



Universidade de Brasília (UnB)
Instituto de Ciências Humanas (ICH)
Departamento de Serviço Social (SER)

MARIA LUÍSA NOGUEIRA LEMOS AMARAL DE OLIVEIRA

**TRANCAR NÃO É TRATAR: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, A INTERSEÇÃO
COM A GUERRA ÀS DROGAS E O PARADIGMA PROIBICIONISTA**

BRASÍLIA

2025

MARIA LUÍSA NOGUEIRA LEMOS AMARAL DE OLIVEIRA

**TRANCAR NÃO É TRATAR: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, A INTERSEÇÃO
COM A GUERRA ÀS DROGAS E O PARADIGMA PROIBICIONISTA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira.

BRASÍLIA

2025

MARIA LUÍSA NOGUEIRA LEMOS AMARAL DE OLIVEIRA

**TRANCAR NÃO É TRATAR: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, A INTERSEÇÃO
COM A GUERRA ÀS DROGAS E O PARADIGMA PROIBICIONISTA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Andréia de Oliveira
(Orientadora–SER/PPGPS/UnB)

Profª Drª Fernanda Scalzavara
(Membro interno - SER/UnB)

Msc Gabriela Fernandes Chaves Lira
(Membro externo)

*Dedico esse trabalho a todos mortos e feridos
pela guerra às drogas.*

AGRADECIMENTOS

O Serviço Social me apresentou uma lente analítica que me transforma diariamente, sou eternamente grata por sustentar a escolha de seguir trilhando esse caminho rumo às minhas aspirações coletivas.

Agradeço e honro quem caminhou comigo nesse árduo percurso da graduação, especialmente minha família e amigos.

À minha Vó Irene, que sempre me sustenta nos momentos difíceis, com as palavras mais doces e certeiras. Vó, obrigada por me ensinar tanto sobre o tempo e me fazer confiar no amanhã.

Aos meus pais, André e Cláudia, por acreditarem no meu potencial, sei que tudo isso faz parte da continuação dos sonhos de vocês. Obrigada pelos esforços de uma vida.

À minha irmã caçula, Clarinha, por me aguentar nos dias mais cansativos e compartilhar vivências tão únicas.

Ao meu irmão gêmeo, Pedrinho, por toda inspiração que você me proporciona com sua dedicação.

Ao meu companheiro e amor, João, por todo incentivo, apoio e escuta. Obrigada por deixar os dias mais leves, meu amor.

Às minhas irmãs de vida, Bruna e Nara, pelo acolhimento e construção desses últimos anos.

À Prof.^a Dr.^a Liliam, que no começo da graduação me inseriu no mundo acadêmico e deu sentido a minha formação.

À minha tia Eliana, por todo apoio à mim e à minha família.

Ao meu amigo Matheus, por todas as contribuições, trocas e debates.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Andreia, pela construção desse trabalho, juntamente com o projeto de pesquisa.

Ao Núcleo de Estudos Amazônicos, NEAZ, que me inseriu na experiência mais transformadora da minha vida, a Vivência Amazônica. Assim como, os amigos da amazônia que foram companheiros desses 21 dias e no fim da minha graduação ressignificaram tudo.

Ao GEPSaúde, por toda receptividade e ensinamentos.

Às equipes do Hospital Universitário de Brasília (HUB), da hemodiálise, e do Hospital de Base, do pronto-socorro, que me mostraram a realidade nua e crua dos serviços de saúde e das assistentes sociais do DF.

À equipe do NERAF, do Tribunal de Justiça, em especial minha supervisora, Ju, por me fazerem acreditar na possibilidade de uma prática profissional valorizada e potente.

E à todes que perpassam minha trajetória até aqui.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral analisar as Comunidades Terapêuticas (CTs) como instrumentos imersos no ideário da guerra às drogas, investigando a correlação entre a ascensão dessas instituições e a consolidação do paradigma proibicionista e da guerra às drogas nas políticas públicas do Estado brasileiro, de modo a desvelar as bases ideológicas que sustentam e legitimam essa expansão. A metodologia adotada consiste em uma revisão bibliográfica, em bases de dados eletrônicos centrada nos termos "Comunidades Terapêuticas", "proibicionismo" e "Guerra às Drogas". O trabalho revelou as mudanças de abordagens no campo das drogas, evidenciando as bases e acordos internacionais do projeto político e societário da guerra às drogas. No estado brasileiro, as CTs manifestam-se como dispositivos para lidar com as problemáticas decorrentes do uso abusivo de drogas e favorecer os interesses do setor privado e dos segmentos conservadores e manicomiais. Observou-se que as CTs têm sido uma estratégia importante para tratar os considerados desvios sociais tendo como foco grupos minoritários, agindo a partir da perpetuação do paradigma proibicionista e da guerra às drogas nas políticas públicas do Estado brasileiro. As conferências de saúde e os conselhos profissionais, em contraponto, repudiam a expansão dessas instituições e, alinhados aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, defendem um projeto alternativo, emancipatório e antiproibicionista para o campo das drogas.

Palavras-Chave: Comunidades Terapêuticas; Paradigma Proibicionista; Guerra às Drogas; Drogas; Saúde Mental.

ABSTRACT

This study aims to analyze Therapeutic Communities (TCs) as instruments immersed in the ideology of the War on Drugs, investigating the correlation between the rise of these institutions and the consolidation of the prohibitionist paradigm and the War on Drugs within the public policies of the Brazilian state, in order to unveil the ideological foundations that sustain and legitimize their expansion. The methodology adopted consists of a bibliographic review, conducted through electronic databases, focused on the terms "Therapeutic Communities," "prohibitionism," and "War on Drugs." The study revealed changes in approaches within the field of drugs, highlighting the foundations and international agreements of the political and societal project behind the War on Drugs. In the Brazilian state, TCs manifest as devices to address the issues arising from drug abuse and to favor the interests of the private sector, as well as conservative and asylum-oriented segments. It was observed that TCs have become an important strategy for addressing what are considered social deviations, focusing on minority groups, operating through the perpetuation of the prohibitionist paradigm and the War on Drugs in the public policies of the Brazilian state. In contrast, health conferences and professional councils repudiate the expansion of these institutions and, aligned with the principles and guidelines of the Psychiatric Reform and the Anti-Asylum Struggle, advocate for an alternative, emancipatory, and anti-prohibitionist approach to the field of drugs.

Key-words:Therapeutic Communities; Prohibitionist Paradigm; War on Drugs; Drugs; Mental Health.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

APACS - Associação de Proteção e Assistência aos Condenados

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEBAS - Certificação das Entidades Benéficas da Assistência Social

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CMAD - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

CNEAS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Assistência Social

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONAD - Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas

CTs - Comunidades Terapêuticas

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FEBRACT - Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

FETEB - Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil

GEPSaúde - Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MDS - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MPF - Ministério Público Federal

ONU - Organização das Nações Unidas

PAIUAD - Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas

PNAD - Política Nacional de Drogas

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de Danos

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SENAPRED - Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SGDCA - Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SPA's - Substâncias Psicoativas

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	9
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	13
CAPÍTULO 1.....	16
Guerra às drogas: contextualização histórica.....	16
1.1 A questão das drogas.....	16
1.2 Os projetos políticos em disputa.....	21
1.3 O paradigma proibicionista: uma face da guerra às drogas.....	26
CAPÍTULO 2.....	30
Comunidades Terapêuticas.....	30
2.1 Comunidades Terapêuticas: bases e fundamentos.....	30
2.2 A expansão e inserção das CTs nas políticas públicas brasileiras: um resgate dos marcos normativos.....	34
2.3 A expansão das CT's: relações interministeriais e parlamentares.....	39
CAPÍTULO 3.....	46
CTs a nova face da guerra às drogas.....	46
3.1 CT's: reatualização das guerra às drogas.....	46
3.2 CT's, violações de direitos, posicionamentos dos conselhos profissionais e conferências de saúde.....	50
3.3 Propostas alternativas: redução de danos, desinstitucionalização, autonomia e outro paradigma para as drogas.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	63

INTRODUÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O estudo busca contribuir para o debate sobre o avanço e a expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil, bem como das bases que as sustentam, para isso, é necessário o desenvolvimento de categorias essenciais. Em primeiro lugar, o método e a lente que nortearão o trabalho serão o materialismo histórico e o marxismo, partindo da premissa que tal método compreende as relações de classe e as expressões da questão social de maneira ampliada, com subsídios para interpretar a questão das drogas e as problemáticas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA's) de modo crítico e não moralizante. Para além, o marxismo subsidia também a investigação acerca das políticas sociais, tanto da sua natureza contraditória, quanto das disputas e tensionamentos que estão intrínsecos a sua construção e implementação.

Ademais, a teoria marxista é do mesmo modo basilar para examinar a “questão das drogas”. Costa (2020, p.43) localiza a questão das drogas como uma manifestação contemporânea da questão social, que tem o consumo abusivo e a dependência de drogas atrelado à classe trabalhadora. Lancetti (2008, p.79) complementa que a questão das drogas, o conjunto-droga, ou todo o complexo que constitui a produção, a comercialização, o uso, a circulação e a repressão, possui uma estreita sintonia com o capitalismo contemporâneo. Dessa forma, essas categorias são intrínsecas, não é possível entender a “questão das drogas” alheia a questão social, muito menos entender a postura do Estado frente ao uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA's), desligado da contradição capital-trabalho.

Nessa ótica, o termo “drogas” pode se referir tanto a seu sentido farmacológico, muito mais amplo, quanto a um conjunto bem mais restrito, ainda que flexível, de substâncias psicoativas, notadamente as ilícitas (Fiore, 2012, p.10). A noção de drogas aqui utilizada compreende o conceito de substâncias psicoativas (SPA's) que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) são as substâncias que, quando introduzidas no organismo, alteram as funções mentais, emocionais ou comportamentais. Todavia, tal conceito não é apropriado no abstrato, essa noção não se finda em si, pelo contrário, o trabalho localiza as drogas neste modo de produção capitalista, periférico e tardio, considerando as particularidades e a concretude histórica da formação social brasileira.

A partir dos anos 1980, a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, intencionam um projeto para a saúde mental que abarca a noção de drogas supracitada, à medida que distanciam a problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas do campo religioso e

manicomial e conduzem para a dimensão da saúde pública, enfatizando os aspectos sociais e históricos que circundam tal problemática. Nesse sentido, a saúde pública construiu um espaço político e social que redireciona o cuidado e as visões que perpassam os campos da saúde mental, concretamente também as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Esse momento também marca a emergência de uma nova compreensão da saúde pública, não mais restrita à assistência médica, mas como um direito social amplo, que envolve questões de desigualdade, acesso e inclusão (Paula, 2022). Esse movimento, impulsionado por diferentes práticas e dispositivos de gestão, reflete o entendimento de que os problemas relacionados ao uso de drogas estão intrinsecamente ligados às condições de vida e à estrutura social, especialmente em um país com profundas desigualdades, como o Brasil. A saúde pública se transformou, principalmente ao longo dos anos 1980, em um campo atravessado por vários movimentos sociais, definindo um novo sentido de “público”, bem como de “saúde”. Um campo em constante construção para onde convergiam diferentes práticas na produção de novos dispositivos de gestão (Paula, 2022, p.93).

Ao mesmo tempo, as políticas sociais, que essencialmente são desdobramentos, respostas e formas de enfrentamento às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo (Behring; Boschetti, 2009), nesta década de 1980, transformam-se em um campo de constante construção para onde convergem diferentes práticas na produção de novos dispositivos de gestão. A política de saúde mental, envolvida em disputas internas, reflete dois projetos antagônicos: de um lado, um projeto privatista, manicomial e proibicionista; de outro, um projeto emancipatório, sustentado pelos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Na década de 2010, a ascensão do conservadorismo e o aprofundamento da contrarreforma do Estado Brasileiro privilegia e fortalece o projeto manicomial e mercantil para a saúde mental, que apresenta nas Comunidades Terapêuticas (CTs) uma remodelação do velho poder manicomial por meio de financiamento público (Paula, 2022). Assim, o estado brasileiro utiliza as CTs como dispositivos para lidar com a questão das drogas e favorecer os interesses do setor privado. Todavia, esse projeto não se respalda apenas no financiamento público desses dispositivos, mas também na ideologia da guerra às drogas que edifica as noções de abstinência e privação de liberdade, por intermédio do paradigma proibicionista.

As Comunidades Terapêuticas (CTs), enquanto instituições privadas, têm seu funcionamento orientado por uma tríade operativa que integra: trabalho, disciplina e espiritualidade (Ipea, 2017). Nesse contexto, elas se expandem em desacordo com os

princípios e diretrizes do projeto para a saúde mental estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto as políticas públicas de saúde mental buscam promover a autonomia e o cuidado em liberdade de indivíduos com uso problemático de substâncias, as CTs, por sua vez, visam a suspensão do uso de drogas por meio de práticas como abstinência, isolamento, atividades religiosas e laborterapia. Assim, essas instituições configuram-se como um modelo de atenção a pessoas em sofrimento decorrente do uso abusivo de SPA's, e podem ser compreendidas como um dos setores que se estruturam a partir da lógica da proibição das drogas.

À vista disso, Pereira e Passos (2017), afirmam que as comunidades terapêuticas têm sido uma estratégia importante para tratar os considerados desvios sociais tendo como foco grupos minoritários, entre eles negros e negras, pobres e a população LGBTQIAPN+¹, através da justificativa de demandas decorrentes do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas (Passos, 2018, p.13). Movimento este que tem direta influência com o proibicionismo e a guerra às drogas, para além, advém de um conjunto de fatores incluindo a radicalização da política do puritanismo norte-americano e da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas (Fiore, 2012, p.9). Dessa forma, esse conjunto de elementos reverbera de maneira contundente nas políticas de saúde mental, cujos desdobramentos deletérios convergem para a lógica da guerra às drogas, com impactos em diversos campos.

Neste trabalho, focaremos especificamente na influência desse movimento no campo das políticas de saúde mental, sobretudo no que se refere ao uso de álcool e outras drogas. De maneira preponderante, busca-se compreender as CTs como parte do projeto político da guerra às drogas, essencialmente como o dispositivo clínico de cuidado para uso abusivo de álcool e outras drogas. Dessa forma, a pesquisa pretende investigar as bases teóricas que sustentam a expansão dessas instituições na política de drogas e tem como **objeto** a confluência do paradigma proibicionista e do projeto da guerra às drogas para a expansão e perpetuação das CT's nas políticas públicas brasileiras. Para isso, as **questões de partida** do estudo são: Qual paradigma para o campo da saúde mental fundamenta o funcionamento das Comunidades Terapêuticas? Como esse paradigma respalda a expansão dessas instituições no Brasil? De que forma esse paradigma se correlaciona com o projeto político da Guerra às Drogas?

¹ Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais, Pan, Não-binárias e mais.

O **objetivo geral** do trabalho é analisar as Comunidades Terapêuticas como instrumentos imersos no ideário da guerra às drogas, investigando a correlação entre a ascensão dessas instituições e a consolidação do paradigma proibicionista e da guerra às drogas nas políticas públicas do Estado brasileiro, de modo a desvelar as bases ideológicas que sustentam e legitimam essa expansão.

A partir disto, foram propostos os seguintes **objetivos específicos**:

- Examinar a contextualização histórica e os fundamentos ideológicos da Guerra às Drogas, com ênfase em suas origens internacionais, sua manifestação no contexto brasileiro e as implicações nas políticas de atenção à saúde voltadas para pessoas que fazem uso abusivo e prejudicial de álcool e outras substâncias;
- Destacar os projetos políticos em disputa no campo da saúde mental no Brasil, com ênfase nos tensionamentos entre as abordagens terapêuticas pautadas na perspectiva da redução de danos e o paradigma proibicionista;
- Examinar os princípios ideológicos e operacionais das Comunidades Terapêuticas no Brasil, apontando as normativas legais que respaldam a inserção e expansão dessas entidades no Brasil;
- Avaliar a influência do paradigma proibicionista e da ideologia da Guerra às Drogas no funcionamento e na expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil;
- Indicar alternativas e reflexões acerca da hegemonia manicomial para a política de saúde mental no Brasil;

A **motivação pessoal** parte da aproximação com o estudo das Comunidades Terapêuticas, por meio do trabalho desenvolvido em PIBIC², como bolsista CNPq³. A pesquisa “A Inserção das Comunidades Terapêuticas no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome: contradições com a política de assistência social e princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira” , juntamente com os debates e atividades desenvolvidas no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social (GEPSaúde) despertaram uma ínfima inquietação e curiosidade quanto aos rumos, que orquestrados pelo projeto neoliberal e manicomial para saúde mental, conduziram as CTs para o cerne do Estado brasileiro. Tal aproximação e o deparar-se com a “zona de indeterminação”

² Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica.

³ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

(Fiore; Rui, 2021) que envolve as CTs e o "não lugar" dessas instituições lançou olhar para a correlação dessas entidades com o debate e o projeto político da Guerra às Drogas.

O percurso metodológico será descrito no tópico seguinte e assim como todas as etapas de produção do presente estudo foi consubstanciado e respaldado por autores e estudiosos que se debruçam na temática com certa maestria, como Benilton Bezerra Júnior, Antonio Lancetti, Paulo Amarante, Rachel Passos, Pedro Henrique Costa, Tadeu de Paula, Maurício Fiore, dentre outros que serão a base teórica do trabalho. Por fim, espera-se com esse estudo, contribuir com a discussão de uma problemática tão latente que é o avanço das Comunidades Terapêuticas nas políticas públicas.

O trabalho de conclusão de curso estrutura-se em três capítulos, tendo o primeiro capítulo a asserção da guerra às drogas, no segundo capítulo a teorização das CT's, no terceiro capítulo a confluência dos dois temas anteriores, respaldado pelas produções sistematizadas na revisão bibliográfica e por fim a conclusão com os devidos desfechos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de uma revisão bibliográfica nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO. A metodologia adotada fundamenta-se no materialismo histórico, que, por meio de uma abordagem crítica e orientadora, possibilita uma interpretação aprofundada do material selecionado. Esse método de análise permite uma compreensão dialética das relações de classe e de poder no contexto do modo de produção capitalista, além de oferecer uma visão abrangente das dinâmicas e dos tensionamentos presentes nas políticas de saúde mental. Tais políticas são investigadas à luz dos processos históricos e sociais que as constituem, considerando suas bases materiais e dinâmicas subjacentes.

