazerem liberdade pra dentro da minha cabeça.

A todos que me auxiliaram de alguma forma carinhosa, que atire a primeira pedra aquele que não for louco. Obrigado por não me deixarem cometer a loucura de ser um sujeito normal.

*“O que mata um jardim*

*Não é mesmo alguma ausência*

*nem o abandono...*

*O que mata um jardim*

*É esse olhar vazio*

*de quem por eles passa indiferente.”*

*(Mario Quintana)*

## SUMÁRIO

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | INTRODUÇÃO.....                         | 5  |
| 2   | APARATO LEGAL À INTERNAÇÃO FORÇADA..... | 9  |
| 3   | MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA..... | 13 |
| 3.1 | PSIQUIATRIA REFORMADA.....              | 13 |
| 3.2 | NOVO EDIFÍCIO PSIQUIÁTRICO .....        | 15 |
| 4   | A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....  | 19 |
| 4.1 | ANTECEDENTES DA REFORMA .....           | 19 |
| 4.2 | CONSTRUINDO ALTERNATIVAS.....           | 22 |
| 4.3 | NOVOS HORIZONTES?.....                  | 25 |
| 5   | POLÍTICA DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS..... | 28 |
| 5.1 | AS DROGAS NO MUNDO .....                | 28 |
| 5.2 | A CRIAÇÃO DA AGENDA BRASILEIRA .....    | 31 |
| 5.3 | IMPÉRIO DA DESINFORMAÇÃO .....          | 39 |
| 5.4 | POLÍCIA DE DROGAS .....                 | 52 |
| 6   | CONSTRUINDO ALTERNATIVAS.....           | 72 |
| 6.1 | ARMISTÍCIO COM AS DROGAS.....           | 72 |
| 6.2 | PENSANDO FORA DA CAIXA .....            | 77 |
| 7   | ALGUMAS CONCLUSÕES.....                 | 82 |
|     | REFERÊNCIAS.....                        | 85 |

## 1 INTRODUÇÃO

Toda vida vale a pena, é preciso preservá-la; mas toda forma de vida também, é preciso respeitá-la.

A internação forçada de pessoas com sofrimentos psíquicos relacionados ao consumo de drogas<sup>1</sup> atende às duas demandas, sustentam os arautos do proibicionismo: “trata” o indivíduo contra ele mesmo (e em seu nome) e reprime o “desejo perverso daquele que se escravizou pelo vício” (refazendo sua capacidade de discernir).

A medida extrema, contudo, não cumpre nenhuma das duas promessas: nem preserva a vida, já que é uma terapêutica extremamente inexitosa; nem respeita a liberdade de escolha do ser (ainda) humano. Por que, então, ainda hoje se prioriza um atendimento que, além de ineficaz, é o mais restritivo e dispendioso?

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e a Associação Psiquiátrica Americana (APA), por meio do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM V), classificam os dependentes de substâncias psicoativas como portadores de transtorno mental. Assim, avaliar o modelo de atendimento atualmente oferecido aos que sofrem com o uso nocivo<sup>2</sup> de drogas perpassa inevitavelmente na apreensão dos paradigmas construídos em torno da psiquiatria e do próprio conceito de transtorno mental.

Portanto, para respondermos ao questionamento acima e refletirmos sobre a melhor forma de o Estado se fazer presente na vida dos dependentes de drogas em situação de rua – público preferencial da medida extrema de internação –

---

<sup>1</sup> O termo *droga* será utilizado, na presente monografia, como sinônimo de *substância psicoativa*, *droga psicoativa*, *psicoativo* ou *psicotrópico*, tal qual orienta o Glossário de Álcool e Drogas (BERTOLOTE, 2006). Refutamos o termo *entorpecente*, haja vista que nem todos os psicoativos entorpecem o organismo, retirando a energia do usuário.

<sup>2</sup> É considerado nocivo o padrão de consumo de substâncias psicoativas que causa dano físico ou mental para a saúde. Utilizaremos a expressão *uso nocivo* em equivalência a *uso arriscado*, bem como a *abuso de substância psicoativa*, definida como um “padrão desajustado de uso indicado pela continuação desse uso apesar do reconhecimento da existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico, persistente ou recorrente, que é causado ou exacerbado pelo uso recorrente em situações nas quais ele é fisicamente arriscado” (BERTOLOTE, 2006, p. 13).

faz-se necessário resgatar, ainda que brevemente, os movimentos reformistas da psiquiatria na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), bem como os reflexos na história da Reforma brasileira.

De igual forma, mostrou-se também imprescindível destrinchar os diplomas normativos que se referem ao atendimento da dependência, perscrutando-se se os direitos legalmente conquistados estão sendo respeitados.

O interesse por este tema surgiu em decorrência da exaustiva exposição, na grande mídia, das operações policiais de combate ao consumo de drogas na região central de São Paulo – a “cracolândia” paulista. Causava-nos estranheza como aquelas medidas – oficialmente defendidas como garantidoras de direitos e de assistência – pudessem infligir ainda mais dor e sofrimento.

A ausência de direitos básicos é uma constante na trajetória social do usuário de “crack”, álcool e outras drogas em situação de rua. Contudo, o projeto de atendimento nas comunidades terapêuticas – *locus* preferencial de tratamento da Política de Drogas do estado de São Paulo – não nos parecia apto a resguardar (e resgatar) a cidadania daquele que sofre transtornos decorrentes do uso nocivo de psicoativos, tal qual exige a Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2011), base legal utilizada, contraditoriamente, pelos defensores daquelas ações massificadas de internação coercitiva.

Era preciso averiguar, portanto, se o que aquela política sustentava equivalia realmente ao que prometia e provocava na prática. Ou seja, se a internação forçada de usuários de drogas, efetivada em nome da assistência e da defesa de direitos dos próprios usuários, era a medida mais adequada e eficiente aos objetivos propostos pela própria política pública.

No Brasil, observamos uma diferenciação cultural no trato dos usuários de drogas que se encontram em situação de rua e dos que não chegam a esse limite de vulnerabilidade. Igualmente, entre os consumidores de drogas lícitas e ilícitas. O uso nocivo de álcool e tabaco, por exemplo, a depender do ambiente social, pode ser naturalizado e até considerado “descolado”, enquanto de outras drogas, especialmente do crack, é tido como um desvalor à imagem social: o “drogado”.

Mas, resta saber se essa percepção cultural corresponde a critérios de saúde e a necessidades sociais. Os psicoativos ilícitos são de fato mais prejudiciais ao organismo? Seus usuários representam realmente maior perigo para a sociedade? A presente pesquisa busca desenvolver uma crítica sobre essas “verdades”, assim também sobre a legitimidade das políticas públicas de internação forçada nos dependentes em situação de rua.

São Paulo se insere de forma peculiar nesse debate, haja vista que, na capital paulista, coexistem atualmente duas políticas diametralmente opostas: uma, com ênfase na repressão do consumo de drogas e na internação forçada; outra, que busca reconstruir um projeto de vida para os usuários por meio de ações de redução de danos e de construção consensual de adesão a projetos terapêuticos.

A histórica nos mostra que, em momentos de grave crise, quando a sociedade se posiciona atrás das trincheiras do medo, as políticas daí decorrentes tendem a ser ainda mais violadoras de liberdades individuais. A construção e o reforçamento midiático do “pânico moral em torno da epidemia do crack” parecem proporcionar o mesmo efeito: diante de “zumbis” – de seres “perigosos e escravos do vício” –, não haveria que se investir em ações consensuadas de tratamento. O uso da força e da violência institucional parecem atender de forma mais imediata ao clamor social.

A presente monografia tenta ao máximo despir-se do senso comum que contamina o debate, ao passo que desenvolve uma reflexão crítica sobre os mitos, os estigmas e os estereótipos que cercam o tema, por entendermos que a arma mais poderosa para reduzir os problemas atrelados ao consumo nocivo de drogas é a informação.

Pretendemos, assim, pesquisar sobre as normas que regulam as atividades nas comunidades terapêuticas e identificar as críticas que esse modelo vem recebendo; bem como averiguar os principais programas nacionais e regionais no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas.

Assim como Beatriz Vargas, acreditamos ser preciso, para se encontrar alternativas diferentes da repressão e da ideologia de guerra às drogas: “desnaturalizar ideias, apontar distorções e erros, historicizar conceitos, arrefecer

ódios, paixões e medos, substituir a violência pela inteligência, enfim, abrir o debate” (VARGAS, 2012, p. 39).

## 2 APARATO LEGAL À INTERNAÇÃO FORÇADA

O debate sobre a internação não-voluntária é travado sobre alguns eixos básicos. Dentre eles, o papel que o Estado deve exercer na vida dos usuários de drogas em situação de rua (público preferencial da medida), e a legalidade e a legitimidade das medidas a serem adotadas pelo Poder Executivo.

Para tanto, utiliza-se como aparato legal imediato a Lei nº 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”. Mas o que une aqueles que sofrem dos ditos transtornos mentais e os dependentes de substâncias psicoativas?

Drogas são substâncias que, quando penetram o organismo (seja pela ingestão, através do fumo, inalada ou injetada), são capazes de alterar o estado psíquico do indivíduo. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e a Associação Psiquiátrica Americana (APA), por meio do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM V), classificam os sofrimentos decorrentes do uso nocivo de psicoativos na categoria de *transtorno mental e comportamental*<sup>3</sup>, definido como

[...] uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (APA, 2013, p. 20).

Para Merhy (2012), contudo, a cisão entre normalidade e patologia no humano não é científica – como propagam algumas entidades corporativas no campo da saúde –, mas puramente construção da sociedade, que gere a vida dos indivíduos e marca quais são os comportamentos adequados no mundo de produção do capital.

---

<sup>3</sup> Os ditos transtornos mentais e comportamentais se subdividem, ainda, segundo o CID-10 e o DSM-V, em subcategorias de acordo com o tipo de substância psicoativa, a saber, *canabis*, anfetamina, cocaína, fumo, alucinógeno, dentre outras.

Com efeito, o próprio uso da linguagem e de conceitos imprecisos como *transtorno* ou *doença mental*<sup>4</sup> se torna mais uma violência contra o paciente, pois pouco diz sobre o sofrimento psíquico de natureza grave em si, reduzindo pessoas complexas a meros rótulos (COSTA, 2004, p. 81). Szasz afirma, ainda, que doenças mentais sequer deveriam ser consideradas uma doença, já que “não podem ser nem detectadas, nem diagnosticadas pelo exame de células, tecidos ou órgãos” (SZASZ, 2000).

Os anormais da hora produzidos por essa sociedade são os “craqueiros”: tidos como os “novos loucos”, não mais da desrazão, mas loucos do desejo. Assim, apesar de fenômenos distintos, os usuários de drogas vêm ocupar o lugar dos anormais outrora preenchido pelos leprosos e posteriormente pelos loucos. Todos eles, cada qual no seu tempo, causaram a mesma ojeriza social e despertaram sentimentos semelhantes na sociedade: o medo da pobreza, o medo do abandono e, principalmente, o medo da diferença.

Reunidos pelo mesmo medo, outro caminho não tem restado senão as mesmas práticas repressivas a fim de interditar o “desejo perverso” e “proteger” o próprio indivíduo de si mesmo, apartando-o da população “sadia”. Assim é que o Estado vem justificando oficialmente algumas ações de internação, inclusive contra a vontade do paciente: é preciso “resguardar” a integridade e a saúde dos usuários de drogas, que “perderam sua capacidade de discernimento e de autodeterminação”, a ponto de serem rotulados como “mortos vivos” ou “zumbis”.

A internação vem sendo apresentada, portanto, como um mecanismo de proteção dos direitos fundamentais dos próprios dependentes químicos que se encontram fora de seu perfeito juízo e em situação de abandono e isolamento.

Essa modalidade de tratamento é prevista no artigo 6º da Lei nº 10.216/2001 – a Lei de Reforma Psiquiátrica – sob três formas: a) voluntária – que se dá com o consentimento do usuário; b) involuntária – que ocorre sem o consentimento

---

<sup>4</sup> A presente monografia milita na tentativa de desconstrução da violência e da marginalização criadas pela própria linguagem. Dessarte, não utilizaremos os termos *transtorno* ou *doença mental*, por entendermos que estes seriam melhor representados por *sofrimento psíquico*.

do usuário e a pedido de terceiros (geralmente sua família); e c) compulsória – que também ocorre sem o consentimento do usuário, mas exige determinação judicial.

A internação compulsória, a modalidade mais utilizada para as pessoas em situação de rua, deve ser determinada pelo juiz competente, mediante indicação médica motivada, cuja autoridade pouco é questionada. Esse seria, consoante afirma Ileno Costa, “um jogo de competências cegas”:

[...] ao juiz, que não entende de “doença mental” em toda a sua complexidade, cabe internar e desinternar, com base nos pressupostos legais – hoje sumariamente defasados – e numa perícia psiquiátrica que, supostamente conhecendo-a, não tem tal poder (COSTA, 2004, p. 87).

Contudo, a Lei nº 10.216/2001 não disciplina os critérios de que se devem valer o profissional médico para a internação sem o consentimento do paciente. A referência primária a esses critérios era encontrada no Decreto nº 24.559/1934, que previa a “proteção” do psicopata e, alicerçada na defesa social, convalidava a incapacidade civil de todos os pacientes (DELGADO, 2011). O Decreto adrede citado, exarado no governo Vargas, discriminava a possibilidade de internação aos “indivíduos suspeitos de doença mental que ameaçarem a própria vida ou a de outrem” (art. 7º, § 1º, “c”). Seriam os casos, por exemplo, de risco de suicídio ou de pacientes em surto psicótico que expusessem a perigo imediato sua própria integridade ou de terceiros.

Entretanto, a Lei nº 10.216/2001 é o oposto simétrico da regulação precedente. Como ressalta Delgado (2011, p. 117):

[...] ela se funda nos direitos, específicos e difusos, e na cidadania plena dos pacientes. Em seguida, o artigo 2º elenca nove direitos básicos, entre os quais o da prioridade no tratamento comunitário, o que é reforçado em todo o artigo 4º, que estabelece a internação como uma modalidade de tratamento, a ser utilizado apenas nos casos em que é indispensável.

Atualmente, o controle e os limites da internação involuntária estão regulados por normas infra legais, dentre as quais, pela Resolução nº 2057/2013, do Conselho Federal de Medicina, que estabelece no *caput* e no §1º do artigo 31 que:

O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica: I – Incapacidade grave de autocuidados. II – Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde. III – Risco de autoagressão ou

de heteroagressão. IV – Risco de prejuízo moral ou patrimonial. V – Risco de agressão à ordem pública.

O risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de autocuidados, grave síndrome de abstinência a substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química.

Como se observa, não obstante a mudança paradigmática estabelecida pela atual Lei Federal, os critérios indicativos imediatos parecem bastante semelhantes àqueles elencados pelo Decreto de 1934.

Parece-nos, então, incongruente autorizar ou determinar a internação forçada do usuário em uso nocivo de drogas por meio do resgate de uma base teórica de mais de 80 anos, cujos conteúdos não são suficientemente claros. O que se pode compreender, por exemplo, pela expressão “incapacidade grave de autocuidado” ou “grave quadro de dependência química”?

Ao tempo em que utilizam esses conceitos relativamente vagos para legitimar a indicação da internação involuntária, as ações valem-se da Lei nº 10.216/2001, responsável por inaugurar um novo paradigma em Saúde Mental, com a abolição da exclusão do doente mental, em que se buscou justamente o rompimento com o processo de isolamento que marcou a história da psiquiatria.

Com efeito, a Lei de Reforma Psiquiátrica foi gestada durante 30 anos através da luta contra os manicômios, haja vista a comprovada “ineficácia do sistema de segregação em equipamentos fechados, [que] representam espaços de reclusão, miséria e reprodução da violência”, opina a Associação Brasileira de Saúde Mental em carta enviada ao Congresso Nacional em 2013 (ABRASME, 2013).

Com o propósito de melhor compreender o espírito inscrito na Lei nº 10.216/2001 e o pano de fundo em torno do qual este diploma normativo foi constituído, bem como tentando resgatar o que foi efetivamente conquistado, faremos uma reconstrução da história recente da psiquiatria e de suas influências na formulação da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira.

### 3 MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

#### 3.1 PSIQUIATRIA REFORMADA

O período do pós 2ª Guerra Mundial, marcado pelos traumas das graves violações de direitos humanos nos campos de concentração da Europa, fez emergir projetos de reforma psiquiátrica que lutavam contra o caráter totalizador e segregador das instituições asilares até então vigentes. Isso porque “não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 46).

Nesse contexto, surgiram alguns projetos de reforma psiquiátrica – principalmente na Europa e nos EUA –, que não foram, contudo, homogêneos, nem sucessivos, convivendo paralelamente. O que os distinguiu foi a forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização.<sup>5</sup>

No primeiro eixo das propostas de reforma, situavam-se a comunidade terapêutica – encabeçada por Maxwell Jones na Inglaterra – e a psicoterapia institucional – de François Tosquelles na França –, que se propunham a resgatar a função de recuperação dos considerados doentes mentais exercida dentro do hospital psiquiátrico, o qual havia se desviado de sua finalidade principal e, paradoxalmente, se transformado em lugar de repressão responsável por agravar a própria patologia (AMARANTE, 1998).

Esses projetos de reforma entendiam, grosso modo, que “uma casa de alienados é um instrumento de cura nas mãos de um médico hábil; é o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais” (PINEL; ESQUIROL, *apud* AMARANTE, 1998, p. 32).

---

<sup>5</sup> Os projetos de desinstitucionalização referem-se à oposição firmada em face do atendimento ao sofrimento mental realizado em instituições totais, as quais são definidas por Goffman (2015, p. 13) como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

A despeito de suas particularidades, estes movimentos adotavam medidas de democratização do hospital psiquiátrico, em contraste com a antiga hierarquia e verticalidade, e de mitigação da função especializada do médico, que passaria a atuar em inter-relação com os demais atores (técnicos, enfermeiros e pacientes).

Contudo, como se pôde observar, ambas as experiências se restringiram ao espaço asilar, sem averiguar a raiz do problema – a exclusão e a marginalização do tido doente – ou mesmo modificar o próprio saber psiquiátrico.

Dada a real dificuldade de tratamento no interior de uma estrutura hospitalar excludente e em razão da sua onerosidade ao Poder Público e da própria precariedade da assistência oferecida, surgiu o segundo eixo de propostas de reforma, em que se buscou mudar o método, as estratégias e o formato das intervenções. Foram os movimentos da psiquiatria de setor, também na França, em oposição à psicoterapia institucional, e da psiquiatria preventiva nos Estados Unidos da América (AMARANTE, 1998).

Instituiu-se um projeto mais amplo, com a inversão da ótica psiquiátrica: em vez de priorizar a cura e a reabilitação, voltou-se para a prevenção e a promoção da saúde mental da comunidade em geral, e não apenas de um ou outro indivíduo.

Nestes modelos, buscava-se evitar ao máximo a exclusão e a alienação do paciente, o qual deveria ser tratado em seu próprio meio social e cultural, por equipes multidisciplinares compostas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, e por meio de uma gama de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, a fim de prevenir os supostos transtornos mentais e os tratar precocemente quando surgissem.

Sem extirpar a função do hospital psiquiátrico, este não deveria ser mais do que um auxílio transitório no tratamento. Buscava-se, assim, consoante destaca Amarante (1998, p. 40-41):

[...] reduzir o ingresso ou a permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos (diminuir o tempo médio de permanência hospitalar, as taxas de internações e reinternações, aumentar o número de alas hospitalares) e ampliar a oferta de serviços extra-hospitalares (centros

de saúde mental, hospitais dia/noite, oficinas protegidas, lares abrigados, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais etc).

Contudo, esses programas não produziram a resposta terapêutica esperada e, especificamente no caso da psiquiatria preventiva, acabou por retroalimentar o modelo asilar, pois, ao alargar o conceito de doença para o de desajustamento social, ampliou-se o território da loucura e aumentou-se a demanda hospitalar.

### 3.2 NOVO EDIFÍCIO PSIQUIÁTRICO

Conquanto os dois eixos de reformas anteriores propusessem mudanças no modelo psiquiátrico para que ele retomasse seu papel terapêutico, ainda enxergavam a instituição psiquiátrica como o local adequado de tratamento (mesmo que provisoriamente), perpetuando o paradigma teórico da psiquiatria tradicional como o saber competente.

Diferentemente, no terceiro eixo de propostas de reforma, a antipsiquiatria, surgida na década de 1960 na Inglaterra, e a tradição iniciada por Franco Basaglia, na Itália, iniciaram um processo de ruptura radical com as próprias bases do saber e da prática psiquiátrica (AMARANTE, 1998).

Acusavam o saber psiquiátrico clássico de ignorar os sujeitos concretos em seu sofrimento, reduzindo a complexidade do fenômeno da loucura a meros sinais e sintomas de uma doença em abstrato. Ou seja, ao lidar com uma doença ou um transtorno, identificados através do conjunto de sintomas que confirmam um diagnóstico, desconsiderava que as crises e o sofrimento do ser humano se manifestam de maneiras singulares em cada indivíduo.

A objetificação do paciente e o paradigma da psiquiatria tradicional já eram alvo de questionamento, no Brasil, por Machado de Assis desde 1882. Sua crítica ao alienismo precedeu, inclusive, expoentes como Michel Foucault, Franco Basaglia, Erving Goffman, entre outros. Em *O Alienista*, o personagem Simão Bacamarte, conceituado médico fora do Brasil, funda a Casa Verde, uma espécie de “hospício”, e se dedica às pesquisas psiquiátricas, cujas atividades são assim descritas:

Uma vez desonerado da administração, o alienista procedeu a uma vasta classificação dos seus enfermos. Dividiu-se primeiramente em duas classes principais: os furiosos e os mansos; daí passou às subclasses, monomanias, delírios, alucinações diversas. Isto feito, começou um estudo aturado e contínuo; analisava os hábitos de cada louco, as horas de acesso, as aversões, as simpatias, as palavras, os gestos, as tendências [...]. Ao mesmo tempo estudava o melhor regime, as substâncias medicamentosas, os meios curativos e os meios paliativos, não só os que vinham nos seus amados árabes, como os que ele mesmo descobria, à força de sagacidade e paciência (ASSIS, 2016, p. 17).

Com efeito, o paradigma clássico voltou os olhos precipuamente para a doença em si enquanto objeto da medicina, a demandar classificação, diagnóstico, medicalização e intervenção por médicos habilitados e dentro de instituições asilares. Com isso, acabou por produzir o estigma do louco – alienado e perigoso – ao tempo em que conduziu o próprio homem a um papel secundário, desconsiderado sua realidade subjetiva e histórico-social.