O percurso metodológico se iniciou com a devida demarcação dos conceitos basilares para a discussão pretendida, bebendo das bases teóricas de autores referências para os campos da política social, saúde pública, saúde mental e política de álcool e outras drogas. Posteriormente, pretendeu-se caracterizar teoricamente as premissas das CT's e da guerra às drogas, para assim, investigar nos artigos selecionados a confluência do projeto político da Guerra às Drogas no paradigma proibicionista das CT's.

Inicialmente, a revisão bibliográfica objetivava analisar as produções acadêmicas que possuísem como palavras-chave “guerra às drogas” e “Comunidades Terapêuticas”. Contudo,

os resultados mostram-se irrisórios e assim urgiu a necessidade de acrescentar outras palavras-chaves nesse processo investigativo. Desse modo, a busca sucedeu-se pela conjunção dos termos “Comunidades Terapêuticas” e “proibicionismo”, e ainda, “Comunidades Terapêuticas” e “drogas”. O resultado totalizou 260 artigos que relacionam estas palavras-chaves, com isso, foi imprescindível uma nova etapa de seleção, que consistiu na leitura dos resumos, com o intuito de afunilar o quantitativo de artigos.

Quadro 1 - Sistematização da revisão bibliográfica.

Palavras-chaves	Base de dados	Número de artigos
“Comunidades Terapêuticas” e “Guerra às Drogas”	<i>BVS</i>	0
“Comunidades Terapêuticas” e “Guerra às Drogas”	<i>Scielo</i>	0
“Comunidades Terapêuticas” e “Drogas”	<i>BVS</i>	232
“Comunidades Terapêuticas” e “Drogas”	<i>Scielo</i>	23
“Comunidades Terapêuticas” e “Proibicionismo”	<i>BVS</i>	5
“Comunidades Terapêuticas” e “Proibicionismo”	<i>Scielo</i>	0

Fonte: Elaboração própria.

A leitura averiguou as produções que preferivelmente carregavam no resumo a pretensão de abordar os objetivos do presente trabalho. Assim, reduziu-se para 25 artigos, que após uma minuciosa e completa leitura, assentou-se em oito artigos, descritos no Quadro 2. Por fim, a análise desses artigos se deu por eixos temáticos analíticos que compuseram os conteúdos trabalhados nos capítulos do presente trabalho, sendo estes: a questão das drogas, Guerra às Drogas, proibicionismo, saúde mental, Reforma Psiquiátrica, Redução de Danos, Contrarreforma Psiquiátrica e Comunidades Terapêuticas. Ademais, a análise dos materiais selecionados vai ao encontro a perspectiva crítica e emancipatória de determinação social do processo saúde doença, da questão das drogas no modo de produção capitalista e essencialmente da perspectiva de saúde mental respaldada pelos princípios da Reforma

Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Destarte, para desenvolver os debates foram utilizadas outras produções clássicas para compreender o objeto de estudo.

Quadro 2 - Artigos centrais revisão bibliográfica.

Autoria	Título	Ano
BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lúcia.	Comunidades terapêuticas: "novas" perspectivas e propostas higienistas.	2015
GALINDO, Dolores; PIMENTÉL-MÉLLO, Ricardo; MOURA, Morgana.	Comunidades terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: uma política de confinamento.	2017
DENADAI, Mirian.	A frente parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas e a hegemonia da 'pequena política' no congresso nacional brasileiro	2018
RYBKA, Larissa Nadine; NASCIMENTO, Juliana Luporini do; GUZZO, Raquel Souza Lobo.	Os mortos e feridos na “guerra às drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista.	2018
IORE, Maurício; RUI, Taniele.	O fenômeno das comunidades terapêuticas no Brasil: experiências em zonas de indeterminação.	2021
COSTA, Pedro Henrique Antunes da.	“Museu de grandes novidades”: A nova-velha política antidrogas no Brasil.	2022
PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; THEODORO, Laís Santos; BAQUEIRO, Victoria Lavignia de Oliveira.	Comunidades Terapêuticas: a construção de uma política manicomial e proibicionista	2023
SILVA, José Guilherme Magalhães e; ZILLI, Luís Felipe; SOUZA, Leticia Godinho de.	From the criminalization of substances to the “war on drugs” policy: a century of prohibitionism in Brazil.	2024

Fonte: Elaboração própria.

CAPÍTULO 1

Guerra às drogas: contextualização histórica

“Não existe nenhum problema humano que não seja, em última análise, originado e, no seu íntimo mais profundo, determinado pela práxis real da vida da sociedade” (Lukács, 2000).

1.1 A questão das drogas

Os estudos na área de drogas, oferecem material suficiente para que se tenha uma compreensão ampla e segura de que o uso de drogas é uma atividade presente em várias, senão a maioria, das formações sócio-históricas (Brites, 2006). Nesse sentido, a discussão pretende compreender a alteração do paradigma que permeia as drogas e seus usos, partido de algo inerente a todas sociedades e culturas para uma problemática, a ser tratada e reprimida.

Coelho (2022, p.3) compreende que a proibição do uso das substâncias classificadas como drogas ilícitas é um fato recente na história da humanidade, para além, mesmo as drogas que foram e continuam proibidas, integram amplamente costumes e rotinas dos seres humanos. Isto é, as drogas, ou melhor dizendo, o uso de drogas é uma expressão fenomênica e multideterminada (Brites, 2006), essas expressões e relações alteram-se ao longo da história, em conformidade com o próprio movimento do ser humano e da sociedade (Costa, 2022, p.57). Com isso, o presente trabalho não pretende desenvolver um resgate histórico e integral dessas alterações, já que suas especificidades são infindas, mas propõe-se a debater e localizar a questão das drogas dentro do Estado.

Nesse sentido, a intervenção do Estado no uso de drogas, mais especificamente, na questão das drogas, deve ser entendida como um movimento imbricado na configuração política e econômica do capitalismo. Todavia, isto não significa que a questão das drogas é inata ao capitalismo, mas sim que a emergência do capitalismo modifica substancialmente a relação dos seres humanos com a totalidade e por conseguinte com as drogas. Costa (2022) assume o uso de drogas como uma expressão da questão social⁴ e complementa:

⁴ A concepção de questão social, converge com os escritos de Netto (2001), que compreende o capitalismo como um produtor necessário e compulsório da "questão social". Diferentes estágios do capitalismo geram distintas manifestações dessa questão, que não se configura como uma mera consequência adjetiva ou transitória do regime capitalista. Sua existência e suas manifestações estão intrinsecamente vinculadas à dinâmica específica do capitalismo, que se consolidou como uma potência social dominante. Nesse sentido, a "questão social" é constitutiva do próprio desenvolvimento do capitalismo. Ademais, ela é fundamentalmente determinada pela característica intrínseca à relação capital/trabalho, que se traduz na exploração.

A questão das drogas é conformada pela lógica de exploração e as contradições inerentes ao capitalismo, que tem na questão social - em decorrência da contradição capital-trabalho e lógica de acumulação capitalista - um de seus corolários, juntamente com as outras estruturas de opressão que se materializam nas relações sociais e sujeitos. Logo, as relações com as drogas não se dão somente pelo consumo, mas também pela produção e comercialização (Costa, 2022, p.61).

Rybka, Nascimento e Guzzo (2018), oferecem relevantes contribuições acerca dessa relação de consumo, produção e comercialização no século XVI, sobretudo do cerne da exploração e dominação:

Com as Grandes Navegações, os europeus entraram em contato com uma diversidade de produtos, entre eles as SPA's. O caráter de resistência cultural ao processo de colonização assumido por algumas dessas substâncias fez com que, inicialmente, seu uso pelos povos nativos fosse violentamente reprimido pelos colonizadores, como foi o caso do ópio na Ásia e da folha de coca na América Latina. No entanto, as metrópoles não tardaram a perceber que alguma tolerância em relação ao uso das SPA era estratégica para a dominação dos povos colonizados e que, além disso, o comércio das mesmas poderia ser bastante lucrativo. Assim, diversas SPA originárias das colônias foram progressivamente introduzidas nas sociedades europeias (Rybka, Nascimento, Guzzo, 2018, p. 100).

O avanço do modo de produção capitalista também traz significativas alterações na questão das drogas, com a passagem da “droga-produto”, como meio para fruição de necessidades humanas possuindo assim valor de uso⁵ para a “droga-mercadoria” convertendo-se em valor de troca (Costa, 2020, p.91). Rybka, Nascimento e Guzzo (2018) contextualizam o processo de mercadorização das drogas e sinalizam as Guerras do Ópio (1839 - 1865) como estruturantes do arranjo internacional no cenário das drogas, já que é a partir desse momento que a Inglaterra conquista o monopólio internacional de drogas, especialmente do ópio e inaugura a prática da mercadorização das drogas em larga escala, a nível global. Assim, estabelece-se o uso indiscriminado de drogas em todos os continentes, que posteriormente no século XX, terá novos contornos e se desmembra entre o comércio das drogas lícitas e das ilícitas. O monopólio subdivide-se então, entre o tráfico internacional que opera na ilegalidade e o complexo farmacêutico que detém a produção e comercialização das drogas legais. Nesse sentido, a ilegalidade tem função estratégica e dicotômica, de ora se beneficiar das taxas de lucro obtidas pela criminalização das drogas e ora reafirmar o monopólio das drogas que a ilegalidade não captura, as drogas lícitas e o complexo farmacêutico.

⁵ O valor de uso das mercadorias é sua utilidade, ou seja, a capacidade de satisfazer necessidades, enquanto o valor de troca é a quantidade de outras mercadorias pelas quais uma mercadoria pode ser trocada. O valor de troca não se refere à sua utilidade, mas sim à sua possibilidade de ser trocada por outras mercadorias (Marx, 1867; 2004). A distinção entre a passagem das drogas como substância de valor de uso para valor de troca, evidencia então a alteração de paradigma, como algo ontológico para uma mercadoria.

Deste modo, a corrida pela proibição de determinadas substâncias, entendidas enquanto drogas, por acordos jurídicos e médico-psiquiátricos, desfaz a compreensão inicial da palavra droga enquanto especiarias e passa a dar nome a substâncias capazes de trazer alteração de humor, consciência e comportamento. Por conseguinte, o campo das drogas adquire potencial mercantil transnacional, que conduz em todo o globo a construção de um tráfico de drogas e de uma polícia contra as drogas (Prudencio; Theodoro; Baqueiro; 2023, p.143). No período entre 1909 e 1988, oito conferências internacionais aconteceram, com o objetivo de adotar um padrão mundial para lidar com esse uso indiscriminado das drogas, estabelecido pelas Guerras do Ópio. O resultado é a inequívoca posição de proibir o consumo e o comércio, prender os traficantes e difundir o controle policial (Coelho, 2022, p.4). A partir dessas conferências, institui-se certo alinhamento internacional e diversos Estados começaram a adotar medidas que reforçaram essa abordagem, consolidando a criminalização do uso de drogas, ao passo que alinham suas políticas às diretrizes estabelecidas nessas conferências, o que resultou em um fortalecimento das legislações repressivas em vários países. Silva, Zilli e Souza (2024), acrescentam como foi esse momento no Brasil:

In Brazil, the beginning of the formal framing of the drug issue as a public problem occurred with the publication of Decree 4,294/1921. In addition to criminalizing the unauthorized trade in cocaine, opium, morphine, and their derivatives, the text consolidated criminal intervention as a preferential state response to the supply and consumption of narcotics. In the following decades, especially during the “Vargas Era” (1930-1954), an intense federal legislative production would be responsible for aligning Brazil with the intense international escalation of prohibitionism observed at the time, materialized in the regulations produced by the Geneva Conventions of 1925, 1931, and 1936⁶ (Silva; Zilli; Souza, 2024, p.8).

Os marcos legislativos citados, ilustram de maneira evidente a influência decisiva dessas convenções na intervenção que o Brasil adotou no campo das drogas, evidenciando a conformidade do país com as diretrizes globais de repressão ao uso de substâncias ilícitas. A adesão a essas normas internacionais não apenas moldou a legislação nacional, mas também refletiu um comprometimento do Estado em alinhar suas políticas de controle de drogas aos padrões estabelecidos no cenário internacional. Todavia, tal padrão internacional, não é unidimensional:

⁶ No Brasil, o início da formalização da questão das drogas como um problema público ocorreu com a publicação do Decreto 4.294/1921. Além de criminalizar o comércio não autorizado de cocaína, ópio, morfina e seus derivados, o texto consolidou a intervenção criminal como a resposta estatal preferencial ao fornecimento e consumo de entorpecentes. Nas décadas seguintes, especialmente durante a "Era Vargas" (1930-1954), uma intensa produção legislativa federal foi responsável por alinhar o Brasil à escalada internacional do proibicionismo observada na época, materializada nas regulamentações produzidas pelas Convenções de Genebra de 1925, 1931 e 1936.

É preciso ressaltar que não se “explica” o empreendimento proibicionista por uma única motivação histórica. Sua realização se deu numa conjunção de fatores, que incluem a radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os novos conflitos geopolíticos do século xx e o clamor das elites assustadas com a desordem urbana. Além disso, sem desconhecer a importância histórica do pioneirismo e do empenho dos eua para torná-la universal, é preciso notar que somente convergências locais na mesma direção puderam fazer da proibição uma realidade global (Fiore, 2012, p.9).

A Convenção Única sobre Entorpecentes da ONU, de 1961, estabelece as diretrizes e discursos que fundamentam as bases legais da política internacional da 'guerra às drogas'. Paula (2024, p.60) entende que essa abordagem da construção de uma ação interventiva do Estado, mais especificamente de uma política de criminalização de drogas, se dá no processo e na passagem de uma racionalidade escravista para uma racionalidade liberal de governo, que posteriormente se consolida enquanto projeto de disputa geopolítica que convergia interesse de segurança interna com interesse global. Concomitantemente, o avanço dos regimes militares na América Latina intensifica ainda mais a postura criminal e proibicionista para o campo das drogas. Carvalho (2011) discorre sobre o contexto brasileiro:

O ano de 1964 é, portanto, um divisor de águas na política criminal do país, significa dizer que o modelo de política criminal passa de sanitário para bélico. A droga a partir dos anos 60 é associada aos movimentos de “subversão”, logo para os militares, tratava-se de mais uma imundície comunista (...) A partir de 1964, a repressão torna-se terminologia usual, a guerra fria justificava o aumento do aparato repressivo. A Doutrina de Segurança Nacional, associada ao desenvolvimento tecnológico, possibilitou o desencadeamento de uma política de repressão integrada e a otimização de um projeto transnacional de “guerra às drogas” (Carvalho, 2011, p.15).

Paula (2022, p.61) situa esse movimento de exportação da guerra às drogas para o Brasil, como um novo dispositivo colonial de manutenção da supremacia branca em tempo de racionalidade neoliberal. Nesse sentido, o projeto transnacional da guerra às drogas, conforme abordado por Carvalho (2011), emanou na implementação da Lei 6.368 de 1976 no Brasil, que proíbe o uso de determinadas substâncias. Apesar da promulgação da Constituição Federal de 1988, que ocorreu menos de uma década depois, não houve alterações significativas na referida lei, evidenciando a continuidade da repressão ao uso de drogas dentro de um marco legal que reflete os interesses do sistema neoliberal. A contradição inerente ao caráter ditatorial e autoritário da Lei 6.368, frente às garantias sociais e políticas firmadas pela carta magna de 1988 alude às disputas e tensionamentos dos projetos políticos para o campo das drogas, que será desenvolvido no próximo tópico.

Costa e Mendes (2019) compreendem que as intervenções e posturas do Estado em relação às drogas mais do que respostas pontuais, são reações postas pelas conjunturas políticas e históricas. De modo que, a intervenção estatal no que tange às drogas e seus atravessamentos, nos mais distintos períodos, urge como alternativa para sustentar a exploração do homem sobre o homem, assegurando também a dinâmica de acumulação e aumento das taxas de lucro, em prol das classes dominantes. Assim sendo, reverbera-se para o campo das drogas, a ideologia capitalista e a soberania do capital frente todas as implicações que atravessam o campo das drogas.

The war on drugs is, in fact, a set of engenderment inherent to capitalist social formation, based on the normalisation and reification of the exploitation and domination of man over man. That is, it is the continuation of a way of organising, relating and living, where the many are worth less than few and is, therefore, constituted by exploitative and oppressive conditions of existence that favour this dominant economic, political and ideological minority. In the case of Brazil, we have the aggravating factor that this antagonistic sociability was forged by processes of invasion and predation, colonisation and slavery, characterising a dependent and subordinate condition in the face of world capitalism ⁷ (Costa; Mendes, 2019, p.6).

Sob esse ponto de vista, compreende-se que a conduta adotada pelo Estado frente a questão das drogas objetiva articular e adequar o uso, a produção e a mercadorização à ordem vigente. O intuito da exposição não é detalhar e explicitar os diversos marcos legais, uma vez que tal abordagem extrapola a alçada deste estudo, mas sim contextualizar e compreender a postura do Estado, com relação ao uso de drogas, à luz do “padrão mundial” adotado. Tal padrão materializa-se na guerra às drogas, que dita as políticas de drogas assentadas nas estratégias do capital, para que estas sirvam de ferramenta para manutenção da ordem vigente e das desigualdades calcadas. A ilegalidade e a criminalização moldam-se enquanto ferramentas do Estado, para perpetuar violências para as populações que fazem uso abusivo de drogas e tem desenhos ainda mais violentos para as populações pretas, pobres e periféricas. As bases internacionais pautadas no modelo repressivo e no discurso anti-droga não intenciam diminuir o consumo de drogas, ou contribuir significativamente para as questões de saúde pública decorrentes desses usos, mas sim impor um sistema de intervenção injusto e frequentemente desumano (Bucher; Oliveira, 1994, p.114), ratificando o que Valois (2016), se

⁷A guerra às drogas é, na verdade, um conjunto de engendramentos inerentes à formação social capitalista, que se pauta justamente na/pela naturalização e reificação da exploração e da dominação do homem sobre o homem. Ou seja, se trata da continuação de um modo de se organizar, relacionar e viver, onde muitos valem menos que poucos e, por isso, são constituídos por condições de existência exploratórias e opressoras, em prol dessa minoria dominante econômica, política e ideologicamente.

debruça no seu livro “O Direito Penal das Drogas”, não existe guerra contra as substâncias mas sim contra pessoas.

1.2 Os projetos políticos em disputa

A contextualização da expansão do projeto proibicionista da guerra às drogas em todo o globo, oferece subsídios suficientes para compreender o cenário brasileiro e as tensões e disputas que estavam sendo travadas. A particularidade brasileira sustenta-se no desejo pela punição através das prisões quando o assunto era tráfico ilegal de drogas e influenciou diretamente as mudanças legislativas, as ações dos policiais e o funcionamento do Poder Judiciário (Coelho, 2022, p.9). A concepção anti-droga, que se materializa na guerra às drogas reverbera para os mais diversos campos, principalmente para a segurança pública, a assistência social, o sistema penitenciário e a saúde pública. Para o presente estudo, iremos nos ater ao campo da saúde pública e as disputas para elaboração de uma perspectiva antiproibicionista e antimanicomial.

Nesse sentido, o modelo repressivo e proibicionista já havia se consolidado como a ordem hegemônica no âmbito das políticas de drogas. Nas décadas de 1970 e 1980, o saber-poder das drogas permeia-se pelas áreas da segurança pública e da psiquiatria. O discurso médico-psiquiatra assentava-se principalmente na patologização do uso de drogas, na individualização da problemática, na focalização da dependência química e na medicalização. Consequentemente, o uso de drogas, indiferentemente dos padrões de uso abusivos ou não, era tratado nas instituições asilares, nos hospitais psiquiátricos e nos manicômios, que mostravam-se como um dos principais “recursos terapêuticos” para ofertar cuidado aos consumidores de drogas (Costa, 2020).

Arbex (2013), em sua obra *Holocausto Brasileiro*⁸, examina como o discurso médico-psiquiátrico foi instrumentalizado por meio de retratos do Hospital Colônia de Barbacena, um manicômio que resultou na morte atroz de mais de 60.000 internos ao longo de suas nove décadas de funcionamento. Bezerra et al. (1987, p. 12) identificam o surgimento da ideologia psiquiátrica como responsável pela classificação de comportamentos considerados inadaptáveis aos parâmetros da liberdade burguesa como patologias. Os manicômios representam a maior materialização dessa ideologia, e Barbacena retrata a

⁸A história das experiências vividas por ex-residentes e ex-funcionários do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, foi retratada pela jornalista Daniela Arbex, no livro *Holocausto Brasileiro*, publicado em 2013. Em 2016, a obra foi adaptada para um documentário homônimo.

“cidade da loucura”, onde no Hospital Colônia cerca de 70% dos internos não possuíam diagnóstico clínico; eram, na verdade, indivíduos que se rebelavam ou que se tornavam incômodos para aqueles em posições de poder (Arbex, 2013). Da mesma forma, o uso de drogas se encaixava integralmente neste instrumento de poder que era a psiquiatria. (Moreira, 1983).

Em contraponto à esse saber-poder e em meio às reivindicações e movimentações políticas da reabertura democrática, dois movimentos desempenharam papéis fundamentais para a abordagem da temática das drogas por um viés de saúde e a posterior conformação de um cenário assistencial público calcado na garantia de direitos humanos: o Movimento Sanitário e a Luta Antimanicomial (Costa, 2020,p.124). Com isso, o campo da saúde mental passa a tensionar um novo projeto:

A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil se insere no amplo processo de redemocratização do país, nos anos 1980. Essa década foi marcada por um grande rearranjo das políticas públicas, permitindo que grupos minoritários se organizassem contra diversas formas de dominação instituídas antes mesmo da própria ditadura. (...) Esse é o caso da reforma psiquiátrica que passou a combater tanto o totalitarismo do Estado, quanto o totalitarismo do poder psiquiátrico (Paula, 2022, p.98).

O totalitarismo do Estado, refere-se ao período ditatorial que o Brasil vivia, e contrariamente, a Europa passava por um intenso movimento de contestação da ordem manicomial (Paula, 2022). Momento esse, em 1979 que o psiquiatra italiano Franco Basaglia, referência na luta antimanicomial, conheceu o Hospital Colônia de Barbacena e afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo presenciei uma tragédia como esta” (Arbex, 2013). A visita do psiquiatra ao Brasil intensifica ainda mais os incipientes movimentos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, que expressam um projeto societário, Passos acrescenta:

É de extrema importância sinalizar que o Lema da Luta Antimanicomial não traz consigo uma mera reforma assistencial em saúde mental, ele expressa em sua natureza um projeto societário de transformação. A luta “por uma sociedade sem manicômios” coloca-se contrária às desigualdades de classe, gênero, raça/ etnia e a favor da superação da propriedade privada (Passos, 2017, p. 83).

Esses movimentos bebem também do emergente processo de consolidação da Constituição Federal de 1988, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece a saúde como um direito fundamental do cidadão, assim como uma responsabilidade do Estado. A partir desse novo arcabouço legal, o SUS visa assegurar acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, ao passo que, por intermédio de um complexo e

articulado sistema de saúde pública, propõe atender às necessidades da população, refletindo uma visão abrangente e inclusiva do cuidado à saúde.

O processo constituinte incorpora a saúde como um dos pilares do bem-estar da população, em paralelo a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica almejam a incorporação e construção conjunta ao SUS de uma abordagem mais humana e integral para a saúde mental no Brasil. Ao mesmo tempo, em que inserem as demandas relacionadas ao uso de drogas no campo da saúde pública e reconhece o uso abusivo de álcool e outras drogas como uma expressão da questão social multidimensional.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) são marcos teóricos e políticos dessa superação do modelo manicomial vigente até então (Hirdes, 2009). Materializado na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial, a experiência brasileira questiona o modelo manicomial e suas expressões a partir da influência da Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, em especial, de inspiração Basagliana (Passos, 2018, p.14). Fundamentado nisso, o movimento propõe cuidado desinstitucionalizado e um modelo de atenção psicossocial pautado na liberdade e na redução de danos. Dessa forma, o SUS se compromete a oferecer uma assistência que, além de integrar a saúde mental e a abordagem sobre drogas, promova a dignidade e a autonomia dos indivíduos, assegurando que o cuidado seja centrado na pessoa e não em práticas punitivas.

O poder dos movimentos sociais deu forma a uma lei que permitiu manter viva a luta por uma saúde democrática: a Lei Orgânica 8.080 de 1990 (Paula, 2022, p.91). Por mais que, de forma incipiente, a Lei nº 8.080 ratifica a integralidade da saúde no âmbito da saúde mental, mediante a concepção de saúde como ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990). A partir daí, a saúde mental intenciona um projeto mais humanizado e inclusivo à medida que promove um cuidado territorializado e digno, buscando romper com a lógica e o cuidado dominante, não se limitando ao hospital, mas intervindo sobre a sociedade como um todo (Paula, 2022). A lei 10.216/2001, traduz e concretiza as lutas desse período:

A lei 10.216/2001, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica, determinou, sem precedentes, que o cuidado em saúde mental está dentro das diretrizes da lei 8.080/1990 que institui o Sistema Único de Saúde - SUS, sendo garantido a partir da perspectiva de respeito aos direitos humanos, através da assistência integral e gratuita, incluindo a população usuária de substâncias psicoativas. É importante ressaltar, que as respectivas legislações preveem que esse cuidado seja territorializado, preservando

o convívio social e em liberdade “configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população” (Barbosa; Figueiredo, 2023, p.2).

Com isso, o início dos anos 2000 traz um novo aparato político legal no âmbito das políticas de drogas e instrumentaliza as primeiras políticas oficiais estatais sobre o tema, no âmbito da saúde pública: a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) em 2004; a Política Nacional de Drogas (PNAD) em 2005; a Lei nº 11.343 que prevê medida de cuidado, regras e normatizando as ações de repressão e criminalização, em 2006 (Costa, 2020, p.131). Posteriormente, em 2011 institui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde. A RAPS visa garantir que o atendimento à saúde mental seja realizado de forma contínua e articulada, respeitando os direitos dos pacientes e promovendo uma abordagem centrada na pessoa, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), das Unidades de Acolhimento, dos Serviços de Atenção Domiciliar, do Hospital Dia, dos Serviços de Saúde mental no SUS e das Ações Comunitárias e Intersetoriais (Brasil, 2011). Em seguida, é lançada a reformulação do programa “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack”⁹, que obteve aderência em 17 capitais e no Distrito Federal, “Crack é Possível Vencer”.

A implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) evidencia as contradições e os conflitos presentes nos projetos políticos voltados para a saúde mental. De um lado, a RAPS institui e organiza serviços substitutivos, fundamentando-se em fluxos de cuidado que emergem das mobilizações e reivindicações da Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, também representa uma conciliação com a pressão de projetos privatistas na saúde mental, ao incluir, por exemplo, as Comunidades Terapêuticas (CTs) no nível de atenção de caráter residencial transitório (Costa, 2020). O programa “Crack, é possível vencer” corrobora essa tendência neoliberal e projeta ações que são frequentemente estigmatizadas, reducionistas e centralizadas na abstinência, além de se apresentarem desarticuladas em relação aos serviços da rede. Ademais, ambos os marcos legais se interconectam, uma vez que as CTs constituem uma das alternativas de tratamento oferecidas pelo programa.

Nos últimos anos, como um avanço de tendências manicomialistas, houve uma impressionante proliferação de entidades nosológicas psiquiátricas. Especificamente em relação ao uso de drogas, cristalizou-se a noção da dependência química como doença, estabeleceu-se a abstinência como meta do tratamento e definiu-se como papel das ciências da

⁹ O programa “Crack é possível vencer” será abordado de forma mais aprofundada no item 2.2, do presente trabalho.

saúde nesta área a busca do controle sobre a adicção. (Rybka, Nascimento, Guzzo, 2018, p. 102). Esses avanços representam retrocessos em relação às conquistas alcançadas pela Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica. Por conseguinte, o processo de privatização da saúde, retorna ao foco central das mobilizações sociais, que tensionam a retomada de política essencialmente pública e efetivas (Paula, 2022). A expansão das CT's vinculam-se à esse momento:

Soma-se ainda a isso um aparato asilar-manicomial, que é também privativo, numa lógica de mercantilização dos processos de cuidado para pessoas com problemas associados ao consumo de drogas e que vem se reinstitucionalizando e reformulando – mais na aparência que no conteúdo – num contexto de contrarreforma psiquiátrica. Podemos dar como principais exemplos, as comunidades terapêuticas enquanto novos (velhos) manicômios que também se voltam à segregação, ao asilamento e controle, e não de quaisquer pessoas, mas sobretudo de negros e pobres – com chancela estatal (Costa; Mendes, 2022, p.517).

Destaca-se que, com a ampliação do financiamento dessas instituições, tem-se a legitimação do desmonte da RAPS, a convocação à abstinência total em detrimento da estratégia de redução de danos, o fomento à repressão e ao proibicionismo às drogas e aos usuários de drogas. (Prudencio; Theodoro; Baqueiro; 2023, p.149). Ações estas que reforçam e se inserem na Contrarreforma Psiquiátrica¹⁰, que em oposição aos elementos fundamentais da reforma psiquiátrica engendram um conjunto de ações, como principais:

Dentre os retrocessos, ressaltamos: 1) nomeação, em 2015, para a coordenação de SM, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde (MS), de um ex-coordenador de manicômio e crítico da RP; 2) portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que modifica a configuração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), inserindo o hospital psiquiátrico (HP); 3) nota técnica 11/2019 “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”; e 4) Política Nacional sobre Drogas (PNAD), via decreto 9.761/2019, e Lei sobre Drogas (LD), nº 13.840/2019, com centralidade das comunidades terapêuticas (CTs) e abstinência como horizonte único do cuidado, desconsiderando a redução de danos (Costa; Mendes, 2020, p.46).

Para o objeto deste estudo, torna-se fundamental analisar as disputas entre paradigmas que moldam a atenção aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, as quais impactam de maneira significativa o modelo e as perspectivas que permeiam a atenção psicossocial. Destaca-se nesse contexto, o movimento de retrocessos observado nas últimas décadas, que tem colocado a saúde mental sob a égide da Contrarreforma Psiquiátrica, marcada por tendências privatistas e asilares. Realidade esta que, contrasta diretamente com os princípios estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial.

¹⁰ Costa e Mendes (2020) definem a Contrarreforma Psiquiátrica como o conjunto de ações que a partir de 2015 se intensificam e contradizem, se opõem ou suplantam elementos fundamentais da Reforma Psiquiátrica.

1.3 O paradigma proibicionista: uma face da guerra às drogas

A Contrarreforma neoliberal e a ascensão do neoconservadorismo no parlamento e nos aparatos políticos do estado brasileiro, reverberam no cenário das políticas de saúde mental, especialmente por meio da Contrarreforma Psiquiátrica. Esse movimento, disputa de forma antagônica aos princípios da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, um modelo de atenção ao uso de drogas que privilegia os interesses privados em detrimento da qualidade dos serviços públicos, à medida que perpetuam uma perspectiva manicomial, asilar e proibicionista.

Em meio às mais diversas reverberações da Contrarreforma Psiquiátrica nas políticas de saúde mental, pode-se analisar o avanço e a perpetuação do paradigma proibicionista como um dos pilares centrais desse projeto político. Nesse contexto, tal paradigma se consolida a partir da necessidade de construir no imaginário coletivo uma narrativa que mobilize sentimentos de revolta, medo e afins, de forma a legitimar as ações de força do Estado. Carregando também um caráter moralista e racista, visando não apenas fomentar uma visão negativa sobre as drogas, mas também justificar a adoção de uma abordagem coercitiva. Costa e Mendes (2019), ressaltam que é justamente por meio desse caráter coercitivo que, na guerra às drogas, se manifestam os valores sociais dominantes, materializados em processos de patologização, medicalização, moralismos, preconceitos e estigmatização. Esta perspectiva, ao reforçar a criminalização do consumo, fomenta a perseguição às substâncias, ao mesmo tempo em que assegura a adesão de amplos segmentos da população à marginalização de usuários.

Fiore (2012, p. 9), ao analisar o papel do Estado na questão das drogas, dedica-se a definir o paradigma proibicionista, compreendendo-o como uma forma simplificada de classificar as abordagens estatais em relação a um conjunto específico de substâncias. No entanto, os desdobramentos desse paradigma ultrapassam as convenções e legislações nacionais, refletindo uma reconfiguração mais ampla. Ainda que o proibicionismo não esgote a complexidade do fenômeno das drogas, ele moldou profundamente o entendimento contemporâneo das substâncias psicoativas, ao estabelecer distinções arbitrárias entre drogas legais/positivas e ilegais/negativas.

Ao abordar o conceito de proibicionismo, o autor reforça ainda a centralidade desse paradigma na atuação do Estado no que se refere ao fenômeno das drogas, e utiliza de duas premissas elementares para justificar esta centralidade. A primeira é a de que o uso dessas

drogas é prescindível e intrinsecamente danoso, portanto não pode ser permitido; e a segunda é que a melhor forma de o Estado fazer isso é perseguir e punir seus produtores, vendedores e consumidores. Ou seja, sob essa ótica, o dano supostamente causado pelo consumo de drogas é tamanho que o Estado deve proibi-las, sendo que, segundo essa perspectiva, a forma mais eficaz de garantir essa proibição seria por meio da criminalização da produção, circulação e consumo dessas substâncias (Fiore, 2012).

Da mesma maneira, Lemgruber et al (2010, apud Costa, 2022) relacionam a guerra às drogas com o proibicionismo, concebendo a guerra às drogas como a forma contemporânea do proibicionismo e a “face mais violenta da proibição”. Silva; Zilli; Souza, (2024) sinalizam o jogo de interesses geopolíticos nesse paradigma:

This arrangement illustrates the prevalence of an ideational set in Brazil that can be defined as “prohibitionism”: a model of state response to the issue of drugs that provides for the interdiction of all acts connected to the chain of production, consumption, and marketing of certain narcotics through criminalization and criminal repression. This model requires certain awareness in distinguishing between licit and illicit drugs, resulted from the game of geopolitical interests among major powers and international corporations¹¹ (Silva; Zilli; Souza, 2024, p.1).

Para Bucher e Oliveira (1994, p.144), a guerra às drogas e as justificativas, explicações, recomendações e argumentos que perpassam o “combate às drogas” devem ser compreendidos em função das estruturas de poder e do sistema de normas dominantes que impõem a supremacia da ordem moral, social e econômica vigente. Assim sendo, a guerra às drogas, pressupõe, para além de um discurso ideológico, uma ação eficaz e consistente de disciplinarização das pessoas, que objetiva uma ampla proposta de normalização das relações sociais. Diante disso, qualquer ameaça de condutas desviantes de um padrão normativo, a guerra às drogas imprime a necessidade de desencadear o controle, a intervenção e a exclusão, assim, instaura-se na sociedade uma estratégia de normalização fundada numa razão aparentemente concreta e irrefutável: o indivíduo social reduzido à sua condição de usuário ou dependente de drogas - reduzido, em suma, a ser um “viciado” em função de um não conformismo qualquer.

Costa e Mendes (2019) reiteram o papel do Estado, na construção desse paradigma basilar da guerra às drogas, que admite a captura do ideário coletivo ao incorporar na consciência de boa parte da população, inclusive por quem é seu principal alvo, que o

¹¹ Esse arranjo ilustra a prevalência de um conjunto ideacional no Brasil que pode ser definido como “proibicionismo”: um modelo de resposta estatal à questão das drogas que prevê a interdição de todos os atos ligados à cadeia de produção, consumo e comercialização de certos entorpecentes por meio da criminalização e repressão criminal. Esse modelo exige uma certa conscientização para distinguir entre drogas lícitas e ilícitas, resultado do jogo de interesses geopolíticos entre as grandes potências e corporações internacionais.

proibicionismo é a única alternativa para a questão das drogas. Assim, as ideias que a fundamentam, assim como ela própria e seus objetivos, começam a ser consideradas universais, adquirindo status de verdade ou natural, ao invés de serem reconhecidas como construções sociais e históricas.

Rybka, Nascimento, Guzzo (2018) e Carneiro (2012) compreendem que esse movimento visa, sobretudo, o controle de corpos, particularmente negros, pobres e periféricos. Macrae (2008) aprofunda a dimensão e a análise racial desse processo e entende a imbricação desse fenômeno com o racismo, complementarmente busca demonstrar essa associação por meio da análise da proibição de substâncias, frequentemente associada a rituais religiosos de matrizes africanas e indígenas. Dessa forma, compreende que a criminalização dessas substâncias não trata-se apenas de uma mera questão de segurança pública, mas sim uma estratégia histórica de controle social que se entrelaça com o racismo institucionalizado. Assim, a criminalização dessas substâncias, como rapé, cannabis e ayahuasca, reflete uma tentativa de deslegitimar e controlar culturas e práticas religiosas que têm sido historicamente marginalizadas e estigmatizadas pela sociedade dominante. A moralidade cristã reforça esse quadro de criminalização, ao impor uma moral religiosa eurocêntrica que objetiva não apenas controlar o comportamento das populações consideradas "desviantes", mas também erradicar práticas culturais que desafiam essa ordem estabelecida. A criminalização das substâncias utilizadas em rituais religiosos, portanto, assume um caráter simbólico e político, no qual o racismo e o colonialismo contemporâneo se entrelaçam, mantendo o status quo da exclusão social e da marginalização de grupos étnicos específicos.