Para o binômio doença/periculosidade atribuído ao louco, só lhe cabia outra ordem de binômios: tratamento/punição, em identidade de gestos. Assim, a doença mental, considerada pelo psiquiatra francês Henri Ey (*apud* COSTA, 2004) como a patologia da liberdade, a perda da liberdade interior, acaba sendo “acompanhada da perda da liberdade exterior, do direito de ir e vir, de ter opinião, de ser ouvido” (COSTA, 2004, p. 78)

A antipsiquiatria propôs um diálogo entre razão e loucura – que deixou de ser vista como estado patológico –, e combateu a estrutura hospitalar, que legitimava a exclusão social e a perda de voz dos pacientes por meio do estigma da doença mental.

Concomitantemente ao movimento da antipsiquiatria, surgiu a tradição iniciada por Franco Basaglia, na Itália, responsável por romper drasticamente com o saber psiquiátrico e sua estrutura excludente – permeada por relações de poder, interesses político-sociais e práticas reais de violência institucional (AMARANTE, 1996).

Basaglia propõe uma nova aproximação entre justiça e cidadania, ao passo em que analisa criticamente as relações da sociedade com a (in)diferença do considerado doente mental e seu respectivo sofrimento, buscando a erradicação de toda forma de controle institucional sobre os loucos. Segundo Amarante:

Ao atribuir ao louco uma identidade marginal e doente, a medicina torna a loucura ao mesmo tempo visível e invisível. Criam-se condições de possibilidade para a medicalização e a retirada da sociedade, segundo o encarceramento em instituições médicas, produzindo efeitos de tutela e afirmando a necessidade de enclausuramento deste para gestão de sua periculosidade social. Assim, o louco torna-se invisível para a totalidade social e, ao mesmo tempo, torna-se objeto visível e passível de intervenção pelos profissionais competentes, nas instituições organizadas para funcionarem como *locus* de terapêutica e reabilitação – ao mesmo tempo é excluído do meio social, para ser incluído de outra forma em um outro lugar: o lugar da identidade marginal da doença mental, fonte de perigo e desordem social (AMARANTE, 1998, p. 46).

Para Basaglia (*apud* AMARANTE, 1996, p. 70), a exclusão do tido doente mental nos muros da indiferença é uma escolha deliberada da sociedade, que não suporta conviver com a discrepância de seus membros. Nessa medida, a pretexto de tratar e libertar os enfermos, a psiquiatria é utilizada como instrumento técnico-científico de poder para a manutenção do sistema sócio-econômico vigente e controle da população desviante.

Mais do que um projeto de humanização da instituição psiquiátrica ou de desospitalização – entendido como a extinção dos hospitais/manicômios –, a tradição basagliana encabeça um projeto de desinstitucionalização pautado pelo desmantelamento do edifício clássico (exigência negativa) e pela reconstrução simultânea de uma nova realidade estruturada em outros pressupostos éticos e epistemológicos (fase positiva). Buscava-se devolver a voz, o valor e a responsabilidade social àquele que foi excluído por ser diferente, bem como:

[...] permitir que a pessoa que sofria pudesse florescer por trás do manto da institucionalização. Era preciso abandonar, ao menos estrategicamente, a preocupação com a doença para fazer emergir o âmago da pessoa que padecia da doença e do processo de institucionalização. Era necessário dar-lhe as condições para subjetivação, para a expressão de seus desejos, seus projetos, sua história (BASAGLIA *apud* AMARANTE, 1996, p. 97).

A desinstitucionalização busca não a mudança formal da roupagem das antigas instituições ou a simples abertura dos portões dos antigos hospitais psiquiátricos, mas a concepção de “estruturas e serviços que consintam formas de cura e de assistência que sejam conjuntamente espaços de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidades, de relações interpessoais e coletivas diferentes”<sup>6</sup>. Assim,

---

<sup>6</sup> Prefácio de Franco Basaglia à obra de Paulo Amarante (O Homem e a Serpente) (1996).

o espaço real de reabilitação social daquele com sofrimento psíquico é a cidade, mobilizando toda a sociedade no resgate da cidadania perdida do indivíduo, ampliando seus direitos sociais, jurídicos e políticos.

A tradição basagliana influenciou fortemente a luta pela reforma psiquiátrica brasileira, que buscou na fonte italiana alternativas à repressão, à exclusão do paciente e ao modelo hospitalocêntrico.

## 4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

### 4.1 ANTECEDENTES DA REFORMA

Até o final da década de 1970, quando se iniciou o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica, o País vivenciou, escondido em suas entranhas, o genocídio da população desviante. Em nome do interesse público e do bem-estar geral da população, negou-se aos portadores de sofrimento mental os direitos e garantias fundamentais mais básicos.

O período foi marcado por contundente mercantilização da loucura, em um total descompromisso com a efetiva assistência aos que padecem do sofrimento psíquico de natureza grave. As internações forçadas, geralmente destituídas de critério médico, eram constantes e serviam antes como “limpeza social” do que como tratamento terapêutico.

Um dos momentos mais sombrios dessa história de graves violações de direitos humanos ocorreram no Hospital Colônia de Barbacena – MG, o maior hospital psiquiátrico do Brasil, que chegou a ser equiparado por Franco Basaglia a um campo de concentração nazista travestido de hospital, ao visitá-lo em 1979 (ARBEX, 2013, p. 207).

De todos os que foram atendidos no Colônia, estima-se que 70% não apresentava diagnóstico de doença mental catalogada pela psiquiatria. Segundo relatos do livro jornalístico *Holocausto Brasileiro*, que anos depois abriu os porões da loucura e denunciou a loucura dos normais, os supostos pacientes eram:

[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que havia extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos (BRUM *apud* ARBEX, 2013, p. 14).

A falta de critério para as internações denunciava, sem espeque de dúvidas, que o tratamento dispensado não era uma forma de proteger ou assistir o paciente, mas servia para garantir uma determinada ordem defendida por aqueles que

detinham força e poder social. Situação muito semelhante às experiências vividas na Casa Verde – do conto O Alienista –, em que, conquanto reafirmasse o alienista que só eram admitidos os casos patológicos, foram tantos os aprisionamentos de pessoas que pareciam perfeitamente ajuizadas e no perfeito equilíbrio das faculdades mentais que “[não] se sabia já quem estava são, nem quem estava doido” (ASSIS, 2016, p. 44).

O conceito positivista de ciência era amplamente defendido e a medicina psiquiátrica – único saber científico apto a atender as demandas na assistência do denominado doente mental – era tida como absoluta, imparcial, neutra e capaz de se manter acima do próprio momento histórico-social. Era utilizada como forma de resguardar a integridade e a saúde daquele com sofrimento mental, mas contraditoriamente apenas servia como instrumento de dominação.

O isolamento forçado no Hospital Colônia de Barbacena aprisionava o corpo e usurpava a cidadania dos supostos doentes. Essa foi a denúncia realizada no final da década de 1970 pelo chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Ronald Simões, durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria:

Lá, existe um psiquiatra para 400 doentes. Os alimentos são jogados em cochos, e os doidos avançam para comer. O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. *É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma.* Seria de desejar que o Hospital Colônia morresse de velhice. [...] morreria sem glórias. E, parafraseando Dante, poderia ser escrito sobre o seu túmulo: quem aqui entrou perdeu toda a esperança (SIMÕES *apud* ARBEX, 2013, p. 200-201, destacamos).

Com efeito, ao entrar no Colônia, ou em qualquer outra instituição psiquiátrica autoritária e coercitiva, confiscava-se a humanidade do enfermo, que passava a objetivar-se nas regras próprias da instituição que o tutelava, num processo de desfiguração do seu eu, que o induzia a um vazio emocional e ao seu alienamento.

A rigor, consoante destaca Goffman:

[...] o novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, *começa uma série de*

*rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele (GOFFMAN, 2015, p. 24, destacamos).*

Em face dessas profanações ao eu, o indivíduo, contudo, sequer pode reagir, haja vista que qualquer ato de defesa ou luta pode ser interpretado negativamente contra ele. Pode até mesmo motivar ataques subsequentes ou servir para a confirmação da patologia, gerando mais sofrimento psíquico e, por vezes, também físico, em um processo denominado por Goffman de efeito circuito (2015, p. 40).

Dentro do Hospital Colônia de Barbacena, pelo menos 60 mil pessoas morreram das mais diversas doenças, por tratamentos conduzidos de forma inapropriada (como aconteceu durante as sessões de eletrochoques), de frio, de fome e, principalmente, de invisibilidade (ARBEX, 2013). E nem na morte readquiriam dignidade, já que seus corpos eram vendidos para as faculdades de medicina.<sup>7</sup>

O modelo asilar cumpriu também um importante papel social e político durante o Regime Autoritário, servindo como instrumento de segregação, retirada de cidadania, violência e exclusão dos que desafiavam a ordem estabelecida.

Durante o período da ditadura militar, viu-se, ainda, uma progressiva e maciça privatização da assistência prestada pela Seguridade Social (responsável pela assistência curativa e individual). Ao invés de investir na melhoria da própria rede, destinou a maior parte do seu orçamento para a contratação de serviços prestados por instituições privadas credenciadas ou conveniadas, o que gerou a estagnação dos serviços públicos nesta área.

Esse período apresentou, portanto, forte caráter hospitalizante e com grande ingerência dos denominados “empresários da loucura” (investidores na área dos hospitais privados da psiquiatria, articulados em torno da Federação Brasileira de Hospitais), nos atos decisórios do Poder Público (AMARANTE, 1998). Durante a ditadura e até o final dos anos 1970, a “indústria da loucura” fez os leitos psiquiátricos

---

<sup>7</sup> Estima-se que, entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do Colônia foram vendidos (ARBEX, 2013, p. 14).

privados crescerem de 3 mil para quase 70 mil, ao passo que os investimentos no setor público de saúde só diminuíram (AMARANTE, 2006).

O processo de privatização atingiu seu ápice em setembro de 1967 com a criação do Plano de Pronta Ação (PPA), cunhado pelo então Ministro da Saúde, Leonel Miranda – empresário de clínicas psiquiátricas. O PPA possibilitou ao setor privado o atendimento aos previdenciários e dependentes sem a prévia avaliação do setor público. Propôs também a privatização completa do sistema nacional de proteção e recuperação da saúde (ALMEIDA, 2006).

A privatização era, assim, mero instrumento de lucro e acabava produzindo excessos de atos de assistência médica, como aumento de internações e reinternações, aumento do tempo médio de permanência hospitalar, pagamento de serviços não produzidos ou mesmo de serviços produzidos, mas desnecessários ou inadequados, fraudes e abusos diversos (AMARANTE, 1998, p. 107)

#### 4.2 CONSTRUINDO ALTERNATIVAS

A política privatizante na qual foi orientada a prestação de serviços de saúde, no período da ditadura militar, terminou por gerar duas ordens de crise da Seguridade Social, segundo Amarante (1998, p. 60): i) qualitativa, pela precariedade dos serviços prestados; e ii) financeira, pelos vultuosos gastos oriundos da corrupção na prestação dos serviços de assistência contratados ao setor privado.

Fazia-se, assim, impositiva a reorganização do atendimento ao considerado doente mental para se atingir maior eficiência na aplicação dos recursos; motivo pelo qual surgiram os primeiros projetos de reforma do sistema psiquiátrico brasileiro no final da década de 70, momento em que o país já caminhava para o processo de redemocratização.

Naquele período – visto que as lutas pela transformação da saúde não são isoladas, mas estreitamente vinculadas às demais lutas sociais (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004) –, cresceram movimentos populares, os quais, insatisfeitos com a falta de liberdade, passaram a contestar mais veementemente o regime autoritário e

a demandar maior participação na vida política, assim como melhores condições de vida.

Diante dessa conjuntura propícia, surge, nos idos de 1978, aquele que se tornaria um dos principais atores na luta pela reforma psiquiátrica no Brasil: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), dotado de um perfil múltiplo e plural, com a participação de técnicos em saúde mental de várias categorias profissionais.

A rigor, contudo, mais do que um movimento de técnicos da saúde, o MTSM tornou-se um movimento com participação popular em prol da Saúde Mental e o principal fórum de denúncias às graves violações aos direitos humanos perpetradas contra os enfermos, tais como torturas, uso de eletrochoque e violências diversas (AMARANTE, 1998).

Nesse contexto de crise na Seguridade Social e de ampliação das críticas ao modelo psiquiátrico – tachado de ineficiente –, surge, no início dos anos 80, o processo de cogestão: um convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS) com o desiderato de reorientar as políticas públicas de saúde.

Após o primeiro momento, em que se buscou alternativas à psiquiatria clássica, a cogestão interministerial destacou-se como ponto central em torno do qual foi orientada a segunda fase da reforma psiquiátrica brasileira, de trajetória sanitarista.

Sem questionar as bases do saber médico, a fase sanitarista foi a primeira tentativa, ainda tímida, de se empreender reformas no sistema psiquiátrico brasileiro. Nesse momento, tentou-se superar a tradição asilar e evitar internações através da ampliação da atenção ambulatorial. Com uma reorganização técnico-administrativa e um novo modelo de gerenciamento, menos vertical e mais descentralizado e regionalizado, rompeu-se com o modelo privatizante de prestação de serviços de saúde, utilizando-se prioritariamente a estrutura pública.

No auge da cogestão, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que buscou ampliar para todo o território brasileiro essa primeira experiência bem-sucedida. Em 1982, a CONASP apresentou um plano geral para a Saúde, com a universalização da assistência (o que

foi o embrião do Sistema Único de Saúde – SUS), regionalização dos serviços de saúde e, principalmente, responsabilização do Estado no controle de todo o Sistema de Saúde.

A despeito das mudanças ocorridas, elas mostraram-se apenas superficiais e pouco conseguiram fazer quanto ao resgate da cidadania daqueles que padecem de sofrimento psíquico. Ou seja, criaram-se apenas novos mecanismos de controle social para se manter as antigas bases de exclusão, dando eco à célebre frase de Giuseppe di Lampedusa (2014), no romance *O Leopardo*: “É preciso que tudo mude se quisermos que tudo fique como está”.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987, marcou a transição entre a trajetória sanitária e o início da trajetória de desinstitucionalização, em que a preocupação primária deixou de ser a suposta doença, seus sintomas e formas de cura, para ser as pessoas, marginalizadas e destituídas de seus direitos mais básicos (AMARANTE, 1998, p. 93).

Nesse sentido, o Relatório Final da I CNSM (1988) reconheceu que “os trabalhadores de saúde mental podem se constituir em instrumentos de dominação do povo brasileiro, seja por uma opção astuta e de identificação com os interesses das classes dominantes, seja por uma ingenuidade que supõe que a intervenção técnica é neutra e asséptica”.

A Conferência almejou uma transformação real, com a democratização das instituições e unidades de saúde e, principalmente, com o combate à psiquiatrização do social, a qual era pautada pela “classificação e exclusão dos ‘incapacitados’ para a produção” (RELATÓRIO FINAL DA I CNSM, 1988). Para tanto, exortou a efetiva participação popular, inclusive em nível decisório, na elaboração, implementação, gestão e controle da política de Saúde Mental.

Haja vista que simples mecanismos de modernização dos serviços prestados não seriam suficientes para interromper a cadeia de exclusão e marginalização dos tipos pacientes mentais, o II Congresso Nacional do MTSM, por meio do lema *Por uma Sociedade sem Manicômios*, resgatou o projeto desinstitucionalizante de Basaglia ao “discutir a questão da loucura para além do limite assistencial” (MTSM, 1987, *apud* AMARANTE, 1998, p. 80)

Nessa trajetória, surgiram estruturas alternativas de atenção e cuidados em Saúde Mental, dentre as quais se destaca o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), base territorial de referência e tratamento destinado a prestar serviços de atendimento, cuidados clínicos e reabilitação psicossocial às pessoas que sofrem com transtornos mentais, pautados no princípio da inclusão social e exercício da cidadania (BRASIL, 2004, p.12).

Alçada a direito universal e dever do Estado pela Constituição Federal de 1988 (denominada Constituição Cidadã), a saúde deixa de ser vista na sua expressão organicista como estado biológico de ausência de patologias (centrada na doença) e adquire expressão ativa como exercício da cidadania, concretizada através de condições dignas de vida (centrada no sujeito).

No ano de 1989, embebido neste cenário de mudança social e de paradigmas, foi apresentado o Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG), propondo a regulamentação dos direitos do doente mental e a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados no Brasil. Contudo, somente após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada a Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2011).

#### 4.3 NOVOS HORIZONTES?

A Lei Federal nº 10.216/2011 estabelece um novo modelo de amparo à Saúde Mental, em meio aberto e de base comunitária, e destaca como meta a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos. No entanto, mais do que isso, esta Lei introduz um personagem novo na história: o paciente, que até então não existia como sujeito político e portador de direitos e garantias individuais. Consoante destaca Delgado (2011, p. 116), “Tudo se fazia em nome dele, para seu bem, sempre o que parecia ser o melhor para ele. Mas ele nunca estava presente para dizer o que pensava a respeito”.

A Lei busca romper o isolamento dos que apresentam sofrimento mental e exige, para tanto, que sejam utilizados os “meios menos invasivos possíveis”

(art. 2º, parágrafo único, VIII, Lei nº 10.216/2011), devendo o tratamento visar sempre a “reinserção social do paciente em seu meio” (§ 1º do art. 4º).

A internação tornou-se, portanto, última *ratio* e obrigatoriamente vinculada a situações de grave crise “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art. 4º). Assim, quando admitida, deverá ser sempre temporária e de curta duração, a fim de evitar o isolamento, e servirá apenas para permitir a efetividade do tratamento.

A Lei de Reforma Psiquiátrica, de fato, indica a internação como uma modalidade possível de tratamento. Não obstante, o seu foco essencial está na construção da cidadania dos pacientes. Portanto, somente interpretações e aplicações que estejam em consonância com a centralidade do ser humano, enquanto sujeito de direitos, podem ser consideradas válidas, devendo ser refutadas aquelas que, sob adornos comunitários, perpetuam o paradigma hospitalocêntrico. Isso porque, para a atual doutrina constitucional, “os princípios constitucionais condicionam não somente a validade de uma lei, mas a própria aplicação das normas válidas às situações concretas” (CARVALHO NETTO; MATTOS, 2005, p. 15-16).

A dignidade da pessoa humana – prevista no artigo 1º, inciso III, da Constituição de 1988 e alçada a princípio fundamental da República brasileira – impõe que todo o sistema normativo brasileiro seja orientado para a proteção da pessoa, colocada no centro das preocupações.

O princípio da dignidade da pessoa humana se desdobra, a seu turno, da seguinte forma, segundo Maria Celina Bodin:

i) o sujeito moral (ético) reconhece a existência de outros sujeitos iguais a ele, ii) merecedores do mesmo respeito à integridade psicofísica de que é titular, iii) é dotado de vontade livre, de autodeterminação, iv) é parte do grupo social, em relação ao qual tem a garantia de não vir a ser marginalizado (BODIN *apud* COELHO; OLIVEIRA, 2014, p. 362).

Como se vê, a Lei de Reforma buscou preencher de sentido os princípios básicos do constitucionalismo atual que, sob o paradigma do Estado Democrático de Direito, reconhece o direito à igualdade de todos perante a lei por meio do respeito às diferenças. Consoante ressalta Carvalho Netto:

A igualdade reciprocamente reconhecida de modo constitucional a todos e por todos os cidadãos, uma vez que, ao mesmo tempo, a todos

e por todos é também reconhecida reciprocamente a liberdade, só pode significar a igualdade do respeito às diferenças, pois embora tenhamos diferentes condições sociais e materiais, distintas cores de pele, adotemos formas de vida diversas, diferentes credos religiosos, pertençamos a gêneros distintos ou não tenhamos as mesmas opções sexuais, nos respeitamos ainda assim como se iguais fôssemos, não importando toda essas diferenças (CARVALHO NETTO; MATTOS, 2005, p. 14-15).

Desta forma, não é permitido mais negar ou negligenciar a cidadania do portador de sofrimento psíquico, que também é titular dos direitos fundamentais, considerados inalienáveis e irrevogáveis.

Contudo, a despeito da participação de movimentos sociais na elaboração da Lei de Reforma Psiquiátrica, da oferta progressiva de uma rede de serviços substitutivos e do empenho pela construção da cidadania do paciente, o modelo clássico – que reserva ao louco encarceramento, exclusão e morte – continua a influenciar na prática psiquiátrica dos dias atuais. Tal fato sugere que a validação social do modelo asilar e seus assemelhados esteja mais nas relações de força que opera, do que na possibilidade de tratamento efetivo.

Com efeito, a inclusão do sofrimento decorrente do uso nocivo de drogas como categoria de transtorno mental, ao passo que permite a intervenção do saber em Saúde Mental, parece não oferecer a mesma proteção advinda da reforma desinstitucionalizante no trato com as demais categorias diagnósticas.

O que se percebe, na interface com os problemas das drogas, é a recorrente ofensa a direitos humanos e a violência do Estado criminalizando a pobreza e a doença, a ponto de as instituições de acolhimento compulsório serem equiparadas, por Lima e Tavares (2012), não aos hospitais nascidos com a medicina psiquiátrica, mas a um *locus* de atendimento anterior: os hospitais gerais e as Santas Casas de Misericórdia – que representavam um

[...] espaço de recolhimento, [aos cuidados de autoridades religiosas], de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social (AMARANTE, 1998, p. 24).

## 5 POLÍTICA DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

### 5.1 AS DROGAS NO MUNDO

*A drug free world: we can do it* (Um mundo livre de drogas: é possível; tradução nossa). Esse foi o lema firmado pela Assembleia Especial da ONU realizada em junho de 1998, cujos países participantes pretendiam erradicar do planeta, até 2008, todos os plantios de coca e papoula (VARGAS, 2012, p. 39).

A experiência nos mostrou quão utópica se tornou a bandeira de um mundo sem drogas. Após a ofensiva, o consumo de substâncias psicoativas chegou, inclusive, a aumentar no mundo: o da maconha cresceu 8,5%; o de cocaína, 25%; o da heroína e outros opiáceos, 34,5% (BURGIERMAN, 2011, p. 15). Com efeito, não há como simplesmente erradicar os problemas decorrentes do uso nocivo de drogas ilícitas por meio de medidas simplistas de proibição ou repressão.

As drogas sempre se fizeram presentes na história da humanidade e foram utilizadas sob as mais diversas motivações: religiosa, cultural, para facilitar a sociabilidade, ou mesmo para permitir o isolamento. O álcool, por exemplo, é consumido desde 6.000 a.C., consoante apontam estudos arqueológicos (OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS).

Atualmente, de acordo com Vargas (2012, p. 41), o mundo está cada vez mais repleto de drogas, lícitas e ilícitas, as quais são encaradas de formas diversas pela opinião pública, conquanto apresentem semelhanças em diversos aspectos farmacológicos (*pharmakon*, do grego, designa qualquer substância capaz de atuar no organismo, seja “remédio”, seja “veneno”). Ao mesmo tempo em que se demoniza o consumo das drogas ditas “ruins”, estimula-se o consumo das drogas “boas”: as que proporcionam alegria, que auxiliam no sono, que prometem emagrecer ou engordar, que melhoram a concentração, ou até que auxiliam na estimulação da libido – em uma evidente “farmacologização da saúde pública em detrimento de outras iniciativas preventivas e de infraestrutura” (BIEHL, 2008, p. 440).

Nesse sentido, Tales Ab’Saber (2012, p. 95) ressalta o seguinte:

Se hoje em dia a medicina exercita o único discurso eficaz contra as drogas recreativas e as pesadas, um evidente discurso de caráter moral, disciplinar, ela também preenche o mesmo campo da drogadição generalizada com suas próprias drogas industriais e terapêuticas, que em muitos casos (...) transcendem qualquer função terapêutica.

Não é de causar estranheza, então, que um fármaco destinado a aliviar sintomas de ansiedade – o *Rivotril* (princípio ativo: *clonazepam*), medicamento de tarja preta e vendido apenas com retenção de receita –, tenha figurado no topo do *ranking* das drogas mais prescritas no Brasil entre fevereiro de 2013 e fevereiro de 2014, segundo pesquisa da Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (Pró Genéricos)<sup>8</sup>, à frente do analgésico paracetamol ou da pomada Hipoglós. É a “paz encapsulada”, ainda que sob o risco de efeitos colaterais graves advindos do uso continuado, como a dependência química.

Para além da hipocrisia do discurso, mesmo avaliando apenas os psicotrópicos ilícitos, eles parecem passar por períodos de tolerância *versus* intolerância social, a depender do contexto histórico, cultural e econômico.

No início do século XX, por exemplo, substâncias como cocaína, heroína e maconha sequer eram classificadas ou percebidas como drogas, enquanto o álcool era o “vilão” da vez e sofria sua maior onda de intolerância nos EUA, o que acabou por engendrar a Lei Seca americana em 1920 – que se mostrou absolutamente ineficaz para conter o consumo. A Lei foi assim saudada por eminente religioso da época:

O reino das lágrimas está terminado. Os cortiços em breve serão apenas uma memória. Transformaremos nossas prisões em fábricas e nossas cadeias em armazéns e celeiros. Os homens andarão eretos, as mulheres sorrirão e as crianças rirão. O Inferno será colocado para alugar (BURGIERMAN, 2011, p. 19).

Szasz ressalta que a América vivia em paz com as drogas até pouco tempo atrás. “Antes de 1907 todas as drogas podiam ser compradas e vendidas como qualquer bem de consumo” (SZASZ, 2001 p. 81).

---

<sup>8</sup> Saúde Web. **Genéricos são 65% dos medicamentos prescritos no Brasil**. Disponível em: <http://saudebusiness.com/noticias/genericos-sao-65-dos-medicamentos-prescritos-no-brasil/>. Acesso em: 6/3/2017.

No Brasil, neste mesmo período, veiculavam-se em jornais e revistas os benefícios que produtos à base de cocaína poderiam oferecer às mulheres estafadas com os afazeres domésticos e maternos, repondo seu ânimo (AESELRAD *apud* OBERLING; PINTO, 2015, p. 162).

Nos anos que se seguiram, viu-se uma paulatina mudança na forma como as drogas eram encaradas, pautada, em especial, pelo surgimento e fortalecimento de grupos radicais puritanos que combatiam qualquer comportamento aviltante à moral protestante (RODRIGUES, 2004).

Taylor ressalta que a expansão do proibicionismo foi marcada por:

[...] uma cruzada moralista antidrogas, encampada inicialmente pelos movimentos de cunho religioso com forte viés tradicional de proteção de costumes religiosos, que associaram imagens simbólicas de degeneração e desvio moral ao uso de determinadas substâncias (TAYLOR *apud* OBERLING; PINTO, 2015, p. 161).

A mudança de visão resultou, também, de uma estratégia de estigmatização atinente ao controle e à exclusão de determinados grupos populacionais consumidores de drogas específicas que, dentre inúmeras substâncias psicoativas, passaram a ser consideradas perigosas e inaceitáveis.

Esse *controle diferencial das ilegalidades*, como foi definido por Foucault (2012), opera na perpetuação das relações de poder, conduzindo indivíduos ao poder ou à prisão (e à sua nova faceta, a internação), de acordo com sua classe. Assim, a população de desfavorecidos, composta em grande parte por negros, foi novamente apenada e teve sua cidadania ferida.

A título de reflexão, qualquer droga, lícita ou ilícita, tem o potencial para causar prejuízos ao indivíduo ou aos que com ele convivem a depender da forma de consumo, da frequência, da quantidade e, em especial, da estrutura psíquica e do meio social em que o usuário se encontra – muito mais do que da substância psicoativa em si. Assim, do ponto de vista da Saúde Mental, não existe muita diferença entre a pessoa dependente de tabaco, de álcool e um usuário de crack, muito embora somente o último carregue a pecha de ser perigoso à sociedade e seja alvo preferencial de medidas repressivas.

Por volta da década de 80, observou-se acentuada onda de intolerância em diversos países, acompanhada da criação de uma *cultura do medo*, em que se vinculou o consumo de algumas drogas, especialmente as derivadas da coca (cocaína, crack e merla), ao aumento da violência.

Nos Estados Unidos, o presidente Richard Nixon declarou, em 1971, Guerra às Drogas, alardeando que elas seriam o inimigo número um do país. Para que essa manobra proibicionista adquirisse ares de legitimidade, os meios de comunicação deveriam se encarregar de convencer a população sobre a existência do consumo desenfreado de drogas ilícitas a demandar ações punitivas. Com efeito, Mena indica que:

[...] de 1851 a 1900, na imprensa norte americana havia apenas uma matéria de jornal que associava o termo “drogas” e “demoníaco”. Nos 40 anos subsequentes, período em que os primeiros acordos internacionais antidrogas se firmaram com força, a ocorrência desta associação aumentou em 30 citações. Entre 1940 e 1985, a relação caiu para nove citações, para ressurgir, no período de 1985 a 2009, com força total, contabilizando 1.504 artigos relacionando as palavras “drogas” e “mal” (MENA *apud* OBERLING; PINTO, 2015, p. 163).

Na década seguinte – 1980, essa Guerra se acirrou no governo de Ronald Reagan, quando foram recrudescidas as sanções reclusivas para usuários e traficantes de drogas. O mote publicitário para acabar com as drogas nunca pareceu tão simples: *Just say no!* (Apenas diga não!; tradução nossa).

O paradigma repressivo estadunidense influenciou fortemente todo o mundo, por vezes sob a ameaça de sanções econômicas por parte do Governo norte-americano aos países que não se aliassem ao Combate. A ofensiva repressiva teve especial impacto na América Latina, onde era produzida a maior parte da droga consumida nos EUA. Muitos países instituíram políticas de controle do comércio de substâncias ilícitas, ampliando o orçamento público a fim de *exterminar as drogas do mundo*.

## 5.2A CRIAÇÃO DA AGENDA BRASILEIRA

O Brasil possui uma experiência relativamente recente quanto a políticas públicas atinentes às drogas. Até a década de 1920, inexistia qualquer

regulamentação oficial sobre psicoativos no país (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 583).

A Política brasileira sobre drogas, de atuação tardia, é permeada por projetos distintos e formas opostas de encarar o uso e o mercado de psicoativos. Brites (2015, p. 125) salienta haver “uma convivência contraditória e velada entre duas perspectivas antagônicas”. Ora enquadram o problema como questão de Segurança Pública (vinculado à repressão da oferta e ao combate ao tráfico), ora o posicionam como questão de Saúde Pública (em uma feição que reconhece a complexidade do ser humano e propõe caminhos alternativos para a minimização de eventuais danos).

Historicamente, contudo, a orientação dos governos brasileiros sempre foi mais alinhada ao proibicionismo – cujo domínio se fez hegemônico – e conectada às questões de Segurança Pública em detrimento da Saúde.

Com efeito, a perspectiva criminalizadora do consumo de drogas ilegais fez-se presente desde o primeiro dispositivo normativo sobre substâncias psicoativas no Brasil: o Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938, denominado Lei de Fiscalização de Entorpecentes, o qual foi parcialmente incorporado ao Código Penal de 1941. Já havia, naquele momento, segundo apontam Garcia, Leal e Abreu (2008, p. 268), uma demonstração de preocupação do Governo do então Presidente Getúlio Vargas com o trabalhador (produtor do capital). Os comportamentos desviantes deveriam ser contidos a ponto de, não só a toxicomania (dependência), mas também a intoxicação habitual (dentre as quais, a embriaguez habitual) ser passível de internação obrigatória por tempo indeterminado (artigo 29 do Decreto-Lei nº 891/1938).

O enfoque repressivo, cujas ações voltavam-se para a redução da oferta através do combate ao tráfico, foi reforçado na Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, promulgada durante o Governo Militar do general Ernesto Geisel, momento em que, tanto traficantes quanto usuários foram indiscriminadamente encarcerados (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008, p. 269).

Os primeiros ventos de mudança, posicionando as drogas como questão de Saúde Pública, sopraram apenas no começo da década de 1990, durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso. Na abertura do 1º Fórum Nacional Antidrogas, realizado em 1999, o então Presidente da República proferiu discurso em

que salientou a necessidade da atenção intersetorial e da participação da sociedade no enfrentamento da problemática dos psicoativos: "Nessa matéria, ou há mobilização na sociedade, ou não se avança muito" (FHC *apud*, GARCIA; LEAL; ABREU, 2008, p. 270).

A abordagem, contudo, não foi bem recepcionada pelo Congresso Nacional, e Fernando Henrique Cardoso sequer contou com o apoio de seu partido, o PSDB, ou dos partidos aliados (BURGIERMAN, 2011, p. 40). Manteve-se, assim, a prevalência da política centrada nas drogas – que devem ser combatidas – e não no indivíduo.

Até este momento, a prevenção e o tratamento de transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas não eram prioridade nas ações de Saúde Pública brasileira. A carência de propostas concretas voltadas para esse segmento, associada à influência repressiva norte-americana, permitiu a disseminação de modelos de atenção fragmentados e com pouca abrangência, em que se priorizava a internação em hospitais psiquiátricos, de caráter total e fechado, afim de que o isolamento social dos usuários proporcionasse sua necessária abstinência.

A *guerra de posição*<sup>9</sup> empreendida entre as duas perspectivas opostas na disputa pela condução e orientação das políticas sobre drogas no país só começou a pender para a abordagem da saúde no final da década de 1990, quando se reconheceu o sucesso da estratégia de redução de danos utilizada na contenção da transmissão de HIV pelos usuários de drogas injetáveis. As ações consistiam na distribuição de seringas para evitar seu compartilhamento por usuários soropositivos e no fornecimento de hipoclorito de sódio para limpar as agulhas (LIMA; TAVARES, 2012, p. 15).

No começo dos anos 2000, o proibicionismo começou a dar sinais de exaurimento, o que ficou evidenciado quando a própria Política Nacional Antidrogas (PNAD), regulada pelo Decreto nº 4.343/2002 e lançada em 11 de dezembro de 2001

---

<sup>9</sup> Termo forjado pela teoria política de Antônio Gramsci (2000, v. 3) e relacionado à prática militar. A *guerra de posição* pressupõe, segundo Lima e Tavares (2012, p. 7), "uma longa luta de persuasão na busca por direção política e cultural de um projeto societário, que se dá no âmbito das instituições para ocupação das instâncias do poder público".

pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), reconheceu a estratégia de “redução de danos sociais e à saúde [...] como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas”, a fim de se “minimizar as adversas consequências do uso indevido de drogas”. O SENAD, contudo, é órgão vinculado ao Ministério da Justiça e recebe influências da lógica repressiva generalizada, motivo pelo qual o PNAD ainda apresenta como linha mestra a necessidade de se construir uma sociedade livre das ameaças das drogas ilícitas.

O “golpe de misericórdia” só aconteceu em 2002, um ano após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, quando a Saúde Pública assumiu maior protagonismo na Política Nacional sobre Drogas, proporcionando seu alinhamento à Constituição Federal, com a tentativa de resguardo de direitos e liberdades individuais dos usuários. Naquele ano, o Ministério da Saúde aprovou um conjunto de portarias que estruturou e regulamentou a rede de atenção àqueles que sofrem devido ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, permitindo-lhes novas possibilidades de vida.

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, na qual reafirmou a missão do Sistema Único de Saúde (SUS), em atender essa população. O foco principal é, portanto, ampliar o acesso ao tratamento pelo SUS por meio da consolidação de uma trama de cuidados integrada e empreendida de forma regionalizada e hierarquizada.

Diante da complexidade do problema do uso nocivo de álcool e outras drogas, destacou-se, também, a imperiosa necessidade de participação intersetorial do Ministério da Saúde com outros Ministérios e com setores da sociedade civil organizada para a construção e a execução da Política Nacional sobre Drogas. Assim, “[a] sociedade, [...] principal destinatária das ações na área, passa a ser convocada a ocupar espaços coletivos de discussão e deliberação, como os conselhos estaduais e municipais de políticas sobre drogas” (ROSA; SOUZA; PINHEIRO, 2009, p. 12).

A partir da Política de Atenção Integral e com esteio no marco legal estabelecido na Lei nº 10.216/2001 – advindo da Luta Antimanicomial –, lançou-se os olhos para as reais necessidades da população assistida e para as desigualdades existentes, refutando-se simplificações reducionistas. Reconheceu-se, também, que a problemática demanda um modelo de atenção multifatorial e integral ao indivíduo,

não adstrito somente ao sistema de atenção à saúde, mas com ênfase na reinserção social destas pessoas, garantindo-lhes acesso a trabalho, educação, lazer, exercício de direitos civis e restabelecimento de laços familiares e comunitários.

A dependência de drogas – um fenômeno heterogêneo que afeta pessoas de diferentes classes econômicas e sociais, em diferentes contextos – não pode ser combatida por meio de um único programa em que se busque uma única resposta: a abstinência. Os desejos e as necessidades de cada um são o espaço do indivíduo consigo mesmo, e vários consumidores simplesmente não compartilham das convicções dos profissionais de saúde e do desejo de abstinência, o que ocasiona a baixa adesão a tratamentos com a abordagem proibicionista.

A direção do tratamento deve contar com uma multiplicidade de estratégias e de recursos não repressivos que levem em conta a possibilidade de escolha de cada usuário e possam ser adaptadas às suas características, suas necessidades, sua história de vida, seu meio cultural e sua comunidade, com serviços mais próximos de seu convívio social.

Nesse sentido, o principal paradigma sob o qual se orienta a Política para o Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003) é o da redução de danos: estratégia de saúde pública que, reconhecendo a procura por psicoativos como um comportamento presente na história da humanidade, busca mitigar os prejuízos clínicos e sociais decorrentes de práticas de risco, como o uso desenfreado de drogas lícitas ou ilícitas.

A ênfase à redução de danos permite acolher cada usuário em suas particularidades, sem julgamentos, estimulando sua participação, responsabilização e mobilização social, discutindo com o próprio paciente estratégias direcionadas à defesa de sua vida, tornando-a digna, e não com o objetivo único de se alcançar a abstinência.

Para que a estratégia de redução de danos seja eficaz, o Ministério da Saúde propõe um modelo de atendimento descentralizado, de base comunitária e em dispositivos extra-hospitalares em meio aberto – como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad) –, articulado com os demais aparatos da rede de saúde, tais como os leitos de atenção integral em hospitais gerais e outras modalidades de atenção comunitária, como a internação domiciliar.

Desta forma, consoante ressaltado na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas:

[...] o *locus* de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc., equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 11).

Com o propósito de fortalecer a rede de assistência, o Ministério da Saúde propôs a criação de 250 CAPSad – até aquele momento (2003), a rede pública de saúde contava com 42 –, dispositivo assistencial estratégico desta rede, destinado a oferecer atendimento clínico em modelo de atenção diária às pessoas com sofrimentos mentais e abuso de drogas. Pretendia-se evitar a internação em hospitais psiquiátricos ou em instituições totais congêneres, cujos leitos estavam sendo progressivamente desativados.

O modelo assistencial oferecido pelo CAPSad – que pode ser nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva – tem o objetivo de reduzir as vulnerabilidades sociais da parcela da população já marginalizada.

O Plano de Atenção Integral enfatiza que a questão do uso de álcool e outras drogas é um problema de Saúde Pública e não de Segurança Pública, motivo pelo qual busca desconstituir o senso comum de que todo usuário de drogas é delinquente e representa um perigo para a sociedade (estigma que só reforça sua exclusão social), devendo dela ser afastado através de prisões ou internações.

O Ministério da Saúde constatou, ademais, que esse modelo substitutivo de atenção, além de qualitativamente melhor, é mais eficiente financeiramente do que a assistência oferecida no modelo hospitalocêntrico, haja vista que, “em uma comparação sumária com o custo decorrente das internações referentes a 2002, os CAPSad possibilitam dez vezes mais atendimentos, a um custo cinco vezes menor” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 42).

Por fim, o Plano ressalta que, a despeito da visão alarmista quanto ao uso de substâncias psicoativas ilícitas e o estereótipo construído em torno dos “drogados”, o real problema da saúde pública mundial é o álcool (e de forma secundária o tabaco), cujo consumo é historicamente aceito na sociedade. Ademais,

o álcool é uma droga silenciosa e os problemas decorrentes do seu uso abusivo demoram para serem detectados, o que dificulta ainda mais o tratamento.

Com efeito, no ano de 2001, as internações para tratamento de problemas decorrentes do consumo de álcool (84.467 no total) foram mais do que quatro vezes superior às internações relacionadas ao uso de todas as outras drogas juntas.

Além das doenças resultantes do consumo prolongado do álcool – a saber, gastrite, pancreatite, cirrose hepática, doenças cardiovasculares como infarto ou trombose e até câncer –, seu uso excessivo, segundo pesquisa realizada nos EUA, esteve presente em 68% dos homicídios culposos, 54% dos homicídios dolosos, 62% dos furtos e 44% dos roubos ocorridos. A mesma pesquisa reportou, ainda, que 2/3 das violências perpetradas contra crianças no âmbito doméstico ocorreu quando os pais estavam embriagados (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 18).

Contudo, a despeito do consenso mundial sobre a imprescindibilidade em se empreender esforços de maneira preferencial a combater o uso nocivo de álcool, uma droga lícita, foram tímidas as propostas governamentais no sentido de controlar sua comercialização.

O Ministério da Saúde exortava, já nos idos de 2003, a necessidade de se defender os reais interesses da sociedade, mesmo em detrimento das indústrias de bebidas, e sugeria, para tanto, como política de redução de danos relacionado à mídia o seguinte:

Quanto à mídia, uma política para redução de danos relacionados ao consumo de álcool deve necessariamente propor modificação na legislação na direção da proibição da propaganda de bebidas alcoólicas em meios de comunicação de massa. A propaganda deve ficar restrita aos locais de venda (bares, prateleiras de supermercado, etc), como já é feito no Brasil para o tabaco. Os veículos de comunicação de massa devem ser incentivados a realizar campanhas de redução dos danos à saúde provocados pelo consumo do álcool. O eixo norteador de campanhas pela redução dos problemas provocados pelo álcool deve ser a estratégia de redução de danos, devendo haver a crítica de estereótipos relacionados ao uso do álcool, e incentivados pela propaganda de bebidas alcoólicas, como a associação do uso do álcool com a virilidade, a sensualidade, diversão etc (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 21).

A proeminência da posição política do Ministério da Saúde fortaleceu, a partir dos anos 2000, a rede pública de Saúde Mental, ampliada com a criação de

entidades governamentais dedicadas ao trato com os sofrimentos mentais – 45,6% das instituições criadas nesse período eram governamentais (destaque para os CAPS). Enquanto que, nos anos 1990, grande parte das instituições criadas eram não-governamentais, em especial, as comunidades terapêuticas e os grupos de auto-ajuda – somente 21,5% eram governamentais. Esses dados foram apontados na pesquisa concebida pelo SENAD, denominada *Mapeamento das Instituições Governamentais e Não-governamentais de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas no Brasil – 2006/2007* (CARVALHO, 2007).

O Mapeamento captou, ainda, a supremacia na busca por atendimento relacionada a sofrimentos mentais decorrentes do consumo nocivo bebida alcóolica (CID-10: F101), prevalente em relação aos transtornos decorrentes do consumo nocivo dos demais psicoativos (CARVALHO, 2007).

Nesse mesmo sentido, o Relatório Brasileiro sobre Drogas (DUARTE; STEPLIUK; BARROSO, 2009), realizado a pedido da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), comprovou, uma vez mais, a necessidade em se conceder atenção especial aos transtornos relativos ao consumo de álcool, identificado como a droga com mais uso na vida em 74,6% dos casos, em 2005; seguida pelo tabaco, prevalente em 44% nesse mesmo ano. Já o crack apresentou incidência de uso na vida de apenas 0,7%, em 2005. Observe-se na tabela a seguir (*Ibidem*, p. 22), que houve aumento de consumo de praticamente todos os psicoativos entre 2001 e 2005, mas o álcool manteve estarrecedora predileção de uso na vida em detrimento de todas as demais drogas juntas.