Diante desse cenário, o debate sobre o proibicionismo das drogas adquire uma dimensão ainda mais complexa, ao ressaltar que, além de sua relação com o racismo e as estruturas de poder, as substâncias proibidas se tornam elementos potencialmente letais ao capital. Esse processo de criminalização das substâncias e dos corpos que as consomem configura um mecanismo estratégico que alimenta e fortalece o sistema capitalista, como afirmam Prudencio, Theodoro e Baqueiro (2023, p.144). Portanto, a dinâmica do proibicionismo não apenas exclui e marginaliza, mas também serve aos interesses de um sistema econômico.

Destarte, a compreensão que permeia esse debate se dá na confluência dos campos, da guerra às drogas, do paradigma proibicionista, do racismo e da Contrarreforma Psiquiátrica. Conforme, o projeto geopolítico internacional da guerra às drogas programa um modelo de resposta estatal à questão das drogas que criminaliza estas no âmbito da produção,

consumo e comercialização, o proibicionismo implementa o ideário e o paradigma que consolida esse projeto. Igualmente, a Contrarreforma Psiquiátrica apropria-se dessas concepções e estrutura para a política de saúde mental brasileira contornos que alimentam o sistema capitalista e a criminalização de substâncias e de corpos negros (Prudencio; Theodoro; Baqueiro; 2023).

Suplementarmente, a lógica proibicionista assume uma orientação moral-religiosa, engendrando práticas de demonização de certas drogas e, conseqüentemente, das pessoas que as usam (Galindo; Pimentél-Mello; Moura, 2017). Emergem nesse contexto dispositivos com novas roupagens mas que essencialmente são remodelações e novas/velhas configurações das instituições totais e dos manicômios, as Comunidades Terapêuticas (CTs), que serão definidas e analisadas no capítulo subsequente.

CAPÍTULO 2 ¹²

Comunidades Terapêuticas

“A psiquiatria e o asilo vão constituir as alternativas aceitáveis de regulação do louco. E este, então não mais seria lançado nas prisões, mas sequestrado e internado para tratamento” (Moreira, 1983, p.189).

2.1 Comunidades Terapêuticas: bases e fundamentos

O projeto político apresentado pela Contrarreforma Psiquiátrica insere as políticas sociais voltadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas em uma lógica privatista, asilar e manicomial. Nesse contexto, as Comunidades Terapêuticas (CTs), que antes constituíam um entre vários modelos de atenção às pessoas em sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas, passam a ser estabelecidas como uma política de Estado, recebendo financiamento e regulamentação legal por meio das esferas parlamentares e interministeriais.

Bolonheis-Ramos e Boarini (2015, p. 1234) contextualizam a definição das Comunidades Terapêuticas (CTs) e identificam que a ideia de CTs, ao longo da história, tem se manifestado de diferentes maneiras, além do mais que, em sua forma contemporânea, essas instituições derivam de duas variantes de sua concepção original. Essas duas variantes se desdobram, por um lado, para o campo da psiquiatria, com unidades de tratamento psicológico e psiquiátrico, tanto em ambientes hospitalares quanto extrahospitalares, e, por outro, para os programas de tratamento residencial destinados a dependentes de álcool e outras drogas, que são as formas predominantes no Brasil.

De Leon (2003) localiza as influências das CTs no modelo originário do grupo de Oxford, uma organização religiosa sediada em Nova York, fundada na década de 1920. O grupo de Oxford baseava-se no trabalho, o cuidado mútuo, valores como honestidade e altruísmo, o reconhecimento dos defeitos de caráter e a reparação dos danos causados. Galindo, Pimentél-Méllo e Moura (2017), analisam que, mediante essas influências, as CTs emergiram como propostas terapêuticas em meados do século XX, em consonância com as propostas da reforma psiquiátrica. Nesse contexto, essas instituições pretendiam desarticular o modelo hierárquico hospitalocêntrico hegemônico à época, baseando-se na reabilitação ativa e

¹² O presente capítulo foi consubstanciado pela pesquisa desenvolvida no biênio de 2023-2024, em nível de iniciação científica. Orientado igualmente, pela Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira, como o título “A Inserção das Comunidades Terapêuticas no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome: contradições com a política de assistência social e princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira”.

na democratização, centralizando o protagonismo do tratamento no usuário. Tais propostas, refletem as diretrizes da reforma sanitária inglesa e introduziram novas estratégias para as práticas terapêuticas e psiquiátricas, propondo uma abordagem externa aos manicômios, de forma a complementar o tratamento.

Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) observam que, nas décadas de 1940 e 1950, as CTs passaram por um notável avanço, com a ampliação de suas funções. Nesse período, as CTs foram utilizadas tanto para intervenções em transtornos psiquiátricos quanto no tratamento de usuários de drogas. Além disso, também foram empregadas no atendimento a soldados que, após a Segunda Guerra Mundial, apresentavam traumas diversos, necessitando de acompanhamento terapêutico. Em 1960, surgem as primeiras CTs dedicadas exclusivamente ao tratamento da dependência de álcool e outras drogas, com influência ainda do grupo Oxford, mas também dos ideais dos grupos de Alcoólicos Anônimos. Nesta década, as CTs que anteriormente mostravam-se instituições alternativas à lógica psiquiátrica vigente, incorporam de forma latente ações similares à lógica do confinamento. Momento este que, com a expansão das CTs, na Europa e na América do Norte, essas instituições ampliam-se também para a América Latina, Ásia e África. No Brasil, as CTs surgem distantes da noção das instituições e configurações anglosaxãs:

O uso da expressão “comunidade terapêutica” no Brasil é oposto as configurações anglosaxãs, uma vez que emergem, justamente, como equipamentos emblemáticos de modelos de internação. Elas surgem nacionalmente num cenário assistencial que viabilizava poucas ações de atenção à saúde para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Vê-se, nessa configuração, a conjugação dos traços da Psiquiatria preventivista norte-americana, respaldada pela sociologia do desvio, com o ranço disciplinador que marca as práticas de reclusão adotadas por instituições religiosas neopentecostais para a chamada reabilitação de usuários de drogas (Galindo; Pimentél-Méllo; Moura, 2017, p.229).

Nesse sentido, as CTs no Brasil, surgem como instituições não governamentais, que iniciaram na década de 1960 e tiveram maior expansão na década de 1990. Para Costa (2009), tais entidades foram implantadas antes da efetivação das políticas públicas sobre álcool e outras drogas no país, ocupando a lacuna deixada pelos serviços públicos. Com a expansão dessas instituições nas políticas de Estado, em 2014 a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) solicitou ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) a realização de um estudo qualitativo e quantitativo acerca do modelo e do cuidado proposto pelas CTs. A Nota Técnica N° 21, que é resultante desse estudo, acrescenta a definição das CTs como:

Instituições que se organizam em residência coletivas temporárias onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que permanecem, por determinado

tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs (Ipea, 2017, p.8).

O modelo de cuidado proposto pelas CTs ancora-se na tríade operativa do trabalho, disciplina e espiritualidade. Assim sendo, durante a permanência nessas instituições estas pessoas por intermédio da laborterapia, o exercício do trabalho, devem adquirir a autodisciplina e o autocontrole (Ipea, 2017). Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) destacam a relação desse instrumento, laborterapia, como dispositivo utilizado nos manicômios do início do século XX, ressaltando que a proposta incorpora-se à ideologia do nascente capitalismo brasileiro, já que, nesse sentido a capacidade para o trabalho reflete os limites do normal e do anormal, cabendo a prática psiquiátrica devolver ao meio social indivíduos tratados e aptos para o trabalho. As autoras acrescentam ainda que, o trabalho empregado aos residentes das CTs, recorrentemente não é utilizado para fins terapêuticos, mas sim como forma de manter o funcionamento da própria instituição.

Paralelamente, as práticas espirituais das CTs inserem o uso problemático de SPA's dentro de um contexto de fé, utilizando-a como instrumento para o apaziguamento das dores e sofrimentos dos indivíduos, bem como para o enquadramento moral e a interrupção do uso de drogas. Ambas as abordagens, normatizadas pela noção de disciplina, tendo a abstinência como princípio central, objetivam a efetivação de uma rotina e a transformação de condutos e promoção de “novos sujeitos”. Dessa forma, as CTs pretendem tratar os sintomas decorrentes do uso problemático de drogas, mas sem intervir substancialmente nas multideterminadas expressões subjacentes a esse uso. O isolamento físico e social é um dos principais instrumentos utilizados nos programas terapêuticos das CTs, marcado pela internação longa e, durante a sua vigência, pela circunscrição de telefonemas e visitas, bem como pela interdição sexual (Ipea, 2017), como discorre Damas:

Na sua maioria, as CT fazem-se ilhas isoladas do resto do mundo, nas quais os conflitos da sociedade são esquecidos. Em muitas delas o acesso a meios de comunicação em massa são restritos. Em vez de discutir os conflitos reais, aborda-se apenas o mundo inconsciente, o que significa a troca da negação cotidiana do inconsciente pela negação comunitária do consciente e da realidade. Muitas vezes, acaba por cair no ‘psicanalismo’ – exageros da psicodinâmica – no qual comportamentos e regras de convivência ficam totalmente ligados a interpretações. E, interpretar e verbalizar permanentemente as ações das pessoas fora de um contexto psicanalítico significa o policiamento da vida (Damas, 2013, p. 58).

Além disso, ressalta-se o caráter asilar desse isolamento, caracterizado por internações prolongadas, visitas restritas, limitação no acesso à documentação, controle do uso de telefones e uma infraestrutura cuidadosamente planejada para manter os internos

aprisionados, o que dificulta a saída e o contato com pessoas externas às CTs (Prudencio; Theodoro; Baqueiro; 2023).

Costa (2022, p.518) entende que tais instituições de violência e a lógica manicomial que as rege, ganham terreno e força política ao se passarem por instituições de tratamento, de cuidado, acompanhando a ascensão fundamentalista religiosa e embebidas no pânico social e moral das drogas como males em si, ou seja, a base discursiva da guerra às drogas. Todavia, o relatório Conectas; Cebrap (2021) apresenta distinção dessas noções de cuidado, tratamento e acolhimento, classificando e distinguindo as instituições em Comunidades Terapêuticas de Tratamento e Comunidades Terapêuticas de Acolhimento:

“Comunidades Terapêuticas de Tratamento – portanto, médicas, parte da RAPS e sujeitas às normas técnicas da ANVISA para ambientes em que predomina como instrumento terapêutico a convivência entre os pares, mas onde existe a prática de atos médicos e tratamento, atraindo inclusive a regulação e a fiscalização pelo CFM. Essas comunidades, por estarem atreladas à RAPS, também acolhem pessoas adultas e que integram o público-alvo da saúde mental; Comunidades Terapêuticas de Acolhimento – Ligadas à Política Nacional de Drogas, atuam de acordo com instruções do CONAD e utilizam como instrumento terapêutico a convivência entre os pares e, em regra, não realizam a prática de atos médicos e tratamento.” (Conectas; Cebrap, 2021, p. 57).

Ribeiro e Minayo (2015), também definem e distinguem as CTs, descrevendo-as sob três modelos, o religioso-espiritual, o científico e o misto:

1) Modelo religioso-espiritual, com atuação exclusiva de religiosos e ex-internos; 2) modelo científico, com atuação de equipe técnica; e 3) modelo misto, no qual a atuação religiosa e espiritual é respaldada pela atenção de uma equipe técnica. (Ribeiro; Minayo, 2015, p.517).

Damas (2013) ainda distingui outros dois modelos operativos de CTs:

a) Modelo de Minnesota: trata-se da “versão institucional” dos Alcoólicos Anônimos (AA), com essência predominantemente espiritual, e baseada na ajuda mútua e nos doze passos. O tratamento em regime fechado poderia variar de 28 dias a vários meses, e buscava a instilação de esperança através da confiança em um poder divino superior; b) Modelo Synanon: proposta por Charles Dederich, um ex-alcoólatra, tem essência predominantemente analítica. Prescrevia que o comportamento desviado do dependente químico só poderia ser corrigido por novas formas de convívio e métodos terapêuticos. Propunha, além de um modelo comunitário, um novo lar, uma nova sociedade para os dependentes químicos e seus familiares que quisessem acompanhá-los. Apesar de basear-se em parte dos preceitos do AA, não estimulava a entrega da confiança a um ser superior, mas sim na autoconfiança do indivíduo. Muitas vezes utilizava recursos como a humilhação e a atribuição de culpa, sendo o trabalho (laborterapia) um dos pilares deste método (Damas, 2013, p.53).

Entretanto, mesmo com diversas classificações e distinções, observa-se que a inserção das Comunidades Terapêuticas (CTs) nas políticas sociais, não segue critérios claros de distinção entre quaisquer modelos supracitados. No que diz respeito, às definições de Comunidades Terapêuticas de Tratamento e as Comunidades Terapêuticas de Acolhimento,

descritas no relatório Conectas; Cebrap (2021) observa-se uma multiplicidade de interpretações ainda maior, que possibilita que essas instituições preencham diferentes espaços dentro das políticas públicas, como será discutido no tópico 2.3 deste trabalho. Dessa forma, as CTs continuam a oferecer tratamentos controversos, com evidências escassas e com efetividade enquanto política pública, praticamente inexistentes (Conectas; Cebrap, 2021, p. 8). Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) reiteram a ausência de registros consistentes e a insuficiência de evidências quanto aos resultados positivos dessas instituições, acrescentando que as práticas adotadas nas CTs remetem aos modelos de intervenção utilizados em antigos asilos, colônias e reformatórios do início do século XX.

Sob a égide desses ideais manicomialistas as CTs se fundam e protagonizam ações repressivas e punitivistas, através de uma compreensão moral e criminosa para o uso de drogas (Prudencio; Theodoro; Baqueiro; 2023). Dentro das políticas públicas as CTs avançam dentro desse viés:

Considerando a discrepância entre os serviços registrados/fiscalizados e o possível número de entidades existentes, as CTs encontram margem para atuar em dissonância com os pressupostos construídos a partir do diálogo com a sociedade civil, que orientam as políticas públicas de saúde. A regulamentação e a expansão das CTs se dão, justamente, num período onde ocorre um crescimento do número de internações (compulsórias ou não), atuando em oposição ao movimento antimanicomial, ignorando as singularidades vividas pelas pessoas que fazem uso compulsivo de drogas, por meio de um dispositivo que articula criminalização, patologização e cristianização (Galindo; Pimentel-Méllo; Moura, 2017, p. 227).

As CTs enquanto instrumentos que atuam na internação de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, ou também intervindo em demandas de saúde mental, são instituições que operam de maneira privada, com desembolso direto dos pacientes e familiares na compra dos serviços particulares, mas também realizam o movimento de inserção nas políticas públicas. Tal relação advém do financiamento público com repasse direto do fundo público para essas instituições, e também por intermédio de editais de credenciamento que as contratam, sob o véu de estar agregando serviços complementares à RAPS. Os tópicos seguintes, 2.2 e 2.3, tratam de desenvolver essas relações dicotômicas das CTs como políticas de Estado.

2.2 A expansão e inserção das CTs nas políticas públicas brasileiras: um resgate dos marcos normativos

Costa (2022), Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) abordam o surgimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil, como uma resposta à lacuna assistencial deixada pelo Estado brasileiro no cuidado a pessoas com necessidades associadas ao uso de drogas. As CTs

emergem diante da insuficiência da rede de serviços de atenção psicossocial nos territórios, agravada pela alta demanda gerada pelas consequências do uso e abuso de álcool e outras drogas juntamente ao resgate da perspectiva conservadora e manicomial para o campo das drogas. A internação, o isolamento e a abstinência se consolidam como práticas adotadas nessas instituições, que, ao mesmo tempo, disputam espaço na política de saúde mental do país. Baqueiro, Prudencio e Theodoro (2023) destacam o caráter manicomial dessa construção de cuidado para os usuários de drogas no Brasil, que apresentam fortes traços proibicionistas e desencadeados pela repressão à droga, trazem abordagens no campo da Segurança Pública e da Saúde Pública.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD), estabelecida em 2004, é resultado do debate e dos esforços, para construção na área da Saúde Pública de uma política consolidada e estruturada de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil. A PAIUAD desenvolve cuidado e atenção, ao passo que reconhece a cidadania dos usuários de drogas, na medida em que orienta-se pela redução de danos e desenvolve ações para desvincular o proibicionismo das ações e intervenções na questão da droga, que recorrentemente eram feitas pela Segurança Pública e pelo Ministério da Justiça. Nesse sentido, antes da instauração da PAIUAD a intervenção para as problemáticas decorrentes ao uso/abuso de drogas, estavam intrinsecamente ligadas às instituições totais¹³, como os manicômios e as CTs. Tais instituições sempre tiveram, como marca da terapêutica ofertada, a religiosidade, o trabalho e a disciplina via internação, com uma prática baseada na abstinência e no isolamento social em área rural (Prudencio; Theodoro; Baqueiro; 2023, p.145).

Como citado anteriormente, no Brasil, essas instituições se ampliam entre as décadas de 1940 e 1950, mas apenas em meados de 1960 que surgem CTs dedicadas exclusivamente ao tratamento da dependência de álcool e outras drogas. A maior expressão dessas instituições se dá a partir da década de 90 e o seu funcionamento é viabilizado pelas doações de pessoas físicas e igrejas (Coelho, 2022), contudo, somente na década de 2000 que essas instituições têm expansão considerável, através de legislações que regulam e favorecem as CTs e o modelo de atenção centrado na doença e na abstinência total. Sob essa perspectiva, que a Resolução RDC -ANVISA nº 101, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001,

¹³ As instituições totais se caracterizam por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral. A instituição funciona como local de residência, trabalho, lazer e espaço de alguma atividade específica, que pode ser terapêutica, correcional, educativa (Benelli, 2004, p. 238).

firma um regulamento técnico e as exigências mínimas para o funcionamento das CTs e às define como:

Serviços urbanos ou rurais, (...) de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso (ANVISA, 2001, s/p).