Tabela 1 - Prevalência de uso de drogas entre os entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil

| Droga                                 | Prevalência de uso (%) |         |        |        |
|---------------------------------------|------------------------|---------|--------|--------|
|                                       | 2001 <sup>1</sup>      | 2005    |        |        |
|                                       | Na vida                | Na vida | No ano | No mês |
| Álcool                                | 68,7                   | 74,6    | 49,8   | 38,3   |
| Tabaco                                | 41,1                   | 44,0    | 19,2   | 18,4   |
| Maconha                               | 6,9                    | 8,8     | 2,6    | 1,9    |
| Solventes                             | 5,8                    | 6,1     | 1,2    | 0,4    |
| Benzodiazepínicos                     | 3,3                    | 5,6     | 2,1    | 1,3    |
| Orexígenos                            | 4,3                    | 4,1     | 3,8    | 0,1    |
| Cocaína                               | 2,3                    | 2,9     | 0,7    | 0,4    |
| Xaropes (codeína)                     | 2,0                    | 1,9     | 0,4    | 0,2    |
| Estimulantes                          | 1,5                    | 3,2     | 0,7    | 0,3    |
| Barbitúricos                          | 0,5                    | 0,7     | 0,2    | 0,1    |
| Esteroides                            | 0,3                    | 0,9     | 0,2    | 0,1    |
| Opiáceos                              | 1,4                    | 1,3     | 0,5    | 0,3    |
| Anticolinérgicos                      | 1,1                    | 0,5     | 0,0    | 0,0    |
| Alucinógenos                          | 0,6                    | 1,1     | 0,3    | 0,2    |
| Crack                                 | 0,4                    | 0,7     | 0,1    | 0,1    |
| Merla                                 | 0,2                    | 0,2     | 0,0    | 0,0    |
| Heroína                               | 0,1                    | 0,1     | 0,0    | 0,0    |
| Qualquer droga exceto álcool e tabaco | 19,4                   | 22,8    | 10,3   | 4,5    |

O relatório apontou também que, de todos os óbitos diretamente associados ao uso de drogas entre 2001 e 2007 (46.888 no total), 86,6% foram devidos ao consumo de álcool; 6,3% ao consumo de tabaco; 0,1% ao uso de canabíoides (maconha); e apenas 0,4% ao uso de cocaína (e sua variação crack).

O complexo problema do uso deletério de álcool resultou na publicação, em 2007, da Política Nacional sobre o Álcool (Decreto nº 6.117, de 22/05/2007) pelo Governo Federal, que demarcou uma posição irrefutável de oposição à lógica proibicionista. A nova Política, destaca Boiteux (2015, p. 154), amplia o conceito de redução de danos ao diferenciar, ainda que de forma tímida, o usuário “simples” (inserido no consumo controlado responsável) e o usuário “problemático ou dependente”, exortando “possibilidade de modificação dos padrões de consumo” (Decreto nº 6.117/2007).

### 5.3 IMPÉRIO DA DESINFORMAÇÃO

O Brasil caminhava lentamente, mas progressivamente, no sentido da ampliação da rede pública e substitutiva de cuidados em saúde mental para pessoas

em abuso de álcool e outras drogas, quando se lançou sobre o imaginário social, a partir do ano de 2007, uma intensa campanha que alarmava o alastramento do fenômeno do crack no país, transformando as drogas ilícitas em uma problemática social de atenção obrigatória e emergencial.

Para lidar com essa questão, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009, editou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010), tentando preservar as políticas sobre drogas dentro do viés da Saúde Pública, em detrimento da ótica da Segurança Pública. O Plano reafirmou, assim, como diretriz para as ações na área o “respeito e promoção dos direitos humanos e da inclusão social”, a imprescindibilidade do “enfrentamento do estigma” associado ao consumo de drogas e a “garantia de acesso a um tratamento de eficácia comprovada” (art. 3º, PEAD).

A ação do Ministério da Saúde, contudo, obteve pouca aderência na sociedade. A Luta Antimanicomial, que vinha logrando êxito em combater os estigmas e em restabelecer a cidadania daqueles banidos socialmente, começou a lidar com o retrocesso advindo da disseminação pela mídia de uma noção distorcida e estereotipada da realidade dos usuários de drogas.

Nas sociedades modernas, a mídia se tornou – ao lado de instituições como a política, a religião, a família e a educação – importante ator político capaz de desempenhar, por meio de seus veículos de comunicação de massa, relevante relação de poder.

Thompson (2011, p. 285) – um dos teóricos que estudou a influência da mídia na sociedade e na cultura – ressalta que o conhecimento que nós possuímos de fatos que acontecem além do nosso meio social imediato é derivado, em grande parte, da recepção das formas simbólicas (ações e falas, imagens e textos) veiculadas pelos meios de comunicação. Por exemplo, a compreensão que temos sobre a política é, quase que integralmente, intermediada por jornais, rádios e televisão; a apreensão de acontecimentos que são, espaço ou temporalmente, distantes, como uma guerra na Síria, é derivada pelos mecanismos de comunicação em massa.

Assim, a mensagem difundida pela mídia – cujo alcance é quase ilimitado no atual mundo globalizado e consegue atingir milhões de pessoas –

funciona inexoravelmente como fator de transmissão de ideologias, alterando comportamentos, atitudes e julgamentos das pessoas (THOMPSON, 2011).

Para John Thompson, as ideologias relacionam-se “às maneiras como o sentido (significado), [mobilizado pelas formas simbólicas], serve, em circunstâncias particulares, para estabelecer e sustentar relações de poder que são sistematicamente assimétricas” (*Ibidem*, p. 16). Dessa forma, as ideologias propagadas por um grupo de indivíduos que detém a hegemonia do poder de forma relativamente estável cristalizam ideias e perpetuam mecanismos de exclusão social, o que dificulta ainda mais o acesso de grupos marginalizados a direitos fundamentais básicos, como a saúde.

Os textos jornalísticos se vestem, ainda hoje, da roupagem da isenção, semelhante à neutralidade imposta à ciência pelo Iluminismo. Mas, o que efetivamente eles dizem (e não o que eles afirmam dizer)? Qual o real discurso das campanhas de prevenção e combate ao crack?

Não há dúvidas de que qualquer reportagem jornalística retrata apenas um recorte parcial da realidade, semelhante a uma fotografia em que, ao se “dar *zoom*” em um objeto, o fundo fica desfocado. Entretanto, a mídia não apenas registra e reproduz essa realidade – incompleta por excelência –, mas também a cria (GUARESCHI, 2003). Ou seja, por meio da seletividade na escolha do que seriam os fatos relevantes a serem expostos para o público, os meios de comunicação são verdadeiros “definidores de realidade”, como ressaltam Berger e Luckmann (2004).

Entretanto, não se observa atualmente uma pluralidade de ideias, vozes e enquadramento jornalísticos de forma equânime na mídia. Menos ainda nos meios de comunicação tradicionais como a televisão, que forma um bloco mais uniforme e coeso, dificultando ainda mais a difusão de diferentes visões da realidade, dado que 75% dos brasileiros ainda busca se informar sobre temas relevantes pela televisão e apenas 20% o faz pela *internet* (BOKANY, 2015, p. 298).

Com efeito, ficam relegadas a segundo plano as matérias que abordam a garantia de direitos dos usuários, a legalização de drogas ou métodos alternativos de tratamento. Ao passo que há uma evidente predileção da mídia por matérias que reforçam a lógica punitiva e a repressão quanto à questão das drogas, alimentando o imaginário social com cenas de terror: são crianças carregando armas

e a serviço do tráfico, jovens esqueléticos usando drogas embaixo das marquises, mulheres prostituindo-se para alimentar o vício, grávidas entregues à dependência, etc.

A percepção deletéria que a maior parte da sociedade brasileira sustenta em relação às drogas foi explicitada na pesquisa de opinião Drogas: Percepções da Opinião Pública realizada em 2013 pela Fundação Perseu Abramo (FPA) em parceria com a Fundação Rosa Luxemburgo (RLS). A amostra contou com 2.400 entrevistas distribuídas em 120 municípios de pequeno, médio e grande porte, além de capitais e regiões metropolitanas de todas as 5 macrorregiões brasileiras (BOKANY, 2015). Segunda a pesquisa, as drogas estão associadas a imagens de destruição, ruína, decadência e degradação pessoal para 15% dos entrevistados. Outros 14% as relaciona com a destruição familiar, 12% com coisas ruins e erradas, e 9% com a morte ou coisas que matam (BOKANY, 2015, p. 290).

Os discursos de prevenção ao uso de drogas retratam o crack, em especial, como um “ser autônomo”, com vida própria, capaz de fazer viciar já no primeiro uso e tornar refém o usuário, incapaz de perceber sua própria situação degradante. Romanini e Roso (2012) expõe algumas das definições relativas ao crack descritas em matérias jornalísticas: “a droga que escraviza em segundos, que zomba das esperanças de recuperação, que corrói famílias, que mata mais do que qualquer outra droga e que afunda dependentes na degradação moral”.

Essa é também a mensagem transmitida nas campanhas a seguir, que apresentam forte apelo ao imaginário social a ponto de apresentar o crack como a própria personificação da morte:

Figura 1 - crack, a personificação da morte



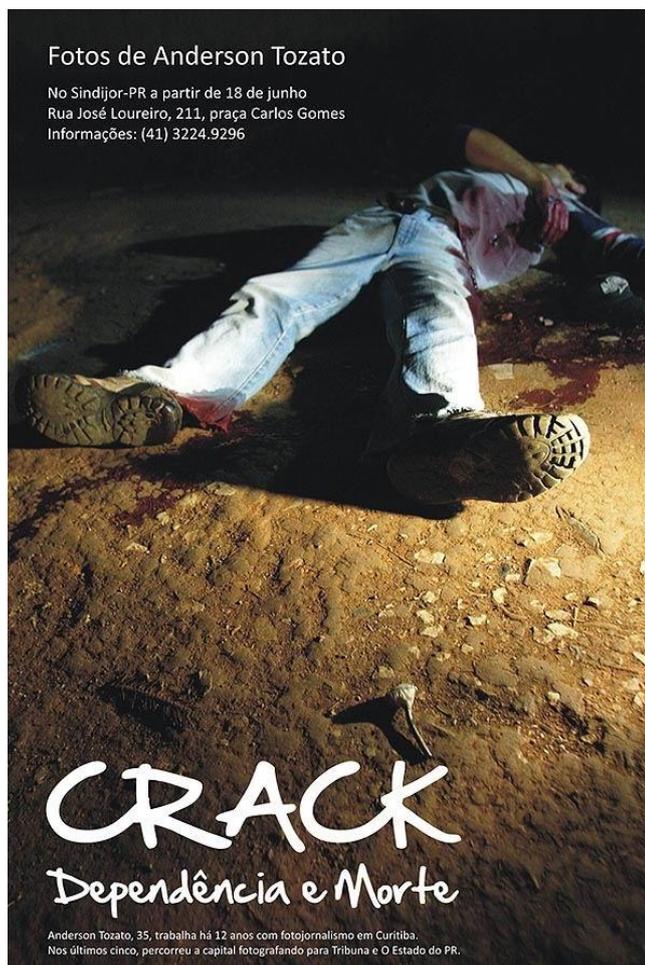
Fonte: <http://noticiasdeitabuna.blogspot.com.br/2012/03/crack-ascende-nas-camadas-sociais.html>

Figura 2 - Crack, a pedra da morte



Fonte: <http://anjoseguerreiros.blogspot.com.br/2010/10/o-crack-e-os-seus-maleficios-para.html>

Figura 3 - Crack: dependência e morte



Fonte: <http://fotojornalismocuritiba.blogspot.com.br/2009/06/exposicao-crack-dependencia-e-morte.html>

O retrato acima, em que um cachimbo de crack é posicionado próximo a um corpo ensanguentado, faz parte de uma exposição de fotos jornalísticas denominada “Crack: Dependência e Morte”.

Ao trazer o foco para a substância em si, inerte por essência e cujo uso pode ser benéfico ou prejudicial a depender da forma (existem, por exemplo, medicamentos fabricados à base de maconha), ficam relegados à segundo plano o próprio indivíduo, seu meio social e sua história de vida.

Não é raro, ademais, o usuário ser retratado de maneira degradante. Observe-se a seguir:

Esse rapaz estava no marasma mais completo, sua vista tinha decaído inteiramente. Ele satisfazia onde quer que estivesse as necessidades da natureza. Seu corpo exalava um odor particularmente nauseabundo. Tinha a pele terrosa, a língua vacilante, os olhos cavos,

as gengivas todas retraídas e cobertas de ulcerações que anunciavam uma degeneração escorbútica. Para ele, a morte era o termo feliz de seus longos padecimentos (FOUCAULT, 2002, p. 301).

Essa poderia facilmente ser a descrição de um “craqueiro”, mas se trata de definição descrita no *Dictionnaire des sciences médicales* – a principal referência médica do começo do século XIX, segundo Foucault – sobre a masturbação, elevada à condição de anormalidade e que deveria ser reprimida de todas as formas. Como se percebe, não é inédito deixar em segundo plano a própria história de vida e a subjetividade pessoal. Evento semelhante se constatou no tratamento dispensado à loucura sob a lógica organicista que, privilegiando sinais e sintomas, gerou medicalização, isolamento e suprimiu o estatuto de cidadania dos dependentes de drogas.

A subjugação imposta pelo crack seria capaz de transformar usuários em “zumbis” e, tal qual retratado nos filmes de ficção científica, desperta no público em geral o mesmo medo, talvez a mesma aversão que os leprosos e os loucos de outrora.

Vejamos as imagens a seguir (PETUCO, 2015, p. 21):



Repare-se nas semelhanças entre a imagem da direita, fruto de uma campanha de prevenção ao uso de drogas, e a da esquerda, retirada do filme *A Noite dos Mortos-Vivos*. A conclusão induzida é que não é o usuário que consome o crack, mas é a droga que consome toda a vitalidade e humanidade do usuário.

Essas estratégias de comunicação criam um verdadeiro *pânico moral*<sup>10</sup> na sociedade. Conseqüentemente, “a paixão domina e produz decisões, políticas e comportamentos que, de outra forma, não teriam sido produzidos” (TONRY, 2004, p. 85). Assim, cria-se um círculo “entre o medo e as políticas públicas punitivas que não resolvem nada, mas permitem mais medo para se renovarem em mais políticas punitivas” (VALOIS, 2017, p. 549). Ao mesmo tempo, é reforçado o senso comum de que todo consumidor é marginal, perigoso para a sociedade e responsável por aumentar os níveis de criminalidade, consoante se percebe nas manchetes a seguir: “Crack causa escalada da violência em Sergipe”<sup>11</sup>; “Especialistas dizem que crack é um dos responsáveis por violência no RS”<sup>12</sup>; “Avanço do crack leva a violência a vias da cidade”<sup>13</sup>, entre tantas outras.

Entretanto, em termos empíricos, não há qualquer evidência científica de que as drogas são o fator, *de per se*, desencadeador de condutas violentas, ou de que as circunstâncias associadas o uso de drogas são propulsoras da criminalidade. Ademais, é impossível perscrutar se as pessoas que cometem crimes patrimoniais ou de tráfico de drogas, por exemplo, deixariam de fazê-los caso estivessem em abstinência. É dizer, são as drogas as responsáveis pelo aumento da criminalidade, ou é a situação de miserabilidade, de ausência do Estado, de falta de oportunidades de emprego, de exclusão social, de perda de vínculos familiares e sociais?

Na região da “cracolândia”, em São Paulo, por exemplo, segundo o então prefeito Haddad em 2015, estimava-se que 70% da população era egressa do sistema prisional (ALVES, 2015, p. 70). Diante desse contexto, quais oportunidades de vida essa parcela já estigmatizada da população possui? Para Foucault (2012, p. 251), com efeito, “A detenção provoca a reincidência: depois de sair da prisão, têm-

---

<sup>10</sup> O termo *pânico moral* foi cunhado em 1972, pelo sociólogo Stanley Cohen (2002) como forma de explicar as reações exageradas e conservadoras da mídia, da sociedade e das autoridades em relação a uma onda de violência ocorrida na Inglaterra em 1964 e encarada como uma ameaça à sociedade britânica.

<sup>11</sup> Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/crack-causa-escalada-da-violencia-em-sergipe>. Acesso em: 7/3/2017.

<sup>12</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2015/06/especialistas-dizem-que-crack-e-um-dos-responsaveis-por-violencia-no-rs.html>. Acesso em: 7/3/2017.

<sup>13</sup> Disponível em: <http://odia.ig.com.br/portal/rio/avan%C3%A7o-do-crack-leva-a-viol%C3%Aancia-a-vias-da-cidade-1.416281>. Acesso em: 7/3/2017.

se mais chance que antes de voltar para ela, os condenados são, em proporção considerável, antigos detentos”.

O médico psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira ressalta, ademais, que a droga não seria a causa da miséria, tampouco o motivo que levaria a população a ficar em situação de rua; “na realidade, o que leva essas pessoas ao crack é a exclusão social, a falta de acesso à educação, saúde e moradia, ou seja, a privação da própria cidadania e identidade” (*apud* ALVES, 2012, p. 69).

De igual sorte, a chamada “criminalidade de rua” (rixas, lesões corporais, furtos, roubos, entre outros) – comumente associada ao consumo de drogas – talvez seja melhor compreendida pela vulnerabilidade resultante da marginalização social do que pela dependência de substâncias psicoativas propriamente dita. Da mesma forma, a dos pequenos traficantes, os ditos “aviões”. Ainda que a causa imediata de tais ilícitos possa estar relacionada aos efeitos psíquicos das drogas, inclusive à abstinência (fissura), a exclusão social e a falta de perspectiva de vida parecem apontar para a verdadeira raiz do problema.

A mídia se esforça por estabelecer uma relação direta e inevitável de causa e efeito entre o consumo de drogas e a prática de crimes, em uma estratégia de naturalização, no qual, nos exatos termos de Thompson (2007): “um estado de coisas que é uma criação social e histórica pode ser tratado como um acontecimento natural ou como um resultado inevitável de características naturais”. Este procedimento apenas justifica novas relações de exclusão e dominação.

Noto (2003, p. 76) destaca que a forte ênfase emocional se encontra estampada nas matérias jornalísticas mesmo quando os artigos retratam opiniões de especialistas (médicos, psicólogos, advogados, entre outros), os quais são estrategicamente selecionados, não em um esforço na construção do saber, mas em “uma articulação retórico-demonstrativa do credo punitivo” (BATISTA, 2003, p. 8). Ou seja, a mídia manipula a opinião pública, decreta condenações, presume inocências, constituindo-se em “juízes paralelos” (DOTTI, 2001, p. 288).

Os eventos divulgados recebem, em geral, segundo Rolim (2006, p. 190), conotação apelativa e dramática, por meio do tensionamento de suas singularidades nos âmbitos particular e universal. É dizer, a contextualização do fenômeno pouco, ou nada, é retratada, fazendo com que o pano de fundo (miséria,

marginalização, escassez de oportunidades) seja esquecido pelo espectador. Assim, a ênfase ao fato em si – um assassinato cometido por um morador de rua, furtos, roubos violentos, prostituição de viciadas –, explorado exaustivamente, soma-se a diversas outras histórias pregressas, aumentando a estatística do horror e gerando a sensação de que “o consumo de drogas não para de se alastrar”, de que “isso não tem fim”. Repare-se: “Programas públicos não conseguem conter expansão do consumo de crack em BH”<sup>14</sup>; “Epidemia de crack está fora de controle”<sup>15</sup>; “O crack bate à nossa porta”<sup>16</sup>; “O crack avança”<sup>17</sup>.

Divulgado de forma reiterada, o uso de droga – em especial, do crack – é transformado em “epidemia”, definida pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC) como “*a disease that affects a large number of people, with a recent and substantial increase in the number of cases*” (MARTIN; MARTIN-GRANEL, 2006, p. 979).

A realidade brasileira parece se assemelhar à vivida nos EUA na segunda metade da década de 1980, quando foi alardeado que aquele país vivia uma explosão de criminalidade em tese relacionada ao aumento substancial de consumo de crack. Nisso a mídia brasileira parece concordar, a saber: “Epidemia de crack no Brasil lembra os EUA em 1980”<sup>18</sup>; “Nova York também teve sua cracolândia. E conseguiu acabar com ela”<sup>19</sup>; “Não foi tão diferente assim: os pontos de conexão entre

---

<sup>14</sup> GALDINO, Renata. *Hoje em Dia*. Disponível em: <http://hojeemdia.com.br/horizontes/programas-p%C3%BAblicos-n%C3%A3o-conseguem-conter-expans%C3%A3o-do-consumo-de-crack-em-bh-1.352809>. Acesso em 7/3/2017.

<sup>15</sup> FREIRE, Aluizio. *G1/RJ*. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2010/06/epidemia-de-crack-esta-fora-de-controle-adverte-especialista.html>. Acesso em 7/3/2017.

<sup>16</sup> *Revista Veja*, 25/01/2012, Disponível em: <http://www.tratamentodasdrogas.com.br/minhas-entrevistas/veja-o-crack-bate-a-nossa-porta/>. Acesso em 7/3/2017.

<sup>17</sup> *O Globo*. Disponível em: <http://extra.globo.com/noticias/rio/o-crack-avanca-15206961.html>. Acesso em 7/3/2017.

<sup>18</sup> FORERO, Juan. *The Washington Post*, *O Estado de São Paulo*. Disponível em: <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,epidemia-de-crack-no-brasil-lembra-os-eua-em-1980-imp-,978325>. Acesso em 7/3/2017.

<sup>19</sup> CUMINALE, Natalia. *Revista Veja*. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/saude/nova-york-tambem-teve-sua-cracolandia-e-conseguiu-acabar-com-ela/>. Acesso em 7/3/2017.

o atual problema do uso de crack no Brasil e a epidemia norte-americana do fim da década de 80 não são desprezíveis”<sup>20</sup>.

Entretanto, quanto à experiência americana, Hartman & Golub (1999, p. 430) constataram, por meio da análise de reportagens publicadas em jornais americanos entre 1985 e 1990 sobre a epidemia de crack, que elas eram destituídas de embasamento científico e sensacionalistas. Exploravam, outrossim, ao máximo o horror relacionado ao uso de crack, o que conduziu ao sentimento de pânico da sociedade norte-americana e serviu para desviar o foco das autoridades públicas de problemas estruturais pelos quais passava o país, como a recessão da economia, o aumento do desemprego, a falta de investimento em educação e a pobreza.

Estudo semelhante foi desenvolvido por Orcutt e Turner (1993), que identificaram manipulações intencionais nos dados oriundos dos questionários nacionais sobre o consumo de drogas entre estudantes. Além disso perceberam que, a despeito de uma pequena diferença entre o consumo de drogas de um ano para o outro, essa taxa foi supervalorizada nos gráficos apresentados.

Conclui-se, portanto, que

*[...] if the word ‘epidemic’ was being used by politicians and journalists to warn of a disease or disease-like condition that is widespread or prevalent, then there has never been an epidemic of crack addiction or use in the USA (HAASEN; KRAUSZ, 2001, p. 159).*

O neurocientista Carl Hart, da Universidade de Columbia, ressaltou, ainda, que a política de guerra às drogas advinda do pânico moral construído em torno do crack é extremamente discriminatória. Consoante dados divulgados pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas (Nida) dos EUA, os usuários de drogas daquele país eram, em 1991, compostos majoritariamente por brancos (75%), apenas 15% por negros e outros 10% por hispânicos. Entretanto, em dados divulgados pela Comissão de Penas dos EUA, em 2009, constatou-se que, dos 5.669 condenados pelo uso de crack, 79% eram negros, 10% hispânicos e apenas 10% brancos (MILHORANCE, 2014).