A Resolução nº101, mostra-se relevante ao passo que é o primeiro marco regulatório das CTs no Brasil, da mesma forma que as insere e reconhece legalmente como instrumentos atuantes no Estado brasileiro. Complementarmente, a Lei nº 12.101/2009 isentou de contribuições para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social, incluindo as Comunidades Terapêuticas (CTs), desde que qualificadas pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, observa-se que, até 2010, as CTs recebiam financiamento preponderantemente da política de assistência social, vinculando-se ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS)¹⁴, não integrando a cobertura do SUS. No entanto, em 2010, com o agravamento das problemáticas decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas, especialmente o crack, as CTs através do Ministério da Saúde, recebem apoio financeiro com recursos do SUS. Tal apoio se dá sob a premissa, mais uma vez, da insuficiência da rede de atenção psicossocial juntamente às pressões da sociedade que clamam por uma solução ou intervenção na problemática. Com isso, por meio do decreto nº 7.179 de 2010 e do Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, foi lançado um edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em CTs (Bolonheis-Ramos; Boarini, 2015).

Em continuidade a essas legislações, em 2011 a ANVISA aprova e institui a Resolução da Diretoria Colegiada nº 29, que substituiu a resolução nº 101, propondo modificações para que essa norma se adequasse à realidade das CTs e possibilitando, nesse sentido, a entrada dessas entidades no SUS. Meses após, em dezembro do mesmo ano, a portaria nº 3.088, do Ministério da Saúde, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e inclui as CTs como constituintes dessa rede, especificando-as como serviço de atenção residencial de caráter transitório. Nesse mesmo momento, ainda em dezembro de 2011, o governo federal lançou um plano com o slogan “Crack, é possível vencer”, originado

¹⁴ Weber (2021) discorre que essa vinculação ocorreu inicialmente e preponderantemente em âmbito municipal e estadual, apenas em meados de 2022, que consolida-se a inserção das CTs à nível federal.

inicialmente pelo Decreto nº 7.129 de 2010 que lança o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, concentrando as ações em três eixos: cuidado, autoridade e prevenção. Posteriormente, em 2013, o programa firmou convênios com diversas CTs para oferecer tratamento aos usuários de drogas que participam da iniciativa. Mediante esses atos normativos, as CTs podem elaborar projetos para receber verbas federais, desde que atendam a alguns critérios, como a presença de um responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, a permanência voluntária do interno na instituição, o respeito à sua crença religiosa, ideologia, orientação sexual (Bolonheis-Ramos; Boarini, 2015, p.1237).

Em sequência, em dezembro de 2012, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.124 regulamentou as CTs nos moldes das unidades de acolhimento e definiu critérios para credenciamento dessas instituições no âmbito da RAPS. A Portaria nº131 também endossa esse processo ao instituir incentivo financeiro de custeio para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluindo às CTs. Subsequentemente, o mesmo ministério lança a Nota Técnica Nº 25 de 2013 que fornece esclarecimentos sobre a RDC-ANVISA nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas Comunidades Terapêuticas (CTs), enquanto reafirma a definição, já supracitada, das CTs como instituições não governamentais da sociedade civil, voltadas para preencher lacunas assistenciais no SUS (Teixeira et al, 2017).

Em 2015, a Resolução nº 01 do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD) regulamenta as CTs no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Logo após em 2016, as Portaria nº 834 e nº 1.482, permitiram às CTs solicitarem isenção de tributos por meio da Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS) na área de saúde, além de inseri-las na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Bardi; Garcia, 2022). Ademais, tal imunidade tributária é reforçada pela Lei Complementar nº 187 de 2021. Prudencio, Theodoro e Baqueiro acrescentam a esses marcos, a Resolução nº 32 e a Portaria nº 3.588:

Com a instauração do golpe contra o governo de Dilma Rousseff, tem-se uma sequência de ataques à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, como a Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017, e posteriormente a Portaria n. 3588/2017, que reinaugura a Raps com a Nova Raps, construída às escondidas, sem a contribuição dos envolvidos com a Política de Saúde Mental e distante dos ideários da Reforma Psiquiátrica, logo, uma rede pensada para a evocação do modelo hospitalar, asilar, manicomial e proibicionista, com uma severa centralidade nas CTs no que tange ao financiamento e à abertura de novos leitos, deixando nítido o direcionamento do cuidado destinado aos usuários de álcool e outras drogas sob a lógica da remanicomialização. (Prudencio; Theodoro; Baqueiro; 2023, p.142)

Somado a isso, a Portaria GM/MS nº 3.449 de 2018, institui comitê específico para consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, envolvendo a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil, incluindo as CTs. Em paralelo, o Decreto nº 9.761 de 2019 aprova a “nova” Política Nacional sobre Drogas, que passa a ser “antidroga”, com previsão de mais investimento para as CTs (Bardi; Garcia, 2022, p.1558), que associada a Nota Técnica nº 11 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CMAD), marcam o ataque aos serviços substitutivos e a priorização da abstinência como única forma de tratamento.

Assim sendo, a exorbitante gama de legislações que respaldam e asseguram a expansão das CTs no seio das políticas sociais brasileiras, escancaram a contrariedade aos ideários da Reforma Psiquiátrica e às propostas de cuidado almejadas para a atenção pública no âmbito do uso/abuso de drogas. O conjunto de legislações convoca a lógica do aprisionamento e da internação involuntária como recurso primário para as pessoas em uso abusivo e problemático de álcool e outras drogas (Prudencio; Theodoro; Baqueiro, 2023). Fato que se expressa no crescimento significativo dessas entidades nas duas últimas décadas, como pôde ser visto na expansão de legislações para essas entidades, que corrobora para o marco de quase 2 mil instituições desse tipo em todos os estados (Ipea, 2017). Isto é, mesmo com as inúmeras denúncias de violação de Direitos Humanos, de trabalho forçado, de terapêutica voltada para a abstinência, de religiosidade e de disciplina, as CTs ganham força na cena política, com financiamento público, levando a um aumento expressivo no número de leitos, chegando a 20 mil, além de receber cerca de 300 milhões em financiamento, apenas em 2020 (Prudencio; Theodoro; Baqueiro, 2023, p.149).

A pandemia de COVID-19, não impediu esse processo de alargamento das CTs, muito pelo contrário, esse momento foi crucial para a ampliação do financiamento dessas instituições, que por meio da justificativa do ficar em casa e do distanciamento social, prestaram “acolhimento” a pessoas em situação de rua, via política de assistência social, relação esta que se estende e perpetua no ano de 2023, com uma gama diversa de legislações no MDS em convênio com as CTs, que será destrinchada no tópico seguinte. Assim sendo, o discurso alimentado pelo financiamento da cura das drogas, da cura terapêutica ou da salvação do vício declara espaço na agenda do Governo Federal para as CTs, reafirmando total apoio a estas instituições (Prudencio; Theodoro; Baqueiro, 2023, p.149). Costa (2022) complementa que esse “acolhimento” para pessoas em situação de rua, feito pelas CTs, opera

na escassez de serviços substitutivos para pessoas que carecem de internação, de curto ou curtíssimo prazo, frente às condições de vida e as expressões da questão social como a situação de rua, necessidade de desintoxicação, rompimento de vínculos e situações de perigo.

A expansão dessas entidades reflete, também, a dificuldade de acesso aos dados sobre seu financiamento público, muitas vezes violando os prazos estabelecidos pela Lei de Acesso à Informação, o que parece ser uma característica peculiar dessa relação entre o poder público e as CTs (Conectas, 2021). Para além, Bolonheis-Ramos, Boarini (2015) e Costa (2022) situam o avanço das CTs como medidas de desmonte à Reforma Psiquiátrica, à medida que não fortalece a rede de atenção psicossocial, mas cria uma rede paralela, não complementar. (Bolonheis-Ramos; Boarini, 2015, p.1238).

2.3 A expansão das CT's: relações interministeriais e parlamentares

O expressivo avanço das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil está intimamente relacionado a uma articulação estratégica entre parlamentares e ministérios, com a consecução de financiamentos provenientes de diversas esferas do poder público, abrangendo os níveis federal, estadual e municipal, e recebendo apoio ideológico e financeiro de bancadas parlamentares (Denadai, 2018). Contudo, apesar do crescimento dessas entidades, o tipo de serviço contratado pelo Estado junto às CTs permanece em uma zona de indeterminação, transitando entre diferentes setores governamentais, como saúde, assistência social e segurança, o que reforça a ambiguidade que a literatura atribui à atuação dessas instituições (Conectas; Cebrap, 2021). Fiore e Rui (2021, p. 2) destacam que, dentro dessa zona de indeterminação, ambígua e dicotômica, as CTs não se restringem mais ao autofinanciamento, mas encontram-se fortalecidas por meio de associações próprias, além de receberem regularmente recursos financeiros cada vez mais expressivos provenientes de diversas esferas do poder público. O relatório Conectas; Cebrap (2021) aponta que, entre 2017 e 2020, estes recursos públicos federais destinados às CTs totalizaram aproximadamente R\$ 300 milhões, sendo que, ao se considerar também os valores repassados por governos estaduais e prefeituras de capitais, o montante totalizou R\$ 560 milhões.

Aproveitando-se dessa "zona de indeterminação", as CTs utilizam diferentes nomenclaturas para obter respaldo legal, garantir financiamento público e conquistar espaço em diversas políticas públicas. As expressões "Comunidades Terapêuticas de Tratamento" e

"Comunidades Terapêuticas de Acolhimento"¹⁵ contribuem para o imbróglio em que essas entidades se inserem, permitindo-lhes, ora vincular-se à política de saúde como entidades de tratamento, relacionando-se à RAPS, ora, quando confrontadas com as exigências do campo da saúde, optam por se identificar como "comunidades terapêuticas de acolhimento", buscando respaldo na política de assistência social. Assim, apesar das distinções teóricas entre essas classificações, as CTs não atendem às normas básicas exigidas para o funcionamento de estabelecimentos de saúde, tampouco para aqueles voltados à assistência social (Fernandes; Oliveira, 2024).

A "zona de indeterminação" também se reflete no documento elaborado pelo Estado de Minas Gerais, que tem como objetivo desenvolver “orientações sobre a relação entre a assistência social, a política sobre drogas e as comunidades terapêuticas”¹⁶. O referido documento posiciona a política de Assistência Social como um instrumento com competências legais para garantir proteção social a indivíduos e famílias em situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social decorrentes de violação de direitos, incluindo aquelas associadas ao uso de álcool e outras drogas. Essa proteção é oferecida por meio de serviços, programas, projetos e benefícios, de forma integrada e articulada com as demais políticas públicas e órgãos responsáveis pela defesa e garantia de direitos no território, visando a contribuição para a proteção social. No entanto, o documento enfatiza que a atuação da política de Assistência Social junto aos usuários de álcool e outras drogas deve ocorrer de maneira intersetorial, focando na vulnerabilidade e no risco social resultantes do uso abusivo dessas substâncias. Isto é, reafirma que o acolhimento em CTs não é um serviço do SUAS, mas contrariamente, o posiciona como serviço constituinte da RAPS.

A supracitada Resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD) afirma, em apoio a esse posicionamento, que “[...] o acolhimento de que trata esta Resolução não se confunde com os serviços e programas da rede de ofertas do Sistema Único de Assistência Social – SUAS” (Brasil, 2015). Adicionalmente, o relatório da Conectas e Cebrap (2021), em documento anexo, apresenta parecer jurídico sobre a Lei Complementar nº 187/2021, no qual se reitera, mais uma vez, que as Comunidades Terapêuticas não são entidades pertencentes ao SUAS:

¹⁵ Definidas no item 2.1 do presente trabalho.

¹⁶ O guia, lançado em 2021 pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (Sedese), por meio da Subsecretaria de Assistência Social (Subas) do estado de Minas Gerais, tem como objetivo esclarecer o papel da Assistência Social na interface com a Política sobre Drogas e as Comunidades Terapêuticas.

“As CTs não se caracterizam como organizações atuantes na área da assistência social, uma vez que as atividades que desenvolvem não encontram previsão expressa no rol dos serviços de acolhimento reconhecidos no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 109/2009” (...) A Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 do CNAS é a norma que aprova, tipifica e classifica os Serviços Socioassistenciais e que prevê, no âmbito dos Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, um rol de serviços de acolhimento. Nesse sentido, verifica-se que as CTs e os serviços por elas prestados não estão previstos na Lei Orgânica da Assistência Social e nem encontram previsão expressa nas normas que regulamentam o SUAS. O conceito de CTs constante no artigo 32, § 2º, da LCP nº 187/2021 não tem, portanto, relação com a política ou a definição jurídica de organização de assistência social.” (Conectas; Cebrap, 2021).

Por fim, de maneira congruente, o “Caderno de Orientações Técnicas sobre Atendimento no SUAS às Famílias e aos Indivíduos em Situação de Vulnerabilidade e Risco Pessoal e Social por Violação de Direitos Associada ao Consumo de Álcool e Outras Drogas” também corrobora as informações já apresentadas nos documentos citados anteriormente. O documento em questão, além de reforçar que as CTs não são serviços integrantes do SUAS, esclarece que a função do SUAS no atendimento ao uso de álcool e outras drogas é atuar como um dispositivo voltado para as questões de vulnerabilidade social, dentro da rede de proteção social, sem, no entanto, se responsabilizar diretamente pelo tratamento e acolhimento.

Todavia, mesmo com essa gama de documentos que não identificam as CTs como serviços da política de Assistência Social, em 2023 houve um acirramento da inserção das CTs na política de Assistência Social, mais especificamente no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Nesse momento, o referido ministério promulga a portaria nº 907 que traça o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para os anos 2023 - 2026, no qual está descrito enquanto meta a ampliação do número de acolhimentos em Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas contratadas pelo Governo Federal, até 2026, ou seja, favorece o financiamento das CTs. Em um curto prazo o MDS decreta mais três portaria referentes as comunidades terapêuticas, sendo elas: a portaria nº 926 que estabelece diretrizes em âmbito nacional para fiscalização e monitoramento dos serviços prestados por Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas; a portaria nº 946 que estabelece normas e procedimentos administrativos para a comprovação da prestação de serviços de acolhimento residencial transitório, prestados pelas Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas, contratadas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; a

portaria nº 962 que estabelece procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes atuantes na redução de demanda de drogas.

No mesmo ano, foi divulgado também o Edital de credenciamento MDS Nº 8/2023 que dispõe sobre o processo de habilitação para contratação de serviço de acolhimento a dependentes químicos em regime residencial, transitório e de caráter exclusivamente voluntário. O resultado do edital, divulgado em março de 2024, habilitou 585 CTs para prestar acolhimento a indivíduos em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas. Segundo a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), em 2022, o Brasil contava com 331 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e 155 unidades CAPS AD III habilitadas, as quais enfrentam recorrentes desafios de desfinanciamento. Nesse contexto, o credenciamento público promovido pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) reflete um tensionamento nas políticas públicas, ao priorizar a inclusão da política sobre drogas e o uso abusivo de álcool e outras substâncias dentro da esfera ministerial, financiando vagas de "acolhimento" em 585 CTs. Esse movimento se posiciona em contraposição ao fortalecimento e à reestruturação da rede de atenção psicossocial e dos CAPS AD, que operam dentro da lógica do cuidado em liberdade, com base nos princípios dos direitos humanos. Conforme apontam Prudêncio, Theodoro e Baqueiro (2023):

Essa direção reforça práticas manicomiais, proibicionistas, racistas e criminalizantes no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, ao mesmo tempo em que subestima o trabalho desenvolvido ao longo dos anos pelos CAPS AD e suas equipes, que, priorizam o cuidado territorializado, o reconhecimento da cidadania e a implementação de estratégias de redução de danos (Prudêncio; Theodoro; Baqueiro, 2023, p.151)

Em nível municipal, esse movimento também se evidenciou por meio do Edital nº 04/2022, publicado pela Secretaria Municipal de Assistência Social do município do Rio de Janeiro, que alocou um valor anual de R\$ 4,68 milhões para 300 vagas destinadas a adultos em CTs. Destaca-se ainda que, os editais não são exclusivos, assim sendo, as CTs podem se inscrever em mais de um edital e, se aprovadas, recebem financiamento de editais diferentes com a mesma finalidade, independentemente do serviço prestado. Em virtude disso, os recursos apropriados por essas instituições são de tal magnitude que se tornam incontáveis, devido à ausência e precarização na fiscalização. (Prudêncio; Theodoro; Baqueiro, 2023).

Outras secretarias e ministérios também ofereceram apoio às Comunidades Terapêuticas (CTs), como é o caso da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que, em 2014, lançou um edital para a contratação de vagas em CTs. Esse edital destinava R\$ 1.000 por pessoa, por mês, para serviços de acolhimento de adultos, e R\$ 1.500

por pessoa, por mês, para serviços de acolhimento de crianças, adolescentes e mães nutrizes acompanhadas de seus lactantes. Por meio deste edital, 371 CTs foram contratadas, oferecendo um total de 8.034 vagas em todo o Brasil (Galindo; Pimentél-Méllo; Moura, 2017, p. 252). Da mesma forma, em 2022, o Ministério da Cidadania, juntamente com a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred), publicou o Edital nº 003/2022, que possibilita a inserção das CTs na assistência de indivíduos em situação de uso prejudicial de álcool e outras drogas e/ou dependência química. Esse edital possibilita que as CTs ofereçam vagas, com um financiamento nacional de R\$ 10 milhões, permitindo o atendimento de até 30 instituições de Comunidades Terapêuticas, com repasse de R\$ 300 mil por instituição. Igualmente, a Subsecretaria de Dependência Química (Sepredeq), por meio do Edital nº 001/2022, disponibiliza 555 vagas em CTs (Prudêncio; Theodoro; Baqueiro, 2023). Dessa forma, é possível constatar que as Comunidades Terapêuticas (CTs) permeiam diversos ministérios, bem como secretarias e subsecretarias, entretanto, sem estabelecer vínculo exclusivo ou conformar-se aos requisitos normativos fundamentais de nenhum desses campos.

Paralelamente, Denadai (2018) entende o financiamento de vagas em CTs representa intrinsecamente a disputa pelo fundo público, uma vez que os voluptuosos montantes repassados ao setor privado, operam em consonância com a precarização e sucateamento dos serviços públicos de saúde mental e álcool e outras drogas. Essa disputa encontra espaço e poderio no prisma religioso materializado e concretiza-se nas articulações políticas, principalmente de bancadas e coletivos evangélicos. A autora ainda discorre sobre a centralidade dos partidos políticos nesse avanço:

Em uma conjuntura em que os partidos, enquanto articuladores de vontades coletivas transformadoras de uma concepção universalista de sociedade e portadores de hegemonia têm, cada vez mais perdido sua função na atualidade, seja no Brasil ou em outros países, ganham espaço esse tipo de organização que privilegia interesses particulares de cunho político, econômico ou até mesmo religioso, etc (Denadai, 2018, p. 14).