---

<sup>20</sup> GRAÇA, Eduardo. Carta Capital. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/nao-foi-tao-diferente-assim>. Acesso em 7/3/2017.

No Brasil, tampouco há evidências de que estejamos enfrentando uma epidemia de crack. Longe de ser um fenômeno que afete toda a sociedade, em revisão realizada em 2008 sobre o perfil dos usuários de crack brasileiros, constatou-se que o consumo de cocaína e seus derivados era feito por parcela reduzida da população – apenas 2,3% –, com prevalência entre usuários de “perfil jovem, desempregado, com baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo, proveniente de famílias desestruturadas” (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008, p. 18) e do sexo masculino.

De igual forma, pesquisa realizada entre estudantes do ensino fundamental e médio no Brasil mostrou que não houve diferença nos dados de 2004 e 2010 relativos aos níveis de consumo de crack durante toda a vida. Ademais, pelo menos nesse recorte da população, o crack ocupou apenas o penúltimo lugar entre as doze drogas mais utilizadas (NAPPO; SANCHEZ; RIBEIRO, 2012, p. 1.646).

Em 2014, a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), em parceria com a Fiocruz, realizou um levantamento nacional sobre o uso de drogas no Brasil e, sem descuidar da urgência do problema, constatou ser um erro metodológico definir como epidêmica a situação do crack no Brasil, dada a falta de séries históricas confiáveis (BASTOS; BERTONI, 2014). A pesquisa comprovou, ainda, que parcela diminuta da população das capitais brasileiras consomem crack e outras formas congêneres de cocaína – apenas 0,8%. Ou seja, o crack está longe de ser a droga mais consumida no Brasil.

O discurso repressivo estampado na mídia reverbera e se retroalimenta nos interesses de parcela da população que detém a hegemonia no cenário geopolítico e geoeconômico, cujo perfil conservador parece ser mais receptivo ao rigor proibicionista.

O império da desinformação imposto pela mídia fica ainda mais evidenciado quando 32% dos entrevistados acreditam ser o crack a droga mais consumida no Brasil e 25% pensam ser a maconha – em oposição a todos os relatórios nacionais de consumo adrede apresentados. A cocaína é citada como uma das drogas mais consumidas por 19% dos pesquisados, e apenas 14% reconhecem o álcool e 9%, o tabaco, como uma das drogas mais consumidas (BOKANY, 2015, p. 294).

Entretanto, a despeito da falta de dados sobre o alastramento do crack, o imaginário social se encontra envolto às cenas do horror. O discurso alarmista em torno das drogas acaba por influenciar sobremaneira no tipo de atenção a ser dispensada pelo Governo para enfrentar o problema: em vez de ações preventivas para evitar o crescimento do consumo e da promoção da saúde e da cidadania, os argumentos favorecem políticas repressivas como única opção viável para a questão, ainda que às custas da liberdade e ofendendo princípios democráticos.

A cultura do medo, consoante ressalta Brites:

*[...] forja uma base de legitimidade social que aceita, aplaude e reivindica o recrudescimento da intervenção repressora do Estado. Dialeticamente, legitima que o uso de psicoativos ilícitos seja tratado em primeiro lugar como uma questão de polícia, relegando à saúde coletiva atribuições menos prioritárias e subalternizadas no âmbito da assistência e da prevenção (BRITES, 2015, p. 130, destacamos).*

É dizer, se existe uma epidemia, é preciso haver uma resposta enérgica imediata; se o crack é escravizador, é preciso conter o próprio usuário, tido como perigoso para a sociedade. Com efeito, “diante de ‘zumbis’, não seres-humanos, dificilmente ações democráticas e consensuadas de tratamento seriam possíveis pela alienação deste público” (OBERLING; PINTO, 2015, p. 171).

O que se busca, assim, por meio dessa discursividade de prevenção ao uso de drogas, é o extermínio de usuários e usuárias de drogas, tirando suas vidas. Entendendo-se por “tirar a vida”, nos dizeres de Foucault (2010, p. 215), não “simplesmente o assassinio direto, mas também tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc”.

A construção de um ambiente favorável ao extermínio de um grupo de pessoas por meio da degradação da sua imagem foi outrora engendrada na Alemanha nazista de Hitler, cuja máquina publicitária foi extremamente exitosa na construção de efeitos de autorização ao genocídio judeu. Agora, o inimigo da classe dominante é o “craqueiro”, bem como, consoante ressalta Foucault (2010, p. 70), “é o doente, é o transviado, é o louco”.

Para os mecanismos de biopoder e racismo de Estado, a morte do outro não representa apenas a segurança pessoal do indivíduo, “a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral

mais sadia; mais sadia e mais pura” (FOUCAULT, 2010, p. 215). Raças entendidas não em seu sentido puramente biológico, mas relativa a

[...] grupos que, apesar de sua coabitação, não se misturam por causa de diferenças, de dissimetrias, de barragens devidas aos privilégios, aos costumes e aos direitos, à distribuição das fortunas e ao modo de exercício do poder (*Ibidem*, p. 65).

Tal qual nos EUA, o Governo brasileiro também propõe políticas higienistas de exclusão através da guerra às drogas. Mas, em vez da prisão dos usuários pela via autenticamente criminal, como feito naquele país, aqui dispomos da internação compulsória sob o argumento do tratamento médico, seja pela via do instituto da medida de segurança, seja por determinação do juízo cível.

#### 5.4 POLÍCIA DE DROGAS

Nos últimos anos do mandato do Presidente Lula, em 2010, diante da pressão da sociedade civil movida pelo estardalhaço da mídia quanto à “epidemia de crack”, foi implementado pelo Governo Federal, em uma estratégia nacional, o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas* – Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 –, alterado, no ano seguinte, pelo Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011, que instituiu o programa *Crack, é Possível Vencer*.

Esse diploma normativo sugere uma feição de defesa dos direitos dos usuários de drogas ao ressaltar a necessidade de prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários, principalmente em regiões de grande vulnerabilidade. Contudo, a despeito do discurso oficial, observa-se que a internação ocupa lugar central e deve ser efetivada com a ampliação do número de leitos hospitalares específicos nos quadros do SUS e mediante o repasse de verba pública a instituições privadas dedicadas ao atendimento aos usuários de drogas: as clínicas de tratamento e as comunidades terapêuticas.

A política de drogas assumiu, assim, novos contornos, mudando-se o foco do álcool – principal droga consumida pelos brasileiros e que vinha sendo a grande preocupação da Saúde Pública – para o crack. Abandonou-se a Política

anterior de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (com enfoque na redução de danos), considerada por Machado e Miranda como:

[...] um marco teórico-político que [rompeu] com abordagens reducionistas e [considerou] a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco [sic] de ações exclusivas da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 818).

As vozes que defendiam a internação forçada de usuários de drogas propagavam que a medida, mais do que retirar a liberdade, seria capaz de preservar a vida daqueles em risco de morte. Era o entendimento do então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha que, no lançamento do programa *Crack, é possível vencer*, mencionou a criação de consultórios de rua em locais de maior incidência do uso de drogas, destinados a avaliar os usuários, mas também a identificar aqueles que necessitavam de internação.

Ao todo, o Governo Federal propôs um pacote com R\$ 4 bilhões de investimento até 2014, a fim de que fossem criadas 308 unidades de consultórios de rua e abertos 2.462 novos leitos exclusivos para usuário de drogas nas enfermarias especializadas nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu discurso, Padilha ressaltou a imprescindibilidade de internação diante do quadro nacional de “epidemia”:

Temos diretrizes claras da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde, do próprio Estatuto da Criança e do Adolescente, que orientam os procedimentos para internação involuntária. O Ministério da Saúde vai financiar consultórios na rua, em parceria com Estados e municípios, para que a avaliação seja feita por profissionais de saúde, com capacidade de evoluir individualmente as pessoas e as colocarmos em unidades adequadas para acolhimento (MOURA; MONTEIRO, 2011).

A medida de internação involuntária também encontra suporte na classe médica, que reverbera a ideologia da defesa da vida. Com efeito, o conselheiro Emmanuel Fortes, representante do Conselho Federal de Medicina (CFM), durante reunião de apresentação do relatório final da Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos de Álcool, Crack e Outras Drogas, no Senado Federal, realizada em 13 de dezembro de 2011, destacou a importância da participação ativa de médicos no tratamento da dependência, reiterando ser a internação forçada uma medida que encontra suporte na legislação pátria:

A vida é um bem indisponível. E a liberdade, embora tutelada pela Constituição, é uma conquista que não pode ser exercida de qualquer maneira. Existem restrições ao exercício da liberdade. A vida, a do indivíduo doente e as daqueles que estão expostos a sua ação, não tem valor menor do que a liberdade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Respaldo pelo Programa Nacional e buscando os investimentos do Governo Federal, as prefeituras de Rio de Janeiro e São Paulo anunciaram que iriam aderir à política de internação forçada a fim de combater o consumo da droga. Agentes da Saúde e do Serviço Social, mediante auxílio da força policial, retiravam compulsoriamente os usuários das ruas e os encaminhavam para clínicas de acolhimento.

Na cidade do Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) publicou, em maio de 2011, a Resolução nº 20/2011 (Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social), cujos objetivos eram oferecer acolhimento, atendimento e acompanhamento da população em situação de rua, “tendo como público de atuação crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que possuem vínculos familiares interrompidos ou fragilizados” (art. 2º). Contudo, o recolhimento em massa da população adulta tinha uma eficácia relativa, já que a sua internação forçada dependia dos requisitos legais atinentes às modalidades de internação involuntária ou compulsória, nem sempre presentes. A maior incidência daquelas ações era sobre crianças e adolescentes, uma vez que as autoridades administrativas ou até mesmo judiciárias faziam as vezes do “terceiro interessado”, mencionado na Lei nº 10.216/2001.

O protocolo de atendimento do Programa carioca previa inicialmente o mapeamento das regiões de maior vulnerabilidade e concentração de população em situação de rua, a fim de traçar o perfil dos usuários. Posteriormente, promovia a abordagem mediante *escuta ativa*<sup>21</sup> da população e, por fim, a encaminhava para Centrais de Recepção, responsáveis pelo acolhimento emergencial.

---

<sup>21</sup> A *escuta ativa* é uma abordagem da psicoterapia formulada por Carl Rogers (2007) e pautada na necessidade em se desenvolver uma compreensão empática pelo paciente, por meio do estabelecimento de uma relação de confiança entre os interlocutores, em que um deles se mostra estritamente ligado ao outro e interessado pela situação por ele descrita. Parte, com efeito, da ideia de que escutar (e compreender) é diferente de apenas ouvir.

Inexistia, contudo, maleabilidade nesse fluxo sequencial e, especialmente para as crianças e adolescentes, não era possível recusa à oferta de abrigo. Com efeito, o único caminho para os que estivessem nitidamente sob a influência de drogas era o encaminhamento compulsório ao abrigo, após evidenciada a necessidade de tratamento para recuperação por equipe multidisciplinar (artigo 5º, §§ 3º e 4º, Resolução nº 20/2011, SMAS/RJ). A situação era ainda pior no período noturno, quando qualquer criança ou adolescente recolhido das ruas, independentemente de aparentar ou não influência do uso de drogas, deveria ser abrigado de forma compulsória.

O Programa carioca enfrentou resistências quase instantaneamente. A Seccional da Ordem dos Advogados do Brasil do Rio de Janeiro lançou, em julho daquele mesmo ano de 2011, um Manifesto em defesa dos direitos humanos das crianças e adolescentes (ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL DO RIO DE JANEIRO, 2011). Nele, a entidade condenava as ações da Prefeitura carioca, cuja roupagem assistencialista não escondia a natureza higienista e de defesa da ordem social em detrimento da garantia dos direitos individuais. Ressaltava, ainda, que a SMAS funcionava como agente de repressão ao exigir que todos os adolescentes abordados fossem encaminhados à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) para verificação de mandado de busca e apreensão (artigo 5º, inciso XV, Resolução nº 20/2011, SMAS/RJ), pressupondo de forma estereotipada que todos fossem autores de atos infracionais por encontrarem-se em situação de rua.

A experiência carioca tornou-se emblemática como política de internação forçada em massa. Contudo, a medida não se subsumia a nenhum dos três tipos de internação previstos na Lei nº 10.216/2001: não era voluntária, haja vista que crianças e adolescentes não podiam optar por não aderir ao tratamento repressivo; não se enquadrava na internação involuntária, já que prescindia de recomendação médica, valendo-se exclusivamente da avaliação da equipe da Secretaria municipal; tampouco era de internação compulsória, uma vez inexistir decisão judicial individualizada para tanto. Tratava-se, de fato, de medida abusiva que impunha restrições de liberdade sem aparato legal; um dos motivos pelos quais o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente sugeriu seu imediato sobrestamento (CONANDA, 2011).

A cidade de São Paulo também foi palco de internações em massa. O ano de 2012 se iniciou na capital paulista com ostensiva ocupação militar na região central da cidade – conhecida como Região da Luz –, local onde se aglomeravam usuários e usuárias de drogas. Em uma operação denominada *Dor e Sofrimento* – que contava com quase 300 policiais, helicóptero, carros, motos, cães farejadores e cavalos –, pretendia-se combater o tráfico de drogas e dispersar as pessoas em situação de rua mediante o uso de cassetetes, balas de borracha e bombas de efeito moral.

Lancetti (2012, p. 30) enfatizou que, em São Paulo: “os guardas municipais jogam gás de pimenta, a assistência social cutuca as pessoas, a polícia reprime e resgates internam involuntariamente”.

Figura 5 - Operação Dor e Sofrimento



Disponível em: <http://noticias.r7.com/sao-paulo/noticias/liminar-impede-que-policiais-realizem-acoes-violentas-na-cracolandia-20120731.html>. Acesso em: 27/3/2017.

Figura 4 – Repressão Policial



Disponível em: <http://fotografia.folha.uol.com.br/galerias/6054-acao-policial-na-cracolandia#foto-113370>. Acesso em: 27/3/2017

Expulsos da Região da Luz, as pessoas tampouco tinham para onde migrar, haja vista a orientação seguida pela Polícia Militar em blindar bairros nobres como Higienópolis, Vila Leopoldina e Liberdade (ALVES, 2015, p. 69).

Nas ações repressivas acima expostas, a política de guerra às drogas escancara sua feição real. Trata-se de uma “polícia de guerra contra pessoas” – termo cunhado por Valois, que ressalta que a violência institucional do Estado “tem deixado milhares de anônimos para trás, mortos, amontoados” (VALOIS, 2017, p. 15).

O objetivo oficial da ação policial paulista era forçar os usuários de drogas da Região Central a procurar tratamento. Foi o que salientou o Coordenador de Políticas sobre Drogas da Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania, Luiz Alberto Chaves de Oliveira:

A falta da droga e a dificuldade de fixação vão fazer com que as pessoas busquem o tratamento. *Como é que você consegue levar o usuário a se tratar? Não é pela razão, é pelo sofrimento.* Quem busca ajuda não suporta mais aquela situação. Dor e o sofrimento fazem a pessoa pedir ajuda (FERRAZ; MANSO, 2012, destacamos).

A medida, apesar de truculenta, contou com a aprovação popular. Com efeito, pesquisa realizada pelo Datafolha revelou que 82% dos paulistanos concordaram com a ação da Polícia Militar na “cracolândia” (MARINHEIRO, 2012). A Ação, contudo, teve que ser suspensa em razão de liminar deferida pela Justiça Paulista em ação civil pública ajuizada contra o Governo do Estado de São Paulo, que determinou que o estado:

[...] se abstenha de ações que ensejem situação vexatória, degradante ou desrespeitosa em face dos usuários de substância entorpecente, e não os impeçam de permanecer em logradouros públicos, tampouco os constranja a se movimentarem para outros espaços públicos, bem ressalvada a hipótese de flagrância delitiva.<sup>22</sup>

Por seu turno, a assistência oferecida pelo Governo do Estado de São Paulo, resultou em mais dor e sofrimento. Lançado através do Decreto nº 59.164, de maio de 2013, e coordenado pelo psiquiatra Ronaldo Laranjeira – médico responsável por uma das maiores clínicas de recuperação da cidade de São Paulo (Clínica Alamedas) –, o Programa Recomeço almeja, consoante descrito no artigo 1º do Decreto adrede mencionado:

[...] a execução de ações de prevenção, tratamento, reinserção social, acesso à justiça e cidadania e de redução de situações de vulnerabilidade social e de saúde, aos usuários de substâncias psicoativas, especialmente o crack.

Porém, semelhantemente à experiência do município carioca, o que se objetivou, consoante descrito na própria página eletrônica do Plano governamental paulista, foi a “internação dos dependentes em centro de referência”, afastando o usuário das drogas e proporcionando a necessária abstinência ao tratamento. O então

---

<sup>22</sup> Provimento liminar na Ação nº 0023977-42.2012.8.26.0053. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao\\_noticias/2012/julho\\_2012/2012%2007%2031%20DECIS%C3%83O%20CRACOL%C3%82NDIA.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2012/julho_2012/2012%2007%2031%20DECIS%C3%83O%20CRACOL%C3%82NDIA.pdf).

Governador Geraldo Alckmin (PSDB-SP) prometeu “tolerância zero”: “Vamos internar o maior número de pessoas possível. Estamos internando em média seis a sete pessoas por dia” (FOLHA, 2012).

O plano de atenção do Programa iniciava-se com triagem, avaliação clínica e psiquiátrica nos Centros de Referência em Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD), dos usuários de drogas que chegavam aos Centros espontaneamente ou eram encaminhados por “abordadores” – grupo formado por assistentes sociais, profissionais de saúde e membros de ONG’s (geralmente missionárias). Caso a equipe multidisciplinar concluísse haver necessidade de internação e o paciente a recusasse, o CRATOD contava com uma equipe composta por membros do Ministério Público estadual e representantes da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a fim de imprimir celeridade às internações forçadas – fossem involuntárias ou compulsórias (LARANJEIRA, 2015). Surpreendentemente, a recusa à internação voluntária era rara, levando-se em conta ser esta a modalidade de internação mais recorrente (87% dos 8,6 mil dependentes encaminhados para internação entre 21/1/2013 e 13/4/2015 consentiram com a medida extrema).

O principal defensor do referido Programa, Ronaldo Laranjeiras, ressalta a imprescindibilidade da internação e do tratamento intensivo a dependentes químicos, haja vista a perda da consciência do usuário sobre sua real condição. Afirma, ainda, que 80% de todas as pessoas encaminhadas ao CRATOD são classificadas como doentes graves e necessitam de internação (LARANJEIRA, 2015).

A internação, segundo o Programa, pode ser apenas breve em leitos do próprio programa: de 15 a 30 dias para desintoxicação; ou pode ser seguida por uma internação de longa duração por 6 meses (prorrogável por mais 6 meses) em clínicas especializadas, comunidades terapêuticas, enfermarias psiquiátricas ou casas de recuperação.

Diante da grande demanda, o Governo estadual precisou expandir o número de leitos aptos a atender os dependentes químicos na rede estadual de saúde, bem como firmar novas parcerias com entidades privadas credenciadas – já eram 3 mil as vagas para tratamento em 2013. Nessa linha de desdobramentos, o Programa prevê, na ausência de leito na Rede Pública, o repasse de R\$ 1.350,00 por mês para

cada família de usuário de drogas, a fim de custear a internação em instituições particulares, o que recebeu a denominação de *Cartão Recomeço*.

O uso nocivo de substâncias psicoativas é, de fato, um grande problema na atualidade; tornando imprescindível uma resposta também de grande alcance. Contudo, a massificação da internação forçada como a Política Pública de assistência em Saúde Mental, ao arripio da Lei nº 10.216/2001, representa um retrocesso nas conquistas havidas pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial, que buscam extinguir a internação em instituições com características asilares, combater a mercantilização da loucura e ampliar a oferta de serviços substitutivos de atendimento em meio aberto como forma de promover a cidadania dos portadores de sofrimento mental.

Os mencionados Programas paulista e carioca, amparando-se contraditoriamente na diretriz Nacional, acabaram por promover exatamente o oposto, dando azo para que a loucura (e a suposta alienação do dependente) fosse novamente objeto de lucro para novas instituições totais, como as comunidades terapêuticas: “verdadeiros aparatos de concretização dos novos caminhos manicomiais de uma sociedade que mudou a figura do anormal, do da desrazão para o do desejo, do manicômio prisão para uma prisão Comunidade” (MERHY, 2012, p. 17).

É bem verdade que as instituições não-governamentais sempre foram maioria na atenção de questões relacionadas ao consumo de drogas no Brasil. Em levantamento realizado em 1.256 instituições brasileiras envolvidas na questão no período compreendido entre 2006 e 2007, constatou-se que a maior parte delas – 483 (ou 38,5% da amostra) – era formada por comunidades terapêuticas; enquanto apenas 153 (12,2%) eram aparelhos públicos, isto é, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad (CARVALHO, 2007, p. 86).

Contudo, entre 1980 e os anos 2000, mediada pela perspectiva de Saúde Pública do Ministério da Saúde, havia uma forte tendência ao fortalecimento da rede pública e de queda na inauguração de entidades não-governamentais. Assim, enquanto na década de 1980, de todas as instituições criadas, 82% era não-governamental (em oposição aos 16,5% governamentais); na década de 2000,

apenas 52,6% das novas instituições eram não-governamentais, equilibrando-se com 45,6% das governamentais (CARVALHO, 2007, p. 108).

Por meio do Decreto nº 7.179/2010 – responsável por instituir o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – o Governo Federal inaugurou a possibilidade de financiamento público dos serviços prestados pelas comunidades terapêuticas, as quais passaram a ser conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a integrar sua Rede de Atenção Psicossocial (inclusão feita pela Portaria nº 3.088/2011, Ministério da Saúde). O incentivo financeiro da União para apoio e custeio dos serviços prestados nessas instituições foi posteriormente regulamentado pela Portaria nº 131/2012, do Ministério da Saúde, que previu o repasse de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo com 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência.

Destarte, a partir de 2010, as comunidades terapêuticas proliferaram e assumiram frente no atendimento aos dependentes de drogas. Portanto, faz-se necessário avaliar a estrutura e o funcionamento dessas instituições para verificar se encontram-se alinhadas com as prescrições exigidas pela Lei de Reforma Psiquiátrica, especialmente no que diz respeito à garantia dos direitos específicos dos pacientes mentais.

As comunidades terapêuticas oferecem serviços de internação para usuários de drogas na modalidade de residência e propõem, como instrumento terapêutico, a convivência entre os pares, exigindo necessariamente a voluntariedade na adesão e permanência do paciente.

Estas instituições são reconhecidas como locais privados para tratamento de usuários de drogas e eram reguladas, até 2010, exclusivamente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 101/2001. Como não integravam a Rede Pública de assistência até aquele momento, também não se submetiam ao cumprimento das normas da Saúde.

Os requisitos de segurança sanitária para funcionamento das comunidades terapêuticas foram posteriormente atualizados com a publicação, pela ANVISA, da Resolução – RDC nº 29/2011 (substituindo-se a RDC nº 101/2001). A nova regulação suprimiu a denominação obrigatória de “comunidades terapêuticas” e

permitiu que elas fossem consideradas apenas *equipamentos sociais*, quando optassem por não oferecer serviços assistenciais de saúde, afastando-se, nesses casos, a exigência de apresentarem um responsável técnico com formação em nível superior na área da Saúde e do Serviço Social.

Essas entidades prestadoras de serviços de atenção em regime residencial são, no Brasil, geralmente vinculadas às igrejas católicas e evangélicas (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 99). Assim, a despeito da vedação à imposição de crenças religiosas aos pacientes prevista em quase todos os dispositivos normativos que regulam o projeto técnico das comunidades terapêuticas (*vide* RDC da ANVISA nºs 101/2001 e 29/2011, bem como Portaria nº 131/2012 do MS), elas adotam, como estratégia de tratamento, a conversão religiosa da pessoa internada e o “[resgate de] virtudes e sentimentos adormecidos”<sup>23</sup> daqueles que se perderam do caminho escorregado, construindo-se novos valores, afeitos “à moral cristã”<sup>24</sup>, e corrigindo-se o caráter, “indispensável à [...] recuperação e ressocialização”<sup>25</sup>.

Várias delas seguem também o modelo de atendimento preconizado pelos Alcoólicos Anônimos (AA), pautado pelos Doze Passos e Doze Tradições, que ressaltam a necessidade da espiritualidade no tratamento, a saber:

[...] 2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade. 3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos. [...] 6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter. 7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições. [...] 11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade (ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES).

Outro pilar do projeto terapêutico dos AA é a confissão, em que o indivíduo é compelido a revelar para os outros a sua própria falha de caráter e sua perda de autocontrole.

---

<sup>23</sup> Descrição do projeto da Comunidade Terapêutica Fazenda Renascer. Disponível em: <http://fazendarenascer.org.br>. Acesso em: 8/3/2017.

<sup>24</sup> Descrição do projeto da Comunidade Terapêutica Fazenda do Senhor Jesus. Disponível em: <http://www.fazendadosenhorjesus.org.br/quem-somos/proposta-de-tratamento>. Acesso em: 8/3/2017.

<sup>25</sup> *Idem*

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas. [...] 4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos. 5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas. [...] 8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados. 9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem. 10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente (ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES).

Por fim, o principal desiderato das comunidades terapêuticas é a abstinência completa do indivíduo, tratando os sinais e sintomas da dependência ou do uso nocivo, em um projeto que não considera, de forma suficiente, a subjetividade de cada um, semelhantemente ao tratamento dispensado aos internados nas instituições reconhecidamente asilares.

Estas instituições, consoante ressalta Fossi e Guareschi (2015, p. 99), que destrinchou o projeto de quatro comunidades terapêuticas brasileiras no Rio Grande do Sul, caracterizam-se, ainda, pelo seguinte: a) isolamento geográfico dos pacientes, retirando-os do ambiente deletério que estimularia o consumo de drogas; b) inexistência de qualquer contato com o mundo externo em programas que duram de seis a doze meses e restrição a visitas de familiares (em alguns casos a primeira visita dar-se-á somente após meses de internamento); c) existência de regras rígidas e atividades obrigatórias durante o transcorrer do dia, as quais podem ser laborais, terapêuticas ou religiosas.

O que se percebe da descrição acima é que as comunidades terapêuticas em muito se assemelham às antigas instituições totais definidas por Goffman como locais “de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (2015, p. 11).

A comunidade terapêutica é, segundo ressalta Fossi e Guareschi (2015, p. 100), “o lobo travestido na pele de cordeiro”: a nova feição do antigo modelo manicomial, o qual entendia que, “se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio no qual as mesmas não podem mais prejudicá-lo”

(AMARANTE, 1996, p. 48). Neste espaço protegido, é realizado o tratamento moral do tido doente mental – agora considerado o dependente químico.

Siqueira (2010, p. 67) ressalta que a sociedade sempre vai desempenhar o controle sobre os usuários de drogas de alguma das três seguintes formas: ou pela cadeia, ou pelos hospitais psiquiátricos, ou pela igreja. Para Fossi e Guareschi (2015, p. 104), as comunidades terapêuticas congregarão as três instituições: é cadeia por ter caráter fechado; é hospital psiquiátrico por ser passível de intervenção do saber médico; e é igreja por apresentar como pilar para o tratamento a espiritualidade.

A aproximação moral fica um tanto mais clara quanto aos dependentes de drogas ilícitas, frequentemente avaliados como pessoas perigosas para a sociedade. Nestes casos, a depender dos interesses em questão, ora sobressai o suposto transtorno mental do usuário (tido como escravo do vício) – em questão afeta ao campo da Saúde propriamente dito –, ora ressaltam aspectos de ordem criminal, abordados por um autêntico juízo de reprovação social e moral (a responsabilidade penal) ou por um juízo de temibilidade – a periculosidade criminal.

Ou seja, o usuário de psicoativos ou é considerado irresponsável pelo uso de entorpecentes e passível da intervenção do saber psiquiátrico com a internação forçada; ou se subjeta ao direito incriminador. Em qualquer caso, a interface com o ilícito agrega um elemento de cunho fortemente moral às abordagens terapêuticas.

Muitas têm sido as denúncias em desfavor das comunidades terapêuticas de violações aos direitos humanos, maus tratos, desrespeito à liberdade religiosa, trabalho forçado, cárcere privado.

Algumas delas chegaram a ser interditadas por determinação judicial. Em Minas Gerais, por exemplo, a Secretaria do Estado de Saúde (SES-MG) identificou, em vistorias realizadas entre agosto e dezembro de 2015 nas comunidades terapêuticas conveniadas, irregularidades em 100% das 42 instituições fiscalizadas dentre as 74 que recebiam recursos através do programa Aliança Pela Vida. As irregularidades variavam desde simples descumprimentos do edital do contrato de convênio, até graves violações de direitos humanos (MENDES, 2016).

O relatório das vistorias foi apresentado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da SES-MG junto à Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica (CERP) em junho de 2016, consoante se constata do Informativo nº 42, de junho daquele ano, do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG)<sup>26</sup>. Contudo, a íntegra do Relatório de Vistorias surpreendentemente só foi localizada no repositório de textos “passeidireto” e divulgado apenas pelo jornal Hoje em Dia (MENDES, 2016).

Por ser minuciosamente detalhada, salientamos a seguir as principais irregularidades identificadas nas comunidades terapêuticas mineiras: i) ausência de projeto terapêutico individual em 93% dos casos; ii) precariedade de condições físicas em 48% dos casos; iii) negligência com cuidados de saúde em 50% dos locais vistoriados; iv) existência de práticas punitivas e constrangedoras a usuários em 78% das entidades, em situações como trabalho imposto como forma de punição e usuários sendo compelidos a escrever 300 vezes no papel as regras da casa (ex.: “não posso esquecer meu crachá” ou “devo respeitar os outros internos”); v) restrição a visitas em 93% das comunidades, que a autorizam somente após 30 ou 60 dias; vi) proibição a manter contato com a sociedade externa por meio de contato telefônico em 52% dos casos e, quando o telefonema é permitido, monitoramento das ligações em 53% das instituições; vii) violação de correspondência dos usuários, quando autorizadas, em 72% das comunidades, sendo que, em alguns casos a leitura da carta é feita em voz alta ao paciente por algum profissional da equipe dirigente ou elas são previamente apreciadas antes de serem entregues aos usuários.

Foram denunciadas, outrossim, as seguintes e graves violações:

### 2.3 IRREGULARIDADES ENCONTRADAS NAS VISTORIAS

[...]

2.3.1 Descumprimento das normas e legislações do Cartão Aliança pela Vida:

[...]

- *Número de leitos superior ao exigido pelo Edital;*

---

<sup>26</sup> A minuta da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de Minas Gerais (PESMAD) encontra-se disponível no site do CES-MG em: <http://ces.saude.mg.gov.br/?p=1991>. Acesso em: 8/3/2017.

- Número de vagas conveniadas/contratadas superior ao número de leitos existentes;

- Inexistência de RH exigido pelo Edital;

[...]

- *Permanência do usuário na comunidade terapêutica além do autorizado (90 dias) e não respeito à exigência de avaliação clínica por parte da Unidade Municipal de Atendimento embasando a necessidade de prorrogação da internação por mais 90 dias;*

[...]

### 2.3.2 Violações de Direitos Humanos

#### 2.3.2.1 Punições físicas, psicológicas, constrangimentos e maus-tratos

- Atitudes consideradas indesejáveis ou descumprimento das regras e normas são punidas com aumento do trabalho, restrições alimentares, agressões verbais, constrangimentos públicos, expulsão, e outras práticas punitivas, chamadas pelas comunidades terapêuticas de “disciplina” ou “educativa”.

- *Denúncia dos usuários sobre práticas de punição, como por exemplo, ao faltar ao culto, não decorar versículos da Bíblia, o usuário perde o direito à visita e a ligações telefônicas; queixar-se sobre o volume do trabalho imposto gera advertências e obrigatoriedade de trabalho forçado para além da jornada diária;*

[...]

- *Descumprimento de normas leva à obrigatoriedade de escrever versículos da Bíblia 200 vezes;*

- Usuários há 10 dias sem qualquer lazer, substituído por atividades religiosas, ou seja, suspensão do tempo de lazer como forma de punição;

[...]

- *Em caso de “demonstração de afeto” a punição era “capina no sol quente” que levou a graves ferimentos nas mãos das usuárias;*

[...]

- Constrangimento mental por parte dos monitores, ameaças, falas depreciativas;

[...]

- Constrangimento coletivo e público ao expor para todos os presentes o que um interno teria feito;

- Queixa de diversos usuários sobre a forma grosseira como são tratados;

- Realização de revista vexatória na admissão e em alguns casos, nudez com revista íntima;

- Prática de revista quando os usuários retornam de visita à família;

- *Restrição de acesso à TV como punição para todos, por alguém ter furtado dinheiro dentro da instituição;*

- Punição para um, gera punição para todos os internados

### 2.3.2.2 Violações do direito à liberdade, privacidade e à livre circulação

[...]

- Os usuários ficam trancados nos quartos depois de determinado horário, com cadeados do lado de fora dos quartos;

[...]

- Imposição da chamada “laborterapia”;

- *Obrigatoriedade de participação das atividades de espiritualidade e/ou religiosas;*

- *Imposição de credo religioso;*

[...]

- *Há relatos de usuários dizendo que foram internados involuntariamente;*

- *Existência de internação compulsória;*

[...]

- *As ligações telefônicas, quando permitidas, são restritas a casos extremos e devem ser feitas pelo sistema viva voz e na presença de monitores ou dos psicólogos. A maioria dos usuários apresenta queixas com relação a esta conduta, em função da ausência de privacidade, necessidade de tratar de assuntos pessoais e íntimos de cada um;*

[...]

- Não podem questionar as regras da instituição, caso contrário sofrem punições;

[...]

- *A visita da família pode ser suspensa dependendo do “comportamento” do interno;*

- A maioria das comunidades terapêuticas não acolhe o público LGBT e, quando aceitam, há relatos de discriminação, preconceito, constrangimentos e perseguições;

[...]

### 2.3.2.3 Violações do direito à saúde

[...]

- *Presença de pacientes excessivamente medicados, com sinais de intensa impregnação neuroléptica;*

[...]

- Apesar da afirmação da existência de psicólogo e assistente social na comunidade terapêutica, vários usuários relatam nunca terem conversado com os mesmos;

- *A presença do psicólogo se resume à condução de grupos de espiritualidade;*

[...]

- Presença comum de alimentos mofados e vencidos;

- Inexistência de água filtrada disponível;

[...]

- Comunidades terapêuticas com alvará sanitário vencido;

[...]

- *Internações de longa permanência, para além do prazo estabelecido pelo Programa Cartão Aliança pela Vida.*

#### 2.3.2.4 Violações de direitos dos adolescentes

- Presença de adolescentes em comunidades terapêuticas voltadas para adultos;

- *Presença de adolescentes internados compulsoriamente na instituição;*

- Adolescentes sem acesso à educação;

- *Adolescentes relatam assédio sexual.*

#### 2.3.3 Exploração de mão de obra, trabalho compulsório, falta de segurança no trabalho

- *Uso de mão de obra de usuários internados para a construção civil, fabricação de bancos, abate de porcos, corte de cana e lenha, capina, ordenha, etc, sem remuneração, orientações ou proteção;*

- Uso de mão de obra de usuários internados para o trabalho de manutenção do espaço da comunidade terapêutica sem a presença de nenhum funcionário de limpeza ou cozinheiro;

[...]

- Oferta de trabalho remunerado e intenso aos internos com desconto nas compras para consumo e o dízimo para a igreja;

[...]

#### 2.3.4 Alimentação e estrutura física de péssima qualidade

- Alimentos mofados e com data de validade vencidos;

- *A mesma comida era oferecida aos usuários e aos porcos;*

[...]

- Estrutura física e mobiliário em condições precárias; roupas de cama gastas, sujas, camas e demais móveis com avarias, espaço interno inadequado com degraus entre os cômodos; paredes sujas e com infiltrações; [...]

- Falta de portas nos banheiros, não garantindo privacidade;

[...]

- Alojamentos dos usuários localizados em estrebarias de um haras desativado, com odor fétido, com precárias condições de iluminação e higiene;

- Presença de grades ostensivas e cadeados nas portas (destacamos).

Em São Paulo, as violações de direitos humanos nas comunidades terapêuticas também se fizeram presentes. É o que apontou o Dossiê: Relatório de Inspeção de Comunidades Terapêuticas e Clínicas para Usuárias(os) de Drogas no Estado de São Paulo – Mapeamento das Violações de Direitos Humanos (2016), fruto da fiscalização realizada pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP) nas 43 comunidades terapêuticas do estado.

O Dossiê apontou graves desrespeitos às garantias individuais, tais como: trabalho forçado; participação compulsória em cultos religiosos; medicalização excessiva; ausência de acompanhamento médico; contenção física e medicamentosa; preconceitos e discriminação de toda ordem (homofobia, transfobia); restrição e monitoramento de correspondências, visitas e telefonemas; punição após tentativa de fuga; agressões físicas; internações de longa permanência; internações involuntárias; ausência de projeto terapêutico singular. Há também relatos de mortes (quatro nas entidades inspecionadas, sendo dois suicídios) e de prática de crimes, como violência sexual contra internas (o que ocorria após elas serem fortemente medicadas).

As irregularidades adrede apontadas não são exclusividades das unidades de tratamento mineiras e paulistas, mas são recorrentes nas comunidades terapêuticas de todo o país, consoante descrito no Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de Internação para Usuários de Drogas elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2011, que identificou a banalização recorrente dos direitos dos internos.

Assim, em mais um esforço para extinguir os ainda existentes “manicômios disfarçados”, bem como para ampliar o atendimento em municípios em que a estrutura de Saúde Pública é deficitária, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) publicou a Resolução nº 1/2015, que regulamenta de forma mais rigorosa as atividades nas comunidades terapêuticas e renova a possibilidade de financiamento de vagas por recursos públicos federais (art. 26 da Resolução nº 1/2015).

Esse novo dispositivo normativo, instituído no âmbito do Ministério da Justiça, reforça a impossibilidade de haver *internação compulsória* em comunidades terapêuticas; vedação presente desde a Resolução da Anvisa – RDC nº 101/2001,

mas sempre desrespeitada. Portanto, são exclusivamente voluntárias a adesão e a permanência do paciente nessas instituições, cujos programas podem durar até doze meses em um período de dois anos.

Ficou estabelecido, ainda, que essas entidades *não são estabelecimentos de saúde*, mas apenas *estabelecimentos de apoio*; sendo, portanto, fiscalizadas exclusivamente pelos órgãos de Vigilância Sanitária. Desta forma, as instituições que oferecem serviços assistenciais de saúde ou realizarem procedimentos de natureza clínica não serão consideradas comunidades terapêuticas.

A Resolução nº 1/2015 prevê, pela primeira vez, o que sempre aconteceu de forma desautorizada, a possibilidade de os programas de acolhimento dessas entidades desenvolverem a espiritualidade dos pacientes, buscando “o autoconhecimento e o desenvolvimento interior” (art. 14). Tal previsão tem sido motivo de críticas por parte de instituições que tratam o tema da dependência, como o Conselho Nacional de Direitos Humanos, o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Federal de Serviço Social, que enxergam uma violação à laicidade do Estado.

Esta regulação do CONAD, contudo, teve pouco mais de 1 ano de vigência – apenas até 4/8/2016 –, quando foi suspensa, em caráter liminar, pela Justiça Federal de São Paulo, em ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal (Processo nº 0014992-18.2016.403.6100).

No provimento de urgência, o Juízo entendeu que as comunidades terapêuticas devem ser consideradas *equipamentos de saúde*, haja vista integrarem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e prestarem um serviço complexo de atenção aos usuários de drogas pautado na “internação, na qual se retira o usuário de drogas de seu convívio, restringindo-se um dos direitos mais caros à humanidade, o direito à liberdade”<sup>27</sup>. Ressaltou-se, ainda, a necessidade de tais instituições respeitarem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os quais as bases da Luta Antimanicomial, sendo desarrazoado afastar

---

<sup>27</sup> Ação nº 0014992-18.2016.403.6100 em trâmite na Justiça Federal de São Paulo.

[...] a responsabilidade de atuar segundo os parâmetros normativos dessas políticas públicas, e até mesmo de forma contrária às suas diretrizes, o que implica em não prestar contas perante os órgãos de fiscalização competentes na exata medida de complexidade do atendimento a que se propõem.<sup>28</sup>

Dois meses após a suspensão da Resolução nº 1º/2015 do CONAD, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.482/2016, a qual inclui as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), integrando-as ao SUS e reabrindo a possibilidade de elas receberem repasses financeiros do Ministério da Saúde, além das verbas já oriundas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculado ao Ministério da Justiça.

Apesar das sucessivas regulações, as violações de direitos humanos continuam acontecendo dentro das instituições não-governamentais de acolhimento a usuários de drogas, o que sugere que o simples reaparelhamento de tais entidades ou reformas pontuais não são suficientes para afastar seu caráter asilar, em ofensa à Lei de Reforma Psiquiátrica, que exige atenção integral àquele com sofrimento mental.

Em resposta à recente resolução da Secretaria de Atenção à Saúde, a Deputada Federal Erika Kokay (PT-DF) apresentou, em 20 de dezembro de 2016, o Projeto de Decreto Legislativo nº 577, a fim de sustá-la. A Deputada, Coordenadora da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, entende ser descabida a “utilização de recursos públicos em atividades sem nenhum controle do cumprimento das diretrizes do SUS e do respeito aos direitos humanos” (BRASIL. Câmara dos deputados. Projeto de decreto legislativo, 2016).

A médica sanitária Lígia Bahia – professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro e membro da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) – ressalta ser a referida Portaria um acinte à Saúde Pública brasileira e “um truque para driblar as normas da saúde para a atenção à saúde mental. Pela porta dos fundos estão impondo uma estratégia para financiar as ditas comunidades terapêuticas” (BAHIA *apud* MELO, 2016).

---

<sup>28</sup> Ação nº 0014992-18.2016.403.6100 em trâmite na Justiça Federal de São Paulo.

É preciso, então, avançar no projeto de desinstitucionalização dos pacientes mentais e superar a mera desospitalização, que extingue os manicômios, mas perpetua o asilamento em instituições privadas.

## 6 CONSTRUINDO ALTERNATIVAS

### 6.1 ARMISTÍCIO COM AS DROGAS

As drogas ilícitas nunca foram tão perigosas quanto na atualidade. Este fato, por si só, serviria para respaldar o recrudescimento da perspectiva proibicionista – tendência verificada nas políticas governamentais brasileiras desde 2010. Contudo, consoante destaca Burgierman, os psicoativos não adquiriram esse nível de periculosidade por estarem mais concentrados, causarem mais vício ou subjugarem mais os usuários, mas decorre de um único motivo:

[...] por causa do sistema equivocado que nossa sociedade colocou para funcionar nas últimas décadas. Graças à proibição ultraradical, atualmente as drogas matam mais, machucam mais e causam mais dano social que em qualquer época da história (BURGIERMAN, 2011, p. 171).

O Governo brasileiro sustenta, nos dias correntes, o discurso de combate às drogas ilícitas em duas frentes principais: busca diminuir a oferta de psicoativos por meio do enfrentamento ao tráfico, bem como reduzir a demanda ao impor medidas repressivas no atendimento ao uso nocivo de drogas – que, em regra, exigem abstinência completa. Entretanto, o que o país tem feito, de fato, é aprofundar violações de direitos humanos e criminalizar ainda mais a pobreza.

O proibicionismo não foi capaz de reduzir o consumo de drogas, mas foi responsável por aumentar significativamente a quantidade de prisões. Burgierman (*Ibidem*, p. 34) ressalta, entretanto, que as leis antidrogas prendem praticamente apenas membros de minorias étnicas; e interna também somente o mesmo grupo subjugado. A violência de Estado “não é, [pois], uma violência qualquer: é uma violência de classe que visa dominar, domesticar, desconstruir os sonhos e [as] esperanças” (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP, 2016).

A bandeira internacional de Guerra às Drogas – à qual parece aderir as recentes ações do Governo brasileiro – ruiu, mas “[deixou] em seu rastro consequências devastadoras para pessoas e sociedades em todo o mundo”, constatou a Comissão Global de Políticas sobre Drogas da ONU em seu Relatório exarado em junho de 2011.