A hegemonia e os interesses políticos particulares desses parlamentares e bancadas materializam-se na criação, em 2015, da Frente Parlamentar de Defesa das Comunidades Terapêuticas e da Associações de Proteção e Assistência aos Condenados (Apacs). Ambas associações, pautam a inclusão, regulamentação, expansão e obtenção de financiamento público para as CTs, para que estas instituições operem como possibilidade principal de tratamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas. No contexto atual, o lobby político das

CTs organiza-se em torno de duas federações: a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas e a Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (ibidem).

Prudencio, Theodoro e Baqueiro (2023, p.151) relatam que mesmo com todas as denúncias sobre as CTs, em janeiro de 2023, cria-se, no Governo Lula, o “Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas”, ligado ao MDS, com a tônica do vigiar, qualificar e fortalecer instituições que historicamente se aliam à repressão, à punição, à violência e à violação de direitos. No mesmo ano, o decreto nº11.791 vincula as CTs à Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome e cria-se o “Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas”.

Dessa forma, as Comunidades Terapêuticas (CTs) experimentam um processo de expansão, vinculadas à criminalização e patologização dos usuários de substâncias psicoativas, e associadas a bancadas parlamentares fundamentalistas no Congresso Nacional, que viabilizaram a valorização dos serviços prestados por essas entidades, em detrimento de maiores investimentos em serviços de atenção psicossocial (Galindo; Pimentél-Méllo; Moura, 2017). Em outras palavras, a ampliação do financiamento destinado às CTs ocorre simultaneamente ao enfraquecimento da RAPS, evidenciando as disputas entre projetos e paradigmas antagônicos no campo da saúde mental. Assim, por um lado, temos a estratégia de redução de danos, o cuidado em liberdade com uma abordagem territorializada e a articulação em rede; por outro, prevalece a ênfase na abstinência total, o fomento à repressão e a adoção do paradigma proibicionista (Prudencio; Theodoro; Baqueiro, 2023).

Para além, o relatório Conectas, Cebrap (2021) ressalta que o financiamento de CTs pode ser considerado uma política com déficit de planejamento, de controle e de avaliação. Observa-se também a ausência de transparência quanto ao tipo de serviço contratado, à composição de seus custos, insumos, produtos esperados e, sobretudo, aos impactos e à efetividade dessas ações. Portanto, por mais que tais instituições tenham adentrado e usufruído do financiamento público, as informações relativas às suas operações permanecem de difícil acesso, o que reforça a "zona de indeterminação" e a incoerência nos serviços e na fundamentação das CTs.

Destaca-se ainda, o movimento deletério de favorecimento das CTs, em detrimento do fortalecimento dos serviços e da rede pública de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que de acordo com Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) constitui um conjunto de forças de setores exclusivos que intencionam enfraquecer o SUS, movimento este que corrobora para a privatização dos serviços públicos que, com menos investimentos,

aumentam-se as dificuldades para o seu pleno funcionamento e, com isso, incrementam-se as justificativas para a terceirização e privatização de outros serviços dessa natureza.

CAPÍTULO 3

CTs a nova face da guerra às drogas

“Nos consideravam drogas, e guerra às drogas não era sobre os entorpecentes” (Don L, 2021)

3.1 CT's: reatualização das guerra às drogas

A guerra às drogas enquanto projeto político, transcende a questão estritamente das drogas, configurando-se, assim, como um projeto societário que se materializa a partir da adoção do paradigma proibicionista. Este modelo repressivo, neoliberal e conservador visa assegurar interesses mercantis e econômicos, ao mesmo tempo em que reflete objetivos políticos segregatórios e colonialistas (Costa; Mendes, 2019). Nesse sentido, quando o rapper cearense Don L (2021) afirma que a guerra às drogas não se refere aos entorpecentes, ele se refere precisamente a essa dinâmica mais ampla, de projeto societário. Trata-se, portanto, de um projeto que, por meio de uma série de acordos internacionais, estabelece a criminalização, perseguição e ações higienizadoras contra a população negra e pobre no contexto do uso de drogas (Barbosa, 2023), resultando, frequentemente, no encarceramento dessas populações, seja em prisões ou em instituições totais, como as Comunidades Terapêuticas.

Costa e Mendes (2022) oferecem contribuições relevantes ao investigar a trilha analítica mouriana¹⁷, destacando a centralidade da questão racial na guerra às drogas. Nessa perspectiva, os autores argumentam que essa abordagem mais ampla da guerra às drogas deve ser compreendida como um projeto societal que tem objetivos eugênicos, evidenciando as imbricações entre raça e classe. Assim, a guerra às drogas, para as populações pobres, negras e periféricas, configura-se como uma forma contemporânea de barreira, que conjuga e reitera mecanismos ideológicos, econômicos e políticos de exclusão. Parafraseando Moura (2019), Costa e Mendes (2022, p. 524) afirmam que, assim como o Brasil "teria de ser branco e capitalista", a guerra às drogas no país deveria ser "negra e capitalista". Assim, ao situar o estágio de desenvolvimento capitalista em que o Brasil se encontra, a guerra às drogas pode também ser entendida como um mecanismo de manutenção da ordem. Ela opera, além das bases racistas, com o intuito de cristalizar a formação social brasileira, calcada pelo colonialismo. Por conseguinte, a guerra às drogas configura-se como mecanismo de barragem do negro no Brasil, uma vez que o racismo moderno, originado no capitalismo, permeia todas

¹⁷ Os autores, buscam por meio da análise da obra de Clóvis Moura, analisar a questão racial no paradigma proibicionista da guerra às drogas.

as relações produtivas e a estrutura econômica das quais emergem. Deste modo, estabelece-se uma confluência entre a guerra às drogas e o racismo, ou seja, o papel do racismo na guerra às drogas e o papel da guerra às drogas na perpetuação do racismo. Acerca desse mecanismo de barragem os autores ainda complementam:

Ao abordar a condição precarizada e pauperizada do negro em nosso capitalismo dependente, Clóvis Moura atentou para a concretização de “um permanente processo de imobilismo social que bloqueou e congelou a população negra e não branca permanentemente em nível nacional”. Processo este que tem o racismo como fundamento, gestado no seio da sociedade escravista, mas não sendo superado com o fim da escravidão, sofisticando-se e reatualizando-se por meio de mecanismos de barragem, “manipulados pelas classes dominantes racistas para mantê-lo [o negro] nos últimos estratos da sociedade”. No presente, a GD caracteriza-se como um destes mecanismos de barragem, ao passo que utiliza e se relaciona a outros (Costa; Mendes, 2022, p.514).

Fiore (2012) endossa o debate e compreende outra dimensão deste projeto político, o caráter reducionista das medidas estatais com viés proibicionista, que simploriamente propõe: uma guerra para o tráfico e, ao mesmo tempo, um tratamento para o viciado. Nesse modelo, o Estado não se ocupa de intervir nos efeitos do consumo de drogas de maneira ampla, tampouco em perspectivas alternativas, emancipatórias e contínuas, já que isso significaria intervir diretamente nas expressões da questão social, e assim nas bases do modo de produção vigente. Azevedo e Paula (2017) complementam essa análise, argumentando que a implementação e consolidação dessa política hegemônica geraram impactos contraditórios nos âmbitos ético, legal e social, evidenciando as falhas dessa abordagem como única forma de lidar com a questão das drogas.

De acordo com Passos (2018) e Costa (2022) as reverberações proibicionistas da guerra às drogas na saúde pública resultam, entre outras consequências, na implementação das CTs, que instituem-se como “novos manicômios”. Essas instituições representam, assim, uma reatualização das práticas e estratégias manicomiais, disfarçadas sob novas facetas e mecanismos de violação de direitos. Em meio essa reatualização, as CTs ganham terreno e força política ao se passarem por instituições de tratamento, de cuidado, acompanhando a ascensão fundamentalista religiosa e embebidas no pânico social e moral das drogas como males em si; ou seja, a base discursiva da guerra às drogas (Costa; Mendes, 2022, p.517).

Nesse contexto, as Comunidades Terapêuticas (CTs) assumem uma função análoga àquela abordada por Foucault (1997) em sua análise das instituições totais, que visam aprisionar e controlar corpos considerados desviantes ou marginalizados. Foucault destaca como essas instituições operam através de mecanismos de disciplinamento e normalização

social, direcionados a indivíduos que não se adequam aos padrões estabelecidos, sendo submetidos a processos de vigilância e exclusão, de modo a reforçar as normas e estruturas de poder vigentes. Dessa forma, essas instituições de violência tornam-se funcionais para a reprodução das desigualdades e opressões, além de realizarem o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades.

Passos (2018) argumenta que a naturalização da violência institucional sobre os corpos negros integra esse modelo manicomial, cuja lógica transcende os muros dos manicômios. Uma vez que, mesmo após a desativação hospital psiquiátrico e das estruturas “tradicionais” de instituições manicomiais ainda experimentamos uma multiplicidade de formas de apartheid social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos. Nesse contexto, o manicômio se configura como um fenômeno social, introjetado e reproduzido nas relações sociais. O avanço e a implementação das Comunidades Terapêuticas (CTs) enquanto política de Estado consolidam e perpetuam essa dinâmica, reforçando os elementos que sustentam o controle e a marginalização dos corpos considerados "desviantes".

Dentro dessa perspectiva, estabelece-se a confluência entre as Comunidades Terapêuticas (CTs) e a guerra às drogas, uma vez que as CTs, com seus padrões operacionais fundamentados em preceitos cristãos conservadores e no paradigma proibicionista, são aceitas e adotadas como o modelo clínico assistencial desse projeto societário proibicionista. Isso ocorre na medida em que compreendem a questão das drogas sob uma ótica hegemônica e negativa, enxergando-as como um mal intrínseco, e, conseqüentemente, os indivíduos que delas fazem uso como portadores desse mal, igualmente danosos (Costa, 2022, p.11). O *modus operandi* das CTs no contexto brasileiro não poderia existir sem esses pressupostos, pois, imersas nesses paradigmas, buscam resolver o problema "em si", tratando o uso de álcool e outras substâncias por meio de um tripé operativo que inclui protocolos análogos aos utilizados para pessoas com transtornos psicóticos e neuróticos graves, como a aplicação de psicofármacos e a reclusão (Ipea, 2017, p.8). Além disso, associada à perspectiva asilar-manicomial, observa-se uma lógica de mercantilização dos processos e instrumentos de cuidado voltados para indivíduos com problemas relacionados ao consumo de drogas, que, por meio da contrarreforma psiquiátrica, conseguem se institucionalizar no Estado. Prudencio, Theodoro e Baqueiro, complementam:

Cabe destacar que o protagonismo dado às ações de repressão resvala na compreensão moral e criminosa sobre o trato a esse tema e auxilia o entendimento da remanicomialização e do encarceramento de usuários de drogas, com forte reflexo no campo da raça/classe/gênero, tão presente nos ideários das CTs e dos que as defendem.(...) As CTs, como fonte inesgotável de violação de direitos humanos, ganham cena e fundo público no momento em que agentes importantes estão à frente do não cuidado no campo das drogas, como possibilidade de realçar o manicômio, o proibicionismo e o encarceramento de corpos pobres e negros (Prudencio; Theodoro; Baqueiro, 2024, p.149).

Para isso, deve-ser ter em mente que problematizar o manicômio e suas atuais configurações e remodelações, como as CTs, deve abordar substancialmente as relações de raça, gênero e classe para assim ultrapassar os próprios muros que compõem a formação social brasileira e, trazer a público um debate que ficou apagado ao longo da construção, implementação e efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Enquanto indivíduos comprometidos com a emancipação dos usuários das políticas sociais, é fulcral sinalizar que a concepção de liberdade da luta antimanicomial, não só caminha em dissonância com a guerra às drogas, mas também propõe um projeto político para a saúde mental que caminha com um projeto societário, a luta por uma sociedade sem manicômios, é também uma luta pelo fim das desigualdades sociais. Desigualdades estas que não devem ser vistas de forma isolada, pois são elas que condicionam diretamente a população atendida em serviço substitutivos a sofrerem ações truculentas e violação de direitos em CTs (Passos, 2018).

Os avanços deletérios dos ideários neoconservadores e das tendências ultra neoliberais nas políticas sociais brasileiras, especificamente nas relacionadas a álcool e outras drogas, favorecem ofertas terapêuticas de instituições que prezam pelo não cuidado, como as CTs. A contrarreforma psiquiátrica e o sucateamento dos equipamentos públicos da atenção à saúde mental e álcool e outras drogas, reverberam até para governo que não se intitulam como conservadores, como é o caso do atual governo Lula, que por meio da imensa gama de legislações supracitadas declara apoio às CTs. Anteriormente, o golpe contra o governo de Dilma Rousseff favorece a remanicomialização, ao passo que financia e destina verbas para a abertura de leitos psiquiátricos (Prudencio; Theodoro; Baqueiro, 2024). Tal fato expressa que, o lobby político e as relações parlamentares das CTs reforçam o poderio inserido no seio do Estado, que retrocede as conquistas do movimento antiproibicionista e da reforma psiquiátrica (Denadai, 2018, p. 12). Adicionalmente, a implantação de tais dispositivos expressa, de modo inequívoco, o alinhamento ao processo de privatização neoliberal das ações e serviços de saúde, em curso no país (Ipea, 2017).

Ao analisar o avanço e a influência dos ideários da guerra às drogas na saúde mental e no cuidado ao uso/abuso de álcool e outras drogas, evidencia-se o posicionamento crítico de Coelho (2022), Costa e Mendes (2019), que desconstruem a falácia da estratégia ineficaz e falida da guerra às drogas, propondo uma reflexão aprofundada sobre sua persistência e continuidade. A perpetuação dessa estratégia, observada em diversos contextos públicos, revela seu aparente "sucesso", pois ela não é mantida devido ao seu fracasso, mas sim em razão da resposta satisfatória que oferece para combater e neutralizar os "inimigos", os quais, na realidade, nunca foram as drogas. O "sucesso" da guerra às drogas então não se reflete na eficácia na proibição ou na redução do tráfico de entorpecentes, a guerra às drogas, na verdade, tem um inimigo claramente delineado: não são os entorpecentes, mas sim os sujeitos e grupos sociais a eles associados e marginalizados. Dessa forma, a guerra às drogas mostra-se como uma das mais sofisticadas e exitosas de nossa formação social, que concretamente faz tudo que se propõe, ao encarcerar e exterminar as populações negras, trabalhadoras e periféricas. Costa e Mendes, situam exemplos desse “sucesso”, como:

O retorno que o Estado tem de seu “investimento”, em termos da criminalização, do encarceramento e do extermínio da massa sobrando preta, pobre e periférica; o que se economiza ao terceirizar a gestão da vida (e da morte) aos grupos vinculados ao tráfico; os próprios imbricamentos do Estado com o tráfico de drogas e de ambos com o mercado financeiro (que gerencia os montantes do tráfico) (Costa; Mendes, 2022, p.516).

No contexto da Contrarreforma Psiquiátrica, é incompreensível dissociar o projeto orquestrado pela guerra às drogas da mercantilização do cuidado em saúde mental. Associado ao aparato asilar-manicomial, essencialmente excludente, é possível identificar as Comunidades Terapêuticas (CTs) como elementos centrais desse processo. Enquanto reformulações dos manicômios, as CTs propõem e, de fato, executam os mesmos objetivos da guerra às drogas: segregação, encarceramento, asilamento e controle de corpos e indivíduos marginalizados (ibidem).

3.2 CT's, violações de direitos, posicionamentos dos conselhos profissionais e conferências de saúde

Em razão dessas premissas, que a inserção das CTs nas políticas públicas brasileiras torna-se tema que gera preocupação nas instâncias judiciais, resultando em 2017, na inspeção nacional conjunta realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Ministério Público Federal (MPF) e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) que através do Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas

identificou práticas violadoras de direitos em comunidades terapêuticas. O relatório identifica práticas que configuram violações de direitos humanos, os mecanismos operativos e os financiamentos das CTs, a partir de informações coletadas em cada um das 28 instituições visitadas.

As vistorias identificam a configuração, por vezes citada aqui, de asilamento das CTs, que situam-se em locais de difícil acesso e com a presença de muros, grades, portões e até vigilantes. Outrossim, detectou que em algumas instituições a prática de asilamento se constata conjuntamente na retenção de documentos e pertences dos internos. O relatório apontou igualmente, que a maioria dos indivíduos em internação não apresentavam laudo médico requerido para essa modalidade de internação, além de práticas de “resgate” ou “remoção”, como cita o relatório:

As inspeções mostraram ainda que algumas comunidades terapêuticas adotam a prática do “resgate” ou “remoção”: internamento forçado por meio de uma equipe que vai à residência da pessoa e a imobiliza, fazendo uso tanto de violência física quanto de contenção por meio da aplicação de medicamentos. Em algumas das unidades, foi informada a participação de outros internos na realização desse serviço, que está disponível em pelo menos nove das 28 instituições visitadas. A prática viola a determinação legal sobre a necessidade de laudo médico fruto de avaliação prévia e pode, inclusive, configurar crime de sequestro e cárcere privado qualificado, conforme o artigo 148 do Código Penal (Conselho Federal de Psicologia et al., 2018, p.13).

A lista de violações é infinda, incluindo: castigos, punições, torturas, violação da liberdade religiosa, violação da diversidade sexual, internações involuntárias sem laudo médico e sem comunicação ao Ministério Público, ausência de projeto terapêutico singular e de protocolos de desinstitucionalização, violação da norma sobre o período de internação, ausência de registros individuais dos residentes, fragilidade nas equipes multidisciplinares e violação de direitos trabalhistas. O documento se atém a desenvolver e trazer evidências comprobatórias de cada item citado. Merece destaque aqui, o tópico de “Internação de Adolescentes” que traz diversas violações e problemáticas, o que materializou posteriormente na Resolução Conanda nº 249/2024 que dispõe sobre a proibição do acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas. A resolução traz um resgate dos principais marcos normativos da proteção de crianças e adolescentes, com destaque para a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, da Assembleia das Nações Unidas de 1989, ratificada pelo Brasil. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2024) a resolução determina que o Poder Executivo identifique o contingente de crianças e adolescentes que estão em comunidades

terapêuticas e desenvolva um plano de desinstitucionalização para garantir o restabelecimento de seus direitos, bem como sua proteção e o seu devido atendimento em conformidade com as legislações vigentes. Acrescentando ainda que, durante o processo de desinstitucionalização, os profissionais do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) devem desenvolver medidas em prol do acesso e da inclusão das crianças adolescente e famílias nas redes de proteção integral à criança e ao adolescente. Também fica determinada pela resolução do Conanda que a atenção integral desse público etário deve ser ofertada pelos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os espaços protetivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a rede intersetorial, realizada no território e de caráter antimanicomial.