Nos Estados Unidos da América, quando as drogas foram alçadas à posição de inimigo público da Nação, a violência institucional do estado superlotou as prisões com parcela específica da população, jocosamente denominado no Brasil como o grupo dos P's: preto, pobre e puta. Nesse sentido, Karam ressalta que:

Nos EUA, o número de indivíduos encarcerados mais do que quadruplicou entre 1980 e 2007. Em 30 de junho de 2009, eram 2.297.400, correspondendo a 748 presos por cem mil habitantes. Vale notar que, quando se consideram tão somente os homens afro-americanos, essa proporção se eleva para 4.749 presos por cem mil habitantes. Se se quiser mais uma evidência do *componente nitidamente racista do sistema penal norteamericano*, basta pensar que sob o regime mais racista da história moderna, em 1993, à época do apartheid, a África do Sul encarcerava 851 homens negros por cem mil habitantes (KARAM, 2011, p. 4, destacamos).

A onda crescente de encarceramento também afeta sobremaneira o Brasil, cuja população prisional, consoante o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (BRASIL. Ministério da Justiça, 2014, p. 12), já é a quarta maior de todo o mundo com seus 607.731 encarcerados. Qualitativamente, contudo, a sociedade não é uniformemente “representada” na cadeia: dois em cada três presos são negros (67%); e o grau de escolaridade da população carcerária é extremamente baixo – oito em cada dez pessoas presas estudaram, no máximo, até o ensino fundamental e apenas 9% apresentam pelo menos o ensino médio completo.

Burgierman destaca, outrossim, que as minorias étnicas quando não são presas são mortas.

A guerra contra as drogas cria um clima que faz as execuções sumárias e as torturas serem corriqueiras no país. Impossível saber quantos dos ‘traficantes’ mortos em ‘trocas de tiro’ com a polícia são mesmo traficantes ou realmente trocaram tiros (BURGIERMAN, 2011, p. 33).

O Observatório das Violências Policiais em SP, no Dossiê Mapas do Extermínio: execuções extrajudiciais e mortes pela omissão do Estado de São Paulo, também enfatizou a responsabilidade da violência policial na execução sumária de incontáveis pessoas:

A polícia utiliza a violência letal como uma forma de controle social, direcionando-a, na maioria dos casos, contra pessoas não identificadas, em geral pobres, que são rotuladas como “suspeitas” de terem cometido algum crime ou mesmo de apresentarem uma “atitude suspeita” (DOSSIÊ: MAPAS DO EXTERMÍNIO, 2009, p. 14).

Fica claro, portanto, que “a guerra às drogas jamais se aproximou da meta [oficial] em erradicar o negócio e o consumo de psicoativos no mundo” (RODRIGUES, 2012, p. 141). Contudo, para Hart (*apud* HORNSTEIN, 2014), “[ela] é um grande sucesso para que políticos evitem lidar com os problemas de justiça social – eles podem desumanizar todos os problemas, colocando a culpa nas drogas e deslocando a raiz da ruína social”. Ou seja, o consenso forjado de serem as drogas a personificação do mal permite aos governos desviar a atenção da sociedade quanto ao sucateamento das políticas sociais de educação, moradia, saúde, assistência social, emprego etc.

Vale ressaltar que a internação foi uma estratégia de tratamento muito utilizada em todo o mundo ocidental, e no Brasil, antes da consolidação das conquistas da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Atualmente, ela continua sendo admitida pela Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2013), mas somente de forma excepcional, desde que seja de curtíssimo prazo (aproximadamente 15 dias e no máximo 30) e em casos de riscos extremos e imediatos para o paciente ou terceiros (XAVIER, 2013). Nessa mesma linha, a Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira indica a internação como modalidade de tratamento; porém, apenas como última medida quando os recursos extra-hospitalares se mostraram insuficientes (art. 4º, Lei nº 10.216/2001).

Contudo, se realizada sem a anuência do paciente, a internação é extremamente inexitosa, apresentando eficiência em inexpressivos 2% dos casos, segundo Dartiu Xavier (XAVIER, 2013). O grande percentual de fracasso decorre do fato de que, após o período de abstinência, o agora ex-usuário retorna para o mesmo ostracismo social, com os mesmos laços familiares (ausentes) e a mesma falta de perspectivas de trabalho e de vida. Nesse cenário, o usuário de drogas acaba por demandar novas e sucessivas internações.

Conclui-se, portanto, que a feição repressiva das ações governamentais no atendimento aos consumidores de drogas não atende ao objetivo de assistência à saúde. Ao contrário, muitas vezes acaba agravando o estado físico e mental do paciente. A internação coercitiva, modalidade que vem ocupando lugar central na Política Nacional e Regional desde 2010, não oferece o melhor tratamento aos supostos doentes – confirmados como sujeitos de direitos pela Constituição

Federal de 1988 e com cidadania reforçada pela Lei de Reforma Psiquiátrica. O seu maior resultado tem sido na “limpeza das cidades”, especialmente por ocasião de grandes encontros internacionais, tais como os eventos esportivos que o Brasil sediou em 2014 e 2016, retirando de nossas vistas o problema do “craqueiro”, do “drogado” em situação de rua (COELHO; OLIVEIRA, 2014, p. 364).

Com efeito, a importância dada ao tema crack, segundo Rocha e Silva (*apud* SOUZA, 2016, p. 262), parece estar mais vinculada às cenas de horror dos centros das grandes cidades “empesteados” com os “zumbis”, do que propriamente à malignidade e o potencial devastador da droga em si. Os danos decorrentes do uso nocivo do álcool, por exemplo, conquanto muito maiores, parecem não comover a opinião pública, já que ficam escondidos dos olhos dos “bem-nascidos”, que não são obrigados a conviver com a sociedade profundamente desigual (ROCHA; SILVA, 2016, *apud* SOUZA, 2016, p. 256).

As “cracolândias”, contudo, com suas cenas abertas de consumo de drogas, são de fácil visualização. Segundo Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack realizada pela FIOCRUZ (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 140), 80% dos usuários de crack utilizam-no em espaços públicos, de interação e circulação de pessoas.

Se não fosse por isso, talvez os usuários de crack continuassem relegados à própria sorte, já que são compostos, em sua maioria, por grupos bastante vulneráveis, social e historicamente esquecidos pelo governo (*Ibidem*, p. 66); o que comprova que nem todas as pessoas de fato “nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” (artigo 1º da Declaração Universal de Direitos Humanos). Seu perfil é o seguinte (BASTOS; BERTONI, 2014): geralmente homens (78,68%), jovens (idade média de 30,28 anos), pretos ou pardos (79,15%), solteiros (apenas 25,31% são casados ou moram juntos – o que ressalta o afrouxamento de laços familiares), vivendo em situação de rua (40%), com baixíssima escolaridade (81,17% sequer chegou até o ensino médio) e com passagem policial (48,80% já foram presos pelo menos uma vez na vida).

O crack, em si, não é, portanto, um grande problema de segurança pública, haja vista que, diferentemente da crença popular, apenas 15,46% dos usuários cometem crimes para obter renda e financiar o consumo; a maior parte, 64,9%, faz trabalhos periódicos/bicos (*Ibidem*, p. 56). Tampouco é um problema de

saúde pública, pois utilizado por apenas 0,81% da população das capitais brasileiras (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 134). O crack é, a bem da verdade, principalmente um problema social.

Jessé Souza (2016, p. 36) destaca que as drogas surgem na vida dos usuários em “uma tentativa desesperada de [fuga] de uma vida sem futuro e sem esperança”. O comportamento desviante – no caso, o consumo de psicoativos – não seria fruto de uma falha moral, mas parece surgir como reação a atos lesivos anteriores de outrem (*Ibidem*, p. 67).

O envolvimento com as drogas não delimita, portanto, o começo do processo de exclusão social, mas o seu fim, quando a cidadania já foi há muito desfigurada. A vida do dependente de crack, álcool e outras drogas já era marcada a ferrete pela ausência dos anteparos humanos de coesão social: como a perda precoce de vínculos familiares, papéis profissionais instáveis ou inexistentes e falta de escolaridade (SOUZA, 2016, p. 36). O psicoativo surge, então, como elemento de coesão artificial entre os indivíduos.

A cura perpassa, assim, a construção de um futuro (SOUZA, 2016, p. 36). E é exatamente isso que os usuários de crack almejam: tratamento (77,23% dos pesquisados manifestaram esse desejo). Eles querem também todos os direitos sociais e a dignidade constitucionalmente garantidos, mas sempre negados (BASTOS; BERTONI, 2014): saúde (97,18%), higiene (96,73%), alimentação (96,92%), ajuda para conseguir emprego (95,57%), escola ou curso (94,88%), gratuidade na prestação dos serviços de atendimento (97,00%), lazer (94,81%) e serviços sociais básicos como auxílio para retirar documentos (90,14%).

Dessarte, reconhecendo-se a complexidade do consumo nocivo de crack, deve-se refutar respostas reducionistas e tratamentos que buscam unicamente abstinência. É preciso políticas sociais integradas unidas no propósito de refazimento da filiação social.

Ou seja, no manejo integral do abuso de crack, a oferta de serviços de saúde não é suficiente, sendo a oferta de ações sociais absolutamente estratégica, desde o serviço mais simples de acolhimento e oferta de alimentação e higiene pessoal, até os programas que buscam efetivamente emancipar e oferecer condições para uma vida digna numa dimensão mais ampla (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 151).

## 6.2 PENSANDO FORA DA CAIXA

Diante da constatação da ineficácia do modelo proibicionista no trato com os problemas ligados às drogas, alguns países modificaram o paradigma em torno do qual se orienta suas políticas públicas sobre psicoativos. A exortação da Comissão Global de Políticas sobre Drogas da ONU (2011, p. 2) não poderia ter sido mais clara: “é urgente e imperativa uma revisão completa das leis e políticas de controle de drogas no plano nacional e mundial”.

Um das dessas experiências mundiais é a portuguesa, cuja política sobre drogas destaca a seguir como forma de mostrar caminhos para mudanças.

Portugal é um país extremamente conservador e religioso (católico em sua maioria), tal qual o Brasil. No final da década de 1990, o país enfrentava forte clamor social construído em torno do alastramento do consumo de heroína, semelhante ao pânico moral proporcionado pelo crack nas Terras Tupiniquins.

Após declarar guerra às drogas, o país percebeu que prender usuários apenas agravava o problema, lotava as cadeias e extrapolava os gastos públicos. Decidiu, então, implementar uma política de redução de danos vinculada ao Ministério da Saúde e não à segurança pública, por entender que a saúde – diferentemente da justiça, que é igual para todo mundo – “não pode ser cega; cada paciente precisa de um remédio diferente” (CAPAZ *apud* BURGIERMANN, 2011, p. 139).

Sem abandonar as raízes proibicionistas – já que não descriminalizou as drogas, tampouco criou locais de distribuição e consumo de psicoativos –, o país removeu as punições criminais ao usuário de drogas, estabeleceu quantidades consideradas como porte de psicoativos (até 25 gramas de maconha, 2 gramas de cocaína e 1 grama de heroína ou anfetamina) e ofereceu respostas terapêuticas pautadas na relação de confiança e voluntariedade dos usuários.

Como política de redução de danos, consoante destaca Burgiermann (2011, p. 135), aquele Estado permitiu a distribuição de metadona (um opiáceo menos problemático) para tratar a dependência em heroína; controlou a qualidade de drogas

em clubes noturnos; distribuiu seringas; proporcionou acompanhamento psicológico aos que sofriam de transtornos decorrentes do uso abusivo, entre outras medidas.

Como era de se esperar, quando o programa português foi submetido ao Congresso, a oposição conservadora montou barricadas na tentativa de obstar sua aprovação e acusou o governo de estimular o consumo de drogas por meio de suas regras frouxas. Um dos deputados da oposição chegou, inclusive, a profetizar que, se a política fosse aprovada, viciados de toda a Europa migrariam para Portugal para alimentar o vício (BURGIERMANN, 2011, p. 139).

O programa, contudo, recebeu o apoio necessário e foi aprovado em 2001. Após 10 anos da sua implantação, os resultados são expressivos:

[...] desde que o novo modelo foi implantado, o consumo de drogas entre menores de idade caiu, o número de contaminações de aids e hepatite C despencou, o de usuários de drogas problemáticos diminuiu, o de dependentes de droga em tratamento cresceu, o índice de sucesso do tratamento aumentou, as cadeias e os tribunais estão mais vazios e conseguindo fazer seu trabalho com mais eficiência, a polícia está tendo mais sucesso no combate ao tráfico internacional, e a sociedade está economizando uma fortuna (BURGIERMANN, 2011, p. 135).

Diferentemente de Portugal, o Brasil ainda não assumiu uma Política de Estado coerente e bem estruturada capaz de combater os prejuízos causados pelas drogas. Mas já despontam em nosso país experiências regionalizadas bem-sucedidas, dentre as quais destacamos a de São Paulo.

São Paulo oferece uma boa perspectiva do que há de mais contraditório e instável no trato com as drogas. No período compreendido entre 2014 e 2016, havia na cidade dois programas de atendimento aos usuários de drogas estruturados em paradigmas antagônicos. De um lado encontra-se o programa denominado Recomeço, instituído pelo governador Geraldo Alckmin (PSDB-SP), em 2013, pautado na repressão do consumo e em tratamentos que incluem internações em instituições que exigem abstinência completa e isolamento (as comunidades terapêuticas). No extremo oposto situa-se o programa De Braços Abertos (DBA), criado pelo então Prefeito da cidade de São Paulo, Fernando Haddad (PT-SP), em 2014, após os fracassos das truculentas operações policiais, dentre as quais as famigeradas Dor e Sofrimento e Operação Sufoco na região central da cidade.

O programa De Braços Abertos, cujo pilar é a redução de danos, busca reconstruir um projeto de vida para os usuários de drogas que circulam (e residem) na região central de São Paulo por meio da atenção não-violenta e garantidora de direitos humanos. O projeto da Prefeitura oferece cuidados de forma integrada, em um modelo de atendimento que pressupõe a voluntariedade da adesão (contrário, portanto, a internações forçadas), a ser realizado em meio aberto e pautado na não-obrigatoriedade de abstinência.

A proposta de acolhimento da prefeitura inclui a oferta de direitos básicos, como moradia na própria região, três refeições diárias em restaurante popular do bairro, trabalho remunerado em troca de algumas horas de labor diário, cursos profissionalizantes para garantir geração de renda e acesso integral à saúde.

Alinhado à abordagem conhecida como *Housing First* (Moradia Primeiro; tradução nossa), concedeu-se moradia estável aos usuários de drogas da região. Como consequência, praticamente todas as pessoas em situação de rua mudaram-se para os quartos de hotéis oferecidos pelo Governo local e desmontaram pacificamente seus barracos improvisados que ocupavam as calçadas daquele território.

Os participantes ganhavam R\$ 15,00 por dia pelos serviços prestados, em frentes de trabalho que incluíam varrição e jardinagem (as duas atividades iniciais quando do lançamento do Programa), além de oficinas de costura, bordado, artesanato, conserto de bicicleta, fabricação de objetos de caminhão, entre outras.

Diferentemente do que se podia esperar, não houve uma “corrida maluca às bocas de fumo” em busca de mais drogas quando os atendidos do Programa recebiam seu soldo. Ao contrário, eles se encaminharam aos “mercados, lojas de roupas e outros estabelecimentos de itens básicos” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 153). Como se vê, o consumo de psicoativos não lhes retirou a capacidade de discernimento, ruindo, assim, o mito de que o usuário de crack, álcool e outras drogas é alienado e escravo do seu vício, pois eles preferiram, em sua maioria, nessa situação, adquirir produtos de necessidades primárias em vez de mais psicoativos.

As baixas exigências para inclusão no Programa – que não impunha o abandono do consumo de drogas – garantiram a alta adesão e permanência. Assim,

foi possível mitigar o ciclo vicioso entre exclusão social e uso de crack, álcool e outras drogas.

O programa DBA se mostrou bastante exitoso, sendo avaliado como tendo impacto positivo ou muito positivo nas vidas dos usuários por 95% daqueles que foram atendidos (RUI, 2016, p. 36). Com efeito, 84% dos participantes conseguiram emitir documentos de identificação; 53% retomaram contato com a família; 76% ingressaram nas ofertas de emprego (OPEN SOCIETY FOUNDATIONS, 2017, p. 26).

Mesmo sem impor abstinência, pelo menos 65% dos atendidos reduziram o consumo de crack, a ponto de ficarem abstêmios por vários dias. Pesquisa realizada pela Prefeitura mostrou números ainda melhores: a redução do consumo foi feita por 88% dos usuários e o uso, que antes do Programa era de 42 pedras por semana, passou a ser de 17 (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016).

O De Braços Abertos representou uma “luz em um horizonte ainda nebuloso”. Conseguiu fazer muito pelos usuários de drogas da “cracolândia” paulista, proporcionando-lhes o refazimento de estabilidade de vida e de coesão social. Mas o fez por muito pouco tempo.

Após 3 anos de atividade, é provável que o Programa chegue ao fim. Isso porque o Prefeito recém-empossado na cidade de São Paulo para mandato de 2017-2020 prometeu acabar com o programa petista e ampliar os investimentos no Recomeço, a despeito da falta de indicadores sobre o êxito do projeto estadual e do desacordo com a Luta Antimanicomial.

Primeiro, nós não vamos continuar com o programa Braços Abertos, não é um bom programa para a cidade. Nós vamos adotar o programa Recomeço, que o governo do Estado realiza nesta área, com a participação de duas secretarias: a de Promoção Social e da Saúde. Este programa propõe a internação daqueles que são vítimas do crack, que são psicod dependentes, para que eles nesta internação, com tratamento clínico, eles podem ficar afastados das drogas (PBPD, 2016).

A Política Nacional também parece dar passos largos em direção ao retrocesso. Com efeito, tramita no Congresso Nacional atualmente o Projeto de Lei da Câmara dos Deputados nº 37, de 2013 (antigo Projeto de Lei nº 7.663, de 2010), que propõe mudanças na legislação sobre drogas.

A proposta, já aprovada na Câmara e em vias de ser votada no Senado, pretende acirrar a já declarada inexitosa Guerra às Drogas: prevê o aumento da pena para o tráfico de drogas, a ampliação da possibilidade de internação forçada de dependentes químicos e a inclusão de comunidades terapêuticas na rede pública de saúde. O autor do projeto, o Deputado Federal Osmar Terra (PMDB-RS) enfatizou que: “Não podemos deixar as pessoas viciadas atiradas nas ruas. Não temos outra maneira que não intervindo para interná-las ao tratamento e promover a abstinência da droga. Eu não conheço outra maneira” (TERRA *apud* DUARTE, 2013).

A batalha contra a exclusão social dos portadores de transtorno mental em instituições com característica asilares parece estar só (re)começando. O paradigma em Saúde Mental construído pela Reforma Psiquiátrica, após anos de luta de diversos movimentos sociais, em especial, da Luta Antimanicomial – que prevê atendimento público, estatal, voluntário, laico e predominantemente em meio aberto – nunca esteve tão ameaçado.

## 7 ALGUMAS CONCLUSÕES

Todo mundo já deve ter visto pela televisão ou pessoalmente cenas de horror de usuários de drogas em situação de rua: são mulheres grávidas e esqueléticas, compostas apenas de pele, osso e barriga; crianças maltrapilhas segurando latinhas de crack nas mãos; homens fétidos completamente alterados; amontoados de seres (ainda humanos) sendo consumidos pelas drogas, etc. Diante dessas imagens, não nos restam dúvidas: “As drogas são realmente terríveis, é preciso urgentemente acabar com elas!”.

Pressionados, os governos – que dependem de votos – não resistem e inauguram uma cruzada contra o declarado “inimigo público”. Esse caminho de repressão foi adotado por muitos dos países ocidentais em algum momento da sua história.

O proibicionismo surge, então, buscando extinguir a oferta (acabar com o tráfico de drogas ilícitas) e a demanda (acabar com o “drogado”). Parece simples, é a lei de mercado: se não há quem procure um produto, nem quem o ofereça, ele está fadado a desaparecer. Contudo, a realidade não é bem assim, pois medidas simples não são aptas a conter o uso de drogas, um fenômeno extremamente complexo.

A Política de Drogas brasileira se insere no mesmo contexto de guerra declarada ao consumo de psicoativos, mas em vez de conduzir os usuários à prisão, interna-os em instituições que, na grande maioria dos casos, apresenta características asilares.

As comunidades terapêuticas – longe de garantir a cidadania resguardada na Constituição Cidadã e na Lei de Reforma Psiquiátrica – parecem representar o retorno dos “empresários da loucura” à cena política. Seu modelo terapêutico resgata o trato dispendido aos que supostamente sofriam transtornos mentais no período anterior à reforma da psiquiatria, tornando-se apenas novo instrumento de repressão e usurpação da cidadania.

Com efeito, são recorrentes e das mais diversas ordens as violações dos direitos dos pacientes, assemelhando-se em muito aos abusos verificados no

“tratamento da loucura” do modelo hospitalocêntrico. As denúncias chegam mesmo a parecer diacrônicas e revelam a mesma face de “limpeza social” de outrora, tais como: trabalho forçado; participação compulsória em cultos religiosos; medicalização excessiva; ausência de acompanhamento médico; contenção física e medicamentosa; preconceitos e discriminação de toda ordem (homofobia, transfobia); restrição e monitoramento de correspondências, visitas e telefonemas; agressões físicas; internações de longa permanência; internações involuntárias; ausência de projeto terapêutico singular.

A forma como as drogas – e, em especial, o crack – são encaradas em determinado momento histórico influencia sobremaneira no formato das políticas públicas de assistência. Assim, descrevendo-se o crack como a “personificação da morte”, exaltando-se a “epidemia” do consumo de psicoativos e ressaltando-se a “escravidão” a que a substância submete o usuário (equiparado a um “zumbi”), dificilmente ações democráticas e consensuadas de tratamento serão tidas como um caminho possível diante da alegada “alienação total” da vontade do paciente.

Nesse percurso, muitas vidas foram perdidas; especialmente as vidas de uma parcela da população – jocosamente denominada no Brasil como o grupo dos Ps: preto, pobre e puta.

Em situações limites, os fins acabam justificando os meios. Nesse momento, dispositivos normativos protetivos são rasgados, direitos e garantias individuais não passam de promessa distante e a “cura” converte-se em clausura. Aquilo que deveria ser a última opção de tratamento – a internação – torna-se uma estratégia prioritária em diversas políticas públicas.