Evidencia-se também a Resolução N° 151 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) publicada no dia 23 de abril de 2024 que adverte a aproximação das comunidades terapêuticas na política de assistência social¹⁸. Essa resolução se atém ao debate, supracitado, do não reconhecimento das CTs como entidades e organizações de assistência social, bem como sua não vinculação ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A normativa concebe que as CTs não atendem às normativas do SUAS, por isso não integram a política de assistência social e, igualmente, não devem ser inscritas nos conselhos de assistência social dos Municípios e Distrito Federal, nem ter CNEAS. A premissa abrange também o campo do financiamento:

Art. 7º - §2º Por não cumprirem os requisitos para atuação no SUAS, as comunidades terapêuticas e/ou entidades de cuidado, prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e de outras drogas e seus familiares não podem ser financiadas com recursos destinados à política de assistência social, por meio dos fundos de assistência social (CNAS, 2024).

Em complemento, a ABRASCO, em representação à categoria da saúde coletiva, expressa repúdio à criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas vinculado à Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Contrariando, mais uma vez, a relação das CTs com a política de assistência social, sinalizando que o status de Departamento oferece apoio às CTs, na mesma importância do conjunto das políticas de Proteção Social Especializada do SUAS, que incluem todas as ações de CREAS, acolhimento institucional, dentre outras. Além disso, argumentam criticamente quanto à repercussão dessas instituições no SUS e SUAS:

Esse arranjo de gestão significa colocar para dentro do governo o lobby de entidades privadas que concorrem pelos recursos do SUS e do SUAS. Essas entidades, na

¹⁸ Essa aproximação foi estudada e aprofundada no tópico 2.3 do presente estudo.

história de sua relação com o poder público, esquivaram-se e atuaram sistematicamente contra repetidas iniciativas de regulação e adequação às diretrizes políticas e parâmetros técnicos das políticas de Estado no campo da saúde e do desenvolvimento social (ABRASCO, 2023).

No mesmo sentido, opera a Recomendação nº 1/202, aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde reunido em sua 338ª Reunião Ordinária, que trata igualmente do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas. Profissionais da saúde, conselheiras e conselheiros nacionais reivindicaram por intermédio desta recomendação que o cuidado e a atenção do uso/abuso de álcool e outras drogas, retorne ao âmbito do Ministério da Saúde, a partir de um planejamento intersetorial que leve em conta a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Ademais, a Recomendação do CNS, enfatiza que o cuidado com pessoas usuárias de álcool e drogas deve ser pensado a partir de estruturas territoriais que promovam a inclusão social e preservem seus laços comunitários evitando a ruptura de vínculos societários e consequente exclusão social. À medida em que sugere ao Ministério da Saúde a reestruturação da RAPS, promovendo o financiamento dos dispositivos e ações já existentes, como os CAPS AD III, Consultórios na Rua, e Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil.

Paralelamente, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva também manifestou repúdio ao financiamento público das CTs, que apenas no âmbito do Ministério da Cidadania recebeu um montante no valor de mais de 89 milhões reais de dinheiro público, sem qualquer tipo de licitação. Ademais, a nota expressa a incongruência governamental de ofertar financiamento público à essas instituições, enquanto concomitantemente, desfinancia a Rede de Saúde Mental territorial, que vivencia desestruturação e precarização dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família. A rejeição às CTs também incidiu sobre a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que esteve entre os eixos temáticos apreciados a internação compulsória e o cuidado em liberdade. Em meio a programação desta conferência, houve também um ato contra a inserção das CTs nas políticas públicas com representação da sociedade civil e de parlamentares, em frente ao MDS.

Igualmente, a Comissão Nacional de Enfermagem em Saúde Mental, a Enfermagem Solidária, o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Federal de Serviço Social, são alguns dos conjuntos que reafirmam compromisso com a reforma psiquiátrica e o repúdio à expansão das CTs.

3.3 Propostas alternativas: redução de danos, desinstitucionalização, autonomia e outro paradigma para as drogas

A criticidade e o repúdio dos conselhos profissionais e das organizações de saúde, intenciona uma proposta para o campo da saúde mental e da atenção em uso/abuso de álcool e outras drogas que transcende o paradigma proibicionista e as bases operativas da guerra às drogas. Paula (2017, p.504) compreende que a percepção adotada pelas CTs e pela guerra às drogas, corresponde a uma proposta de internação em massa, que além de mostrar-se como tratamento falho, responde também à demanda social sobre a retirada desses sujeitos de circulação nas cidades.

Nesta “luta contra as drogas”, não há uma compreensão sobre a relação com o uso, apenas se busca evitá-lo, afinal, não importam outros prejuízos quando se consegue o principal, que é ficar abstinente (Matiolla; Rosa, 2022, p.37). Assim sendo, os tratamentos convencionais e hegemônicos ao buscarem a interrupção do uso de drogas, por intermédio da abstinência, da medicalização e do isolamento social, acabam não promovendo modificações efetivas na realidade do sujeito que faz uso (Lancetti, 2008).

Antagonicamente, Paula (2022), Costa e Mendes (2020), Passos (2018), Amarante e Nunes (2018) intenciona teoricamente e politicamente um projeto contrahegemônico, que em contraposição ao paradigma proibicionista, contemplem os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, pautando o cuidado em liberdade, a emancipação e a autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental e da atenção à álcool e outras drogas. Essa visão reivindica um olhar ampliado para a questão das drogas, fugindo do paradigma proibicionista da guerra às drogas, que apresentam narrativas reducionistas, como Lancetti sinaliza:

Acho que a luta contra drogas é mesquinho demais e fadado ao fracasso: cocaína não é só cocaína, maconha não é somente maconha, heroína não é só heroína. Nós temos é de lutar pelas pessoas, pela liberdade das pessoas, e tudo indica que é melhor, portanto, antes que fazer guerra às drogas, mesmo porque não vai dar em nada (...) fazer uma guerra, uma batalha pela liberdade das pessoas, porque aí vamos mexer nas feridas (Lancetti, 2008, p.76).

Assim, distanciando-se da base operativa e teórica da guerra às drogas, os autores supracitados e diversos sujeitos da organização civil, lutam para a efetiva integração e materialização da Reforma Psiquiátrica, para que ela possa além de intervir de maneira emancipatória na vida dos usuários, criar dispositivos concretos que permitam interpor-se nas práticas sociais de exclusão da loucura do convívio social (Paula, 2022). Nesse contexto, em 1989, com a epidemia do vírus HIV, entra em cena um novo paradigma, a Redução de Danos

(RD)¹⁹, que torna-se pioneira no município de Santos, em São Paulo e apresenta-se como estratégia para interceder nos altos índices de transmissão do vírus. Paula (2022) na sua tese de mestrado, traz para o centro do debate as implicações e desdobramentos desse momento e da construção desse paradigma no Brasil, que posteriormente deu lugar ao livro “Guerra às Drogas e Redução de Danos: nas encruzilhadas do SUS”. O autor compreende a bifurcação do surgimento e desenvolvimento da RD em Santos, com outros acontecimentos políticos da história da Saúde Pública, que encontravam-se regidos pelo paradigma da abstinência, concomitantemente também do proibicionismo. A inserção da RD no município representou a ampliação das novas políticas que ganharam suas principais expressões na década de 1980 e 1990, com a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080 de 1990, que materializam a luta por um país e uma saúde democrática. A RD se apresenta então como um dispositivo imerso nesse campo de lutas, disputas e tensionamentos de projetos políticos para a saúde pública.

A RD pode e deve ser compreendida sob dois aspectos: o mais abstrato, enquanto um paradigma e a partir do percurso histórico, como um processo resultante de diversos dispositivos de atenção, gestão e ação. Dessa forma, a RD, inserida nesse processo histórico e político, propicia um “novo olhar” para o fenômeno das drogas, ao estabelecer um novo paradigma que se contrapõe ao modelo centrado na abstinência. Resultando, no que hoje compreende-se, na forma e função da RD, que pode-se nomear como “método clínico-político”. A construção da RD dedicou-se então a construir mecanismos e ações concretas, nos dispositivos de saúde, como a troca de seringas²⁰, ao mesmo tempo em que se comprometeram também com a dimensão “abstrata” que corresponde a estruturação de um paradigma emergente e contra hegemônico, para o uso/abuso das drogas. Cabe o destaque que, a RD enquanto paradigma opõe-se ao paradigma da abstinência, da mesma forma que opõe-se aos princípios do proibicionismo e da guerra às drogas. Todavia, esta oposição está posta no âmbito paradigmático, e não estratégico, ou seja, a RD não se opõe a estratégias

¹⁹ Em conformidade com a abordagem de Paula (2022), utiliza-se a sigla “RD” para sintetizar a expressão “Redução de Danos”, com o intuito de evitar a repetição e proporcionar maior fluidez ao texto.

²⁰ Em 1989, a primeira ação de troca de seringas em Santos foi uma iniciativa pioneira no Brasil, implementada para prevenir a disseminação de doenças como HIV/AIDS e hepatites entre usuários de drogas injetáveis. Essa ação consistia na distribuição de seringas novas em troca de usadas, buscando reduzir o risco de infecções relacionadas ao compartilhamento de materiais. A estratégia foi precursora no campo da Redução de Danos e surgiu como uma alternativa ao modelo tradicional de combate ao uso de drogas, com foco na minimização dos efeitos negativos dessa prática sem exigir a abstinência. Ademais, a ação retratou os ideários do paradigma da Redução de Danos, que busca oferecer soluções práticas e humanizadas para preservar a saúde e a dignidade dos indivíduos, reconhecendo a realidade dos usuários e proporcionando uma abordagem mais pragmática, centrada na promoção da saúde pública, em vez de se basear em medidas punitivas ou moralistas.

clínicas que tenham como direção a abstinência, mas sim a uma rede de instituições que fazem da abstinência a única diretriz clínico-psiquiátrica possível de tratamento. (Paula, 2022, p.153-154).

Em síntese, a RD propõe então um paradigma que distancia-se das funções de curar, punir e salvar, como o paradigma da abstinência. Assim, a RD, enquanto paradigma e processo, carrega consigo mais do que uma história de fatos e acontecimentos, mas sim a consolidação de um método clínico-político. O método da RD em completo com outras ações se desdobra em diferentes diretrizes que ao longo dos anos vêm atualizando a atenção em álcool e outras drogas. Deste modo, a RD amplia as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo (ibidem). Mattioli e Rosa endossam a definição de RD:

Nesta busca de um cuidado com foco no sujeito e não na substância ou no uso, surge a Redução de Danos, que transcende a redução de danos físicos e a substituição de objetos utilizados para o uso. Por meio dela, busca-se expandir os horizontes de cuidado com quem faz uso de álcool e/ou outras drogas, mas mais do que isso, é a construção de alternativas para ampliação de vida e prazeres. A Redução de Danos (RD) pode ser entendida (também) como um conjunto de estratégias de cuidado, mas mais do que isso, é uma forma de perceber o sujeito, a droga e as relações (Mattioli; Rosa, 2022, p. 37)

A RD intenciona então a “cura” no sentido da emancipação, da autonomia e da cidadania ativa, transformando e ampliando a própria noção de “ato terapêutico”, antes presa ao reducionismo do olhar médico-psiquiátrico, agora centrada na desconstrução da relação de tutela e do lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito. A emancipação terapêutica se torna o objetivo substituto da “cura”. O conceito de cura tradicional cede lugar a uma concepção complexa sobre os sujeitos, em que o diagnóstico psicopatológico não é suficiente para a construção de possibilidades concretas de vida (Amarante; Torre, 2018, p.1095). Complementarmente, Lancetti (2008) afirma ainda que a RD apresenta-se como uma ampliação da vida e a descreve como:

Uma política e uma prática de saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas. [...] Como política, é frontalmente divergente da política predominante de combate às drogas, fundamentada na criminalização, com o objetivo de eliminá-las (Lancetti, 2008, p. 77).

Para além, Mattioli e Rosa (2022) compreendem o alinhamento da RD com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, que apesar de possuírem trajetórias distintas, tem como fundo conceitual diversos elementos que o unem, como a perspectiva central do cuidado em liberdade, fora das instituições e a noção de cuidado que considera o sujeito a partir de suas potencialidades sem resumi-lo a uma única condição. Sob essa perspectiva, a

RD não é um paradigma, nem um método clínico-político que se funda em si, pelo contrário, a RD deve ser vista como uma estratégia que em articulação com demais tende a construir um projeto político alternativo para a saúde mental que assim como Lancetti (2008) descreve, pactua que a droga não é a causa, mas sim o efeito. Entra em cena então, outra diretriz compõe o projeto antimanicomial, a desinstitucionalização, que Paula em uma dimensões:

A desinstitucionalização pode ser considerada em sua dimensão sociocultural, na medida em que tenta deslocar a predominância do discurso técnico de intervenção (médico, psiquiátrico, jurídico) sobre a loucura para outros campos do meio social, objetivando-se uma transformação do imaginário social sobre o sujeito louco e sobre a doença mental, em uma tentativa de produzir outros sentidos sociais comuns, além do que foi construído historicamente. Também na dimensão teórico-conceitual, percebemos a importância dos aspectos referentes ao processo de des-hospitalização dos modelos assistenciais, com propostas de atenção em regime aberto, a desconstrução de práticas calcadas em isolamento, tutela e limitação da autonomia das pessoas que vivenciam transtornos mentais (Paula, 2017, p.505).

Segundo Amarante (1995), a desinstitucionalização envolve a substituição do modelo hegemônico segregador por práticas de cuidado em liberdade, com ênfase na reintegração dos indivíduos à comunidade e no respeito aos seus direitos humanos, promovendo a autonomia e o protagonismo no processo de cuidado. No âmbito da Reforma Psiquiátrica, pode-se relacionar a desinstitucionalização com o conceito de clínica ampliada, ou até mesmo o que Lancetti (2008) define como “clínica peripatética”²¹. Tais abordagens, propõem a quebra do binômio drogas-doença, na medida em que, expandem as ações de promoção de saúde, incorporando a saúde mental ao território. Porquanto, a desinstitucionalização e a clínica ampliada referem-se à alteração das práticas hegemônicas instituídas, não se limitando ao espaço do hospital, intervindo sobre a própria sociedade (Paula, 2022). Assim sendo:

A compreensão do sujeito desinstitucionalizado, não fechado a instituições e políticas formais, constitui cerne principiológico que orientam as abordagens, assim como uma noção positiva de cuidado que busca ampliar a vida e multiplicar as práticas possíveis, ao contrário das estratégias disciplinares que se centravam no encarceramento de sujeitos (Mattiola; Rosa, 2022, p.28).

Dessa forma, a desinstitucionalização dedica-se então em modificar a compreensão “problema-solução” predominante nos serviços de saúde mental por influência do modelo de

²¹ A clínica peripatética, segundo Lancetti (2008), é uma abordagem psicoterapêutica que se baseia na escuta sensível e no movimento dialógico entre o paciente e o terapeuta, com foco no processo de construção conjunta do conhecimento e da compreensão da realidade. O termo “peripatético” faz referência à prática de Aristóteles, que ensinava enquanto caminhava, destacando a ideia de um processo terapêutico que é dinâmico, em constante movimento, e não rígido ou fixo. Esse conceito-prática-ação envolve a ideia de que o processo terapêutico não se limita a uma configuração estática, mas sim a um processo interativo e evolutivo, onde o paciente é visto não apenas como um sujeito passivo, mas como alguém que participa ativamente da construção de sua própria mudança. Assim, a “clínica peripatética” é uma prática que se distancia de modelos hegemônicos de saúde mental, buscando uma escuta e uma intervenção mais aberta e dinâmica.

saúde biomédico (Rotteli; Leonardis; Mauri, 2001). Paula (2022) ressalta mais uma dimensão central desse paradigma/projeto alternativo, a autonomia, a etimologia da palavra deriva de *autos* (próprio) e *nomos* (lei, regra), indicando, portanto, a necessidade de estabelecer um modelo de cuidado que leve em consideração as condições e as normas individuais, de forma autônoma. Em conformidade, Amarante e Torre (2018) sinalizam:

O conceito de autonomia passa a ser um conceito-chave para repensar os objetivos da reforma psiquiátrica e o próprio conceito de reforma psiquiátrica, na medida em que a construção da autonomia transcende o acesso a serviços sanitários e mesmo o acesso a políticas de saúde, se desdobrando em produção de vida em articulação com redes de suporte social formais e informais, espaços de convivência, trabalho, lazer, cultura e arte, bem como o acesso a políticas públicas e direitos de cidadania. (Amarante; Torre, 2018, p.1096).

No momento em que a psiquiatria e a criminologia se concentram em reconhecer como “louco” os indivíduos que fazem uso/abuso de álcool e outras drogas, assim como os que se encontram em sofrimento psíquico, essa dimensão crucial lhes foi capturada, resultando em uma única solução: o encarceramento. A Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e os Movimentos Antiproibicionista, almejam uma proposta emancipatória e um novo olhar para as drogas, enquanto concomitantemente, lutam para romper com a visão estigmatizante da loucura e defendem um cuidado para com pessoas em sofrimento psíquico baseado no fortalecimento de vínculos e potencialização das relações (Mattiola; Rosa, 2022, p.35).

A Redução de Danos, a desinstitucionalização e a promoção da autonomia dos usuários dos dispositivos de saúde mental e da atenção à álcool e outras drogas, representam algumas das diversas dimensões da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Há mais de quatro décadas, essas práticas vêm disputando e resistindo dentro das políticas públicas e nos dispositivos da sociedade civil, buscando estabelecer uma abordagem de atenção e cuidado em saúde mental que se distancie da ênfase propriamente da doença. Em vez disso, elas priorizam intervenções focadas no cuidado e na transformação do sofrimento apresentado (Rotteli; Leonardis; Mauri, 2001). Nesse contexto, tais práticas se alinham aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e da determinação social do processo saúde doença, que ultrapassa a concepção biomédica, ao considerar os processos sociais envolvidos e ao valorizar as potencialidades de cada indivíduo, viabilizando-as a partir de suas vulnerabilidades (Conte et al., 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os debates abordados neste estudo visam evidenciar que a terminologia "droga" e os significados a ela atribuídos são moldados conforme os projetos políticos e econômicos nos quais estão inseridos. De forma análoga, a questão das drogas deve ser compreendida como uma manifestação multidimensional das expressões da questão social. Em outras palavras, a produção, comercialização e consumo de drogas estão intrinsecamente relacionados ao modelo de produção dominante, o capitalismo.

Nesse contexto, foram evidenciadas as disputas políticas e ideológicas que permeiam o campo das drogas e da saúde mental, assim como os projetos políticos em disputa. Em oposição aos esforços da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, destacam-se os avanços de projetos privatistas, conservadores e manicomiais. As Comunidades Terapêuticas situam-se no epicentro desses conflitos, sendo sustentadas por interesses mercantis e, ao mesmo tempo, rejeitadas pelos defensores do SUS. Apesar disso, essas instituições continuam a se expandir e a receber expressivo financiamento público, sob a retórica da oferta de "acolhimento", "atenção" e "cuidado" a indivíduos em sofrimento psíquico, com destaque para aqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. O estudo demonstrou que esse avanço está intimamente ligado ao fortalecimento do paradigma proibicionista e aos ideais da guerra às drogas, os quais apontam para uma solução unívoca para a problemática: encarcerar.

As CTs são a mais expressiva e latente remodelação do poderio manicomial, sendo referidas pelos autores como "novos manicômios". Embora a presença das CTs no Brasil tenha antecedido a formulação da política pública de atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas, é precisamente no período de 2010-2012 que elas se expandem significativamente e se apresentam como a "solução" para as problemáticas associadas ao consumo excessivo de drogas. No entanto, a grande maioria dessas instituições limita-se a promover o enclausuramento do problema, sem oferecer uma intervenção mais efetiva e eficaz por parte do Estado (Pitta, 2011). Esse avanço está vinculado a um conjunto de esforços de determinados setores que buscam enfraquecer o Sistema Único de Saúde, uma importante conquista social, o qual favorece a atuação da iniciativa privada. Dada a insuficiência de evidências dos serviços prestados e as graves violações de direitos humanos, a inserção dessas entidades nas políticas públicas carece de justificativa.

A zona de indeterminação das Comunidades Terapêuticas (CTs), conforme evidenciado no estudo, propicia que tais instituições recebam financiamentos provenientes de diversas esferas e setores do Estado brasileiro, sem a devida observância de regulamentações ou normativas específicas, o que compromete ainda mais a qualidade de seu funcionamento. Essas normativas não apenas favoreceram a legitimação das Comunidades Terapêuticas como modelo institucional de política pública, mas também desempenharam um papel crucial no fortalecimento dessa abordagem como uma proposta de cuidado no campo da saúde mental (Passos et al., 2023). Fica evidente também a permissividade do estado brasileiro, nos exorbitantes financiamentos públicos que concomitantemente estão profundamente vinculados à ascensão do neoliberalismo e à sua influência nas políticas de drogas no Brasil, o que facilitou a promulgação de legislações mais permissivas, permitindo o estabelecimento das CTs como uma estratégia institucional do Estado.

O Poder Legislativo e a expressiva representação das CTs nos segmentos conservadores, evangélicos e neoliberais no parlamento, revelam um cenário de fortalecimento do discurso e do projeto hegemônico manicomial para o campo da saúde mental. No campo das drogas, esse conservadorismo é expresso a partir da manutenção do discurso de parlamentares e das propostas legislativas para o aumento de ações repressivas e punitivas na área.

A guerra às drogas e o paradigma proibicionista mostram-se como elementos centrais nas bases operativas dessas instituições, assim como das medidas e ações adotadas pelo estado nesse campo. Por isso, conforme Valois (2016) destaca, a guerra às drogas deve ser superada por meio da conscientização e reflexão, incluindo o ser humano, sua liberdade, complexidade e desejos.

Em consonância com Costa e Mendes (2022), compreendemos que abordar a questão da guerra às drogas neste contexto social é, por conseguinte, abordar a sua imbricação com a estrutura racial do Brasil. Embora a dimensão racial desse processo não tenha sido devidamente explorada neste trabalho, é impossível entender a guerra às drogas sem considerar sua estrutura intrinsecamente racista, a qual gera uma ideologia justificatória e, ao mesmo tempo, é conformada por essa ideologia de forma dialética. De maneira mais explícita, a guerra às drogas concretiza-se por meio de um aparato estatal repressivo, criminalizante e exterminador, que, sob a alegação de combater as drogas, revela-se, na essência, um mecanismo de extermínio direcionado às populações negras, jovens e periféricas. Portanto,

romper com a estrutura da lógica asilar é, no limite, romper com uma lógica colonial (Paula, 2022).

Os movimentos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica persistem em sua resistência e mantêm um compromisso firme com a proposição de um projeto político voltado ao campo das drogas, o qual defende que o uso de substâncias pela população deve ser interpretado dentro da esfera da saúde pública. Além disso, é imprescindível que a saúde pública assuma a primazia no cuidado relacionado ao uso e abuso de álcool e outras drogas, abordando as demandas desses indivíduos a partir de uma perspectiva sócio-histórica e emancipatória.

Para isso, faz-se necessário o fim das instituições asilares e manicomiais e de todo o projeto hegemônico que engendra e perpetua a lógica manicomial. Urge a tarefa, aqui destacada, de reafirmar o compromisso antimanicomial que compreende o manicômio para além dos antigos e tradicionais hospitais psiquiátricos, mas muito além disso, constitui uma lógica e um paradigma que perpassa todo o âmbito das drogas e da saúde mental. Assim, como o posicionamento da ABRASCO, frente o avanço das CTs, sinalizamos a defesa intransigente do financiamento dos Centros de Atenção Psicossociais, Unidades de Acolhimento em Saúde Mental, Centros de Convivência, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica, leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e outros equipamentos territoriais que fazem parte do Sistema Único de Saúde.

Amarante e Torre (2018) sinalizam que a luta por uma sociedade livre de manicômios, começa com o fechamento das estruturas manicomiais, prossegue com a construção de novos conceitos, práticas, espaços de cuidado e novas formas de lidar com a loucura, e ganha sua maior abrangência com as lutas por uma nova cultura e uma nova forma de olhar e cuidar da loucura e a diferença na cidade. Em complemento pontuamos que a luta por um projeto alternativo para o campo das drogas deve abarcar as dimensões e propostas da Redução de Danos, da desinstitucionalização e da busca pela autonomia dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial. Assim como a promoção do direito ao lazer e ao trabalho, o direito à cultura, os espaços de militância, o direito à saúde, educação, moradia, alimentação, mobilidade social, e a uma cidade sustentável e com mais equidade para os sujeitos em sua diversidade. Superar o manicômio é, portanto, um processo de construir estruturas e políticas que viabilizem a invenção de saúde.

O avanço das forças conservadoras reatualiza práticas manicomiais, recriando, sob novas configurações, estratégias de violação de direitos, como exemplificado pelas

Comunidades Terapêuticas (Pereira; Passos, 2017). Nesse contexto, a conjuntura atual demanda uma postura resoluta na defesa do antiproibicionismo e do antirracismo, bem como no enfrentamento e avanço das Comunidades Terapêuticas. Passos (2018) afirma que os manicômios ultrapassam os muros e se atualizam a todo instante, assim para que nunca nos esqueçamos do passado e por uma sociedade sem manicômios, e suas novas modelações, é necessário rememorar o legado de Nise da Silveira e “se espantar, se indignar, se contagiar, só assim é possível mudar a realidade” e romper com a racionalidade manicomial, racista e proibicionista que ainda permeia as práticas em saúde mental e as políticas sociais.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Nota de repúdio à criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas. 26 jan. 2023.
- ALMEIDA, Amanda Lima Macedo de; CUNHA, Marize Bastos da. Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 128, p. 105–117, jan. 2021.
- ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [online], v. 10, n. 20, pp. 299-316, 2006. Epub 09 Ago 2007. ISSN 1807- 5762.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em torno da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.
- AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de. Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*, v. 52, n. 6, p. 1090–1107, nov. 2018.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
- AZEVEDO, Américo Orlando; PAULA, Tadeu de. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 491–510, jul. 2017.
- BARBOSA, Ellen Inocencio; FIGUEIREDO, Karina Aparecida. Os efeitos da contrarreforma psiquiátrica na política de redução de danos no campo do álcool e outras drogas.. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 12, n. 4, p. e13812440728, 2023.
- BARBOSA, Gabriel Assis. A perpetuação da guerra às drogas. A quem isso interessa?. *Revista Caboré*, [S. l.], v. 1, n. 6, p. 35–46, 2023.

BARDI, Giovanna; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. *Ciência & Saúde Coletiva* (Impr.), v. 27, n. 4, p. 1557-1566, abr. 2022.

BASTOS, Adriana Dias de Assumpção; ALBERTI, Sônia. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 285–295, jan. 2021.

BENELLI, Sílvio José. A Instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 21, n. 3, p. 237–252, set. 2004.

BEZERRA JUNIOR, Benilton et al. *Cidadania e loucura: política de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p. il. (Saúde e Realidade Brasileira, 1).

BEZERRA, Iony B. *Saúde Mental e comunidades terapêuticas: entre a capina e a oração*. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade de Brasília, Brasília 2018.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: "novas" perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, out.-dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução nº 151, de 23 de abril de 2024.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Resolução nº 249, de 12 de fevereiro de 2024. Brasília, 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Política sobre Drogas. Resolução nº 01, de 06 de maio de 2015. Aprova a política de atenção a usuários de crack, álcool e outras drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 07 maio de 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06/04/2001 [Lei Paulo Delgado]. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional sobre Drogas: Estratégias de Redução de Danos*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas. Edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas, conforme o estabelecido no decreto n.7.179, de 20 de maio de 2010.

BRASIL. Observatório Crack, é possível vencer. Comunidades terapêuticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4^a ed. São Paulo: Cortez, cap. 5, 2009. p. 88 - 100.

BRITES, Cristina Maria. Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos. 2006. 148 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

BUCHER, Richard; OLIVEIRA, Sandra R.M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. Revista de Saúde Pública, v. 28, n. 2, p. 137–145, abr. 1994.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. Revista Outubro, São Paulo, v. 6, 2002.

COELHO, Thábata Ribeiro. O sucesso da Guerra às Drogas. Revista de Ciências do Estado, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 1–22, 2022.

CONECTAS Direitos Humanos; CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020. São Paulo: Conectas Direitos Humanos/Cebrap, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Ação inédita: resolução veda acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas e propõe avanço nas políticas de desinstitucionalização. *Conselho Federal de Psicologia*, 12 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. Brasília, DF: CFP, 2018.

CONTE, Marta; MAYER, Rose Teresinha da Rocha; REVERBEL, Carmem; SBRUZZI, Clarissa; MENEZES, Carolina Baptista; ALVES, Gisele Travassos; QUEIROZ, Rafael; BRAGA, Patrícia. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 59-76, jan./jun. 2004.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MENDES, Kíssila Teixeira. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum*, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 44–59, 2020.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MENDES, Kíssila Teixeira. “Negro: de bom escravo a traficante”. Contribuições de Clóvis Moura à crítica da Guerra às Drogas no Brasil. *Sociedade e Estado*, v. 37, n. 2, p. 511–530, maio de 2022.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MENDES, Kíssila Teixeira. The War on Drugs ideology in Brazil. *Argumentum*, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 93–106, 2019.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. “Museu de grandes novidades”: A nova-velha política antidrogas no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 14, n. 39, p. 01–25, 2022.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Por um (outro) mundo com drogas: Drogas, Questão Social e Capitalismo. São Paulo: Usina Editorial, 2020.

COSTA, Selma F. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química. *Serviço Social em Revista*, 2009.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan.-mar. 2013.

DE LEON, George. A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método. Edições Loyola; 5ª edição, 2003.

DENADAI, Mirian Cátia Vieira Basílio. A frente parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas e a hegemonia da 'pequena política' no congresso nacional brasileiro. *Anais do 6º Encontro Internacional de Políticas Sociais e 13º Encontro Nacional de Política Social*. Vitória, 2018.

DO CIDADÃO, Procuradoria Federal dos Direitos et al. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas-2017. 2018.

FERNANDES, Marianna Nascimento; OLIVEIRA, Andréia de. Comunidades Terapêuticas: incongruências na implementação de uma política de Estado. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 99-110, jan/abr, 2024.

FIORE, Maurício; RUI, Taniele. O fenômeno das comunidades terapêuticas no Brasil: experiências em zonas de indeterminação. In: RUI, T.FIORE, M.(ed.). Working paper series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, 2021.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estudos CEBRAP*, n. 92, p. 9–21, mar. 2012.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Aspectos punitivos do tratamento nas comunidades terapêuticas: o uso de drogas como dano social. *Revista de Psicologia da Saúde*, v. 11, n. 1, p. 73-88, jan.-abr. 2019.

FOUCAULT, M. A História da Loucura na Idade Clássica (1961). 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GALINDO, Dolores; PIMENTEL-MÉLLO, Ricardo; MOURA, Morgana. Comunidades terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: uma política de confinamento. *Barbarói*, v. 2, n. 50, p. 226 - 244, 5 jul. 2017.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 297–305, jan. 2009.

IPEA. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília (DF): Ipea, mar. 2017. (Nota Técnica, n. 21).

LANCETTI, Antônio. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2008.

LUKÁCS, Georg. A teoria do romance: um ensaio histórico-filosófico sobre as formas da grande épica. São Paulo: Duas Cidades, 2000.

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. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 14, n. 3, p. 801–821, jul. 2007.

MACRAE, Edward. A elaboração das políticas públicas brasileiras em relação ao uso religioso da ayahuasca. In: LABATE, B. C. et al. (org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

MARX, Karl. O capital: crítica da economia política. Tradução de Sérgio Lessa. 9. ed. São Paulo: Boitempo, 2004.

MASSARO, Geraldo. Loucura: uma proposta de ação. 2 ed. - São Paulo: Ágora, 1994.

MATTIOLA, Isabela; ROSA, Alex da. Redução de danos e reforma psiquiátrica no Brasil: novos olhares para o cuidado. *Revista Direitos Humanos e Sociedade*, v. 5, n. 2, 2022.

MINAS GERAIS. Subsecretaria de Assistência Social. SUAS e Comunidades Terapêuticas. Belo Horizonte: SEDESE, [s.d.]. Disponível em: https://social.mg.gov.br/images/SUBAS/SUAS_e_Comunidades_Terap%C3%AAuticas_1.pdf Acesso em: 01 dez. 2024.

MOREIRA, Diva. Psiquiatria: controle e repressão social. Ed Vozes Ltda. Petrópolis, Rio de Janeiro, 1983.

MOURA, Clóvis. Sociologia do negro brasileiro. São Paulo: Perspectiva, 2019.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da "questão social". *Temporalis*, Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, ano 2, n. 3, p. 41-51, jan./jun. 2001.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 154–162, jan. 2011.

PASSOS, Rachel Gouveia. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira / Holocaust or “The Ship Negreiro?”: concerns for the Brazilian Psychiatric Reform. *Argumentum*, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 10–23, 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Thatiana Meyre da Silva; ARAUJO, Giulia de Castro Lopes de; MOREIRA, Ana Luiza Almeida. Comunidades Terapêuticas, drogas e a disputa do Fundo Público. *Argumentum*, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 126–140, 2023.

PAULA, Tadeu de. Da raiz à radicalidade da Reforma Psiquiátrica: racismo, manicômios e guerra às drogas. In: GARCIA JÚNIOR, C. A. S.; CECCON, R. F. (Orgs.). *Violência e saúde mental: desafios contemporâneos*. p. 56-72. Rede Unida, 2024.

PAULA, Tadeu de. *Guerra às drogas e redução de danos: nas encruzilhadas do SUS*, 2022.

PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia. (Org.). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. 1 ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PERRONE, Pablo Andres Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva* (Impr.), v. 19, n. 2, p. 569-580, fev. 2014.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.12, p.4579-4589. 2011.

PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; THEODORO, Laís Santos; BAQUEIRO, Victoria Lavignia de Oliveira. Comunidades Terapêuticas: a construção de uma política manicomial e proibicionista. *Argumentum*, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 141–155, 2023.

RIBEIRO, F.; MINAYO, M. C. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas. *Interface*, v. 19, n. 54, p. 515-526, 2015.

RYBKA, L. N.; NASCIMENTO, J. L. DO.; GUZZO, R. S. L.. Os mortos e feridos na “guerra às drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 35, n. 1, p. 99–109, jan. 2018.

ROSA, Alene Silva da; NUNES, Bárbara Domingues. O passado é uma roupa que continua servindo: política de drogas e a manutenção das comunidades terapêuticas. *Textos Contextos* (Porto Alegre), v. 23, n. 1, p. 45603, 2024.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001

SANTOS, Gustavo Augusto dos; QUEIROZ, Isabela Saraiva. Internação psiquiátrica compulsória de usuários abusivos de drogas: uma falência ao SUS e um desuso da Política de Redução de Danos. *Gerais (Esc. Saúde Pública Minas Gerais)* ; 4(1): 59-69, jan.-jun 2016.

SANTOS, Maria Paula. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: Santos MPG, organizador. Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 17-36.

SILVA DA ROSA, Alene; DOMINGUES NUNES, Bárbara. O passado é uma roupa que continua servindo: Política de drogas e a manutenção das comunidades terapêuticas. Textos & Contextos (Porto Alegre), [S. l.], v. 23, n. 1, p. e45603, 2024.

SILVA, José Guilherme Magalhães e; ZILLI, Luís Felipe; SOUZA, Letícia Godinho de. From the criminalization of substances to the “war on drugs” policy: a century of prohibitionism in Brazil. Revista Direito GV, São Paulo, v. 20, p. e2418, 2024.

TAGLIAMENTO, Grazielle; SOUZA, Adriana da Silva; FERREIRA, Renata Lopes; POLLI, Gislei Mocelin. Processo de saúde-doença nos modelos de abstinência e redução de danos: revisão integrativa da literatura. Psicologia & Argumento, v. 38, n. 99, p. 174-200, jan.-mar. 2020.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. Ciência & Saúde Coletiva. v. 22, n. 5. p. 1455-1466, 2017.

VALOIS, Luís Carlos. O Direito Penal das drogas. Belo Horizonte: D’Plácido, 2016.

WEBER, Renata. O financiamento público de comunidades terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. In: RUI, Taniele; FIORE, Maurício (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021.