Como visto, na compreensão balizada de muitos especialistas em Saúde Mental, os usuários de drogas só podem ser efetivamente tratados quando vislumbrarem um futuro, haja vista que seu perfil não esconde suas vulnerabilidades sociais. Com a cidadania roubada, é preciso construir possibilidades de uma vida digna para eles. Nesse sentido, não exigem nada além dos direitos humanos e sociais, e da dignidade constitucionalmente reafirmada desde a Carta Magna Cidadã de 1988, porém, sempre negados: saúde, higiene, alimentação, emprego, educação e lazer.

No entanto, ao invés de estabelecer uma Política de Estado realmente promotora da cidadania e dos direitos dos que padecem de sofrimento psíquico, o

Brasil parece navegar conforme os ventos de políticas governamentais que quase sempre sopram na direção de mais “Dor e Sofrimento”.

As diretrizes fundamentais para a condução da Política Nacional de atenção e acolhimento aos usuários de droga em situação de rua deveriam estar garantidas em instrumentos legais. Não obstante, observa-se muitas vezes que os jogos de força do poder político e de inúmeros interesses setoriais, respaldados pela grande mídia, acabam levando ao desvirtuamento do sentido protetivo essencial das normas.

A própria Lei de Reforma Psiquiátrica é utilizada para “legitimar” ações e internações forçadas, servindo como instrumento da Guerra às Drogas e da repressão. Mecanismo semelhante ao que teve lugar na Alemanha nazista quando promulgou as Leis Raciais de Nuremberg – como ficaram conhecidas – para conferir a aparência de legitimidade às perseguições raciais.

O Projeto de Lei n. 7.663/2010, apresentado pelo Deputado Federal Osmar Terra, e que pretende criar um sistema autônomo de internação forçada no âmbito da Política sobre Drogas, deve ser interpretado nesse sentido: um instrumento legal que poderá servir à perpetuação das relações de dominação. Se aprovado, só vai abrir uma lacuna ainda maior nos direitos inerentes a todo portador de sofrimento mental e no resgate de sua cidadania.

## REFERÊNCIAS

AB'SABER, Tales. **A música do tempo infinito**. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

ABRASME. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. **Carta enviada ao Congresso Nacional**. 2013. Disponível em: [http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=35&impressao](http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=35&impressao). Acesso em: 5/3/2017.

ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES, INC. Disponível em: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/os-doze-passos>. Acesso em: 8/3/2017.

ALMEIDA, Celia. **Comentário: política e planejamento: o Plano de Saúde Leonel Miranda**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, nº 3, p. 381-385, junho de 2006.

ALVES, Ygor Diego Delgado. **Jamais fomos zumbis**: contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo. 361 f. Tese (doutorado) – Departamento de Antropologia, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Rumo ao fim dos manicômios**. *Mente e cérebro*, São Paulo, setembro de 2006; 164, p. 30-35.

AMARANTE, Paulo; OLIVEIRA, Walter. **A saúde integral e a inclusão da atenção psicossocial no SUS**: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Tecnocientífica*, Blumenau, v. 12, nº 47, Edição Especial Atenção psicossocial na Atenção Básica 2, p. 6-21, abr./jun. 2004.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, 5ª ed., DSM-5. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014

BATISTA, Nilo. **Mídia e sistema penal no capitalismo tardio**. Revista Brasileira de Ciências Criminais. São Paulo, v. 42, jan/mar de 2003. Disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/batista-nilo-midia-sistema-penal.pdf>. Acesso em: 7/3/2017.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 24ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

BIEHL, João. **Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo**. Revista de Antropologia, São Paulo, v. 51, nº 2, p. 413-449, jan 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/27285/29057>. Acesso em: 6/3/2017.

BIRMAN, J; COSTA, J. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. Em: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994, p. 41-72.

BOITEUX, Luciana. Opinião pública, política de drogas e repressão penal: uma visão crítica. Em: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08\\_05.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_05.pdf). Acesso em 7/3/2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. **Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html). Acesso em 7/3/2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Decreto Legislativo nº 577, de 2016, da Sra. Erika Kokay. Disponível em: [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=92122BE](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=92122BE)

7AD60DBF29A53F3644FB8EE19.proposicoesWebExterno1?codteor=1522834&filen  
ame=Avulso+-PDC+577/2016. Acesso em: 8/3/2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD). Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. **Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.** Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_27017500\\_RESOLUCAO\\_N\\_1\\_DE\\_19\\_DE\\_AGOSTO\\_DE\\_2015.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27017500_RESOLUCAO_N_1_DE_19_DE_AGOSTO_DE_2015.aspx). Acesso em: 8/3/2017

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 5/3/2017.

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934. **Dispõe sobre [sic] a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa [sic] e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 5/3/2017.

BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. **Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências.** Secretaria Nacional Antidrogas, Ministério da Justiça. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm). Acesso em 6/3/2017.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 de maior de 2007. **Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm). Acesso em: 7/3/2017.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. **Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm). Acesso em: 8/3/2017.

BRASIL. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. **Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm). Acesso em: 8/3/2017.

BRASIL. Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. **Lei de Fiscalização de Entorpecentes**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm). Acesso em: 6/3/2017.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm). Acesso em: 6/3/2017.

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. **Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm). Acesso em 6/3/2017.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 5/3/2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de informações penitenciárias (INFOPEN) – junho de 2014**. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em: 8/3/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf). Acesso em 6/3/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. **Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html). Acesso em: 7/3/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. **Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html). Acesso em: 8/3/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde. Brasília-DF: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. **Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde**. Disponível em: [http://www.editoramagister.com/legis\\_27208100\\_PORTARIA\\_N\\_1482\\_DE\\_25\\_DE\\_OUTUBRO\\_DE\\_2016.aspx](http://www.editoramagister.com/legis_27208100_PORTARIA_N_1482_DE_25_DE_OUTUBRO_DE_2016.aspx). Acesso em: 8/3/2017.

BRITES, Cristina Maria. Política de Drogas no Brasil: usos e abusos. Em: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça**: proximidades e opiniões. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

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

CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de (Coord.). **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007**: Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

CARVALHO NETTO, Menelick; MATTOS, Virgílio. **O novo direito dos portadores de transtorno mental**. Conselho Federal de Psicologia: 2005. Disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/10/brochura\\_banalizacao.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/10/brochura_banalizacao.pdf). Acesso em 5/3/2017.

**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID)**. Disponível em: [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10\\_f19.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm). Acesso em 5/3/2017.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, nº 101, p. 359-367, junho de 2014.

COHEN, Stanley. **Folk Devils and Moral Panics**: The creation of the Mods and Rockers. 3ª ed. London and New York: Routledge, 2002

COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Relatório: Guerra às drogas**. Junho de 2011. Disponível em: [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCDP\\_WaronDrugs\\_PT.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCDP_WaronDrugs_PT.pdf). Acesso em: 7/3/2017.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA RENASCER. Disponível em: <http://fazendarenascer.org.br/>. Acesso em: 26/02/2017

COMUNIDADE TERAPÊUTICA FAZENDA DO SENHOR JESUS. Disponível em: <http://www.fazendadosenhorjesus.org.br/quem-somos/proposta-de-tratamento/>. Acessado em: 26/02/2017

CONANDA. Conselho Nacional Dos Direitos Da Criança E Do Adolescente. **Nota técnica nº 02/2011**. Disponível em: <http://www.sejudh.mt.gov.br/documents/412021/3643910/Nota+T%C3%A9cnica+CONANDA+n%C2%BA+02-11+do+Conselho+Nacional+dos+Direitos+da+Crian%C3%A7a+e+do+Adolescente.pdf/0adba6f9-158c-4350-a10d-8b9495c929c8>. Acesso em: 7/3/2017.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). **Mapeamento do crack nos municípios brasileiros em 2010**. Disponível em: [http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010\\_mapeamento\\_do\\_crack\\_nos\\_municipios\\_brasil\\_geral.pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010_mapeamento_do_crack_nos_municipios_brasil_geral.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2057, de 12 de novembro de 2013. **Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2057\\_2013.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2057_2013.pdf)> Acesso em: março de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Conselheiro defende internação involuntária de dependentes de drogas em audiência no Senado**. CFM, 2011. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22559:conselheiro-defende-internacao-involuntaria-de-dependentes-de-drogas-emaudiencia-no-senado&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22559:conselheiro-defende-internacao-involuntaria-de-dependentes-de-drogas-emaudiencia-no-senado&catid=3). Acesso em: 7/3/2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: 2011.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP. **Da exclusão ao extermínio.** Disponível em: <http://crpsp.org/m/fique-de-olho-interna.php?noticia=1153&titulo=Da%20exclus%20ao%20exterm%20Dnio>. Acesso em: 8/3/2017.

COSTA, Ileno Izídio da. A doença mental no contexto dos direitos humanos e da violência. Em: MALUSCHKE, Günther; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia; HERMANNNS, Klaus (Coord.). **Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática.** Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2004.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 9/3/2017.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001.** Arquivos Brasileiros de Psicologia. Rio de Janeiro, v. 63, nº 2, p. 114-121, 2011.

DELMANTO, Júlio. Drogas e opinião pública no Brasil: hegemonia da desinformação. Em: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP-SP). **Dossiê: Relatório de Inspeção de Comunidades Terapêuticas e Clínicas para Usuários(os) de Drogas no Estado de São Paulo – Mapeamento das Violações de Direitos Humanos.** 2016. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-a-violencia-no-lugar-da-cura>. Acesso em: 8/3/2017.

DOTTI, René Ariel. **As dez pragas do sistema penal brasileiro.** Em: TUBENCHLAK, James (Org.). Doutrina: v. 11, Rio de Janeiro: ID, 2001, p. 288.

DUAILIBI, Lígia Bonacim; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **Profile of cocaine and crack users in Brazil.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008; volume 24(supl 4): p. 545-557.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; STEMPLIUK, Vladimir de Andrade; e BARROSO, Lúcia Pereira (Org.). **Relatório brasileiro sobre drogas.** Brasília: SENAD, 2009

DUARTE, Rachel. **Pressão sobre Senado pode levar a mudanças na Lei Antidrogas.** Sul21: 2013. Disponível em: <http://www.sul21.com.br/jornal/pressao->

[sobre-senadores-pode-provocar-mudancas-na-lei-antidrogas/](#). Acesso em: 10/3/2017.

FERRAZ, Adriana; MANSO, Bruno Paes. **Governo quer acabar com cracolândia pela estratégia de 'dor e sofrimento'**. Plano é dificultar acesso ao crack, deixar usuários suscetíveis a crises e forçá-los a buscar ajuda. Estadão: São Paulo, 2012. Disponível em: <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,governo-quer-acabar-com-cracolandia-pela-estrategia-de-dor-e-sofrimento,818643>. Acesso em: 7/3/2017.

FOLHA, 2012. **Tucano promete rigor contra abuso policial**. <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/20852-tucano-promete-rigor-contra-abuso-policial.shtml>. Acesso em: 9/3/2017.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas**: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. Estudos e Pesquisa em Psicologia. Rio de Janeiro, v. 15, nº 1, 2015, p. 94-115.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 2ª ed. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 40ª edição. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2012.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. **A política antidrogas brasileira: velhos dilemas**. Psicol. Soc., Porto Alegre, v. 20, nº 2, p. 267-276, agosto de 2008.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 9ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 3, 2000.

GUARESCHI, Pedrinho A. **Os construtores da informação: meios de comunicação, ideologia e ética**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

HAASEN, Christian; KRAUSZ, Michael. **Myths versus Evidence with Respect do Cocaine and Crack: Learning from the US Experience**. European Addiction Research. 2001; 7: p. 159-160.

HARTMAN, Donna M.; GOLUB, Andrew. **The social construction of the crack epidemic in the print media**. Journal of Psychoactive Drugs. Oct-Dec 1999; 31(4): 423-433.

HORNSTEIN, Caio. **Guerra às drogas: "por que não tentar o diferente depois de tanto fracasso?"** Carta Maior, 2014. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/?%2FEditoria%2FDireitos-Humanos%2FGuerra-as-drogas-por-que-nao-tentar-o-diferente-depois-de-tanto-fracasso-%2F5%2F30923>. Acesso em: 8/3/2017.

HORTA, R. L.; RODRIGUES, V. S.; LODI, D., RIBEIRO, A. M.; WOLFF, A., e KICHLER, G. **Drogas & internet**. São Leopoldo (RS): Sinodal, 2009.

INFORMATIVO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (CES-MG). Ano IV, junho de 2016, nº 42. Disponível em: <http://ces.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Junho.pdf>. Acesso em: 28/2/2017.

KARAM, Maria Lucia. **Psicologia e sistema prisional**. Revista. Epos. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v2n2/06.pdf>. Acesso em: 8/3/2017.

KESSLER, Feliz; PECHANSKY, Flávio. **Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade**. Rev Psiquiatria. Rio Grande do Sul. 2008; 30(2): 96-98.

LAMPEDUSA, Giuseppe Tomasi de. **O leopardo**. Lisboa: Dom Quixote, 2014.

LANCETTI, Antônio. Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas. Em: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Drogas e Cidadania: em debate**. Brasília: CFP, 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>. Acesso em 5/3/2017.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Tratamento contra o crack**. Programa Recomeço: 2015. Disponível em: <http://programarecomeco.sp.gov.br/noticias/tratamento-contra-o-crack/>. Acesso em: 7/3/2017.

LIMA, Rita de Cassia Cavalcante; TAVARES, Priscilla. **Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre drogas: enfrentamento ao crack e**

**proibicionismo.** Argumentum, Vitória (ES), v. 4, nº 2, p. 6-23, julho/dezembro de 2012.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos.** Psicologia Ciência e profissão. Brasília, v. 33, nº 3, p. 580-595, 2013.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública.** Hist. cienc. saude-Manguinhos. Rio de Janeiro, v. 14, nº 3, Sept. 2007, p. 801-821.

MARINHEIRO, Vaguinaldo. **82% dos paulistanos apoiam ação policial na cracolândia.** Folha de S. Paulo (2012). Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/22794-82-dos-paulistanos-apoiam-acao-policial-na-cracolandia.shtml>. Acesso em: 7/3/2017.

MARTIN, Paulo M. V; MARTIN-GRANEL, Estelle. **2.500-year evolution of the term epidemic.** Emerging Infectious Diseases (EID Journal). 2006;12(6):976-980. Disponível em: [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/12/6/05-1263\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/12/6/05-1263_article). Acesso em 7/3/2017.

MELO, Débora. **Ministério da Saúde abre caminho para custear comunidades terapêuticas.** Carta Capital, 2016. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/ministerio-da-saude-abre-caminho-para-custear-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 8/3/2017.

MENDES, Alessandra. **Vistorias em 42 comunidades terapêuticas apontam violações de regras e direitos.** Hoje em dia, 2016. Disponível em: <http://hojeemdia.com.br/horizontes/vistorias-em-42-comunidades-terap%C3%AAuticas-apontam-viola%C3%A7%C3%B5es-de-regras-e-direitos-1.418822>. Acesso em: 27/2/2017.

MERHY, Emerson. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. Em: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Drogas e Cidadania: em debate.** Brasília: CFP, 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>. Acesso em 5/3/2017.

MILHORANCE, Flávia. **Brasil viverá com crack o pesadelo que os EUA viveram nos anos 80** (2014). Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/brasil-vivera-com-crack-pesadelo-que-os-eua-viveram-nos-anos-80-1-12413495#ixzz4aeEtAf9I>. Acesso em: 7/3/2017.

MOURA, Rafael Moraes; MONTEIRO, Tânia. **Dilma lança pacote de R\$ 4 bilhões contra crack.** Revista VEJA, 2011. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/brasil/dilma-lanca-pacote-de-r-4-bilhoes-contra-crack/>. Acesso em: 7/3/2017.

NAPPO, Solange Aparecida; SANCHEZ, Zila M.; RIBEIRO, Luciana Abeid. ***Is there a crack epidemic among students in Brazil? Comments on media and public health issues.*** Cad. Saúde Pública. 2012, vol.28, nº9, p.1643-1649.

NOTO, Ana Regina e outros. **Drogas e saúde na imprensa brasileira:** uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, jan-fev, 2003, 19(1), p. 69-79.

NOTO, A. R.; OPALEYE, E. S.; LOCATELLI, P. D.; RONZANI, M. T. Cobertura jornalística sobre drogas: distorções e potencialidades. Em: RONZANI, T. M. **Ações integradas sobre drogas:** prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013.

OBERLING, Alessandra Fontana; PINTO, Nalayne Mendonça. Reflexões sobre as representações da mídia no debate de drogas: problematizando a “epidemia do crack” e a exploração do punitivismo. Em: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça:** proximidades e opiniões. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Anfetaminas, Anticolinérgicos e Álcool.** Disponível em: <http://obid.senad.gov.br/obid/drogas-a-a-z/anfetaminas-anticolinergicos-e-alcool>. Acesso em: 6/3/2017.

OBSERVATÓRIO DAS VIOLÊNCIAS POLICIAIS EM SP. **Dossiê: Mapas do extermínio:** execuções extrajudiciais e mortes pela omissão do Estado de São Paulo. 2009.

OPAS/OMS. **Nota Técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas.** 2013. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-opas-oms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-compulsoria-pessoas-que-usam-drogas&Itemid=875](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-opas-oms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-compulsoria-pessoas-que-usam-drogas&Itemid=875). Acesso em: 8/3/2017.

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS. **Crack: reduzir danos**. 2017. Disponível em: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/crack-reduzir-danos-20170129.pdf>. Acesso em 10/3/2017.

ORCUTT, J. D.; TURNER J. B. **Shocking numbers and graphic accounts: quantified images of drug problems in the print media**. Social Problems. 1993; 40: 190-206.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL DO RIO DE JANEIRO. (2011). **Manifesto em defesa dos direitos humanos das crianças e adolescentes da cidade do Rio de Janeiro**. 2011. Disponível em: <http://www.oabRJ.org.br/detalheConteudo/19/Manifesto%20em%20defesa%20dos%20direitos%20humanos%20das%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes%20da%20cidade%20do%20Rio%20de%20Janeiro.html>. Acesso 7/3/2017.

PBPD. Plataforma Brasileira de Política de Drogas. **Nota da PBPD sobre o fim do programa de braços abertos**. 2016. Disponível em: <http://pbpd.org.br/publicacao/nota-da-pbpd-sobre-o-fim-do-programa-de-bracos-abertos/>. Acesso em: 10/3/2017.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro. Em: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça**: proximidades e opiniões. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Especial de Comunicação. **Mais de 88% dos beneficiários do Programa De Braços Abertos reduziram uso de crack**. 2016. Disponível em: <http://capital.sp.gov.br/noticia/mais-de-88-dos-beneficiarios-do-programa-de-bracos>. Acesso em: 10/3/2017.

REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em 5/3/2017.

RELATÓRIO DE VITÓRIAS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO PROGRAMA ALIANÇA PELA VIDA. Abril de 2016. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/24030490/relatorio-vitorias-comunidades-terapeuticas-mg/45>. Acesso em: 27/2/2017

RELATÓRIO FINAL DA I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em:

<file:///C:/Users/leona/Downloads/relatorio da 1 conferencia de saude mental.pdf>.  
Acesso em 5/3/2017.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Assistência Social. Resolução SMAS nº 20, de 27 de maio de 2011. **Cria e regulamenta o protocolo do serviço especializado em abordagem social, no âmbito das ações da proteção social especial de média complexidade da Secretaria Municipal de Assistência Social, assim como institui os instrumentos a serem utilizados no processo de trabalho.** Disponível em: [http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis\\_consulta/37082Res%20SMAS%2020\\_2011.pdf](http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/37082Res%20SMAS%2020_2011.pdf). Acesso em: 7/3/2017.

RODRIGUES, Thiago. **Política e drogas nas américas**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2004.

RODRIGUES, Thiago. Drogas, proibição e abolição das penas. Em: PASSETTI, Edson (Org.). **Curso livre de abolicionismo penal**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2012.

ROGERS, Carl. **Um jeito de ser**. 7ª ed. São Paulo: E.P.U., 2007.

ROLIM, Marcos. **A síndrome da rainha vermelha: policiamento e segurança pública no século XXI**. 2ª ed. Rio de Janeiro: ed. Jorge Zahar. Oxford University, Centre of Brazilian Studies, 2009.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. **Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?** Psicologia, Ciência e Profissão. Brasília, v. 32, nº 1, p. 82-97, 2012.

ROSA, Elisa Zaneratto; SOUZA, Marta Elizabeth; PINHEIRO, Odete G. (Ed.). As transformações das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. Em: **Álcool e outras Drogas**. Psicologia, ciência e profissão – Diálogos. Ano 6, nº 6, novembro de 2009, p. 11-13.

RUI, Taniele (Coord.). **Relatório da pesquisa de avaliação preliminar do programa “De Braços Abertos”**. Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016.

SÃO PAULO. Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013. **Institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas.** Disponível em:

<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2013/decreto-59164-09.05.2013.html>. Acesso em: 7/3/2017.

SAÚDE WEB. **Genéricos são 65% dos medicamentos prescritos no Brasil**. Disponível em: <http://saudebusiness.com/noticias/genericos-sao-65-dos-medicamentos-prescritos-no-brasil/>. Acesso em: 6/3/2017.

SIQUEIRA, Domiciano. Construindo a descriminalização... Em: SANTOS, Loiva (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010, p. 65-70.

SOBRE O PROGRAMA. **Programa Recomeço**. Disponível em: <http://programarecomeco.sp.gov.br/sobre-o-programa/>. Acesso em: 7/3/2017.

SOUZA, Jessé (Org.). **Crack e exclusão social**. Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

SUTHERLAND, Edwin H. **White Collar Crime**. New York: The Dryden Press, 1949.

SZASZ, Thomas. **Mental Disorders Are Not Diseases**. USA: janeiro de 2000. Disponível em: <http://www.szasz.com/usatoday.html>. Acesso em 27/3/2017.

SZASZ, Thomas. **Nuestro derecho a las drogas**. Barcelona: Editorial Anagrama, 2001.

THOMPSON, John B. **Ideologia e Cultura Moderna**. Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 9ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

TONRY, Micheal. **Thinking about crime: sense and sensibility in American penal culture**. New York, EUA: Oxford University Press, 2004.

VALOIS, Luís Carlos. **O direito penal da guerra às drogas**. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2017.

VARGAS, Beatriz. Eliminação *versus* redução. Em: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Drogas e Cidadania: em debate**. Brasília: CFP, 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>. Acesso em 5/3/2017.

XAVIER, Dartiu. **A internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento**. Caros amigos: v. 175, 2013. Entrevista concedida a Gabriela Moncau. Disponível em: <http://www.carosamigos.com.br/index.php/politica/1087-entrevista-dartiu-xavier-a-internacao-compulsoria-e-sistema-de-isolamento-social-nao-de-tratamento>. Acesso em: 8/3/2017.